

Creación de una red formativa de profesionales para la detección precoz de los problemas derivados del consumo de cannabis

(CANNARED)



SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



FINANCIADO POR



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE
DROGAS PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Creación de una red formativa de profesionales para la detección precoz de los problemas derivados del consumo de cannabis (CANNARED)

ENTIDADES COLABORADORAS

Proyecto financiado por el **Plan Nacional Sobre Drogas**

Proyecto coordinado y desarrollado por **Socidrogalcohol**

Delegación de Servicios Sociales y Centros Asistenciales de la Diputación de Málaga
Centro de Salud "Los Alcores Mairena y El Viso de Alcor" y la Unidad de Salud Mental
Comunitaria Carmona de Sevilla

Servicios Sociales del Ayuntamiento de Mairena del Alcor
CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones),
Ayuntamiento de Zaragoza

Colegio Oficial de Médicos de Asturias, sede de Gijón
Ibasalut, Gerencia de Atención Primaria, Palma de Mallorca

Dirección General de Salud Pública de Tenerife

ACJ San Miguel Adicciones

Colegio de Médicos de Ciudad Real

Plan Estratégico de Formación Continuada de los profesionales del Sistema de Salud de
Castilla y León en la Gerencia de Zamora

MI Ajuntament de Cocentaina. La Casa de la Juventut.

Colegio de Médicos de Bizkaia

Unidad de Docencia de Atención Primaria de la Gerencia Integrada de Ourense

Agència de Salut Pública de Catalunya

Hospital Clínic de Barcelona

Servicio Riojano de Salud. Consejería de Salud de La Rioja

@ Socidrogalcohol

ISBN: 978-84-949467-0-7

Edita: SOCIDROGALCOHOL

Barcelona, junio de 2018

Maquetación e impresión: Martín Gràfic

info@martingrafic.com

ÍNDICE DE AUTORES

COORDINADORES

Francisco **PASCUAL**
Hugo **LÓPEZ**
María de las Mercedes **BALCELLS**

AUTORES DEL DOCUMENTO

Hugo **LÓPEZ**
María de las Mercedes **BALCELLS**
Eugènia **CAMPENY**

RESPONSABLES AUTONÓMICOS

Edmundo CARTAGENA	Cristina CASAJUANA
M ^a Angeles GARCÍA	Cristina JOVÉ
Manuel Ruiz MARTÍNEZ	María ESTRADA
Irene BELLOC	Stella VICENS
Rosa Mary ESPAÑA	Javier GOTI
Gema San NARCISO	Rodrigo ORAA
María Jesús ANTUÑA	Gerardo FLOREZ
Juan Manuel ALONSO	Indalecio CARRERA
Emilia GARCÍA	Cristina UZAL
Francisco David Lorenzo GONZÁLEZ	José Luís RABADÁN
Isabel MONTOYA	Mercedes MANZANO
María del Mar SÁNCHEZ	Urbano VÁZQUEZ
Amaya CALDERO	Ruth OLMOS
María del Mar ALONSO	José ARTOLAZABAL

ÍNDICE

007	PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS
009	INTRODUCCIÓN
013	METODOLOGÍA DE TRABAJO
014	CALENDARIO DE TRABAJO
016	FORMACIÓN DE LOS FORMADORES
021	AUTONOMÍAS
022	Andalucía
025	Aragón
028	Asturias
031	Baleares
035	Canarias
038	Castilla la Mancha
041	Castilla y León
044	Cataluña
047	Comunidad Valenciana
050	Euskadi
053	Galicia
056	La Rioja
059	INFORMACIÓN INTEGRADA DE LOS RESULTADOS DE TODAS LAS C.C.A.A.
062	CASOS CLÍNICOS
064	CONCLUSIONES
065	BIBLIOGRAFÍA
067	ANEXOS
100	ASISTENTES

PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS

El consumo de cannabis está cada vez más extendido en el mundo occidental siendo España uno de los países con más prevalencia de consumo de cannabis de Europa.

