

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO



ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DEL CONSUMO NO
TERAPÉUTICO DE MARIHUANA, APLICABLES EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado de Especialidades Médicas para optar por el grado y título de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

ÁLVARO ENRIQUE GARCÍA RUIZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2014

Dedicatoria

De la mano de Dios todo poderoso, dedicada con mucho amor a mi esposa Diana, mi hija Maripaz y a mi Familia, que supieron darme fuerzas en los momentos difíciles y se gozan conmigo en este tiempo de felicidad.

Agradecimiento

Primeramente a Dios, quien ha guiado cada uno de mis pasos, a mi familia y mis compañeros de generación y a mis queridos profesores y personas que me acompañaron en esta linda experiencia.



*Posgrado Medicina
Familiar y Comunitaria*

ACTA
Protocolo de Trabajo de Graduación

El Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria y este Tribunal que lo representa, hace constar que el Dr. Álvaro García Ruiz, estudiante de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación, "Estrategias de Prevención y Manejo del consumo No terapéutico de marihuana, aplicables en el primer nivel de atención, revisión bibliográfica", el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los veintinueve días del mes de diciembre del año dos mil catorce, en la ciudad de San José, Costa Rica.

Dr. Héctor Araya Zamora
Presidente Tribunal

Dr. José Luis León Salas
Tutor

Dra. Ana Lorena Vega Alpizar
Miembro del Tribunal

Dra. Dominique Guillén Femenías
Miembro del Tribunal

San Francisco, 27 de diciembre del 2014

Sr.

Dr. Héctor Araya Zamora.

Director Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Universidad de Costa Rica.

Distinguidos Profesores:

Por medio de la presente, yo José Luis Cabalceta Pérez, cédula número 5-0220-0135 en calidad de profesional en Filología Española carné 84V031 graduado en la Universidad de Costa Rica, certifico que la tesis titulada: **“ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DEL CONSUMO NO TERAPÉUTICO DE MARIHUANA APLICABLES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”**, sustentada por Álvaro García Ruiz, cédula número 5-0335-0512 para optar por el grado académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, cuenta con la revisión filológica respectiva y cumple con lo normado, en este campo, para que sea presentada y defendida por el proponente por lo tanto, recomiendo se le brinde el aval correspondiente para los trámites administrativos y académicos posteriores.

Lo anterior, por cuanto dicho proyecto de tesis cumple con los requisitos establecidos por su prestigiosa universidad.

Muchas gracias.

Atentamente,



José Luis Cabalceta Pérez

Tel 88199303.

Correo jkbalz94,@hotmail.com

Tabla de Contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen en español.....	viii
Abstract:.....	ix
Lista de cuadros	x
Lista de abreviaturas	xi
1. Introducción	12
1.2 Pregunta de Investigación.....	9
1.2 Justificación de la problemática.....	10
1.4 Objetivos.	14
1.4.1 Objetivo General.	14
1.4.2 Objetivos Específicos.....	14
2. Estrategia metodológica.	15
2.1 Tipo de investigación.	15
2.1.1 Palabras clave.....	15
2.2 Definición de las categorías de estudio.	16
2.2.1 Intervenciones.....	16
2.2.2 Estrategias de Prevención.....	16
2.2.3 Abordaje.....	16
2.2.4 Consumo de Marihuana.....	17
2.3 Criterios para la selección de artículos.	17
2.3.1 Criterios de inclusión.....	17
2.3.2 Criterios de exclusión.....	18
2.3.3 Artículos encontrados según el nivel de evidencia.	19
2.4 Procedimientos de la búsqueda bibliográfica.....	20
2.4.1 Fase 1: Recopilación.....	20
2.4.2 Fase 2 Análisis del material bibliográfico.....	20
3. Resultados y discusión de la investigación bibliográfica.....	21

4. Conclusiones.	35
5. Recomendaciones.	38
1- Fortalecer en el primer nivel de atención, los programas preventivos de consumo de marihuana, dirigidos principalmente a los jóvenes, de una forma integral guiadas por el médico de familia, tanto en la consulta externa como a nivel comunitario.	38
2- Incluir a la familia en el proceso educativo y preventivo que se realice por el personal de salud en la comunidad, posicionando la familia como unidad de atención en el problema de consumo de marihuana.	38
3- Fomentar la participación del médico de familia y personal de salud en realizar un trabajo interinstitucional de índole educativo-preventivo, donde se proyecte un mensaje de integración de conceptos básicos sobre la marihuana, sus usos terapéuticos en la medicina moderna y sus efectos sobre la salud si se consume en exceso, para desmitificar el consumo socialmente.....	38
4- El equipo de primer nivel de atención se encargue de la identificación y gestión de recursos a nivel comunitario, para la creación de alianzas estratégicas para la implementación de programas preventivos multimodales (Escuelas, comunidad y personal de salud) en relación con el consumo de cannabis.	38
5- El personal de salud en el primer nivel de atención debe realizar intervenciones individuales y colectivas, sobre el constante “marketing” social que incentiva el consumo de cannabis, así mismo dotar a las personas de herramientas y aptitudes para resolución de problemas y fortalecimiento de autoestimas que disminuyan la vulnerabilidad hacia esta droga.....	38
6- Proponer grupos comunitarios que participen y sean vigilantes de la legislación de no venta de drogas lícitas a menores de edad, ya que la prevención sobre alcohol y tabaco, es fundamental para disminuir la tolerancia social y familiar, así como el consumo de cannabis, por considerarse como puerta de entrada a las marihuana y otras drogas ilícitas.	39
7- El médico de familia con el conocimiento técnico debe incentivar a desarrollar programas que incluyan Terapia Cognitivo Conductual en el primer nivel de atención, para buscar mayor éxito en la cesación de cannabis.....	39
8- Los integrantes del equipo de salud deben destinar en el tiempo de consulta médica, un espacio para la atención familiar, ya que el proceso de cesación, resulta más efectivo cuando se involucra y trabajan aspectos familiares del usuario en la consulta médica.....	39
9- El equipo de salud en el primer nivel de atención puede capacitar al usuario de marihuana con técnicas sencillas de manejo de la ansiedad, en la consulta médica rutinaria, así como en el trabajo con grupos comunitarios.....	39
10- Implementar en el primer nivel de atención las terapias combinadas (Cognitivo Conductuales y Familiares), para fortalecer el proceso de cesación y reducir recaídas, pero principalmente que el médico de familia brinde el debido acompañamiento a los pacientes en riesgo de consumo o a los que están en un proceso de cesación de marihuana.....	39

11-	Contemplar el uso de nuevas tecnologías (Internet, redes sociales, telefonía) en la consulta médica y en el seguimiento de los pacientes, para entregar la entrevista motivacional o la consejería breve.....	39
12-	Desarrollar el modelo de intervención breve y referencia, por el médico de familia en el primer nivel de atención y gestionar de manera expedita aquellos pacientes que requieran un manejo por el especialista en adicciones o la intervención de otro profesional a fin con la problemática y que no se cuente en un primer nivel de atención, garantizando el canal de la comunicación de una manera bidireccional entre los profesionales.	40
13-	Es necesarios destinar tiempo de consulta médica para preguntar por el uso de cannabis o para preguntar sobre cierta sintomatología sugestiva de consumo de sustancias psicoactivas y que el paciente no manifieste expresamente y que le sirva al médico de familia para determinar el riesgo de cada paciente. El cuestionario validado, CRAFFT, es una herramienta útil para identificar problemáticas de riesgo en el primer nivel de atención.....	40
14-	El médico de familia y personal de salud debe brindar continuidad a los usuarios que asisten a la atención especializada, así como resaltar sus logros positivos en el uso de cannabis y evitar recaídas.....	40
6.	Bibliografía	41
7.	Anexos.....	93
7.1	Matriz de síntesis de información.....	93

Resumen en español.

Introducción: La siguiente revisión bibliográfica, se realizó con la finalidad de incidir positivamente en el personal de salud, principalmente en el Primer Nivel de Atención, motivándolos a familiarizarse con el tema de estrategias preventivas y de cesación del consumo no terapéutico de marihuana en nuestra población.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio descriptivo en el cual se realizó una revisión de la literatura científica relacionada con el tema de investigación. Se emplearon las siguientes bases de datos científicas: PudMed, MD Consult, Journal Online y Medscape. Se efectuó una búsqueda direccionada y focalizada, durante el período comprendido entre el mes de mayo del 2014 hasta noviembre del 2014.

Resultados: Se encontraron un total de 134 artículos relacionados con el tema; de los cuales 30 se incluyeron en la revisión de artículos, que se asignaron según los criterios de inclusión y exclusión, donde se obtiene suficiente evidencia científica sobre el problema de salud que implica el consumo de marihuana, afectando principalmente a la poblaciones más jóvenes entre los 12 y 19 años, en los cuales se enfoca todas las estrategia preventivas y de cesación del consumo no terapéutico hacia esta población, donde se utiliza la inclusión familiar y diversas técnicas innovadoras de intervención, también se da la guía para integrar estos conceptos y tomar los demás utilidad para aplicarse en un primer nivel de atención.

Conclusiones: Las estrategias preventivas y de cesación del consumo no terapéutico de marihuana de focalizarse en la población joven principalmente, en la participación familiar y la implementación de técnicas terapéuticas innovadoras, así como la participación de la familia en el proceso de prevención y tratamiento. El médico de familia es el encargado de llevar la implementación de estas estrategias en el primer nivel de atención, además ser el enlace con los diferentes niveles de atención que reciban pacientes con problemáticas serias de consumo de marihuana.

Abstract:

Introduction: The following literature review was conducted in order to positively influence the health personnel, particularly in the primary care level, motivating them to become familiar with the subject of preventive strategies and cessation of non-therapeutic use of marijuana in our population.

Materials and Methods: This descriptive study in which a review of the scientific literature related to the research topic was conducted. PubMed, MD Consult, and Medscape Journal Online: The following scientific databases were used. An addressed and targeted search was conducted during the period from May 2014 to November 2014.

Results: A total of 89 articles related to the topic were found; of which 30 were included in the review articles, which were allocated according to the criteria of inclusion and exclusion, where sufficient scientific evidence on the health problem involving marijuana is obtained, mainly affecting young people between 12 and 19 years, focusing on all the preventive strategies and ceasing of the consuming of no therapeutic marijuana in this population, using familiar group inclusion and various innovative techniques of intervention, guidance is also given to integrating these concepts and take other utility to apply at first level of care.

Conclusions: Preventive and cessation of non-therapeutic use of marijuana among young people, focus primarily on family involvement, and implementation of innovative therapeutic techniques strategies and the involvement of the family group in the process of prevention and treatment. The Family physician, is responsible for bringing the implementation of these strategies in primary care, as well as the link to the different levels of care that patients may receive with serious problems of marijuana.

Lista de cuadros

Tabla No. 1

Clasificación del artículo indagado, según nivel de evidencia.....18

Lista de abreviaturas

APS: Atención primaria de la salud

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

HD: Hospital de día.

HHS: Departamento de Salud y Servicios de Estados Unidos

IC: Intervalo de confianza

MESH: Medical Subject Heading

MGRS: Multicentre Growth Reference Study

NAMCS: National Ambulatory Medical Care Survey

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

US FDA: United States Federal Drug Administration

USPTSF: United States Preventive Service Task Force

THC: tetrahidrocanabinol

CB1: receptor canabinoide 1

CB2: receptor canabinoide 2

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

PDEIT: Programa de Detección e Intervención Temprana.

1. Introducción

La siguiente revisión bibliográfica, se realizó con la finalidad de incidir positivamente en el personal de salud, principalmente en el Primer Nivel de Atención, motivándolos a familiarizarse con el tema de consumo no terapéutico de marihuana en nuestra población. Ya que, de esta manera se obtendrán conocimientos sobre técnicas de prevención, principalmente en aquellas poblaciones que aún no han iniciado el consumo de marihuana y que tienen vulnerabilidad de hacerlo. También conocer estrategias descritas en la literatura internacional que demostraron ser útiles para la cesación de la marihuana. Además se busca empoderar al personal de salud de métodos simples y prácticos para realizar intervenciones preventivas y de cesación de consumo de marihuana, oportunas en el Primer Nivel de Atención, que generen un impacto positivo en la salud de las personas.

Sin duda alguna el cannabis es, después del tabaco y el alcohol, la droga cuyo uso está más extendido en Costa Rica y en la mayoría de los países occidentales. Las sucesivas encuestas que se realizan en nuestro país, tanto las dirigidas a la población general como a los escolares, así lo demuestran (Cortes.2012).

Las prevalencias de consumo son ciertamente importantes. Así, según los últimos datos disponibles del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2012), casi uno de cada cinco costarricenses lo ha probado alguna vez y un 4,2% en el mes anterior a ser encuestados. Estos porcentajes son aún mayores entre los más jóvenes (de 12 a 19 años) (2,8%) de consumidores activos presente en la Encuesta Nacional de Hogares 2010; donde, los que declaran haberlo consumido en el último año, representan una cuarta parte del total. A estos datos habría que añadir la tolerancia social existente ante esta sustancia, alimentada en parte por un discurso ambiguo e incluso justificativo presente en algunos sectores sociales (Cortes.2012).

Nos encontramos, ante una droga de consumo significativamente importante en nuestra sociedad y especialmente entre algunos sectores juveniles, por lo que su uso representa además una indudable vía de acceso para muchos adolescentes y, por lo tanto, un factor de expansión de esta problemática (Bejarano.2011).

A nivel mundial, el cannabis es la sustancia ilegal más consumida. En los Estados Unidos, el 42% de las personas mayores de 12 años han consumido cannabis al menos una vez en su vida, el 11,5% han utilizado en el último año, y el 1,8% ha cumplido con los criterios de diagnóstico de abuso o dependencia de cannabis en el último año. Costa Rica no escapa de estadísticas alarmante. El aumento en el consumo activo en un 2%, podría indicar que en el país existe un grupo de personas que presenta un consumo más frecuente o habitual de cannabis, ya que cerca de la mitad de estos usuarios activos utilizan la sustancia de 1 a 3 veces al mes, mientras que la otra mitad lo hace semanal o diariamente, principalmente hombres jóvenes entre los 12 y los 39 años, siendo su punto más alto entre los 20 y 30 años (5,4%). Mientras que el mayor consumo de las mujeres, es en aquellas menores de 20 años (2,5%) (Bejarano.2011). Entre las personas que nunca han consumido cannabis, la dependencia condicional (la proporción de los que llegan a desarrollar dependencia) es del 9%. Esta tasa es menor que muchas otras drogas de abuso, pero no deja de ser significativo teniendo en cuenta la alta prevalencia del consumo de cannabis entre la población. Los niños y los adultos jóvenes tienen tasas considerablemente más altas de dependencia condicional (Bejarano.2011).

Una serie de productos químicos se inhalan para el desarrollo de euforia, incluyendo la marihuana (cannabis), la metanfetamina, la heroína, la cocaína crack y los nitritos (amilo y butilo). La marihuana (cannabis), ha existido para Homo sapiens durante miles de años y ha generado preocupación, principalmente en los últimos dos siglos en cuanto a sus efectos adversos (Cortes.2012). En un primer plano, se pueden observar los efectos agudos o a corto plazo, como es el riesgo de accidentabilidad de tránsito o las sensaciones de ansiedad y pánico,

especialmente en usuarios experimentales. En un segundo plano el impacto a largo plazo por el consumo crónico, sobresale el riesgo de desarrollar dependencia a la sustancia y en menor grado la manifestación de problemas en el sistema respiratorio o por ciertos trastornos de salud mental. Existe un mayor riesgo de presentar estos problemas en las personas que inician su consumo en edades tempranas, que tienen deficiencias inmunológicas o predisposición genética a estos padecimientos (Global Cannabis Commission 2008, EMCDDA 2004).

La sustancia química psicoactiva, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) fue aislado a mediados de la década de 1960, mientras que otros aspectos del sistema endocannabinoide [los receptores cannabinoides (CB1 y CB2) y los cannabinoides endógenos clave (glicerol 2-araquidonoil y anandamida) se identificaron más de 20 años después (Ramos.2008).

Aunque el uso de fitocannabinoides (naturales o herbarios) está siendo vinculado cada vez más a la utilización medicinal del cannabis, el cual ha demostrado su beneficio para el tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer, VIH/SIDA, glaucoma, esclerosis múltiple y la artritis. Señalando que su fumado puede afectar negativamente el sistema respiratorio, por lo que se recomienda administrar la sustancia mediante alimentos, vaporizadores, tinturas o aceites (American College of Physicians 2008, Institute of Medicine 1999).

En Costa Rica, en consonancia con el Sistema Internacional de Control de Drogas, el cannabis es una sustancia prohibida por la Ley General de Salud de 1973, así como por la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas del año 2002. Esta última ley; sanciona penalmente la producción, distribución y venta del cannabis, pero no considera el consumo como un delito, sino más bien como una enfermedad que necesita de tratamiento y rehabilitación (Cortes.2012).

Con esta introducción se enfatiza el porqué es de suma importancia que el personal de salud liderado por el médico de familia en su papel a nivel comunitario, pueda y deba utilizar las estrategias de prevención para el consumo no terapéutico, así como, las intervenciones para la cesación del consumo de marihuana. Las cuales se describen en esta investigación y son validadas internacionalmente. De ahí, la oportunidad y relevancia de este trabajo de investigación para sensibilizar al médico de familia y al personal de salud en el manejo de esta problemática desde el Primer Nivel de Atención.