Actualmente las consecuencias del consumo regular de cannabis son un problema relevante de salud pública en nuestro país.

El consumo problemático de cannabis se debe abordar holísticamente, enfocando la identificación e intervenciones teniendo en cuenta el conjunto de las tres vertientes básicas: biológica, psicológica y social.

El inicio del consumo de cannabis aparece, como media de edad, a los 14,8 años. Este hecho nos implica disponer de profesionales formados en los diferentes recursos que atienden a los jóvenes con consumo de riesgo de cannabis.

Los equipos profesionales implicados en la identificación de los consumos problemáticos o de riesgo son aquellos que trabajan en adicciones, atención primaria y pediatría, atención hospitalaria, docentes y todos aquellos profesionales que también estén en contacto con jóvenes que consumen cannabis.

La base para realizar una identificación de calidad es que estos equipos puedan estar implicados en la identificación de los consumos problemáticos de cannabis, que estén sensibilizados y formados sobre el cannabis y la situación actual. Es importante que sean conocedores de los conceptos básicos sobre cannabis, los riesgos y problemas asociados al consumo del mismo y de la situación sociodemográfica actual (tendencias del consumo de cannabis en la población española).

El presente trabajo multidisciplinar muestra la intervención en red, aprovechando la estructura autonómica de Socidrogalcohol, para una identificación precoz e intervención breve del consumo problemático de cannabis.

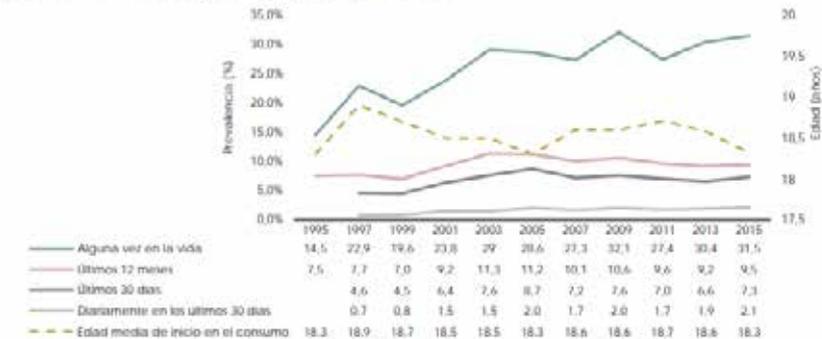
INTRODUCCIÓN

El cannabis es la tercera droga más consumida en el mundo, tras el alcohol y el tabaco. En España el consumo de cannabis se sitúa como la cuarta sustancia más consumida tras el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, siendo además la tercera en la que el inicio es más precoz con una media de edad de inicio en el consumo de 14,8 años (World Drug Report, 2017).

Asimismo, la percepción del daño y del riesgo asociado al consumo de cannabis está disminuyendo en los últimos años, de la misma manera que también se está flexibilizando la legislación sobre su uso. Actualmente en Uruguay el gobierno ha autorizado la regulación, cultivo, producción y dispensación de cannabis con fines medicinales, de la misma manera que también ha legalizado su consumo recreativo (World Drug Report, 2017). Siguiendo en la misma línea, en veintinueve estados de los Estados Unidos y en el Distrito de Columbia, se ha legalizado la producción, la venta y el consumo de cannabis para uso medicinal (World Drug Report, 2017). Además, el consumo recreativo de cannabis está permitido en ocho estados de los Estados Unidos y en el Distrito de Columbia (World Drug Report, 2017). Por otra parte, en algunos de los países de Europa como España, Holanda y Bélgica el consumo de cannabis está descriminalizado y la situación actual referente a las políticas sobre drogas sigue sin estar definida ni establecida (World Drug Report, 2017).

En España la posesión para uso propio y el consumo de cánnabis no son un delito criminal pero si pueden llegar a implicar una infracción administrativa. En base a una resolución judicial del Tribunal Supremo, que determinó que el cultivo para uso propio o compartido sin fines comerciales no es un delito, han proliferado las asociaciones de consumidores en lo que se viene a denominar un área gris legislativa (Belackova V, Tomkova A, Zabransky T, 2016).

Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis y edad media de inicio en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.



FUENTE: OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EVADES 1995-2015)

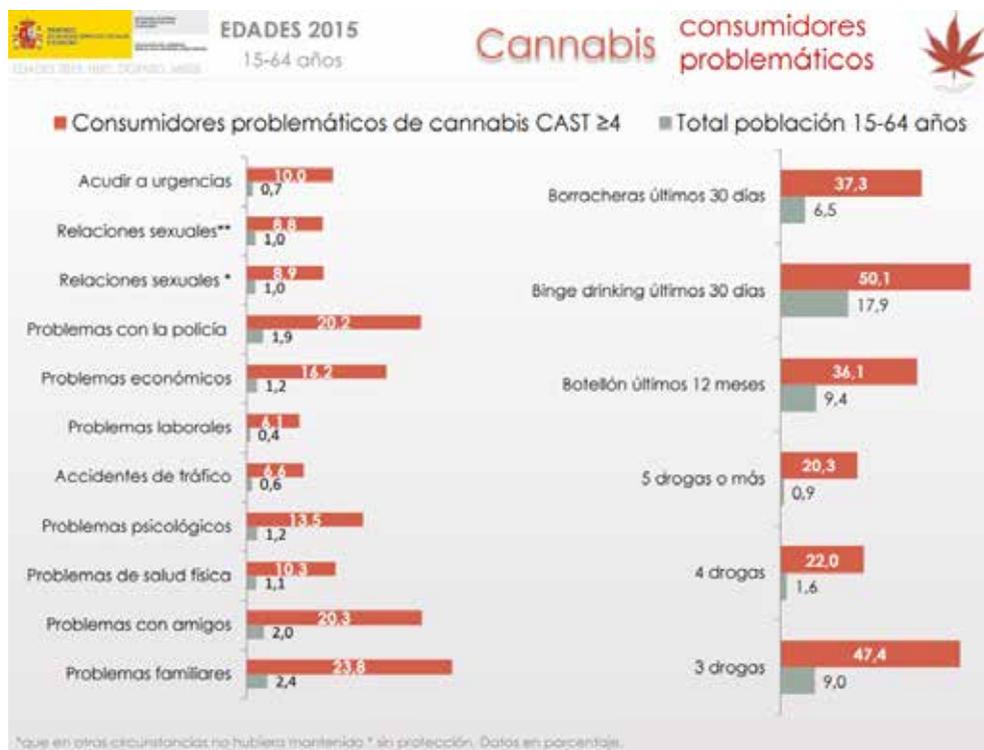
El consumo diario de cannabis ha pasado de ser inferior al 1% (1997) a superar 2% (2015) en menos de 20 años. Un 25% de los usuarios diarios son considerados consumidores de riesgo. Sólo en el año 2015, 159.000 ciudadanos españoles se iniciaron en el consumo de cannabis, el equivalente a la población de una ciudad española de tamaño medio como Tarragona o Almería. Hasta un 60% de los consumidores en el último mes son menores de 35 años y un 77% inicia su consumo antes de los 25 años (EDADES 2015). Desde un punto de vista de salud pública, la población de esta franja de edad es especialmente vulnerable, ya que los riesgos asociados al consumo de cannabis están en relación con el neurodesarrollo (mayor riesgo de trastornos psiquiátricos, disminución del coeficiente intelectual, adicción, disminución del rendimiento académico y laboral, etc.), como apuntan diversos estudios, e incluso las recomendaciones de expertos sitúan a los consumidores jóvenes como población de riesgo, en especial si son consumidores diarios o casi diarios (Fischer et al.; Lynskey & Hall, 2016). Además, el consumo problemático en nuestro país está estimado en 1,8% de la población (560.000 ciudadanos españoles – más ciudadanos que los que habitan Palma de Mallorca) (EDADES 2015).