1.1 Marco Teórico.

1.1.2 Cannabis: Propiedades químicas y aspectos metabólicos.

Las variaciones ambientales modifican la proporción de componentes psicoactivos presentes en la Cannabis Sativa entre los que destaca el Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC). En los últimos años, la investigación genética y el desarrollo de técnicas de cultivo hidropónico en invernadero han permitido aumentar el contenido en THC de algunas variedades de la planta (Green.1999). Se han identificado en la planta más de cuatrocientos compuestos químicos, entre los que unos sesenta constituyen el grupo químico de los cannabinoides, al que pertenece el THC. La caracterización de su estructura química ha permitido el diseño en el laboratorio de análogos que ha sido de gran utilidad en el estudio fisiológico y farmacológico de estos compuestos. Las sucesivas modificaciones de su estructura han llevado a la síntesis de derivados relacionados con alguna de las acciones farmacológicas atribuidas a los cannabinoides, evitando sus efectos psicotrópicos (Hampson.1998).

Existen diversas vías para la entrada de los cannabinoides al organismo, que influyen sobre el grado de absorción y la velocidad de difusión. Dado su marcado carácter hidrófobo, se almacenan en el tejido adiposo y solo una mínima proporción tiene acceso directo al cerebro. Su lenta liberación desde este tejido prolonga su presencia en sangre y su actuación sobre el organismo durante varios días (Hampson.1998).

La actuación de cada uno de los cannabinoides sobre el organismo puede modificarse por los otros compuestos que lo acompañan en dependencia del tipo de preparado de la Cannabis Sativa consumido. Las interacciones entre estos compuestos pueden ser de tipo sinérgico, aditivo o antagónico.

1.1.3 Cannabinoide.

El término cannabinoide describe aquellas sustancias que tienen una estructura carbocíclica con 21 carbonos y entre los que se incluyen sus análogos y los productos procedentes de su transformación. Están formados generalmente por tres anillos, ciclohexeno, tetrahidropirano y benceno. Algunos de ellos son los responsables del poder psicoactivo de los diversos preparados procedentes de la planta (Mendelson, 1997).

Los principales cannabinoides son el Δ 9-THC, el Δ 8-THC y el CBD. El cannabicromeno (CBC), que es un producto intermedio en la síntesis de THC, está presente en grandes cantidades en algunas variedades de la planta.

El CBN es un subproducto del THC que se forma cuando ha habido un almacenaje inapropiado de los brotes florecidos o de la resina, o durante su manipulación química.

Las flores masculinas y las femeninas presentan la misma cantidad de cannabinoides (Hampson.1998). La concentración de CBD es más alta en el cáñamo cultivado para la producción de fibra, donde el contenido de THC es bajo. Lo contrario ocurre en las plantas cultivadas para el consumo recreativo (Green.1999)

1.1.4 Clasificación Química de las Plantas.

Desde un punto de vista químico se han definido 3 tipos de plantas, en dependencia de la concentración de los principales cannabinoides:

1) Tipo droga pura con un alto contenido en THC (2-6%) y que carece de CBD: corresponde a las plantas que crecen en climas cálidos como México o Suráfrica.

2) Tipo intermedio, en el que las concentraciones de THC son más bajas y tiene ya algo de CBD: corresponde a plantas que crecen en climas cálidos, alrededor del Mediterráneo como Marruecos o Líbano.

3) Tipo fibra, en el que el contenido en THC es muy bajo (<0.25%) y el de CBD es superior al 0,5%: corresponde a plantas que crecen en climas templados como Francia o Hungría, países donde se cultiva con fines industriales (Paris y Nahas, 1984).

1.1.5 Propiedades de los Cannabinoides.

El Δ^9 -THC es el cannabinoide con mayor potencia psicoactiva, por lo que estas propiedades en una muestra de cannabis dependerán de su contenido en este compuesto. El Δ^9 -THC presenta propiedades hidrófobas por lo que es muy soluble en lípidos. Esto le confiere unas características, en relación con su distribución en el organismo y con su eliminación, que le diferencian de otras drogas de abuso. Es bastante inestable, pudiendo ser degradado por el calor, la luz, los ácidos y el oxígeno atmosférico, lo que podría explicar la pérdida de potencia que se produce durante su almacenamiento (Agrawal.1989).

1.1.6 Absorción y Distribución.

Los cannabinoides pueden ingresar en el organismo de varias formas (Adams.1996):

- 1) Por inhalación del humo procedente de pipas de agua o de cigarrillos, lo que produce una rápida absorción.
- 2) Por ingestión oral de bebidas o alimentos sólidos, con una absorción más lenta, lo que retrasa la manifestación de sus efectos.
- 3) Por medio de aerosoles o pulverizadores, para evitar los efectos perjudiciales asociados al humo.
- 4) En forma de gotas para el tratamiento ocular.
- 5) Por administración rectal, para evitar los problemas de absorción y las primeras etapas de degradación asociadas a su ingesta oral.

Otra vía de administración es la intravenosa, que requiere la disolución del THC en alcohol y su mezcla con una infusión salina, lo que la convierte en poco práctica para la medicina general. Los preparados de la Cannabis Sativa (hachís,

marihuana), se consumen principalmente en forma de cigarrillos, por lo que son absorbidos por los pulmones, acompañados por los otros componentes del humo. El grado de absorción depende de diversos factores:

- 1) Del tipo de preparación utilizada, lo que implica la presencia en mayor o menor cantidad de diferentes tipos de cannabinoides y de otros compuestos químicos.
- 2) De la combustión de la mezcla, como demuestra el hecho de que los cannabinoides ácidos se descarboxilan con bastante rapidez cuando están expuestos al calor.
- 3) Del tiempo empleado en fumarlo ya que la duración de la inhalación y de la retención del aliento tras la aspiración, dan lugar a diferentes tiempos de contacto entre las sustancias presentes en el preparado y las vías respiratorias del individuo que las consume (Agurell y cols., 1986).

1.1.7 Metabolismo y Excreción.

Los mecanismos de eliminación del $\Delta 9$ -THC son bastante conocidos tanto en animales de experimentación como en el ser humano.

Solo una mínima cantidad de este compuesto es eliminada del cuerpo en su forma original, mientras que la mayor parte aparece en forma de metabolitos en heces (un 68%) o en orina (12%). La droga está también presente en otros tejidos y fluidos biológicos como el pelo, la saliva y el sudor. La mayor parte del metabolismo ocurre en el hígado, aunque también puede producirse en otros órganos como el pulmón y el intestino (Adams.1996).

1.1.8 Conducta Adictiva.

Los cannabinoides son compuestos psicoactivos presentes en el cannabis y que actúan en el sistema nervioso a través de receptores específicos de membrana, los receptores CB-1. Estos receptores están situados en neuronas de muchos circuitos encefálicos, incluyendo el sistema de recompensa cerebral (AAP.1999).

Este sistema es clave para entender la conducta adictiva, y de él forman parte las neuronas dopaminérgicas mesotelencefálicas, así como algunas neuronas

peptidérgicas de entre las que destacan las neuronas encefalinérgicas. Los cannabinoides, al igual que el resto de las drogas de abuso, activan las neuronas mesotelencefálicas y disminuyen el umbral de recompensa cerebral. Del mismo modo que la cocaína, los opiáceos o el etanol, estos compuestos inducen conductas de autoadministración en animales de experimentación y provocan condicionamiento de lugar preferencial (Diana.1999).

La administración crónica de cannabinoides provoca tolerancia y dependencia, e induce neuro-adaptaciones en el circuito de la recompensa que son idénticas a las inducidas por las principales drogas de abuso y que se pueden poner de manifiesto mediante el cese de la administración de estos compuestos (síndrome de abstinencia comportamental y bioquímico específico). Los cannabinoides actúan sinérgicamente con el sistema opioide endógeno, en especial con el sistema encefalinas-receptor-F -opioide, lo que les permite actuar como factores de vulnerabilidad en el desarrollo de la conducta adictiva (Diana.1999).

1.1.9 Síndrome Amotivacional.

Es un estado de pasividad e indiferencia, caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales, debido al consumo de cannabis durante años y que persistiría una vez interrumpido dicho consumo (Taylor.1998).

1.1.10 Síndrome de Abstinencia al Cannabis.

Los síntomas más comunes del síndrome de abstinencia de cannabis son (DSM-V.2014):

- Estado de ánimo disfórico (ansiedad, irritabilidad, estado de ánimo deprimido, inquietud).
- Trastornos del sueño
- Síntomas gastrointestinales
- Disminución del apetito

La mayoría de los síntomas comienzan en la primera semana de la abstinencia y la determinación después de unas semanas. Hasta la mitad de los pacientes en el tratamiento de trastornos por uso de cannabis reportan síntomas de una Síndrome de abstinencia.

1.1.11 Utilidad Terapéutica del Cannabis.

En los últimos años se han presentado un gran número de evidencias científicas a nivel internacional(España, Cuba, Estados Unidos), sobre las propiedades terapéuticas de los cannabinoides, en especial analgesia, disminución de la presión intraocular, efecto antiemético en vómitos inducidos por quimioterapia antineoplásica, propiedades relajantes musculares en esclerosis múltiple, traumatismos medulares y alteraciones del movimiento. Además, algunas aportaciones recientes indican otros posibles usos de estas sustancias como neuroprotectores (en modelos animales de enfermedades neurodegenerativas e isquemia cerebral), antiasmáticos y anticonvulsivantes. Más recientemente, algunos compuestos naturales y agentes sintéticos agonistas de receptores CB han demostrado efectos antineoplásicos in vivo e in vitro (Bejarano.2011).

1.2 Pregunta de Investigación.

¿Cuáles son las estrategias de prevención y manejo para el consumo no terapéutico de marihuana aplicables en el Primer Nivel de Atención?

1.2 Justificación de la problemática.

La planta de cannabis y/o marihuana es originaria de Asia central y del sur (Pozzi.2011); y su uso data del III milenio a. C, ya que existen evidencias de inhalación de humo del cannabis indicado por sus semillas carbonizadas encontradas en el interior de un brasero ritual en un antiguo cementerio de la actual Rumania (Rudgley.1998). También se sabe que el cannabis fue utilizado por los antiguos hindúes y sijs Nihang de la India y Nepal durante miles de años. La hierba era llamada ganjika en sánscrito (Leary.1990).

El pueblo asirio también tenía conocimiento del cannabis y sus propiedades psicoactivas. Bajo el nombre de “qunubu” (nombre que probablemente dio origen al posterior cannabis) (Rubin.1976); lo utilizaban dentro de sus ceremonias religiosas. El cannabis tienen un antiguo historial en rituales religiosos en todo el mundo y su uso comenzó a ser penalizado en varios países al comenzar el siglo XX (Global Cannabis Commission 2008).

El uso del cannabis como sustancia psicoactiva ha sido documentado desde hace miles de años (Schultes y Hoffman, 2000; Escohotado, 1989). Aun así, esta se hizo realmente popular en década de 1960, cuando formó parte central del movimiento contracultural juvenil de los Estados Unidos. En los siguientes 20 años se extendió por todo el continente Americano y a la mayor parte de Europa, luego en la década de los años noventa llegó a nivel mundial (Global Cannabis Commission 2008). Esta asociación entre uso de cannabis y personas jóvenes es un hecho que persiste hasta la fecha y puede observarse aun en Costa Rica (Cortés.2012).

Conocido popularmente en Costa Rica como marihuana, mota, grifa, hierba, ganja, entre otras, el cannabis es la sustancia ilícita de mayor consumo en el mundo entero, y nuestro país no es la excepción. Esta es una planta con una larga historia y diversidad de usos, asociada a una gran variedad de imágenes sobre sus efectos, pero que rara vez muestran el panorama completo entorno a su consumo (Bejarano.2011).

A nivel bioquímico, el cannabis es una sustancia que contiene más de 60 tipos de compuestos cannabinoides, que puede tener efectos diversos en las funciones cognitivas, de percepción y psicomotoras, en la temperatura del cuerpo, en el tracto gastrointestinal y en los ojos, así como en el sistemas nervioso, cardiovascular, respiratorio, hormonal e inmunológico (Grotenhermen 2002).

El cannabis es la sustancia ilícita más producida y consumida en todo el mundo, cerca de 170 millones de personas entre los 15 a 64 años de edad la usaron en el 2009 (UNODC 2011). En Costa Rica, también es la droga ilícita de mayor consumo, principalmente entre personas jóvenes (12 a los 35 años); aunque en general los hombres triplican las tasas de consumo en relación a las mujeres (Cortés.2012).

Como se puede apreciar en los resultados de la V Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas en Costa Rica 2010 (Bejarano.2011), las tasas de prevalencia en el consumo de cannabis han presentado claras variaciones en el último quinquenio. Resalta el incremento en el consumo activo, que junto a la estabilización en la iniciación en el consumo, a edades cada vez más tempranas, nos señala una mayor difusión de la sustancia entre las personas jóvenes costarricenses entre 12 a 35 años (Bejarano.2011). Por tal razón actualmente la marihuana se podría considerar como la tercera droga de mayor consumo entre los y las estudiantes de secundaria, ubicándose en niveles de consumo muy cercanos a los del tabaco. Así las cosas, se podría pensar que en algunos años el consumo de cannabis podría sobrepasar al del tabaco, como sucede en algunos países del Caribe anglosajón (CICAD/OEA 2011).

Esto se podría asociar a una mayor disponibilidad de la sustancia en el mercado, el cual ya presenta distintas variedades y calidades de cannabis, así como posiblemente de productores y vendedores especializados (Bejarano.2011). Esto aunado al auge de movimientos culturales juveniles donde el cannabis forma parte del estilo de vida, así como discursos que señalan los beneficios percibidos por el consumo, lo cual fomenta una mayor tolerancia social a la sustancia. Aun así, habría que darle un mayor seguimiento a estas tendencias de consumo, para

determinar si realmente implica un cambio definitivo en los patrones de consumo de cannabis en el país (IAFA.2010). Actualmente se estima que aproximadamente el 4% de la población mundial adulta (162 millones de personas) consume marihuana anualmente, y alrededor del 0,6% (22,5 millones) lo consume a diario (UNODC.2006); ya sea con un fin de diversión o medicinal debido al escaso nivel de conocimientos y el efecto farmacodependiente que posee esta planta (Pozzi.2011).

Se observa una tendencia que el inicio del consumo se realice a edades más tempranas y confirma el calificativo de droga de “acceso” o “puerta de entrada” al consumo de otras drogas. El riesgo de consumir otras drogas ilegales si se consume cannabis es muy elevado (EMCDDA.2006).

La intervención preventiva del consumo de sustancias psicoactivas en población se ha centrado en el estudio y comprensión de los precursores de los problemas relacionados con las drogas y el alcohol, que se han venido describiendo como factores de riesgo para el abuso de sustancias (Otero.1989). Así pues, es necesario hablar, entre otras variables familiares, psicológicas, escolares, de factores relacionados con la influencia del grupo de iguales, puesto que han sido asociados repetidamente al inicio del consumo de drogas en población juvenil señalándose como importantes variables que, en muchos casos, anteceden al abuso y se asocian estadísticamente con un incremento de la probabilidad del mismo (Graña.2000).

Centrándonos en la conducta de uso de drogas, son muchos los estudios que señalan que, durante la adolescencia, la asociación con iguales que consumen drogas es un potente predictor del consumo de las mismas (Jessor y Jessor, 1977; Bauman y Fisher, 1986; Kandel, Davies y Baydar, 1990), por dos motivos esenciales: primero, refleja el efecto del modelado del grupo y segundo, refleja la disponibilidad de drogas por parte de esos modelos. En este mismo sentido y vinculando esta relación con el proceso de transición hacia el uso de drogas, la evidencia sugiere que la influencia de los amigos es mayor y más relevante a la hora de iniciar el uso ilícito de drogas, es decir, en las etapas iniciales de

implicación con las mismas (Kandel y Yamaguchi, 1985; Kandel, 1985; Needle et al., 1986).

Los problemas relacionados con drogas, responden a factores y condicionantes de índole económica, política y social, que se ven reforzados por la capacidad adictiva de las distintas sustancias psicoactivas (Bejarano.2011). De tal forma, cuando los países definen la estrategia y un plan de acción, tienden a utilizar una gama de mecanismos que abarcan medidas que permitan controlar, desestimular o eliminar la producción, distribución y consumo de una serie de sustancias psicoactivas (ICD.2007).

En cuanto a los programas preventivos basados en el desarrollo de habilidades para la vida, la OMS (2011) apunta que, al evaluar programas centrados en ese enfoque, se ha encontrado, entre otros aspectos, que pueden retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo y promover el ajuste social positivo (OMS.2011).

En Costa Rica existen programas preventivos que se imparten a niños y niñas en edades escolares como lo son DARE y Aprendiendo a Valerme por Mí Mismo (AVMM), a cargo del IAFA en coordinación con el Ministerio de Educación Pública y que tiene dentro de sus objetivos, desarrollar y reforzar habilidades para la vida (IAFA.2010).

Una primera consideración se refiere al desarrollo conjunto de programas de prevención y sus posibles implicaciones. Además, del programa Aprendiendo a Valerme por Mí Mismo, en Costa Rica se han implementado otros programas de prevención, a cargo del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), que viene implementando el Programa Preventivo de Detección e Intervención Temprana (PDEIT) para estudiantes de secundaria en riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. La promoción de las habilidades para la vida ha demostrado su importancia en diferentes países y a lo largo del tiempo (Bejarano.2011).

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo General.

- Conocer las estrategias de prevención y manejo del consumo no terapéutico de marihuana, aplicables en el Primer Nivel de Atención.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las estrategias de prevención para el consumo no terapéutico de marihuana.
- Identificar las estrategias de manejo para la cesación del consumo no terapéutico de marihuana.
- Describir las estrategias de prevención y manejo en el consumo no terapéutico de marihuana aplicables en el Primer Nivel de Atención.

2. Estrategia metodológica.

Este apartado describe el tipo de investigación, el tema de estudio, las categorías de estudio, así como el procedimiento utilizado para la obtención de resultados y análisis del dato indagado.

2.1 Tipo de investigación.

Se trata de un estudio descriptivo, en el cual se realiza una revisión de la literatura en bases de datos científicas, revistas, libros, páginas de Internet, artículos libres y tesis de grado, de los últimos diez años, en relación con el tema de estudio. El periodo en el que se desarrolló el trabajo va desde agosto del 2014 hasta octubre del 2014. Se utilizaron las bases de datos de PubMed, Medline, MD Consult y Tripdatabase. Para ampliar la búsqueda de publicaciones latinoamericanas, se revisa la base de datos Scielo. Además, se consultaron páginas en Internet como: www.dynamed.com, www.ovid.com y www.sciencedirect.com. La búsqueda se restringe a los idiomas español e inglés.

2.1.1 Palabras clave.

Los términos de búsqueda en el idioma inglés se efectuaron con el Medical Subject Heading (MESH) presentes en el título o en el abstract: " Prevention strategies and management strategies for non-medical use of marijuana, marijuana users, Primary care Level".

En español se utilizaron los términos de "Estrategias de prevención y manejo para el consumo no terapéutico de marihuana, Primer Nivel de Atención".

2.2 Definición de las categorías de estudio.

Se hace referencia a las definiciones que nos permitirán conocer con mayor detalle el tema de estudio respondiendo además las interrogantes en los objetivos específicos.

2.2.1 Intervenciones.

Otro uso del término será aquel que realiza un profesional sobre un individuo que presenta una determinada dificultad con la misión de mejorar su estado. En este sentido podemos citar la intervención médica (en caso de la aparición de algún síntoma, el individuo concurre a la visita de un médico para que éste le brinde un diagnóstico y en caso de ser necesario le indique un tratamiento) (OMS.2006).

2.2.2 Estrategias de Prevención.

Sus objetivos básicos consisten en mejorar las resistencias de las personas ante condiciones amenazantes para su salud, disminuir la virulencia del agente patógeno y modificar el contexto ambiental, creando barreras entre los factores de riesgo y la población (Romani.2004).

2.2.3 Abordaje.

Una manera de proporcionar atención de la salud que se guía por una integración reflexiva de los mejores conocimientos científicos disponibles con la experiencia clínica. Este enfoque permite al médico evaluar críticamente los datos de investigación, las guías clínicas y otros recursos de información con el fin de

identificar correctamente el problema clínico, aplicar la intervención más alta calidad, y volver a evaluar el resultado para mejorar en el futuro (Romani.2004).

2.2.4 Consumo de Marihuana.

El uso excesivo de la marihuana con síntomas psicológicos asociados y el deterioro en el funcionamiento social u ocupacional (Eschotado.1989).

2.3 Criterios para la selección de artículos.

2.3.1 Criterios de inclusión.

Se incluyen los artículos que contengan en el título, el resumen y/o como palabras clave los términos de: " Prevention strategies and approach, marijuana users, Primary care Level". "Estrategias de prevención y abordaje, consumo de marihuana, Primer Nivel de Atención". Además, los artículos indexados en Medline o en Scielo deben ser artículos de revisión sistemática, estudios de cohorte con homogeneidad, ensayos clínicos aleatorizados de baja calidad, estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, de correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, todos relacionados con el tema en estudio y deben estar escritos en los idiomas de español o inglés.

Las estrategias de intervención y abordaje analizadas en los artículos seleccionados, ya fuera relacionadas para el consumo de marihuana, deben llevarse a cabo en el escenario del Primer Nivel de Atención, para poder ser incluidos en el trabajo.

2.3.2 Criterios de exclusión.

Se excluyen los artículos escritos en un idioma distinto al español y/o inglés o que no estén traducidos al español y/o inglés y aquellos escritos antes del 2004.

2.3.3 Artículos encontrados según el nivel de evidencia.

Tabla 1 Clasificación del artículo indagado según nivel de evidencia

Clasificación del artículo	Nivel de evidencia	Artículos indagados
Metaanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorizados	Ia	1
Ensayo clínico controlado aleatorizado	Ib	8
Revisión sistemática de estudios de cohorte, con homogeneidad	IIa	4
Estudio de cohorte o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad	IIb	2
Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	III	15
Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio	IV	
Total		30

Fuente: Guía de Calidad de la Evidencia y Grado de Recomendación (Marzo M, 2009)

2.4 Procedimientos de la búsqueda bibliográfica.

2.4.1 Fase 1: Recopilación.

1. Se efectuó una búsqueda bibliográfica direccionada y focalizada en Pubmed, y Md Consult; en Pubmed se utilizó el Mesh para una búsqueda avanzada.
2. Se realizó una búsqueda utilizando la técnica de Snow Ball, revisando artículos citados o que citaran los artículos encontrados.
3. En esta etapa de la búsqueda, el investigador disponía de 134 referencias bibliográficas, de las cuales se incluyeron 30 que cumplían los criterios de inclusión.
4. Se efectuó una lectura inicial de cada artículo, y para ello se utilizó una matriz (anexo 9) que sintetizaba la información.

2.4.2 Fase 2 Análisis del material bibliográfico.

Se clasifican los estudios incluidos y revisados en la matriz de síntesis de información, según la “Guía clínica de calidad de la evidencia y grado de recomendación” (Marzo M, 2009), tal y como se muestra en la Tabla 1. Se toma en cuenta el diseño y tipo de investigación que originó el artículo publicado y se clasifica según el nivel de evidencia.

Posteriormente se examinan los artículos seleccionados en el instrumento de trabajo para el análisis de información (matriz de síntesis), se utiliza para organizar, clasificar e identificar evidencias preventivas y terapéuticas, así como describir la calidad estadística de la información indagada. (Se escribe “n.d” en aquellos casos que no se disponía de la calidad estadística. (Anexo 1).

Se hace la descripción y se redacta la discusión de los resultados, según las categorías de análisis.

Finalmente se plantean las conclusiones y recomendaciones. .

3. Resultados y discusión de la investigación bibliográfica.

Estrategias de prevención para el consumo no terapéutico de marihuana.

Programas de educación antidrogas.

Iglesias 2007, menciona “Edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol son un factor de riesgo del consumo de marihuana. Señalan que el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo para el consumo de marihuana y que en presencia de alcohol este riesgo aumenta.

Muñoz, 2011, propone “Las estrategias de prevención deberían orientarse a evitar el consumo precoz de tabaco en Escolares. Por cada año que se retrasa el inicio de consumo de tabaco y alcohol el riesgo de consumir marihuana disminuye respectivamente.

Programas donde se realicen acciones de promoción de la salud física, sexual y reproductiva, prevención de la enfermedad y del consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento oportuno, rehabilitación en salud y en farmacodependencia” (IAFA.2012).

Intervenciones Familiares breves.

De Micheli et al, (2004) en un estudio realizado en adolescentes brasileños con diferente grado de consumo de sustancias en el último mes, concluyeron que una simple intervención de 20 minutos por un período de seis meses es efectiva en reducir significativamente el consumo de sustancias psicoactivas.

Norweeta. 2012, demostró que “La eficacia de una intervención familiar breve en la reducción del comportamiento sexual de riesgo, uso de drogas y las conductas delictivas entre los jóvenes sin hogar”. Un programa basado en la

familia también puede resultar en reducciones significativas en los comportamientos de riesgo. La intervención redujo el número de parejas sexuales y de consumo de Marihuana. De la misma manera, Gázquez. 2008, mediante su investigación “describir las características de las intervenciones más efectivas, desarrolladas en el ámbito escolar, para prevenir el consumo de marihuana”. Los estudios sugieren que las aproximaciones didácticas más eficaces son las interactivas: role-playing, modelado activo, discusión y debate.

Educación Normativa.

Las intervenciones que proporcionan información para oponerse al consumo de cannabis (también llamada educación normativa) se describen por Griffin.2010 como "contenido y las actividades para corregir las percepciones inexactas respecto a la alta prevalencia de consumo de sustancias. "Griffin.2010 describe cuántos adolescentes sobrestiman la prevalencia del consumo de cannabis y lo ven como un comportamiento normativo. Planes de estudios normativos tratan de informar a los estudiantes en las tasas reales de uso y socavar las creencias inexactas sobre la aceptación social del consumo de cannabis.

Competencia Social de los planes de estudio.

Un grupo de intervenciones que tienen como objetivo ayudar a los adolescentes a negar ofertas de fumar mediante la mejora de su competencia social general. Griffin 2010, reconoce que la falta de habilidades personales y sociales puede llevar al desarrollo del consumo de drogas. Por lo tanto, se benefician de los programas que incluyan los procesos de aprendizaje social o habilidades para la vida tales como la solución de problemas y la toma de decisiones, habilidades cognitivas para resistir la influencia de los medios, aumentar el autocontrol y la autoestima, las estrategias de afrontamiento de estrés, y las habilidades sociales y asertivas generales. Estas habilidades también tendrán aplicaciones más amplias para los estudiantes (Arias.2007).

Las intervenciones se basan en la teoría del aprendizaje social de Bandura (Bandura 1977), que plantea la hipótesis de que los niños aprenden el uso de drogas por el modelado, la imitación y refuerzo, influenciado por el de cogniciones pro-drogas, actitudes y habilidades de los niños. La susceptibilidad es incrementada en pobres habilidades personales y sociales, y a un pobre auto-concepto (Al-Halabí.2009).

La influencia social en los planes de estudio.

Las intervenciones que tienen como objetivo superar las influencias sociales que promueven el consumo de cannabis, proporcionando habilidades para adolescentes (también llamado intervenciones de habilidades sociales). Griffin 2010 describe estas intervenciones con el objetivo de aumentar la "conciencia de las diversas influencias sociales de los adolescentes que apoyan el uso de sustancias. Los programas "Adopta resistencia, en el que se les enseña a los estudiantes cómo hacer frente con la presión de grupo, situaciones de alto riesgo, la forma de rechazar con eficacia los intentos de persuadir el consumo de cannabis, tanto de fuentes directas como indirectas.

Programas Multimodales.

Estos programas combinan los enfoques curriculares con iniciativas más amplias dentro y fuera de la escuela, incluidos los programas de padres, escuelas o comunidades e iniciativas para cambiar en las escuelas las políticas sobre el tabaco, o las políticas estatales sobre la fiscalidad, la venta, disponibilidad y uso de cannabis (Griffin.2010.).

Programas de mensajería por artistas.

Cada sesión fue de aproximadamente dos o tres horas de duración. Los participantes fueron alentados a crear mensajes con respecto a la salud y el consumo de drogas con el fin de influir en otros sobre de consumo de drogas. El programa proporciona un medio importante para involucrar a los jóvenes en un ambiente sano, relacionándolo con un adulto, mientras trabajaba en un área especializada (las artes) (Nyamthi.2013).

El profesorado y la juventud participan en un ambiente de grupo usando la poesía, captura de video, obras de arte y fotos para explorar sus pensamientos y sentimientos acerca de la vida viviendo en la actualidad, la preocupación por consumo de drogas y alcohol, y metas para el futuro (Nyamthi.2013).

Método STRIVE (Intervenciones para reunirse, involucrarse y valorarse mutuamente).

La intervención STRIVE consiste en cinco sesiones administradas a los jóvenes y los padres juntos, por un facilitador capacitado en un sitio seleccionado por la familia. Cuyo objetivo es reducir el uso de las drogas (cannabis, cocaína, éxtasis) y el alcohol y actividades asociadas con un mayor riesgo de VIH (Norweeta.2012).

Cinco sesiones se determinaron como el número mínimo de sesiones necesarias para el cambio de comportamiento y el número máximo de sesiones que se prevé que sean replicables. El contenido de la sesión se basa en terapia cognitivo-conductual, diseñadas para mejorar la resolución de problemas y resolución de conflictos de las familias. La intervención fue diseñada específicamente para personas sin hogar, donde huir de casa se enmarca como un intento ineficaz para resolver los conflictos (Burillo.2011). El marco conceptual que subyace a la intervención pone de relieve la importancia del establecimiento de un clima familiar positivo, mejorando el funcionamiento familiar mediante la resolución de forma rutinaria los conflictos de una manera mutuamente

beneficiosa, aprender a reconocer y manejar con eficacia sentimientos, el aumento de las afirmaciones positivas, el aprendizaje y la práctica de habilidades para resolver problemas y proporcionar claridad de rol individual. Las sesiones se basan en un conjunto de tareas muy altamente interactivas, semi-estructuradas que implican la retroalimentación y la práctica repetida. Las nuevas habilidades que se aprenden se basan en las sesiones anteriores, y las habilidades aprendidas en una sesión son constantemente reforzadas en las sesiones posteriores (Burillo.2011).

La intervención incluye las siguientes herramientas: fichas para reforzar conductas deseadas, un termómetro sensación para enseñar la regulación emocional, un modelo "pensar-sentir-hacer", para la resolución de problemas, juegos de rol para practicar con seguridad nuevas habilidades, y la reformulación de conceptualizar los problemas y las soluciones en una de manera no culpar(Norweeta.2012).

Cambio de la percepción normativa como objetivo para la prevención.

Las creencias normativas son especialmente importantes en los jóvenes que consumen cannabis, ya que tienden a extrapolar el nivel de consumo de sus iguales hacia la "normalidad", y por ello sobreestiman la prevalencia del consumo de sustancias (EMCDDA, 2009). En particular, sobreestimar el uso de cannabis por los demás es frecuente entre los jóvenes y se asocia con un autoconsumo mayor; (Bertholet, Faouzi, Studer, Daeppen y Gmel, 2013).

A la prevención se le presenta un importante desafío, pues realizar una política preventiva basada exclusivamente en una actuación en el ámbito escolar resultaría exiguo; por ello se deben buscar y conseguir cambios en las normas, en los procesos sociales profundos para aumentar la percepción de los riesgos que su uso tiene en los usuarios del cannabis. En algunos países europeos y en casos

aislados, ya no solo se hace hincapié en alertar sobre los riesgos de las drogas, sino también su marketing social (Isorna.2013).

Para lograr que disminuya su consumo debemos disminuir la tolerancia social, aumentar la información sobre los efectos negativos que produce sobre la salud, contrarrestar la presión de la cultura pro-cannabis, descubrir y luchar contra los intereses económicos importantes que sostienen el consumo (EMCDDA.2009).

Medidas Educativas.

Los datos indican que no parece justificado emprender programas de prevención específica del consumo de cannabis aislados de otras drogas. Sus consumidores no poseen características diferentes, al menos en las primeras etapas del consumo. Mientras no dispongamos de otras evidencias, hay que pensar que existe un riesgo general de consumo de drogas que se orienta hacia una u otra droga en función de la disponibilidad de cada sustancia y de las expectativas previas. En cualquier caso, lo que sí parece importante es incidir en los riesgos del policonsumo (EMCDDA. 2009).

Es notorio que el consumo empieza con el alcohol y tabaco, que son legales y a edades en que está prohibida su venta a los menores. Esto pone de manifiesto que existe un determinado grado de tolerancia familiar y social cuya modificación puede constituir un importante objetivo preventivo, ya sea mediante medidas de refuerzo de la normativa y de vigilancia de un cumplimiento, de apoyo a la importante función del control familiar y de fomento de alternativas del uso del tiempo libre por parte de los jóvenes. Las medidas de prevención deben considerar aquellos factores que tienen un impacto directo en los estados emocionales, sobre todo de malestar o estrés y que influyen directamente en el surgimiento de los motivos para el consumo de cannabis (Isorna.2013).

Prevención Ambiental: Normativas y Políticas Regulatoras.

Son aquellas estrategias preventivas que se dedican a alterar los contextos culturales, sociales, físicos y económicos inmediatos que influyen en la toma de decisiones de los individuos sobre el consumo de cannabis (Arias.2007).

Entre los factores de riesgo y protección que mejor explican el consumo precoz de drogas están los ambientales, es decir, la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el consumo de cannabis o hacia comportamientos desviados (EMCDDA.2009).

Existe toda una corriente de investigación que pretende dilucidar si las políticas regulatoras de alcohol y tabaco, tienen efectos sobre el consumo de cannabis, hay indicios que señalan efectos positivos colaterales posiblemente debidos a creencias normativas modificadas. Algunos estudios aislados han demostrado que unos precios más altos de tabaco disminuyen la intensidad del uso de la marihuana y posiblemente también tenga un efecto moderado sobre el propio consumo de cannabis entre individuos de sexo masculino. Además, existe una clara interrelación entre las trayectorias del consumo de cannabis y las del tabaco (Ogilvie et al., 2005, Vega y Gil, 2005).

Estrategias de manejo para la cesación del consumo no terapéutico de marihuana.

Las terapias conductuales.

La desregulación del sistema nervioso central en las personas dependientes a las drogas, pone de manifiesto que la adicción es una enfermedad cerebral que debe prevenirse desde mucho antes que surja esta compleja disfunción cerebral. De hecho, es difícil convencer a un usuario de cannabis adictos a dejar de fumar esta planta y por lo tanto, la prevención a través de la educación intensiva y completa es la mejor opción actualmente. Afortunadamente la dependencia al

cannabis se puede tratar con éxito, implementando programas de terapia conductuales, logrando éxito en la cesación a largo plazo (Greydanus.2013).

Terapias de deshabitación a otras drogas.

Existen pasos que los terapeutas pueden tomar para ayudar a disminuir este fenómeno mundial de consumir cannabis. La educación continua de los peligros del cannabis debería tener lugar prioritario en la población en general. Dentro de la charla para cesación de cannabis, debe fortalecerse el mensaje y tratar de cambiar el pensamiento que de usar esta droga aporta beneficios para la salud. Para el tratamiento específico de cesación de consumo de cannabis, es necesario también el tratamiento coexistente de otras adicciones (heroína, tabaco, alcohol), ya que se ha demostrado que disminuyen los niveles de consumo de cannabis (Greydanus.2013).

Intervenciones Familiares.