Cuando nos referimos a los costes sobre la salud, el consumo de cannabis afecta tanto a la salud mental, como a la salud física i al funcionamiento social (Degenhardt et al., 2013). Existe una clara evidencia del impacto del cannabis sobre la salud (Hugo López-Pelayo, Miquel De Montagut, Casajuana Kögel, Balcells Oliveró, 2018). El consumo regular de cannabis está relacionado con la aparición de dependencia en uno de cada diez usuarios, daño cognitivo agudo y crónico, aparición de trastornos psicóticos, peor pronóstico de la esquizofrenia y actúa como una puerta de entrada a otras sustancias. La salud física también se ve afectada, principalmente por enfermedades cardiovasculares, pulmonares y de vías aéreas superiores. Además existe mayor riesgo de neoplasias, especialmente testicular. No hay que despreciar la afectación que provoca el consumo perinatal sobre el feto (bajo peso al nacer), el parto (mayor riesgo de parto pretérmino) y probablemente la adolescencia con menor rendimiento cognitivo y académico, alteraciones conductuales, delincuencia y trastornos afectivos. Además, hay una clara asociación entre conducir bajo los efectos del cannabis y los accidentes de tráfico: se duplica el riesgo de accidente.

Asimismo, consumir cannabis se asocia a un incremento del riesgo de consumo de otras sustancias, como el consumo intensivo de alcohol, acudir a urgencias médicas, mantener relaciones sexuales sin protección, tener problemas económicos, legales, laborales o sufrir accidentes de tráfico (EDADES 2015). A pesar de todos estos datos, los daños asociados al consumo de cannabis no son percibidos por la población general, la percepción de riesgo del consumo de cannabis ha pasado del 70-80% a finales de los años 90 a menos del 65% en la actualidad (EDADES 2015), y no existen estructuras profesionales, que además de formar a profesionales específicamente en este campo, sirvan como foro para canalizar la actualización de los profesionales sanitarios en este campo.

El consumo problemático de cannabis se aborda tanto desde un punto de vista de prevención universal como indicada –tratamiento en centros especializados cuando ya han aparecido consecuencias evidentes-. Sin embargo, tanto en nuestro país como en los de nuestro entorno, la implementación de estrategias de prevención selectiva destinadas a identificar precozmente los usuarios de cannabis en riesgo de desarrollar un consumo problemático

o que presentan un consumo problemático leve/moderado, son escasas (Casajuana et al., 2016). Además, existe evidencia científica suficiente para afirmar que la detección e intervención precoz en el ámbito de las adicciones supone una mejora en el pronóstico del problema de salud (Bukstein, 2017; Carney, Myers, Louw, & Okwundu, 2016; Gates, Sabioni, Copeland, Le Foll, & Gowing, 2016; Golick, 2016).



Existen diversos instrumentos de detección del consumo problemático de cannabis que se han instaurado recientemente, entre los que destaca la Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT-R), la Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Adamson et al., 2010; Fernandez-Artamendi, Fernández-Hermida, Muñoz-Fernández, Secades-Villa, & García-Fernández, 2012; H López-Pelayo, Batalla, Balcells, Colom, & Gual, 2015) y la medida, con criterios cuantitativos, de frecuencia-intensidad Unidad de Porro Estándar (Casajuana Kögel et al., 2017). Así mismo, hay otros aspectos del consumo problemático de cannabis que no pueden ser evaluados con estos instrumentos y deben ser evaluados por un clínico competente con formación amplia en la evaluación de los daños asociados al consumo de cannabis. En conjunto, la evaluación de los consumidores de cannabis de forma precoz no es sencilla ni existe una formación estandarizada de tipo universitario o post-universitario, sin embargo, se puede homogeneizar y simplificar para facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios y no sanitarios en contacto con la población de riesgo de consumo problemático de cannabis, así como para extender su uso.