Va dirigida directamente a trabajar aquellos factores identificados que demuestran una mayor relación al consumo de cannabis y que evitan el éxito en la cesación, entre ellos se mencionan: factores genéticos, antecedentes familiares, supervisión parental mínima, la disponibilidad de medicamentos, grupo de compañeros de alto riesgo, y los que tienen un necesidad de las actividades en busca de emociones más altas (Mason.2012).

Cesación en grupos especiales.

Grupos con alto riesgo de problemas de salud mental son los que tienen el uso combinado de drogas, como el cannabis y metanfetamina, por lo que este grupo debe recibir manejo intensivo. Las terapias combinadas cognitivo conductuales y familiares, ayudan en la reducción de cannabis, además se ha visto en la reducción de suicidio en personas con y sin psicosis (Greydanus.2013).

Manejo de la ansiedad.

Socialmente las personas usuarias de cannabis, muestran índices de ansiedad elevados, como parte de un mecanismo para tratar de evitar situaciones sociales. Así, la terapia de cesación puede estar dirigida a la evitación de estas conductas de consumo y la adquisición de estrategias exitosas para mejorar su ansiedad social que puede reducir la necesidad de cannabis (Mason.2012).

Terapias combinadas.

Estrategias de manejo de comportamiento recomendadas en la terapia de cesación (tales como la terapia cognitivo-conductual y terapia familiar), la combinación de estas técnicas hace aumentar el éxito en ayudar a las personas con dependencia del cannabis. Sin embargo, la investigación deja en claro que los jóvenes (mayores de 18 años) que consumen cannabis se benefician más de la terapia cognitivo conductual (frente a la terapia familiar) (Thomas.2013).

Entrevista motivacional.

El uso de nuevos sistemas tecnológicos para entregar la terapia de cesación de cannabis, tal como se describe, la entrevista motivacional vía telefónica o vía Internet, donde se le brinda al usuario al menos ocho sesiones durante tres meses, efectuada por personal debidamente entrenado, fortaleciendo el abandono al consumo. Esto tiene una base fisiológica, ya que con la entrevista se busca que el consumidor gane la batalla sobre su adicción a nivel del sistema nervioso central (Thomas.2013).

Estrategias de prevención y manejo en el consumo no terapéutico de marihuana aplicables en el Primer Nivel de Atención.

Modelo de intervención breve y referencia.

Este modelo fue específicamente desarrollado como un enfoque de salud pública para la detección y configuración de tratamiento de abuso de cannabis. Intervenciones con los que tienen resultados positivos de detección de posibles trastornos por uso de sustancias deben durar 5 a 30 minutos (como se describe a

continuación). Estas características lo hace un modelo ideal para su uso por los médicos de familia (Suzanne.2014).

Solicitar a todos los pacientes información sobre el consumo de cannabis.

Debe solicitarse información sobre el uso de cannabis, a todos los jóvenes y otros grupos con mayor riesgo y mayor frecuencia de problemas relacionados con el cannabis (Stockwell.2014).

Como una línea de base, los médicos deben preguntar a todos los pacientes en sus prácticas si han fumado cannabis (o consumido cannabis en cualquier forma) en el último año. No se recomiendan preguntas generales tales como "¿Ha usado drogas de la calle?" O "¿Ha usado drogas ilícitas?" debido a que muchos pacientes no consideran el cannabis como una droga de la calle o droga ilícita. Los médicos deben controlar a los pacientes que informen de uso de cannabis, aunque su uso es sólo ocasional y no problemático (.Stockwell.2014). El médico debe también preguntar a los pacientes en mayor riesgo o de alta sospecha de consumo y donde el motivo de consulta esté oculto (adolescentes y adultos jóvenes; pacientes con estado de ánimo, ansiedad, o trastornos psicóticos; pacientes que beben en exceso, fumar tabaco, o el mal uso de otras sustancias y pacientes con mal funcionamiento en el trabajo o la escuela). A estos pacientes se les debe pedir información anualmente sobre el consumo de cannabis y durante las visitas de rutina para estos motivos de consulta. Los pacientes con dolor crónico mal controlado, deben preguntárseles sobre el consumo de cannabis para la analgesia (Hall.2009).

Preguntar sobre el consumo de cannabis en los pacientes que tienen problemas que podrían ser causados por el cannabis.

Es recomendable que el personal de salud interroge sobre el consumo de cannabis en pacientes con síntomas y condiciones conocidas por ser causadas o exacerbadas por cannabis, estos problemas se observan con frecuencia en atención primaria y debe servir de punto de partida para la detección de trastorno

por consumo de cannabis. Los problemas más comunes causados por el consumo de cannabis son: ansiedad, estado de ánimo, y trastornos psicóticos; infecciones respiratorias y tos crónica, trastornos del sueño, dificultades en las relaciones y deterioro del rendimiento en el trabajo o la escuela. Las náuseas y vómitos pueden estar asociados con el consumo de cannabis (Iversen.2008).

Identificar cuales consumidores presentan mayor riesgo.

Los pacientes con uso problemático generalmente fuman (o inhalan o ingirieren) cannabis a diario o casi a diario. Por lo general, lo utilizan para experimentar efectos (la relajación y el alivio de la ansiedad). A menudo encuentran dificultades para detener o reducir su uso porque, el cese abrupto puede causar síntomas de abstinencia. Por lo tanto, a la hora de abordar la problemática, debe considerarse la información de los pacientes cualquiera de los siguientes: diaria o cerca de uso diario, disfunción social, mala función en el trabajo o la escuela, que se repite intentos fallidos para detener o reducir el consumo y las expresiones de preocupación por parte de familiares o amigos (Suzanne.2014).

El médico debe considerar utilizar un cuestionario de detección validado, como el cuestionario CRAFFT, para identificar problemáticas de riesgo (Suzanne.2014).

Cuestionario CRAFFT

C-¿Alguna vez has estado en un carro manejado por alguien (incluyendo usted mismo) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?

R-¿Alguna vez utilizo alcohol o drogas para relajarse, sentirse mejor acerca de ti mismo, o integrarse a un grupo?

A-¿Alguna ha consumido alcohol o drogas mientras estás solo?

F-¿Alguna vez se olvida las cosas que hizo durante el uso de alcohol o drogas?

F-Le han sugerido, alguna vez, su familia o amigos que usted debe reducir su consumo de alcohol o drogas?

T- ¿Alguna vez has metido en problemas, mientras que estaba usando alcohol o drogas?

Proporcionar sesiones de orientación breves, para pacientes con uso problemático de cannabis.

El consejo breve y charlas de orientación, proporcionadas por médicos de atención primaria, han demostrado ser eficaz en reducir el consumo de cannabis. Por lo tanto, se recomienda a los médicos proporcionar varios minutos (5 a 30 minutos), de sesiones de asesoramiento a todos los pacientes con consumo problemático de cannabis. Los médicos deben incorporar el intercambio de información y de motivación, técnicas de entrevista en las sesiones. Sin embargo, como el predictor más importante de los resultados no es el tipo de asesoramiento, sino una relación terapéutica positiva, los médicos deben centrarse en demostrar empatía y el fomento de la auto-eficacia (Manson.2012).

Como primer paso, el médico debe vincular al paciente el consumo de cannabis con consecuencias médicas y sociales en su vida. En algunos pacientes podrían ser las consecuencias sutiles; es importante explorar áreas como el trabajo y la escuela rendimiento, estado de ánimo, el enfoque, la concentración y el sueño. Los médicos deben ayudar a los pacientes a determinar sus objetivos (Manson.2012). Reducción en el uso es una meta razonable para la mayoría de usuarios. Sin embargo, los médicos deben alentar fuertemente algunos pacientes que persiguen la abstinencia, incluyendo aquellos con enfermedades cardiovasculares, los que tienen una historia personal de la adicción a cualquier sustancia, aquellos con antecedentes familiares de psicosis, y las mujeres embarazadas (Manson.2012).

La reducción en el uso va a ser difícil para los pacientes con adicción cannabis; estos pacientes también deben aspirar a abstinencia. Sin embargo, los médicos deben seguir apoyando y fomentar un enfoque de reducción de daños para los pacientes en estas categorías que no quieren o que son incapaces de lograr la abstinencia (Suzanne.2014).

Algunos pacientes no van a estar dispuestos a cambiar y ni dispuestos a discutir su consumo de cannabis y configurar sus metas. Los médicos deben reconocer esta decisión y expresar su preocupación, pero sirviendo de apoyo. Algunos pacientes piensan en hacer un cambio, pero siendo ambivalente (etapa contemplativa). Es necesario ayudar a los pacientes a explorar los pros y los contras de usar cannabis. Esto a menudo ayuda a los pacientes a seguir adelante a la etapa de planificación y establecimiento de metas. Para los pacientes que están dispuestos a hacer cambios y configurar objetivos (fase de planificación), los médicos deben prestar asistencia en el desarrollo de los planes y deben alentar los pacientes a establecer metas específicas con respecto a la cantidad y la frecuencia de uso y una línea de tiempo para llevar a cabo estos objetivos. Se recomienda fomentar este grupo de pacientes, realizar un registro de consumo de cannabis en un calendario o planificador del día (Stockwell.2014).

Los pacientes que tienen recaídas se deben alentar de volver a participar en el tratamiento, haciendo hincapié en que la recaída es común y no significa que no estarán en condiciones de lograr la recuperación a largo plazo (Stockwell.2014).

Derivación a atención especializada.

Todos los pacientes que no pueden cesar o reducir el consumo, sobre todo los que ya están experimentando daños, deben ser derivados a un médico especialista en adicciones u otra atención especializada. Algunos consumidores de cannabis requerirán más tratamiento intensivo, sobre todo si no han respondido al consejo breve y que son grandes consumidores de cannabis, además han experimentado daños por el consumo de cannabis y tienen un uso problemático de otras sustancias, o tienen concomitantemente estado de ánimo ansioso, o trastornos psicóticos. Sin embargo, si el especialista adicciones no está disponible, los psiquiatras con un interés en la adicción, las instalaciones de desintoxicación, asesores en adicciones, programas de narcóticos anónimos, y programas de adicción residenciales, pueden ser fuentes de atención especializada y apoyo (Iversen.2008).

Después de la remisión, los médicos de atención primaria deben tener un papel continuo en el seguimiento y la prevención de recaídas. En las consultas regulares, los médicos deben preguntar sobre el consumo de cannabis, animar a los pacientes que asisten a la atención especializada, y animar la participación en el trabajo, la escuela y las actividades sociales. Los médicos deben llamar la atención sobre los éxitos y reducciones en el uso a un cambio positivo en la salud y su funcionamiento (Suzanne.2014).

4. Conclusiones.

- 1- El consumo de alcohol y tabaco precede el consumo de cannabis y otras drogas ilícitas y de mayor potencial adictivo, debe trabajarse duro en campañas para la prevención del alcohol y tabaco.
- 2- Debe focalizarse en prevención en población escolar, ya que cada año que se retrasa el inicio de drogas lícitas, disminuye el riesgo de consumo de cannabis.
- 3- La participación de la familia en programas educativos sobre cannabis, demostró reducción en conductas de consumo.
- 4- La implementación de intervenciones familiares breves durante al menos veinte minutos, durante seis meses, es más efectiva para reducir el consumo de cannabis y otras drogas.
- 5- Es necesario un cambio en la percepción inexacta sobre el cannabis, ya que socialmente se ve como un comportamiento normativo.
- 6- Cambios en la competencia social de los planes de estudio, ayudan a dotar a las personas de herramientas personales y sociales para evitar el consumo de cannabis.
- 7- Fomentar la ejecución de programas multimodales, que combinan los enfoques de los planes de estudios, con iniciativa más amplias dentro y fuera de la escuela, así como programas para padres y comunidades, donde se propongan iniciativas de cambio sobre las políticas de fiscalización, disponibilidad y comercialización del cannabis.
- 8- Dentro de la nueva tendencia, se propone programas de mensajería por artistas, donde de una manera diferente se involucra a la persona que consumen cannabis en diferentes actividades artísticas y una gran variedad de profesionales de las artes, capacitados en este tipo de intervención, logrando desarrollar en el individuo la capacidad de autoanalizarse sobre su problemática actual y ayuda a buscar nuevas estrategias para la cesación de cannabis.

- 9- La implementación de programas familiares e individuales, que integren la terapia cognitivo-conductual, en aras de mejorar la resolución de problemas, fortalecimiento de la autoestima, así como la disminución del consumo de cannabis.
- 10-Establecer políticas dirigidas a atacar las creencias normativas que se tiene sobre el cannabis actualmente en nuestra sociedad, ya que los individuos tiende a normalizar el consumo y los efectos del cannabis, sobreestimando las prevalencia de consumo.
- 11-Para mitigar el consumo de cannabis, debe trabajarse en disminuir la tolerancia social, aumentar la información sobre los efectos negativos que produce sobre la salud, contrarrestar la presión de la cultura a favor del cannabis, descubrir y luchar contra los intereses económicos.
- 12-Deben implementarse medidas educativas, para cambiar el paradigma de la tolerancia social, que día con día toma más fuerza en la sociedad. Es oportuno que se modifiquen la normativa existente, así como el control familiar y la utilización del tiempo libre principalmente en la juventud, que bien se sabe su grado de susceptibilidad al consumo de cannabis
- 13-Incentivar las terapias cognitivo-conductuales en terapia de cesación.
- 14-En los pacientes donde se identifican otros factores (factores genéticos, antecedentes familiares, supervisión parental mínima, la disponibilidad de medicamentos, grupo de compañeros de alto riesgo, y los que tienen una necesidad de las actividades en busca de emociones más altas) concomitantes al consumo de cannabis, se beneficiarán de terapia familiar.
- 15- La terapia cognitivo conductual es la mejor opción actualmente en programas de cesación al cannabis.
- 16-Para lograr el éxito en el cese de cannabis, deben tratarse coexistentemente otras adicciones, de ahí el papel del médico en el primer nivel de atención en realizar esta intervención.
- 17-Es imprescindible el manejo de la ansiedad en usuarios en programas de cesación, para alcanzar mayores tasas de éxito.

- 18-La combinación de terapia cognitivo conductual y terapia familiar, aumentan el éxito en la cesación del cannabis.
- 19-La entrega de una entrevista motivacional a través de sistemas tecnológicos (telefonía, Internet, videos, redes sociales) en terapia de cesación, fortalece el abandono de consumo.
- 20- En el primer nivel de atención, es el ámbito idóneo para desarrollar programas de intervenciones breves y derivación de aquellos pacientes que lo requieran.
- 21-Solicitar de forma rutinaria en las consultas médicas por consumo rutinario de cannabis.
- 22-En aquellos pacientes que tienen motivos de consulta ocultos o de alta sospecha de abuso de sustancias, preguntar por consumo rutinario de cannabis.
- 23-El cuestionario CRAFFT, validado internacionalmente para determinar problemáticas de riesgo en las personas que usan cannabis.
- 24- La derivación oportuna al especialista en adicciones, cuando no hay respuesta a las intervenciones para cesación iniciales o recaídas frecuentes.

5. Recomendaciones.

- 1- Fortalecer en el primer nivel de atención, los programas preventivos de consumo de marihuana, dirigidos principalmente a los jóvenes, de una forma integral guiadas por el médico de familia, tanto en la consulta externa como a nivel comunitario.
- 2- Incluir a la familia en el proceso educativo y preventivo que se realice por el personal de salud en la comunidad, posicionando la familia como unidad de atención en el problema de consumo de marihuana.
- 3- Fomentar la participación del médico de familia y personal de salud en realizar un trabajo interinstitucional de índole educativo-preventivo, donde se proyecte un mensaje de integración de conceptos básicos sobre la marihuana, sus usos terapéuticos en la medicina moderna y sus efectos sobre la salud si se consume en exceso, para desmitificar el consumo socialmente.
- 4- El equipo de primer nivel de atención se encargue de la identificación y gestión de recursos a nivel comunitario, para la creación de alianzas estratégicas para la implementación de programas preventivos multimodales (Escuelas, comunidad y personal de salud) en relación con el consumo de cannabis.
- 5- El personal de salud en el primer nivel de atención debe realizar intervenciones individuales y colectivas, sobre el constante “marketing” social que incentiva el consumo de cannabis, así mismo dotar a las personas de herramientas y aptitudes para resolución de problemas y fortalecimiento de autoestimas que disminuyan la vulnerabilidad hacia esta droga.

- 6- Proponer grupos comunitarios que participen y sean vigilantes de la legislación de no venta de drogas lícitas a menores de edad, ya que la prevención sobre alcohol y tabaco, es fundamental para disminuir la tolerancia social y familiar, así como el consumo de cannabis, por considerarse como puerta de entrada a las marihuana y otras drogas ilícitas.
- 7- El médico de familia con el conocimiento técnico debe incentivar a desarrollar programas que incluyan Terapia Cognitivo Conductual en el primer nivel de atención, para buscar mayor éxito en la cesación de cannabis.
- 8- Los integrantes del equipo de salud deben destinar en el tiempo de consulta médica, un espacio para la atención familiar, ya que el proceso de cesación, resulta más efectivo cuando se involucra y trabajan aspectos familiares del usuario en la consulta médica.
- 9- El equipo de salud en el primer nivel de atención puede capacitar al usuario de marihuana con técnicas sencillas de manejo de la ansiedad, en la consulta médica rutinaria, así como en el trabajo con grupos comunitarios.
- 10- Implementar en el primer nivel de atención las terapias combinadas (Cognitivo Conductuales y Familiares), para fortalecer el proceso de cesación y reducir recaídas, pero principalmente que el médico de familia brinde el debido acompañamiento a los pacientes en riesgo de consumo o a los que están en un proceso de cesación de marihuana.
- 11- Contemplar el uso de nuevas tecnologías (Internet, redes sociales, telefonía) en la consulta médica y en el seguimiento de los pacientes, para entregar la entrevista motivacional o la consejería breve.

- 12- Desarrollar el modelo de intervención breve y referencia, por el médico de familia en el primer nivel de atención y gestionar de manera expedita aquellos pacientes que requieran un manejo por el especialista en adicciones o la intervención de otro profesional a fin con la problemática y que no se cuente en un primer nivel de atención, garantizando el canal de la comunicación de una manera bidireccional entre los profesionales.
- 13- Es necesarios destinar tiempo de consulta médica para preguntar por el uso de cannabis o para preguntar sobre cierta sintomatología sugestiva de consumo de sustancias psicoactivas y que el paciente no manifieste expresamente y que le sirva al médico de familia para determinar el riesgo de cada paciente. El cuestionario validado, CRAFFT, es una herramienta útil para identificar problemáticas de riesgo en el primer nivel de atención.
- 14-El médico de familia y personal de salud debe brindar continuidad a los usuarios que asisten a la atención especializada, así como resaltar sus logros positivos en el uso de cannabis y evitar recaídas.

6. Bibliografía

1. Abood, M.E. y Martin, B.R. (1992) Neurobiology of Marijuana Abuse. T.I.P.S., 13: 201.
2. Aceto, M.D., Scates, S.M., Lowe, J.A. & Martin, B.R. (1995) Cannabinoid precipitated withdrawal by the selective cannabinoid receptor antagonist, SR 141716A. Eur. J. Pharmacol., 282: R1-R2.
3. Adams I.B., Martin B.R. (1996) Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. Addiction 91:1585-1614.
4. Adamson P. Child well-being in rich countries. A comparative overview. Innocenti Report Card 11. Florence, Ital: United Nations International Children's Emergency Fund Office of Research; 2013. Available from: www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf. Accessed 2014 Apr 18.
5. Agrawal A.K., Kumar P., Gulati A., Seth P.K. (1989) Cannabis induced neurotoxicity in mice: effect of cholinergic (muscarinic) receptors and blood barrier permeability. Res. Commun. Subst. Abuse 10:155-168.
6. Agurell S., Carlsson S., Lindgren J.E., Ohlsson A., Gillespie H., Hollister L. (1981) Interactions of 1-tetrahydrocannabinol with cannabinol and cannabidiol following oral administration in man. Assay of cannabinol and cannabidiol by mass fragmentography. Experientia 37:1090-1.
7. Ahumada, G. 2007. Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2006. Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR.
8. Alvarez D., Arizaga M. y Quiña G. (2007). El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso. Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse (1999) Marijuana: A continuing Concern for Pediatricians. Pediatrics, 104(4): 982-985.

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. 47. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(6):607-14.
11. Barreto, G. et al 2004. Estudio nacional consumo de drogas en hogares paraguayos. Observatorio Paraguayo de Drogas, SENAD.
12. Bauman, K.E. y Fisher, L.A: (1986). On the measurement of friend behavior in research on friend influence and selection: Findings from longitudinal studies of adolescent smoking and drinking. *Journal of Youth and Adolescence*, 15, 345-353.
13. Becoña, E. & Martínez, U. & Calafat, A. & Montse, J. & Dutch, M. & Fernández, J. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Revista Adicciones*, 24 (3), 253-268.
14. Bejarano, J. “Juventud Escolarizada y drogas. Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria”. San José: I.A.F.A. 2011, ISBN: 978-9968-705-84-4.
15. Bejarano (2006). “La juventud y las drogas: encuesta nacional sobre Percepciones y consumo en poblaciones de educación secundaria San José: I.A.F.A.-CI-CAD/OEA/ICD.
16. Boluarte, T., Mossialos, E., and Rudisill, C. (2011). The Impact of Alcohol Policies across Europe on Young Adults’ Perceptions of Alcohol Risks. *CESifo Economic Studies*, 2011, Oxford University Press. doi:10.1093/cesifo/ifr025.
17. Burrone, M., Villela, S., Lobo, M., Enders, J., Fernández, R., y Pereira, G. (2010). Analysis of the frequency of experimentation with and consumption of drugs in highschool students. *Revista Enfermagem*. Vol. 18. ISSN 0104-1169.
18. Buxarrais, M., Noguera, E. Tey, A., Burguet, M., Duprat, F (2011). La influencia de las TIC en la vida cotidiana de las familias y los valores de los adolescentes. Barcelona: Observatorio de Educación Digital.

19. Castellanos D, Thornton G. Synthetic cannabinoid use: recognition and management. *J Psychiatr Pract* 2009;18(2):86-93.
20. CCSA (2012). Cross-Canada Report on Student Alcohol and Drug Use. Obtenido de Internet el 22 de octubre de 2012: <http://www.ccsa.ca/Eng/Priorities/Research/StudentDrugUse/Pages/default.aspx>
21. Centro Centroamericano de Población (CCP). Consulta a Censos y Grandes Bases de datos estadísticas. Obtenida el 1 de agosto de 2008.
22. Centro de Información Policial Antidrogas (CIPA). 2006. Informe Estadístico 2006. Policía de Control de Drogas, Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública, Costa Rica.
23. Chen, J., Paredes, W., Lowinson, J.H. y Gardner, E.L. (1990) Δ^9 -Tetrahydrocannabinol enhances presynaptic dopamine efflux in medial prefrontal cortex. *Eur. J. Pharmacol.*, 190: 259-262.
24. CICAD/OEA (2011). Informe del uso de drogas en Las Américas en el último decenio. Washington, D.C.: CICAD, OEA/Ser.L/XIV6.6 Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE. (2010) Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile 2009. Santiago, Chile.
25. CONACE (2007). Séptimo estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2006. CONACE.
26. Cortes. 2012 "Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación. Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010: Consumo de cannabis". San José, CR. : IAFA, 2012.22
27. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med* 2011;5(1):1-8.
28. Crowley TJ, Macdonald MJ, Whitmore EA, Mikulich, SK. Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 1998; 50(1):27-37.

29. DHHS (2012). Mental health data for Wisconsin. Adolescent Health Facts. Obtenido de Internet el 02 de noviembre 2012: <http://www.hhs.gov/ash/oah/adolescenthealthtopics/mentalhealth/states/pdfs/wi.pdf>.
30. Diana, M., Muntoni, A.L., Pistis, M., Melis, Miriam & Gessa, G.L. (1999) Lasting reduction in mesolimbic dopamine neuronal activity after morphine withdrawal. *Proc. Natl- Acad. Sci.*, 11: 1037-1041.
31. Díaz, A. 2006. Primer estudio nacional sobre consumo de drogas en población general de El Salvador. El Salvador: Comisión Nacional Antidrogas.
32. Elliot, D.S., Huizinga, D.M. y Ageton, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
33. EMCDDA: Estimating the prevalence of problema drug use in Europe. EMCDDA Scientific Monograph Series, Nº 1.
34. Emrich, H.M., Leweke, F.M. y Schneider, U. (1997) Towards a Cannabinoid Hypothesis of Schizophrenia: Cognitive Impairments Due to Dysregulation of the Endogenous Cannabinoid System. *Pharmacol. Biochem. & Behav.*, 56(4): 803-807. Fray, P.J.; Dunnett, S.B.; Iversen.
35. Escotado A. Historia general de las drogas. Madrid: Alianza Editorial; 1989.
36. Fischer B, Jeffries V, Hall W, Room R, Goldner E, Rehm J. Lower Risk Cannabis Use Guidelines for Canada (LRCUG): a narrative review of evidence and recommendations. *Can J Public Health* 2011;102(5):324-7.
37. Global Cannabis Commission (2008) Cannabis Policy: Moving beyond stalemate. Beckley Park, Oxford. : The Beckley Foundation.
38. Green K. (1999) Marihuana and intraocular pressure. Possible mechanisms of action. En *Marihuana and Medicine*, Nahas G.G., Sutin K.M., Harvey D.J., Agurell S., eds., Humana Press, Totowa, NJ, pgs. 581-9.
39. Greydanus. D "Marijuana current concepts". Review *Frontiers in Public Health*. 2013.

40. Gryaznevich, V. 2005. Beer patrol. The St. Petersburg Times. Opinion, December 13, 2005. Issue No. 130 (96) Obtenida el 18 de febrero del 2008.
41. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet* 2009; 374(9698):1383-91.
42. Haney M, Ward AS, Comer SD, Foltin RW, Fischman MW. Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 1999;141(4):395-404.
43. Hampson A.J., Grimaldi M., Axelrod J., Wink D., (1998) Cannabidiol and δ^9 -tetrahydrocannabinol are neuroprotective antioxidants. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 95:8268-8273.
44. Hasin DS, Keyes KM, Alderson D, Wang S, Aharonovich E, Grant BF. Cannabis withdrawal in the United States: results from NESARC. *J Clin Psychiatry* 2008;69(9):1354-63. Epub 2008 Sep 9.
45. Instituto Costarricense sobre Drogas (2007) Plan Nacional de Drogas 2008-2012. San José, Costa Rica. : ICD.
46. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2010) Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Costa Rica, revisada y ajusta en el año 2010. San José, Costa Rica. : IAFA.
47. Iversen LL. The science of marijuana. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press;2008.
48. Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. San Diego, CA: Academic Press.
49. Jones y R. Battjes (dirs.), Etiology of drug abuse: Implications for prevention (pp. 193-235). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
50. Kandel, D. y Yamaguchi, K. (1985). Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. En C.L.
51. Kandel, D.B. y Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of Addictions*, 22, 319-342.

52. Kandel, D., Davies, M. y Baydar, N. (1990). The creation of interpersonal contexts: Homophily in dyadic relationships in adolescence and young adulthood. En L. Robins y M. Rutter (dirs.), *Stright and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 221-241). Cambridge: Cambridge University Press.
53. Kennet, J. (2005). Evaluating and improving methods used in the national survey on drug use and health. (DHHS Publication No. SMA 05 Methodology Series: M-5. Rockville, Maryland.
54. Kobayashi H, Suzuki T, Kamata R, Saito S, Sato I, Tsuda S, Matsusaka N. Recent progress in the neurotoxicology of natural drugs associated with dependence or addiction, their endogenous agonists and receptors. *J Toxicol Sci* 1999;24(1):1-16.
55. Manson B. "A proof of concept randomized controlled study of gabapentin: effects on cannabis use, withdrawal and executive function deficits in cannabis dependent adults". *Neuropsychopharmacology*, 2012, 37, 1689-98.
56. National Cannabis Prevention and Information Centre. Cannabis use—Severity of Dependence Scale (SDS). Sydney, Aust: National Cannabis Prevention and Information Centre, University of South Wales. Available from: <http://ncpic.org.au/static/pdfs/resources-gp/severity-of-dependence-scale.pdf>. Accessed 2014 Apr 17.
57. Newman, A. 2006. Youngsters enjoy beer ads, arousing Industry's critics. *The New York Times. Business*. February 13, 2006.
58. Organización Mundial de la Salud (2011) Plan de acción sobre el consumo de sustancia psicoactivas y la salud pública. Washington, D.C: 51 Consejo Directivo.
59. Otero, J.M., Mirón, L. y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 24, 1065-1082.
60. Pérez, A, Valencia, J. y Rodríguez, C. 2007. informe consolidado sobre los costos del problema de las drogas ilegales en Costa Rica: 2000-2003. CICAD/OEA. (MIMEO).

61. Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB; SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ* 2005;331(7529):1371. Epub 2005 Dec 1. Erratum in: *BMJ* 2006;332(7553):1298.
62. Leary, Timothy (1990). Tarcher & Putnam. ed. Flashbacks. New York: G.P. Putnam's Sons. IPozzi, Sandro. «Personalidades mundiales llaman a ensayar la regulación del cannabis. *El País*, 02-06-2011.
63. Romání O. Las drogas, sueños y razones. 2da ed. Barcelona: Editorial Ariel; 2004.
64. Rubin, Vera D. (1976). Cannabis and Culture. Campus Verlag.
65. Rudgley, Richard (1998). Lost Civilisations of the Stone Age. New York: Free Press.
66. Russo, E. (2003) Cannabis: From pariah to prescription. New York. : The Haworth Press.
67. Saurel-Cubizolles MJ, Prunet C, Blondel B. Cannabis use during pregnancy in France in 2010. *BJOG* 2014;121(8):971-7. Epub 2014 Feb 24.
68. SAMHSA (2006). National survey on drug use and health, 2006. SAMHSA, Office of Applied Studies. Obtenida el 24 de abril del 2008, de <http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2k6NSDUH/tabs/Sect1peTabs1to92.htm>
69. Schultes, E. y Hoffman, A. (2000) Plantas de los dioses. Origen del uso de los alucinógenos. 2ª Ed. México D.F. : Fondo de Cultura Económica.
70. Stockwell T, Sturge J, Jones W, Fischer B, Carter C. Cannabis use in British Columbia: patterns of use, perceptions, and public opinion as assessed in the 2004 Canadian Addiction Survey. Victoria, BC: Centre for Addictions Research of British Columbia; 2006. Available from: <http://carbc.ca/portals/0/propertyagent/558/files/19/carbcbulletin2.pdf>. Accessed 2014 Apr 18.
71. Suzanne D. "Approach to cannabis use disorder in primary care". *Addiction Medicine Series. Can Fam Physician*, 2014; 60: 801-808.
72. Taylor, B. et al (2007) Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas. Reporte final del estudio multicéntrico OPS. Washington, D.C.

73. Thomas R. "School-base programmes for preventing smoking". The Cochrane Library; 2013, Issu 4.
74. United Nations Office on Drugs and Crime (2006) (PDF). Cannabis: Why We Should Care. 1. S.I.: United Nations. 14.
75. Vancouver Coastal Health. Take care with cannabis. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health, Centre for Addictions Research of BC. Available from: www.vch.ca/media/TakeCarewithCannabis.pdf?xprOpenPopup=1. Accessed 2014 Apr 19.

7. Anexos.

7.1 Matriz de síntesis de información.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Iglesias. V. "Early tobacco and alcohol consumption as modifying risk factors on marijuana use". Revista de Salud Pública, Facultad de Medicina Universidades Chile, 2007, página 517-522.	Estudio transversal.	Evaluar la relación entre consumo precoz de tabaco y alcohol y el riesgo de consumir marihuana en escolares	Si la edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol son un factor de riesgo del consumo de marihuana. Muestra: Para ello se aplicó una encuesta a escolares de ambos sexos, provenientes de 86 comunas del país.	Esta muestra se obtuvo mediante un diseño de muestreo estratificado, probabilístico y bi-etápico. La información se obtuvo mediante una encuesta de 92 preguntas, autoaplicada y supervisada por encuestadores especialmente entrenados, ajenos al respectivo establecimiento educacional.	Se utilizó las siguientes preguntas: uso alguna vez en la vida de marihuana, tabaco y alcohol (variables dicotómicas); edad de inicio de consumo de tabaco, alcohol y marihuana (variables continuas medida en años); y la intensidad del hábito tabáquico (variable categórica: fuma todos o casi todos los días, algunos días en la semana, sólo los fines de semana u ocasionalmente en el mes). También se utilizó la información relativa al sexo (variable dicotómica) y la edad de los encuestados (variable continua medida en años) como variables de ajuste.	Búsqueda en Biblioteca Virtual en Salud.	El riesgo instantáneo de consumo de marihuana considerando la edad de inicio de consumo de tabaco y alcohol fue estimado por medio de un modelo de regresión de Weibull.	Señalan que el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo para el consumo de marihuana y que en presencia de alcohol este riesgo aumenta.	Las estrategias de prevención deberían orientarse a evitar el consumo precoz de tabaco en escolares. Por cada año que se retrasa el inicio de consumo de tabaco y alcohol el riesgo de consumir marihuana disminuye respectivamente.

Referencia bibliográfica Completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Muñoz. I. "Morbilidad atendida y conductas de riesgo de la niñez y adolescentes de calle de Medellín". Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia Medellín, Colombia, 2011, páginas 207-218.	Observación al descriptivo y retrospectivo.	Describir características, morbilidad atendida y conductas de riesgo para la salud de la niñez y adolescencia en situación de calle de Medellín.	Se revisaron las historias clínicas de niños, niñas y adolescentes en situación de calle, menores de 18 años, que recibieron atención en salud entre enero y diciembre de 2008. Muestra: 483 historias clínicas.	La información se recolectó en un cuestionario diseñado por los Investigadores siguiendo la estructura de la historia clínica. Se incluyó información de: aspectos socio-demográficos, sintomatología y motivos de consulta, antecedentes, estado nutricional, diagnóstico y aspectos del tratamiento y la efectividad del mismo.	Niños, niñas y adolescentes en situación de calle, menores de 18 años, que recibieron atención en salud entre enero y diciembre de 2008	Búsqueda en Biblioteca Virtual en Salud.	Mayor consumo en el sexo femenino (95,8 % vs. 75,5 % en el masculino), en los adolescentes (86,0 %), en quienes residían en la calle (89,6 %), en aquellos sin ningún grado escolaridad (94,4 %) y procedentes de los municipios del área metropolitana (82,4 %).	Información acerca de hábitos de consumo de psicoactivos se encontró en 404 historias clínicas, con reporte positivo de consumo en el 81,0 %.	Morbilidad atendida, la actividad sexual y el consumo de sustancias psicoactivas en los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Medellín, son manifestaciones de la alta vulnerabilidad en salud de este grupo poblacional. Programas donde se realicen acciones de promoción de la salud física, sexual y reproductiva, prevención de la enfermedad y del consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento oportuno, rehabilitación en salud y en farmacodependencia.