Haciendo referencia al “Estudio Sociológico cualitativo sobre el consumo de alcohol y cannabis entre adolescentes y jóvenes”, realizado por Socidrogalcohol el año 2017, podemos extraer conclusiones relevantes que nos ayudan a entender la situación actual referente al consumo de cannabis en nuestro país. Los primeros consumos de cannabis surgen de la necesidad de pertenencia a un grupo y experimentar, pero cuando se da continuidad al consumo los motivos pasan a ser la búsqueda de efectos relajantes y evadirse. Consumir cannabis tiene una connotación más transgresora que consumir alcohol o tabaco, dado que es una sustancia ilegal. Los resultados nos muestran que los usuarios, adolescentes y jóvenes, de cannabis reconocen las repercusiones en la vida diaria, asociada al fracaso y absentismo escolar. Este hecho se contradice con el mensaje que les ha llegado, entendiendo el cannabis como una sustancia natural, que tiene uso terapéutico. Consecuentemente, es de elevada importancia realizar una mayor coordinación y cooperación entre las diferentes instituciones y entidades (recursos asistenciales y preventivos, educación, cuerpos de seguridad, etc.) y establecer acuerdos y protocolos unificados (Socidrogalcohol, 2017).

El presente proyecto tiene como objetivo responder a la necesidad de crear una red de formación estandarizada sobre la detección precoz del consumo problemático de cannabis en el seno de Socidrogalcohol, aprovechando la propia estructura autonómica de la sociedad científica y gracias al apoyo financiero de la Delegación para el Plan Nacional Sobre Drogas. De tal manera que se instaure una metodología que permita formar a diferentes perfiles profesionales que están en contacto con jóvenes consumidores de cannabis (profesionales de las adicciones, atención primaria y pediatría, atención hospitalaria, docentes y otros), con el objetivo de detectar el consumo problemático de cannabis en población de riesgo (menores de 35 años) para realizar una intervención precoz.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para la realización del proyecto hemos contado con el liderazgo de Socidrogalcohol como organización que incluye a profesionales sanitarios y no sanitarios de diversa índole (medicina, psicología, trabajo social, educación social, enfermería). Los profesionales que lo lideran (grupo de expertos y coordinadores) tienen capacidad docente, investigadora y asistencial amplia en el campo del consumo problemático de cannabis.

El proyecto está formado inicialmente por un equipo matriz de seis expertos que ha coordinado la elaboración del material formativo y de la metodología docente (Anexo 1 y Anexo 2). Fruto de la propuesta de las delegaciones autonómicas de Socidrogalcohol, se seleccionaron a veinticuatro representantes que asistieron a la formación de formadores en detección precoz de problemas derivados del consumo de cannabis. Tales docentes han formado, posteriormente, a una mediana de 28 profesionales, con un mínimo de 8 y un máximo de 80, en la Comunidad Autónoma que coordinan.

De tal manera que en cada CC.AA se realizó una formación a grupos profesionales compuestos principalmente por médicos, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, educadores/as sociales y enfermeros/as. Posteriormente se les proporcionó material informativo para utilizarlo como guía profesional (Anexos 3). Los/las asistentes respondieron a una encuesta de satisfacción donde se evaluaba la competencia técnica y claridad del formador, el contenido del curso, el material entregado, los recursos tecnológicos, el espacio de formación, una valoración general del curso y la importancia de las cuestiones tratadas. Asimismo se preguntaba sobre qué mejorarían del curso y qué es lo que más les gustó (Anexo 4).

A modo complementario, se realizó una recolección muestral de casos clínicos reales de jóvenes que consumen cannabis, por parte de los profesionales formados. El objetivo de la tarea fue, por una parte que los profesionales pusieran en práctica los conocimientos adquiridos y, por otra parte, demostrar el impacto de la iniciativa del presente proyecto.

El informe se ha estructurado en los siguientes apartados: 1) Formación de formadores; 2) Resultados globales de las formaciones; 3) Formaciones en cada comunidad autónoma; y 4) Conclusiones. Cada apartado incluye la evaluación del curso por parte de los alumnos, datos del consumo de cannabis recogidos en el último informe EDADES del Plan Nacional sobre Drogas (2015-2016) y los datos del informe del “Estudio Sociológico cualitativo sobre el consumo de alcohol y cannabis entre adolescentes y jóvenes” (Socidrogalcohol, 2017).