Referencia bibliográfica Completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Nyamathi.A. "Impact of Nursing Intervention on Decreasing Substances among Homeless Youth." American J Adicct, 2013, 21 (6): 558-565.	Intervención aleatorizado y randomizado.	Evaluar el impacto de un estudio de intervención enfocada a disminuir el uso de drogas y alcohol en una muestra de personas sin hogar.	El consumo de sustancias en los jóvenes sin hogar se ha asociado con menores tasas de uso del condón, un consiguiente aumento en el riesgo de embarazo no deseado, y la infección por el VIH / SIDA, la hepatitis Virus B y C. Este estudio piloto aleatorizado se llevó a cabo entre una muestra de 154 jóvenes, masculinos sin hogar y mujeres usuarias de drogas para evaluar el impacto de una intervención grupal.	La muestra fue elección de una agencia en Santa Mónica, California. Eligieron participantes que estaban: a) sin hogar, definida como haber pasado la anterior noche en un albergue, hotel, motel, vehículo o edificio abandonado; b) con edades de 15-25 años; y c) participando activamente en el uso de drogas en los últimos seis meses. Protocolos fueron establecidos por una consejero asesor de la comunidad para establecer la fidelidad de los programas.	VARIABLES sociodemográficas evaluadas edad, raza / etnia, género, educación, y sin hogar, factores sociales y de salud. Nurse-Led HIV/AIDS and Health Promotion (HHP) Program. Art Messaging (AM) Program	Búsqueda en Biblioteca Virtual en Salud.	Características de la muestra se describieron con frecuencias y porcentajes o medios y desviaciones estándar y las variables continuas se comprobó la normalidad. Cambiar con el tiempo el consumo de sustancias fue evaluada con la prueba de simetría de McNemar. Cambio en las medidas de resultado continuas se evaluó con pruebas t pareadas sobre las diferencias entre los valores de referencia y de seis meses; los dos programas fueron contrastadas utilizando medidas repetidas análisis de varianza.	La mayoría de los participantes eran hombres (70%), la edad media fue de 21,2 años (DE: 2,4); Más de la mitad de la secundaria completa (59%) y los blancos compuesto más de la mitad de la muestra (58%). Parejas sexuales de por vida de 10 o más se informó por casi la mitad de la muestra. El apoyo social se obtuvo exclusivamente (36%) o parcialmente (46%) a partir de drogas y consumidores de alcohol. No se observaron diferencias entre los grupos con síntomas depresivos.	Jóvenes sin hogar presentan altos niveles de consumo de drogas y alcohol, lo que los coloca en alto riesgo de mala salud. Es interesante que tanto el programa HHP dirigida por enfermeras y el programa AM, ambas producidas reducciones significativas de alcohol y el consumo de marihuana y beber en exceso. La investigación futura es necesaria para continuar la construcción del programa HHP dirigida por enfermeras, ya que es eficaz en la promoción de la salud en esta población vulnerable.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Norweeta. G. "A family Intervention to reduce Sexual Risk Behavior Substance use, and delinquency among newly homeless youth". J Adolesc Health, 2012; 50(4): 358-364.	Estudio controlado aleatorizado y rdbomizado.	Evaluar la eficacia de una intervención familiar breve en la reducción del comportamiento sexual de riesgo, uso de drogas y las conductas delictivas entre los jóvenes sin hogar.	Los jóvenes de la calle son más propensos a involucrarse en conductas de riesgo sexual y consumo de droga. Muestra: 442 adolescentes que vivían en las calles de los Ángeles y San Bernardino .	La juventud en el estudio llevado a cabo evaluaciones al inicio del estudio, y 3, 6 y 12 meses. De los 151 adolescentes aleatorizados, 77% (116) completaron al menos un seguimiento; 71% (107) completaron a 3 meses; 58% (87) completó una de 6 meses; y el 46% (69) completó una de 12 evaluaciones meses.	Los datos demográficos (edad, sexo, orientación sexual, raza / etnia y lugar de nacimiento) fueron recogidos al inicio del estudio, así como información acerca de la ejecución de distancia. La historia de por vida de sexual y También se evaluó las conductas de riesgo de VIH relacionada con las drogas.	Búsqueda en Biblioteca Virtual en Salud.	Se llevaron a cabo dos series de comparaciones, pruebas t y pruebas de chi cuadrado para la continua y medidas categóricas, respectivamente. El impacto de la intervención STRIVE en la toma de riesgos de los adolescentes y comportamientos delincuentes se evaluó por intención de tratar-los modelos de regresión aleatoria y de ordenadas.	Se realizaron análisis por intención de tratar de estimar el impacto de la intervención STRIVE sobre las conductas de riesgo en los 3 meses anteriores a cada evaluación. Con Respecto al consumo de sustancias, un efecto significativo se encontró para el número de veces que la marihuana.	Un programa basado en la familia también puede resultar reducciones significativas en los comportamientos de riesgo. Problemas antecedente de conflictos familiares que llevan para casos de huida eran el foco de la intervención STRIVE. El objetivo de volver a entablar jóvenes con sus familias. La intervención redujo el número de parejas sexuales, y uso juventud de Marihuana.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Isorno.M."Evidencia Científica y Medidas Preventivas para la reducción del consumo de Cannabis durante la adolescencia". Universidad de Vigo, España; 2013: 39(1) 12-30.	Estudio controlado aleatorizado y rdbomizado.	Evaluar la eficacia de una intervención familiar breve en la reducción del comportamiento sexual de riesgo, uso de drogas y las conductas delictivas entre los jóvenes sin hogar.	Los jóvenes de la calle son más propensos a involucrarse en conductas de riesgo sexual y consumo de droga. Muestra: 442 adolescentes que vivían en las calles de los Ángeles y San Bernardino .	La juventud en el estudio llevado a cabo evaluaciones al inicio del estudio, y 3, 6 y 12 meses. De los 151 adolescentes aleatorizados, 77% (116) completaron al menos un seguimiento; 71% (107) completaron a 3 meses; 58% (87) completó una de 6 meses; y el 46% (69) completó una de 12 evaluaciones meses.	Los datos demográficos (edad, sexo, orientación sexual, raza / etnia y lugar de nacimiento) fueron recogidos al inicio del estudio, así como información acerca de la ejecución de distancia. La historia de por vida de sexual y También se evaluó las conductas de riesgo de VIH relacionada con las drogas.	Búsqueda en Biblioteca Virtual en Salud.	Se llevaron a cabo dos series de comparaciones, pruebas t y pruebas de chi cuadrado para la continua y medidas categóricas, respectivamente. El impacto de la intervención STRIVE en la toma de riesgos de los adolescentes y comportamientos delincuentes se evaluó por intención de tratar-los modelos de regresión aleatoria y de ordenadas.	Se realizaron análisis por intención de tratar de estimar el impacto de la intervención STRIVE sobre las conductas de riesgo en los 3 meses. Con Respecto al consumo de sustancias, un efecto significativo se encontró para el número de veces que la marihuana.	Un programa basado en la familia también puede resultar reducciones significativas en los comportamientos. Problemas antecedente de conflictos familiares que llevan para casos de huida eran el foco de la intervención STRIVE. El objetivo de volver a entablar jóvenes con sus familias. La intervención redujo el número de parejas sexuales, y uso juventud de Marihuana.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Mtthys N. "Evidence-Based prevention of cannabis use in Flanders (Belgium), Is there a role for health economic evaluative ". Arch Public Health, 2009, 67, 146-160.	Estudio Descriptivo, revisión bibliográfica.	El cannabis es una droga popular en Flanders, a pesar del hecho de que la prevención es de prioridad en la agenda política. El Gobierno tiene por objeto prevenir el consumo de cannabis de manera eficiente y en el logro de esto, un análisis económico de la salud.	Este artículo se basa en un estudio reciente realizado por los autores. Muestra : siete estudios de alta calidad.	Búsqueda exhaustiva bibliografía, entrevistas con personas clave, una búsqueda en Internet y un análisis de los informes y documentos inéditos. Bases de Datos: Medline, PubMed and Sociological Abstracts.	Drogas (ilícitas), inadecuado uso de alcohol, abuso de sustancias y el cannabis. Prevención, medicina basada en evidencia , en base , la eficacia, (efecto). Evaluación, la rentabilidad, la salud, Bélgica y Flanders.	Búsqueda en Pudmed.	Una búsqueda exhaustiva de la literatura, se llevó a cabo entrevistas con personas clave, una búsqueda en Internet y un análisis de los informes y documentos no publicados.	La interrelación entre las diversas formas de consumo de sustancias, y de la variedad de estrategias para evitar esto (incluyendo los costos de los mismos), parece exigir una evaluación conjunta de múltiples sustancias.	Dentro de las dificultades metodológicas, la falta general de conocimiento sobre la edad y efectos sobre la salud y de ingresos económicos, causadas por las diversas tipos de sustancias usadas, en la actualidad hace que la evaluación basada en la evidencia de la prevención del consumo de cannabis en Flanders sea virtualmente imposible.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Rooke S, "Successful cannabis quitters: Comparing group characteristics and quitting Strategies". Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2011, 6:30.	Ensayo controlado aleatorio de examinar diferencias de resultado entre Entrevista Motivacional (EM) y la terapia cognitivo-conductual (TCC),	Identificación de las diferencias entre Estrategia de éxito y sin éxito dejar de fumar cannabis podrían potencialmente mejorar con intervenciones para que los individuos con más fuerza de recaída (o no pueden dejar de fumar, incluso para duraciones cortas) podría orientar mejor y ser ayudado.	Algunas personas son capaces de dejar de consumir cannabis cuando quieren, otros experimentan mayor dificultad, de tal manera que 15.9% de los usuarios se convierten en dependientes de cannabis. Muestra: Ochenta y ocho con éxito y 82 sin éxito. Que dejaron de fumar fueron reclutados a través de periódicos y la publicidad en línea.	Mediante encuestas, las preguntas fueron valoradas en una escala de cinco puntos, donde 1 = no / no, y permaneciendo opciones de respuesta relacionados con la frecuencia de la exposición (= 2 1-11 veces al año, 3 = 1-3 días al mes, 4 = 1-3 días a la semana, y 5 = 4-7 días a la semana). Las respuestas a estos seis artículos fueron promediados para formar una medida de la exposición.	Edad, el género, el origen étnico (aborigen / Isleños del Estrecho de Torres, Anglo / Celtic, Asia, u otro), estado civil (definido como casado / vive en pareja, separados / divorciado o viudo la educación universitaria .	Búsqueda en Pudmed.	Todos los valores perdidos fueron imputados usando Expectativa Maximización de SPSS 17, un enfoque de máxima probabilidad de que emplea un algoritmo iterativo estimación de los parámetros del conjunto completo de datos Las 18 estrategias TCC y EM, para dejar de fumar se introdujeron en un análisis de componentes, principales.	Dieciocho estrategias derivadas de la terapia cognitivo-conductual se introdujeron en unos principales componentes análisis. El análisis arrojó cuatro componentes, que representan (1) La eliminación del estímulo, (2) La motivación de mejora, (3) (falta de) Distracción, y (4) (falta de) Hacer frente.	Los hallazgos indican que la adaptación, la modificación del medio ambiente, y la salud mental comórbida problemas pueden ser factores importantes a destacar en los tratamientos para el trastorno por consumo de cannabis.

Referencia bibliográfica Completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Norberg M. "Primary Prevention of Cannabis Use: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials". 2013, PloS ONE 8(1): e53187.	Revisión Sistemática de Ensayos controlados y aleatorizados .	La revisión fue el desarrollo de una comprensión global de los programas de prevención para el consumo de cannabis, mediante la evaluación universal dirigido, enfoques unimodal y multimodal, así como las características individuales del programa.	Una revisión sistemática de la prevención primaria se llevó a cabo por los resultados del consumo de cannabis en jóvenes y adultos jóvenes. Muestra: Veintiocho artículos, que representan 25 estudios únicos controlados y aleatorizados..	Se identificaron a partir de ocho bases de datos electrónicas (EMBASE, MEDLINE, CINAHL, ERIC, PsycINFO, Reviews DROGAS, EBM, y Proyecto CORK), fueron elegibles para su inclusión.	Datos como el diseño del estudio (control de grupo, grupos de comparación), las características demográficas (edad, de género, y las distribuciones étnicas)	Búsqueda en Pudmed.	Los estudios incluidos en esta revisión sistemática ampliamente variados en sus informes estadísticos . Como resultado de múltiples técnicas eran aplicada para calcular la d de Cohen y el 95% IC. Cuando esté disponible, D de Cohen y IC fueron reportados como se estipula en la publicación.	Los programas de prevención primaria pueden ser eficaces en reducir el consumo de cannabis en la población joven, con tamaños del efecto estadísticamente significativas que van desde triviales (0,07) a extremadamente grande (5.26).	Programas prevención primaria puede evitar el consumo de cannabis en general. Los programas de prevención pueden ser capaces de disuadir a los jóvenes de el uso de cannabis Se requiere seguir innovando en la calidad de los programas de prevención.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Chauchard E. "Motivations to quit cannabis use in adult no-treatment sample: Are they related to relapse". Addict Behav. 2013 September; 38(9):2422-2427.	Este estudio fue exploratorio y, por lo tanto, no incluyó hipótesis específicas.	La mayoría de los fumadores de marihuana que dejan de fumar lo hacen sin tratamiento formal, lo que sugiere que las motivaciones para dejar de fumar son una parte importante del proceso de abandono. Muestra: 385 adultos fumadores de cannabis (16 a 64 años).	Sin embargo, poco se sabe acerca de cómo las motivaciones relacionadas con dejar de fumar con éxito.	Se administraron los 176 ítems Marijuana Quit Questionnaire (MJQQ).	La edad en el estado de la recaída, en el momento de la entrevista y el riesgo de recaída en el tiempo, con el tiempo entre dejar de fumar y tratar de fumar, la entrevista como una covariable.	Búsqueda en Pubmed.	Se realizó un análisis factorial exploratorio para identificar los factores motivacionales significativos. Comparaciones de subgrupos utilizaron pruebas t y ANOVA. Regresión de Cox, regresión de riesgos proporcionales y el Modelo lineal general.	Se identificaron 6 factores motivacionales con valores propios > 1 que representaron el 58,4% de la varianza total: la auto-imagen y auto-control, problemas de salud, preocupaciones interpersonales, problemas legales, problemas de aceptabilidad social y la autoeficacia. Las mujeres eran más propensas que los hombres a estar motivados por la autoimagen / autocontrol, la salud correspondiente.	Se demostraron diferencias de género y edad en las motivaciones para dejar de fumar cannabis. Fumadores adultos de cannabis tienen motivaciones para dejar de fumar bastante similares a las de los adolescentes. Estos hallazgos sugieren áreas de enfoque para mejorar la prevención secundaria y el tratamiento psicosocial.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Sartor C. "Cannabis or alcohol first? Differences by ethnicity and risk for rapid progression to cannabis-related problems in women". Psychol Med. 2013 April; 43(4): 813-823.	Revisión Sistemática de Ensayos controlados y aleatorizados.	Determinar si la orden de inicio y la etnicidad son independientes al riesgo de progresión rápida de síntomas CUD(cannabis use disorder), después de considerar factores de riesgo psiquiátricos asociados con el consumo problemático de cannabis.	Comprobar si las diferencias en el orden de inicio de consumo de cannabis y alcohol Entre mujeres afroamericanas(AA) y Europeas(EA), para determinar si el orden y la etnicidad contribuyen independientemente con el riesgo de progresión rápida a los problemas relacionados con el cannabis.	Los datos fueron extraídos de entrevistas psiquiátricas estructuradas de 4.102 mujeres (edad media = 21,6 años), 3787 a partir de un estudio de gemelos sólo por mujeres y 315 a partir de un estudio familiar de alto riesgo; 18.1% auto-identificado como AA, 81,9% como EA.	La edad reportada en primer uso de cannabis y / o el uso de alcohol: se establecieron 6 variables a saber: (1) antes de cannabis alcohol, (2) tanto en la misma edad, (3) alcohol antes cannabis, sólo (4) cannabis, solamente (5) de alcohol, o (6) nunca se utiliza ya sea.	Búsqueda en Pudmed.	Los análisis de varianzas se llevaron a cabo para poner a prueba las diferencias de edad por categoría, pruebas t para las diferencias por etnicidad. El momento de transición de la primera utilización al primer síntoma se calculó utilizando las edades reportadas.	Mujeres AA tienen casi 3 veces más probabilidades de iniciar el consumo de cannabis antes de su uso de alcohol. El uso de cannabis antes de alcohol [hazard ratio (HR) 1,44, IC del 95% intervalo (IC) 1,08 a 1,93] y el origen étnico AA (HR 1,59, IC del 95% 1.13 a 2.24) se asociaron con progresión rápida desde el primer uso de cannabis.	Los programas de prevención deben adaptarse a las diferentes patrones de el consumo de cannabis y las contribuciones relativas de los factores de riesgo para el desarrollo de cannabis-relacionada problemas en diferentes grupos étnicos.

Referencia bibliográfica Completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Manson B. "A proof-of-concept Randomized Controlled study of gabapentin: effects on cannabis use, withdrawal and executive function deficits in cannabis-dependent adults". <i>Neuropsychopharmacology</i> . (2012) 37, 1689-1698.	Estudio Controlado o Aleatorizado a doble ciego, fase IIa.	A pesar de la prevalencia de consumo de cannabis y el número de personas que buscan tratamiento para ello, no hay medicamentos para la dependencia del cannabis aprobado por la FDA.	En todo el mundo, los pacientes en la búsqueda de tratamiento para la dependencia primaria cannabis representan 25% de todos los ingresos por uso de sustancias. Muestras: 127 personas.	Características demográficas y clínicas basales fueron comparación entre los grupos utilizando w2 para las variables categóricas y t-test para las variables continuas. Modelado de efecto mixto utilizando software IBM SPSS 17.0	Edad media de 33,9 (\pm 9,7) años. Los sujetos típicamente comenzaron a fumar marihuana a los 14,5 (\pm 3,5) años de edad, tenían un promedio de 11,6 (\pm 8,0) años de diario el consumo de marihuana, y fumaban un promedio de 11.0 (\pm 18,5) gramos por semana de la marihuana en los 90 días anteriores de la aleatorización.	Búsqueda en Pudmed.	Modelos de efecto mixto, fueron estimados para cada uso de la marihuana y medida de retirada, con todos los modelos centrados en la semana 12 e incluyendo el valor de referencia de la variable dependiente como covariable. Cada modelo asumido covarianza no estructurada.	La gabapentina tuvo un efecto significativo en la disminución del uso de marihuana en el transcurso del tratamiento, en relación con el placebo. La función cognitiva fue significativamente mayor en los sujetos tratados con gabapentina en comparación con los que recibieron placebo.	La relevancia clínica de los efectos de la gabapentina en el consumo de cannabis y la retirada durante el transcurso del tratamiento es apoyado por la mejora en la función ejecutiva y problemas relacionados con la marihuana en el grupo de gabapentina, pero no el grupo tratado con placebo.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Greydanus D. "Marijuana: current concept." Amit Agrawal, Gandhi Medical College and Hamid Hospital India, 2013, Review article.	Revisión Bibliográfica.	La marihuana (cannabis) sigue siendo una droga de controversia en el siglo XXI. En este trabajo se considera la investigación actual sobre el uso de Cannabis sativa y de sus componentes, tales como el cannabinoide s.	El potencial peligroso adverso efectos de fumar marihuana son bien conocidos y deben estar claramente enseñados a un público, que se confunde a menudo por una, aunque falso mensaje mediático y la promesa de que su consumo es benigno.	Muchos estudios se han realizado para confirmar la alta utilización de cannabis entre los adolescentes y adultos jóvenes del mundo. En el 2007, la encuesta Europea de Alcohol y otras Drogas (ESPAD),	Los consumidores de cannabis que también fuman Tabaco, factores genéticos, síntomas de abstinencia, edad, sexo, escolaridad.	Búsqueda en Pudmed.	Adultos que fumaban regularmente cannabis y tabaco encontró que una tercera parte se inició con el cannabis en primer lugar, el tabaco casi la mitad iniciado antes de cannabis, y la mayoría de los fumadores de marihuana que dejaron el tabaco lo hicieron después de asumir el consumo regular de cannabis	La prevención a través de la educación intensiva es la mejor opción disponible actualmente. El tratamiento específico para el consumo de cannabis es necesaria como manejo de otra drogadicción (como la heroína, entre otras.	Programas de prevención de la enseñanza sobre el uso de drogas, incluido el cannabis, puede ser beneficioso en la reducción de la experimentación con drogas y adicción. Se necesita educación intensa para grupos un alto riesgo de abuso de drogas, como, adultos jóvenes, y los individuos con un aumento del estrés psicológico. Terapia Cognitivo-Conductual. Prevención de suicidio en fumadores de cannabis.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Suzanne D. "Approach to cannabis use disorder in primary care, focus on youth and other high-risk user". Addiction Medicine Series/ Clinical Review Can Fam Physician 2014; 60: 801-8.	Revisión Bibliográfica de ensayos controlados, estudios observacionales y comentarios sobre el cannabis.	Revisar las características clínicas y complicaciones del consumo de cannabis y trastorno por consumo de cannabis, y realizar un protocolo para la detección, identificación y manejo de este trastorno.		Se realizaron búsquedas de ensayos controlados, estudios observacionales, y comentarios sobre el cannabis uso entre los adolescentes y adultos jóvenes; daños médicos y psiquiátricos relacionados con el cannabis; trastorno por consumo de cannabis y su tratamiento; y las pautas de consumo de cannabis de bajo riesgo.	Adolescentes, Consumo de Cannabis, disfunción social, Trastornos ansiosos, la depresión, y el uso de alcohol y drogas ilícitas.	Búsqueda en Pudmed.	Los estudios incluidos en esta revisión sistemática ampliamente variados en sus informes estadísticos.	Los médicos deben preguntar a todos los pacientes sobre el consumo de cannabis. Preguntar a los adolescentes y jóvenes adultos y personas con mayor riesgo de daños relacionados con el cannabis(aquellos con uso conjunto de otras drogas, con trastornos psiquiátricos). Los médicos también deben preguntar por uso a personas con trastorno ánimo.	Ofrecer a todos los pacientes consejo breve y consejería, centrándose en los efectos sobre la salud de cannabis. Aportar información práctica estrategias para reducir el consumo de cannabis. Los médicos deben incorporar técnicas de entrevista motivacional simple.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Abdoul H. "Cannabis cessation interventions offered to young French users: predictors of follow-up". Encephale(2012); 38(2): 14-8.	Estudio Retrospectivo realizado en siete clínica francesas entre el 2005 y 2007.	El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y psiquiátricas de pacientes jóvenes sometidos a consultas para dejar de fumar / cannabis o consultas de los usuarios de cannabis jóvenes específicos y la evaluación de su atención médica y vigilancia.	El consumo de cannabis es muy problemática entre los jóvenes franceses, debido a la corta edad de primer consumo y sus consecuencias para la salud.	El seguimiento de los pacientes se definió por tener al menos dos visitas a los servicios de consulta externa de medicina. Para el Tabaco y cesaciones de cannabis se evaluaron al mes de seguimiento .	Pacientes elegibles fueron los consumidores de cannabis regulares menores de 40. Una base de datos clínica electrónica se completó utilizando los registros médicos de los pacientes. Archivos médicos informaron datos demográficos y clínicos. Trastornos psiquiátricos se evaluaron utilizando los puntajes de Beck.	Búsqueda en Pudmed.	Se utilizaron modelos logísticos uni y multivariante para evaluar los factores asociados con los pacientes el seguimiento y monitoreo.	El análisis multivariado se encontró una asociación entre el seguimiento o la cesación anterior cannabis ($P = 0,04$), el tratamiento farmacológico de la retirada del tabaco ($P = 0,04$), y el tratamiento antidepresivo ($P = 0,04$). Sólo un cuarto de los pacientes había dejado de cannabis y / o el tabaco en un mes de seguimiento.	Los trastornos de ansiedad y la depresión son problemas importantes en esta población y se deben considerar durante su atención médica. Como los tratamientos farmacológicos se asociadas con los pacientes en seguimiento, la nueva investigación se debe implementar para desarrollar soluciones terapéuticas para la adicción a cannabis.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Shaub M. "Can reduce-the effects of chat-counseling and web-based self-help, web-based self-help alone and a waiting list control program on cannabis use in problematic cannabis user: a randomized controlled trial". BMC Psychiatry 2013, 13: 305.	Estudio controlado y aleatorizado	Poner a prueba la efectividad de una intervención de autoayuda basada en la web independiente o combinada, adaptado a consejería de chat	En los países europeos, entre ellos Suiza, así como en muchos estados de todo el mundo, el cannabis es la sustancia psicoactiva más ampliamente utilizado después del alcohol y el tabaco. Aunque aproximadamente una de cada diez usuarios desarrollaron graves problemas de dependencia, sólo una minoría asiste a centros de asesoramiento adicción ambulatorios.	La intervención de autoayuda constará de 8 módulos diseñados para reducir el consumo de cannabis sobre la base de los principios de la entrevista motivacional, prácticas de autocontrol, y los métodos de la terapia cognitivo-conductual. Los dos de chat asesoramiento individual.	Medidas de resultado primarias será la cantidad semanal de cannabis utilizados. Medidas de resultado secundarias incluyen el número de días por semana en el que se usa el cannabis, la gravedad de trastorno por consumo de cannabis, la gravedad de dependencia al cannabis.	Búsqueda en Pubmed.	Los datos se analizaron según la intención de tratar-Principio(ITT). Las mediciones basales se compararon mediante pruebas t y Chi-cuadrado	A lo mejor de nuestro conocimiento, este será el primer ensayo controlado aleatorio para probar la efectividad de la terapia de auto-ayuda en línea por sí sola o en combinación con el asesoramiento de chat en la reducción o de activar la abstinencia del consumo de cannabis.	A lo mejor de nuestro conocimiento, este será el primer ensayo controlado aleatorio para probar la efectividad de línea terapia de autoayuda en combinación o sin el asesoramiento de chat en la reducción o de activar la abstinencia de el consumo de cannabis. También investigará predictores de resultados y la retención de estas intervenciones.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Denise D. "Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with No treatment seeking Adolescent Cannabis users: A further test of the teen Marijuana Check up". Psychol Addict Behav. 2011; 25(3): 474-484.	Estudio controlado y aleatorizado	Este ensayo comparó los efectos de una intervención motivacional breve para consumo de cannabis con un control de retroalimentación educativa breve y un control sin evaluación.	Consumo de cannabis afecta negativamente a los adolescentes y se necesitan las intervenciones que sean atractivos para los adolescentes. Muestra: 310 Adolescentes auto-referidos que fumaron cannabis con regularidad.	Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de tres condiciones de tratamiento: De motivación Terapia de Estímulo (MET), Control Educativo Comentarios (EFC) o Control Feedback tardío (DFC).	Edad (14-19 años de edad), 2) nivel de grado (noveno al 12º) y 3) el consumo de cannabis (fumado 9 o más días en los últimos 30).	Búsqueda en Pubmed.	Evaluación de base informatizada inmediatamente después de la aleatorización y las evaluaciones efectuadas en los períodos de seguimiento de 3 y 12 meses.	Los participantes de ambas las condiciones MET y EFC informaron significativamente menos días de consumo de cannabis y las consecuencias negativas en comparación con DFC. Frecuencia del consumo de cannabis fue menor en EFC a los 3 meses, pero no se tradujo en consecuencias negativas.	Intervenciones -Breve pueden atraer y tener un impacto positivo en los adolescentes Usuarios de cannabis, pero los mecanismos de los efectos aún no se han identificado.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Rooke S. "Successful and unsuccessful cannabis quitters, comparing group characteristics and quitting strategies". Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy; 2011, 6: 30.	Estudio longitudinal comparativo.	Con el fin de mejorar los tratamientos para el trastorno por consumo de cannabis, se requiere una mejor comprensión de los factores asociados a dejar de fumar con éxito.	Este estudio examinó las diferencias entre los exitosos (n = 87) y los no exitosos (n = 78) que dejaron de fumar cannabis.	Los participantes completaron un cuestionario de direccionamiento, la salud mental demográfica, y las variables relacionadas con el cannabis, como así como dejar de fumar, estrategias durante su más reciente intento de abandono	La información demográfica incluye la edad, el género, el origen étnico (aborigen / Isleños del Estrecho de Torres, Anglo / Celtic, Asia, u otro), estado civil (definido como casados / viviendo con una pareja frente a solo, el fechar, separado / divorciado o viudo.	Búsqueda en Pubmed.	Todos los valores fueron imputados usando Expectativa Maximización de SPSS 17	Dieciocho estrategias derivadas de la terapia cognitivo-conductual se introdujeron en unos principales componentes análisis. El análisis arrojó cuatro componentes, que representan (1) La eliminación del estímulo, (2) La motivación de mejora, (3) (falta de) Distracción, y (4) (falta de) Hacer frente.	Los resultados indican que la adaptación, la modificación del medio ambiente, y la salud mental comórbida problemas pueden ser factores importantes a destacar en los tratamientos para el trastorno por consumo de cannabis

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Young M. "Effectiveness of interventions as part of screening , Brief Intervention and Referral to Treatment(SBIRT) model for reducing the no medical use of psychoactive substances: A Systematic Review, 2014, 3:50.	Revisión Sistemática.	Evaluar la efectividad de las intervenciones breves (BI) como parte del cribado, Intervención Breve, y Remisión a modelo de Tratamiento (SBIRT) para reducir el uso no médico de sustancias psicoactivas.	Detección, Intervención Breve y Tratamiento de referencia a (SBIRT) es un enfoque de salud pública integral, integrada a la entrega de la intervención y el tratamiento temprano servicios para individuos que experimentan sustancia utilizar-relacionados perjuicios, así como los que están en riesgo de sufrir tales daños,	Bases de datos bibliográficas (incluyendo MEDLINE, EMBASE, The Cochrane Library, CINAHL y PsycINFO) y fuentes de literatura gris.	Estudios escritos en Inglés o Francés. Ensayos controlados aleatorios o en racimo. Intervenciones breves administradas a adolescentes (12 a 18 años de edad o equivalente según el nivel de escolaridad), joven adultos (19 a 24 años de edad), o adultos (25 años y mayores) proyectarán en riesgo de daños relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.	Búsqueda en Pubmed.	Para el cambio de la línea base los cálculos, se asumió un coeficiente de correlación de $r = 0,25$. Se elaboró formulario de recolección de datos en Distiller SR. Un miembro del equipo extrae información, y una segunda persona verificó toda la información.	Se identificaron 8836 registros. De éstos, cinco estudios cumplieron los criterios de inclusión. Dos estudios compararon BI sin BI, y tres estudios compararon BI con sólo información. Los estudios variaron en características tales como sustancias dirigidas, procedimientos de selección, y BI(intervención breve) administrada.	No existen pruebas suficientes en cuanto a si las Intervención Breve , como parte de SBIRT, son eficaces o ineficaces para reducir la El uso de, o daños asociados con el uso no médico de sustancias psicoactivas cuando se administran estas intervenciones.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Walton M. Computer and Therapist Based Brief Interventions among Cannabis-Adolescents presenting to Primary Care: One Year Outcomes". Drug Alcohol Depend. 2013 October 1; 132(3): 646–653.	Estudio controlado y aleatorizado.	Este trabajo se describen los resultados de un ensayo controlado aleatorio de examinar la eficacia de breves intervenciones entregadas por una computadora (CBI) o terapeuta (TBI) entre los adolescentes en clínicas de atención primaria urbano.	En los EE.UU., el cannabis es la droga más común que se utiliza durante la adolescencia, con el 12,5% de Octavo año, el 28,8% de la décimo, y el 36,4% de los alumnos del duodécimo año. En total, se seleccionaron 1.416 adolescentes	Los pacientes (edades 12-18) autoadministraron una encuesta ordenador. Los adolescentes que informaron el año pasado el consumo de cannabis ha completado un estudio de referencia y fueron asignados al azar para controlar, CBI o TBI. Sevaluó a los 3, 6 y 12 meses.	Edad, sexo, la raza, la calificaciones en la escuela, y la deserción de la escuela	Búsqueda en Pudmed.	Los datos fueron analizados utilizando SAS versión 9.2	El desarrollo de SBIRT para el consumo de cannabis se entre los adolescentes es un importante prioridad de salud pública. Las tasas de consumo de cannabis entre los adolescentes que acuden a clínicas de atención primaria urbanas eran consistentes con las tasas nacionales.	La eficacia a corto plazo de la CBI en la disminución del número de consecuencias de cannabis relacionados y la frecuencia de uso de otras drogas, y el TBI disminuye la frecuencia de DUI cannabis. Informática IB están especialmente prometedor para financiar los centros de atención primaria ubicados en zonas limitadas en desventaja socioeconómica.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
<p>Fox C. "Motives for cannabis use in high-risk adolescent users". Psychol Addict Behav. 2011 September ; 25(3): 492–500. doi:10.1037/a0024331.</p>	<p>Estudio controlado y aleatorizado.</p>	<p>Examinar las relaciones entre los motivos para el consumo de cannabis y consecuencias negativas asociadas con el consumo de cannabis después de una breve intervención .</p>	<p>La droga ilícita más utilizada por los adolescentes es el cannabis y las tasas elevadas de consumo de cannabis, serios trastornos se han reportado durante este período de desarrollo. Muestra: consistía de 205 usuarios de cannabis de los adolescentes, que fueron reclutados en las escuelas secundarias y asignados al azar.</p>	<p>Los datos primarios se recogieron utilizando un auto-Entrevista Asistida-Audio-ordenador (A-CASI) programa al inicio del estudio y seguimientos.</p>	<p>14-19 años de edad, matriculados en noveno hasta el grado 12, y reportaron el uso de cannabis 9 o más días en el pasado.</p>	<p>Búsqueda en Pudmed.</p>	<p>Se utilizó el análisis de regresión jerárquica para comprobar si los motivos para el consumo de cannabis contribuido a la predicción del consumo de cannabis consecuencia a más allá de las variables demográficas, el uso de sustancias concurrentes, y de internalización y externalización problemas de conducta.</p>	<p>Apoyaron la hipótesis de que el uso de cannabis para hacer frente con afecto negativo podría predecir el número de problemas y síntomas relacionados con la dependencia el consumo de cannabis, después de controlar por edad, sexo, años y la frecuencia del consumo de cannabis, y internalización y externalización de los problemas de comportamiento.</p>	<p>El presente estudio extiende la investigación sobre los motivos para el consumo de cannabis a una población adolescente de los consumidores de cannabis con niveles de uso clínicamente relevantes.</p> <p>Relaciones bivariadas demostraron que mayor respaldo de la mayoría de los tipos de consumo de cannabis.</p>