CALENDARIO DE TRABAJO

El proyecto se inició en noviembre de 2017, en que se reunió la junta directiva de Socidrogalcohol con el objetivo de establecer la metodología de trabajo. Asimismo, se constituyó el equipo matriz, que sería el encargado de coordinar, supervisar, ejecutar y analizar el proyecto. En diciembre de 2017 se presentó el proyecto a los representantes de las comunidades autónomas de Socidrogalcohol para identificar los que serían referentes en el proyecto en cada territorio.

En enero de 2018 tuvo lugar la primera reunión del equipo matriz, con el objetivo de diseñar el currículum formativo y la metodología docente.

Durante los meses de enero y febrero de 2018 el equipo matriz se encargó de la realización del material docente y la evaluación.

Posteriormente, el 7 de marzo de 2018, se llevó a cabo la formación de formadores, la cual tuvo una duración de seis horas.

Entre los meses de abril a junio de 2018, los representantes de Socidrogalcohol previamente formados, realizaron las formaciones autonómicas a los profesionales sanitarios y no sanitarios. Se aconsejó a cada grupo de CC.AA que se incluyeran los siguientes ámbitos profesionales, todos ellos más allá del ámbito de las adicciones:

- Medicina atención primaria y otras especialidades (incluyendo psiquiatría)
- Psicología
- Educación
- Trabajo y educación social
- Enfermería
- Magisterio

La formación incluyó los siguientes aspectos para trabajar:

- Introducción y contextualización sobre el consumo de cannabis
- Herramientas para la detección precoz del consumo problemático de cannabis
- Intervención Breve Motivacional
- Cinco casos clínicos
- *Role playing*
- Conclusiones
- Recomendaciones

Asimismo, a los alumnos de cada CC.AA se les requirió la realización de una evaluación en línea, a través de al menos cinco casos clínicos elegidos por ellos/as durante las semanas posteriores a la formación. Al finalizar la formación presencial respondieron a una encuesta de satisfacción.

Una vez finalizadas las formaciones, durante el mes de junio de 2018 se realizó un análisis de satisfacción basado en las evaluaciones, la recogida de los pros y los contras

que nos transmitieron los y las alumnas a través de los/las formadores y el análisis de los casos clínicos presentados online. Una vez analizado, se elaboró el presente informe para plasmar los resultados del proyecto.

FORMACIÓN DE FORMADORES

Como se ha explicado en apartados anteriores, para poder realizar una red de profesionales para la identificación precoz del consumo de cannabis en España, se ha nombrado y posteriormente formado a los profesionales referentes de cada CC.AA que han sido los encargados docentes en las respectivas CC.AA. Esta primera formación tuvo lugar en el marco de las Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol en Toledo, el 7 de marzo de 2018.

COORDINADORES DE LA FORMACIÓN

Francisco Pascual. Presidente Socidrogalcohol. Coordinador Médico UCA Alcoi.

Hugo López. Delegación Catalana Socidrogalcohol. Psiquiatra. Hospital Clínic de Barcelona.

María de las Mercedes Balcells. Vocal Socidrogalcohol. Psiquiatra. Hospital Clínic de Barcelona.

EQUIPO MATRIZ DE EXPERTOS

Gerardo Florez. Psiquiatra. Director Unidad de Conductas Adictivas. Hospital Universitario de Ourense. Secretario de la Junta Directiva de Socidrogalcohol.

Francisco Arias. Psiquiatra. Hospital 12 de Octubre. Vicesecretario de la Junta Directiva de Socidrogalcohol.

Sergio Fernández-Artamendi. Psicólogo. Universidad Loyola Andalucía. Vocal Junta Directiva Socidrogalcohol.

María de las Mercedes Balcells. Psiquiatra. Hospital Clínic de Barcelona. Vocal Socidrogalcohol.