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Budney A. "An Initial Trial of a Computerized Behavioral Intervention for Cannabis Use Disorder". Drug Alcohol Depend. Author manuscript; available in PMC May 1, 2012.	Estudio Comparativo no aleatorizado.	Los resultados más potentes para los trastornos por consumo de cannabis se han observado con una combinación de tres intervenciones basadas en la evidencia, terapia motivacional mejorada (MET), la terapia cognitivo-conductual (TCC), y de gestión de contingencia basado en la abstinencia (CM).	Este informe describe las etapas iniciales de un proyecto diseñado para desarrollar y probar una versión asistida por ordenador de MET / CBT / CM que podría resolver muchas de las barreras actuales para su difusión.	Un programa computarizado fue desarrollado o para ofrecer una de 12 semanas, 9-sesiones de intervención MET / CBT / CM para los trastornos por consumo de cannabis.	Las personas tenían que tener 18 años o más, cumplir con los criterios para un diagnóstico o actual del DSM-IV de abuso o dependencia de cannabis, y reportar el uso de cannabis en al menos 50 de los últimos 90 días.	Búsqueda en Pubmed.	Las comparaciones entre los grupos de tratamiento en las características basales se realizaron mediante pruebas t para medidas continuas y pruebas de chi-cuadrado para las medidas nominales	Estos resultados preliminares sugieren que la entrega de ayuda de computadora de MET / CBT / CM es aceptable para los pacientes ambulatorios y no lo hace negativamente el cumplimiento impacto o los resultados alcanzados durante el tratamiento con MET / CBT / CM para los trastornos por consumo de cannabis.	Como se observa en un número creciente de estudios, las terapias computarizadas tienen el potencial de aumentar el acceso a, reducir los costos y mejorar la fidelidad de proporcionar tratamientos basados en la evidencia, sin sacrificar y posiblemente aumentar la eficacia.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Buchowski M. "Aerobic Exercise Training Reduces Cannabis Craving and Use in Non-Treatment Seeking Cannabis-Dependent Adults". PLoS One. 2011; 6(3): e17465.	Estudio de Intervención no aleatorizado.	Para examinar los efectos del ejercicio aeróbico moderado en el ansia de cannabis y el uso de cannabis en adultos dependientes en condiciones de vida normales.	Debido a que no existen medicamentos aprobados para esta enfermedad, el tratamiento debe basarse en enfoques de comportamiento empíricos y complementados por ese cambio de estilo de vida como el ejercicio.	Los participantes asistieron a 10 sesiones de ejercicio supervisado cinta de correr 30 min estandarizados utilizando la frecuencia cardíaca (FC) el seguimiento (60-70% de reserva de recursos humanos) de más de 2 semanas. Las sesiones de ejercicio se llevaron a cabo por los fisiólogos del ejercicio bajo supervisión médica.	Ser capaz de entender el estudio y dar su consentimiento informado por escrito. Tener 18 -35 años de edad de sexo masculino o femenino. Estar en buen estado de salud en general Si es mujer en edad fértil, tiene una prueba de embarazo en suero negativo en la jornada de estudio.	Búsqueda en Pubmed.	El auto-reporte se evaluó durante 1 semana antes, durante, y 2 semanas después del estudio. Los participantes vieron las señales visuales de cannabis antes y después del ejercicio, en relación con la evaluación de las ansias de cannabis subjetiva utilizando el Cuestionario Craving Marihuana (MCQ-SF).	Las puntuaciones promedio de factor MCQ para el pre y post-evaluaciones ansias de ejercicio se redujeron por la compulsividad ($P = 0,006$), la emocionalidad ($P = 0,002$), la esperanza ($P = 0,002$), y la claridad de objetivo ($P = 0,002$).	Los resultados de este estudio piloto necesitan estudios controlados para probar la eficacia del ejercicio aeróbico moderado prescrito como un componente del tratamiento de la dependencia del cannabis y la recuperación de este trastorno.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Harris S. "Computer-Facilitated Substance Use Screening and Brief Advice for Teens in Primary Care: An International Trial". Pediatrics. Jun 2012; 129(6): 1072-1082.	Estudio Asincrónico o Quasi experimental	Los proveedores de atención primaria necesitan estrategias eficaces para la detección del uso de sustancias y breve orientación de los adolescentes . Se examinaron los efectos de un nuevo consejo breve sistema de selección y proveedor de medios computarizados (CSBA).	Los centros de atención primaria ofrecen un lugar importante para la detección precoz del consumo de sustancias y de la intervención, pero las tasas de detección adolescentes necesitan mejorar.	Una hora de formación profesional, e iniciamos la fase de CSBA. Antes de ver el proveedor, todos los participantes completaron CSBA, vistos los resultados del examen, la información científica, y las historias de la vida real. Los proveedores recibieron los resultados del cribado y "temas de conversación" consejo breve.	Las variables fueron las tasas de cualquier uso, de iniciación, y el cese. Se estratificó el análisis por país, debido a algunas diferentes variables demográficas, y por sustancias (alcohol, cannabis).	Búsqueda en Pudmed.	Se utilizó para el análisis SUDAAN v.10.0 (Research Triangle Institute, Research Triangle Park, Carolina del Norte) con el sitio como la variable nido para dar cuenta de error correlacionado surge de nuestro diseño del sitio de muestreo por conglomerados	Tasa de riesgo relativo en comparación con el tratamiento habitual, los pacientes CSBA reportaron menos consumo de cannabis en Praga (la tarifa de 3 meses 5,5% vs 9,8%, ARRR = 0,37, 0,17-0,77; tasas de 12 meses 17,0% vs 28,7 %, ARRR = 0,47, 0,32 a 0,71).	Proyección facilitada por computador e intervenciones breves por el proveedor parece prometedor para reducir el uso de sustancias entre los pacientes de atención primaria de adolescentes .

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Johnson K. "A Community and Prevention Model to Prevent Children from Inhaling and Ingesting Harmful Legal Products". Eval Program Plann. 2012, 35(1); 113-123.	Estudio Controlado Aleatorizado.	Este artículo ayuda a reducir este vacío de conocimientos mediante la presentación de un modelo de prevención de la comunidad en general (CPM) para la reducción del uso de HLPs para drogarse entre los niños pre y adolescentes de principios con aplicación especial a las comunidades rurales	Productos Legales perjudiciales (HLPs), que pueden ser inhaladas o ingeridas y están fácilmente disponibles para los niños y adolescentes y se pueden encontrar en el hogar, garaje, oficina, escuela, o las tiendas locales y tiendas.	Cada cohorte se compone de cuatro pares de comunidades emparejados y asignados al azar a la intervención o las condiciones de control. Las comunidades de intervención implementados la CPM en un período de 21 meses con los tres primeros meses se centra en la movilización comunitaria.	(a) las preocupaciones asociadas con HLPs utilizan entre los niños, (b) la responsabilidad de hacer frente a este problema, y (c) participación en las actividades de prevención que HLPs se asocian a las coaliciones comunitarias, los hogares, las escuelas y los puntos de venta	Búsqueda en Pubmed.	A través de una herramienta de preparación de la comunidad desarrollada por la Ética Centro Tri en la Universidad del Estado de Colorado para evaluar y diagnosticar la propensión de una comunidad a tomar medidas relacionadas con la prevención	Evaluación de la comunidad y que proporcionan resultados para la planificación, la construcción de una base para centrarse en las coaliciones comunitarias, desarrollo de un plan de acción, la aplicación del plan de acción la búsqueda de retroalimentación y difusión de los resultados, y mantener el esfuerzo.	Se espera que el aumento de las preocupaciones, la responsabilidad y el compromiso de los miembros de la coalición, padres, personal de la escuela, y los minoristas para impactar positivamente la disposición de la comunidad para poner en práctica las estrategias ambientales, así como la implementación de las estrategias.

Referencias bibliográficas completas	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Becker J. "Development of an integrative cessation program for co-smokers of cigarettes and cannabis: demand analysis, program description, and acceptability". Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2013, 8:33.	Estudio de viabilidad intervencionista de cohorte transversal.	Identificar la demanda de, y describir el desarrollo y el contenido primer Programa integrado para fumadores y res de cigarrillos y marihuana.	El tabaco y el consumo de cannabis están fuertemente relacionados entre sí, pero el cese nacional e internacional actual programas suelen centrarse en una sola sustancia, y abordan la otra sustancia, ya sea sólo de forma marginal o no en absoluto.	En primer lugar, un estudio preliminar mediante entrevistas con expertos, grupos focales de usuarios con (ex) los fumadores, y una línea encuesta se llevó a cabo para investigar la demanda y el contenido potencial de, una para dejar de fumar integrar programa (ISCP) de tabaco y cannabis co-fumadores.	La percepción de y la necesidad de un ISCP se exploraron con entrevistas semi-estructuradas cualitativas con expertos en adicciones, grupos focales cualitativos usuario específicos de la edad, y una encuesta cuantitativa en línea diseñados para los compañeros de los fumadores actuales y anteriores	Búsqueda en Pubmed.	Los datos cuantitativos se analizaron con estadística descriptiva y análisis de regresión logística, que se llevó a cabo para identificar predictores de la disposición a dejar de fumar cigarrillos y marihuana simultáneamente.	Este estudio reveló que tanto los expertos como los compañeros de los fumadores considerados o un ISCP a ser útiles, pero que se espera sólo modestos niveles de preparación para la participación.	Los participantes e instructores especialmente apreciados las discusiones de grupo y los módulos que fueron destinadas a la elaboración de estrategias personales que podrían aplicarse durante el cese simultáneo de tabaco y cannabis, tales como hacer frente a las ansias, de abstinencia, y de alto riesgo situaciones.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Carney T. "Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis". Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2012, 7:25	Estudio de Revisión Sistemática y Meta-análisis.	Identificar y evaluar las intervenciones tempranas dirigidas a uso de sustancias en adolescentes como un resultado primario, y comportamientos criminales o delinquentes como resultado secundario	La información sobre el impacto de las intervenciones disponibles que abordan el uso de sustancias en adolescentes y la delincuencia puede informar a las opciones de inversión	Una revisión sistemática de las intervenciones tempranas para el consumo de sustancias de los adolescentes y los resultados conductuales.	Adolescente(adolescencia o adolescente), y (temprano o breve o mínima intervención o asesoramiento) y (drogas: cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, prescripción, metacualona y alcohol) y (beber comportamiento o consumo excesivo de alcohol) y (el uso de sustancias o abuso o mal uso).	Búsqueda en Pudmed.	La mayoría de los estudios informó sobre una serie de resultados y los tamaños medios del efecto que se calculó utilizando un software especializado (Review Manager) que genera los tamaños del efecto ponderado	Se identificaron nueve estudios que utilizaron estrategias de búsqueda específicas. Todos menos uno de los estudios informaron el uso de estrategias de intervención breve. Sólo siete estudios contenían información que permitió el cálculo de un tamaño del efecto, y por lo tanto, se incluyeron en el estudio.	Las intervenciones son más prometedoras si se entregan en un formato individual y otras varias sesiones.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Gázquez. P. "Características de los Programas Eficaces para la Prevención Escolar del Consumo de Drogas". Instituto de investigación de Drogodependencia, España, 2008, vol 9; pp. 185-208.	Diseños experimentales o cuasiexperimentales con grupo de control, que realizarán mediciones pretest y seguimiento.	El objetivo del estudio es describir las características de las intervenciones más efectivas, desarrolladas en el ámbito escolar	Necesidad de hacer de la prevención una disciplina científica, en la que se trabaje en base a la evidencia objetiva, sin dejar lugar a prácticas intuitivas y/o basadas simplemente en la buena voluntad.	Se incluyeron 7 estudios de alta calidad, dos de los cuales hacían referencia al mismo programa.	La percepción normativa, incluida en variables como la estimación normativa y la reacción de los amigos ante el consumo, la aceptabilidad social y la prevalencia real del consumo	Búsqueda en Biblioteca Virtual en Salud.	Para los programas interactivos un tamaño del efecto de 0,15 en relación al consumo de tabaco (basado en 105 valores) y un tamaño del efecto de 0,13 para el consumo de alcohol (calculado en base a 66 valores) y para el consumo de cannabis.	Los estudios sugieren que las aproximaciones didácticas más eficaces son las interactivas: role-playing, modelado activo, discusión y debate.	Los estudios sugieren que las aproximaciones didácticas más eficaces son las interactivas: role-playing, modelado activo, discusión y debate.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Moral. J. "Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil". Universidad de Oviedo, 2004; 6(4): 248-61.	Investigación longitudinal descriptiva.	Promover cambios en las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas del colectivo de adolescentes.	Se ha procedido a comprobar la eficacia preventiva de 4 programas de intervención psicosocial calificados como de <i>intervención familiar, experto, informativo</i> y de <i>sensibilización básica</i> . Muestra: 755 alumnos, y posteriormente se seleccionaron 4 grupos experimentales y un grupo control.	Se efectuó un <i>muestreo de conglomerados</i> con submuestreo (bietápico), se empleó un diseño <i>cuasi experimental</i> , denominado <i>diseño de grupo control no equivalente</i> con un grupo experimental (en esta oportunidad 4) y otro control, recibiendo pretest y posttest.	Actitudes hacia las drogas, su consumo y usuarios, de acuerdo con una triple dimensionalidad: cognitivas (creencias y expectativas), emocionales (sentimientos y valoraciones) y comportamentales (disposición para actuar), conocimientos sobre consumo de drogas, edad de inicio, historia de consumo, situaciones, disponibilidad del producto en el entorno y modelos de consumidores (familia y iguales).	Búsqueda en Biblioteca Virtual en Salud.	Mediante la evaluación de los cambios preventivos promovidos entre la administración de las pruebas (pretratamiento) y la primera evaluación del cambio inducido (post1) se confirma la existencia de diferencias significativas en las actitudes generales hacia las drogas en 3 de los grupos experimentales: <i>intervención familiar, grupo experto informativo</i> .	Se han producido cambios muy significativos en el sentido, no sólo de un fortalecimiento de las actitudes contrarias al consumo, sino de nuevas manifestaciones de esta tendencia en las actitudes y de disminución significativa de actitudes permisivas previas.	En la política preventiva en materia de drogas se ha de incidir en la concienciación de los diversos colectivos y estamentos implicados, siendo una labor de intervención psicosocial y sociocomunitaria la que ha de diseñarse en aras de promover actitudes y conductas optimizadoras vinculadas a una política salubrista, reivindicación a todos los efectos.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Matthey N. "Evidence-Based prevention of cannabis use in Flanders (Belgium), Is there a role for health economic evaluative ". Arch Public Health, 2009, 67, 146-160.	Estudio Descriptivo, revisión bibliográfica.	El cannabis es una droga popular en Flanders, a pesar del hecho de que la prevención es de prioridad en la agenda política. El Gobierno tiene por objeto prevenir el consumo de cannabis de manera eficiente y en el logro de esto, un análisis económico de la salud.	Este artículo se basa en un estudio reciente realizado por los autores. Muestra : siete estudios de alta calidad.	Búsqueda exhaustiva bibliografía, entrevistas con personas clave, una búsqueda en Internet y un análisis de los informes y documentos inéditos. Bases de Datos: Medline, PubMed and Sociological Abstracts.	Drogas (ilícitas), inadecuado uso de alcohol, abuso de sustancias y el cannabis. Prevención, medicina basada en evidencia , con base en la eficacia, (efecto). Evaluación, la rentabilidad, la salud, Bélgica y Flanders.	Búsqueda en Pudmed.	Una búsqueda exhaustiva de la literatura, se llevó a cabo entrevistas con personas clave, una búsqueda en Internet y un análisis de los informes y documentos no publicados.	La interrelación entre las diversas formas de consumo de sustancias, y de la variedad de estrategias para evitar esto (incluyendo los costos de los mismos), parece exigir una evaluación conjunta de múltiples sustancias.	Dentro de las dificultades metodológicas, la falta general de conocimiento sobre la edad y efectos sobre la salud y de ingresos económicos, causadas por las diversas tipos de sustancias usadas, en la actualidad hace que la evaluación basada en la evidencia de la prevención del consumo de cannabis en Flanders sea virtualmente imposible.

Referencia bibliográfica completa	Tipo de Artículo	Objetivo del artículo	Problema y Muestra	Instrumentos y recolección de datos	Variable o categorías	Procedimientos	Análisis de datos	Resultados	Conclusiones
Roobster S, "Successful cannabis quitters: Comparing group characteristics and quitting Strategies". Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2011, 6 :30.	Ensayo controlado aleatorio de examinar diferencias de resultado entre Entrevista Motivacion al (EM) y la terapia cognitivo-conductual (TCC),	Identificación de las diferencias entre Estrategia de éxito y sin éxito dejar de fumar podrían potencialmente mejorar con intervenciones para que los individuos con más fuerza de recaída (o no pueden dejar de fumar, incluso para duraciones cortas) podría orientar mejor y ser ayudado.	Algunas personas son capaces de dejar de consumir cannabis cuando quieren, otros experimentan mayor dificultad, de tal manera que 15.9% de los usuarios se convierten en dependientes de cannabis. Muestra: Ochenta y ocho con éxito y 82 sin éxito. Que dejaron de fumar fueron reclutados a través de periódicos y la publicidad en línea.	Mediante encuestas, las preguntas fueron valorados en una escala de cinco puntos, donde 1 = no / no, y permaneciendo opciones de respuesta relacionados con la frecuencia de la exposición (= 2 1-11 veces al año, 3 = 1-3 días al mes, 4 = 1-3 días a la semana, y 5 = 4-7 días a la semana). Las respuestas a estos seis artículos fueron promediados para formar una medida de la exposición.	Edad, el género, el origen étnico (aborigen / Isleños del Estrecho de Torres, Anglo / Celtic, Asia, u otro), estado civil (definido como casado / vive en pareja, separados / divorciado o viudo la educación universitaria.	Búsqueda en Pubmed.	Todos los valores perdidos fueron imputados usando Expectativa Maximización de SPSS 17, un enfoque de máxima probabilidad de que emplea un algoritmo iterativo estimación de los parámetros del conjunto completo de datos Las 18 estrategias TCC y EM, para dejar de fumar se introdujeron en un análisis de componentes, principales.	Dieciocho estrategias derivadas de la terapia cognitivo-conductual se introdujeron en unos principales componentes análisis. El análisis arrojó cuatro componentes, que representan (1) La eliminación del estímulo, (2) La motivación de mejora, (3) (falta de) Distracción, y (4) (falta de) Hacer frente.	Los hallazgos indican que la adaptación, la modificación del medio ambiente, y la salud mental comórbida problemas pueden ser factores importantes a destacar en los tratamientos para el trastorno por consumo de cannabis.