Hugo López. Psiquiatra. Hospital Clínic de Barcelona. Delegación Catalana Socidrogalcohol.

AUTORES DEL INFORME

Eugènia Campeny

Hugo López

María de las Mercedes Balcells

FORMADORES AUTONÓMICOS

Andalucía

M^a Angeles Garcia
Edmundo Cartagena
Manuel Ruiz

Aragón

Rosamari España
Irene Belloc

Asturias:

María Jesús Antuña

Baleares

Juan Manuel Alonso
Emilia García

Canarias

Francisco David Lorenzo

Castilla La Mancha

Isabel Montoya
María del Mar Sánchez

Castilla y León

Amaya Caldero
María del Mar Alonso

Cataluña

Cristina Casajuana
Cristina Jové
Maria Estrada

Comunidad Valenciana

Stella Vicens
Francisco Pascual

Euskadi

Javier Goti
Rodrigo Oraa

Extremadura

Mercedes Manzano

Urbano Vázquez

Galicia

Gerardo Florez

Cristina UzalIndalecio Carrera

La Rioja

José Luis Rabadan

Madrid

Ruth Olmos

José Artolazabal

VALORACIÓN GLOBAL DE LA FORMACIÓN DE FORMADORES

Una vez finalizada la formación de referentes docentes, los asistentes respondieron a una encuesta de satisfacción (Anexo 4), con el objetivo de conocer su percepción sobre la formación y el proyecto.

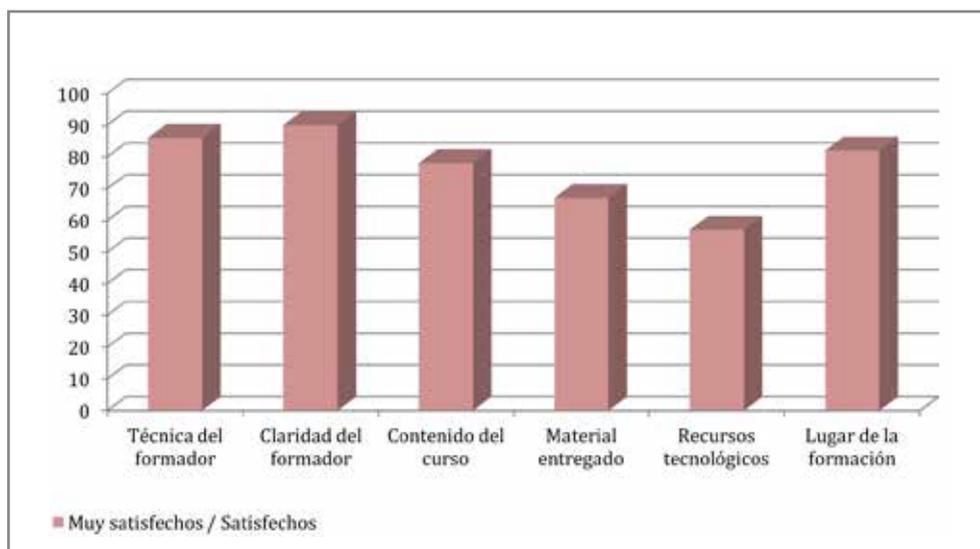
Esta información, junto con una evaluación informal tras la sesión formativa, permitió mejorar el material formativo, la guía docente y la metodología.

¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La valoración general del curso fue satisfactoria (78,2%).

Mayoritariamente, los/las asistentes quedaron satisfechos en cuanto a los aspectos técnicos de la formación (86%) y la claridad (90%) de los formadores. Quedaron satisfechos con el contenido del curso (78%). Una mayoría valoró satisfactoriamente el material complementario (67%).

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 57% los valoró satisfactoriamente, nadie los consideró insatisfactorios y un 43% se mostró neutro. En cuanto el lugar de realización, los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (82%).



¿QUÉ DESTACAN?

Los docentes destacaron la necesidad de este proyecto dada la importancia del tema tratado. Es decir, se valoró muy positivamente el hecho de formar a los distintos profesionales que se pueden ver implicados en la atención de población que consume cannabis, más allá del especialista en adicciones. Asimismo, resaltaron la importancia y utilidad de crear una red de profesionales (sanitarios y no sanitarios) para abordar el consumo regular de cannabis ya que la prevalencia de consumo se ha incrementado en los últimos años. También destacaron la utilidad de realizar una coordinación entre profesionales de distintas comunidades autónomas.

Por otra parte, refirieron que se debería invertir más tiempo en la formación, dado que les gustaría profundizar más en el contenido y en los materiales. También aconsejan repartir los recursos materiales (Anexos) al inicio de la sesión. Los y las asistentes refieren que los/las profesionales formadores/as fueron claros y conocedores de la temática.

En general concibieron el proyecto como práctico, útil y aplicable en la práctica diaria.

Como principales dificultades para el desarrollo del mismo, destacaron la elevada presión asistencial que sufren los profesionales sanitarios así como los escasos márgenes de tiempo que teníamos para el desarrollo del proyecto.

CONCLUSIONES

- Existe la necesidad de formar a profesionales sanitarios y no sanitarios en identificación e intervención precoz de patrones de consumo problemático de cannabis.
- Los usuarios de esta sustancia acuden a múltiples servicios sanitarios y no sanitarios, los cuales deben estar implicados en la detección de patrones de consumo problemáticos.
- Asimismo, para poder realizar una acertada identificación es necesario y oportuno adquirir las herramientas necesarias, y por tanto, utilizar la formación en red, como parte esencial del proceso.
- Los profesionales que participan en la red no pueden ser únicamente especialistas en adicciones, dado que la detección precoz debe realizarse previamente a acudir a un centro especializado.
- Existe una recepción muy buena y positiva del proyecto por parte de los profesionales. Asimismo, también existen limitaciones: la duración de las formaciones ha sido corta, el material expuesto en la presentación no se ha entregado impreso previamente y los profesionales refieren que la presión asistencial puede dificultar su ejecución.

AUTONOMÍAS

A continuación se presentan los resultados de cada Comunidad Autónoma que ha formado parte del presente proyecto. Los resultados van acompañados de una contextualización sobre la situación actual.

Finalmente se engloban las conclusiones generales extraídas a partir de los resultados de todas las CC.AA, en un apartado final.



ANDALUCÍA



ENTIDADES COLABORADORAS

Se ha contado para el desarrollo del proyecto con la colaboración de la Delegación de Servicios Sociales y Centros Asistenciales de la Diputación de Málaga, responsable del Centro Provincial de Drogodependencias y de los Servicios Sociales Comunitarios.

También se ha contado con la colaboración del Centro de Salud “Los Alcores Mairena y El Viso de Alcor”, los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Mairena del Alcor y la Unidad de Salud Mental Comunitaria Carmona de Sevilla.

COORDINADORES

Edmundo Cartagena
M^a Angeles García

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 53 profesionales asistieron a las formaciones que se realizaron en Andalucía, entre Málaga y Sevilla.

Una gran mayoría de los alumnos y alumnas provenían del trabajo social (59%) y de la medicina (20,5%), pero también formaron parte de los grupos profesionales de la psicología y la educación. La mediana de edad fue de 45,8 años, predominaban las mujeres (92%) y una mediana de 25 años de experiencia.

DATOS DEL ESTUDIO SOCIOLÓGICO CUALITATIVO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES (SOCIDROGALCOHOL, 2017)

El consumo de cannabis en Andalucía se inicia en grupo, al principio no fuman aisladamente. Los adolescentes y jóvenes perciben el consumo de cannabis como un acto de rebeldía, de libertad y lo asocian a la madurez. La vía de enfoque para actuar sobre el consumo de cannabis se centra principalmente en establecer una educación integral, que atienda aspectos emocionales.

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La media de edad de inicio del consumo de cannabis en Andalucía es de 14,9 años. El 26,1% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 21,9% y el 15,1% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

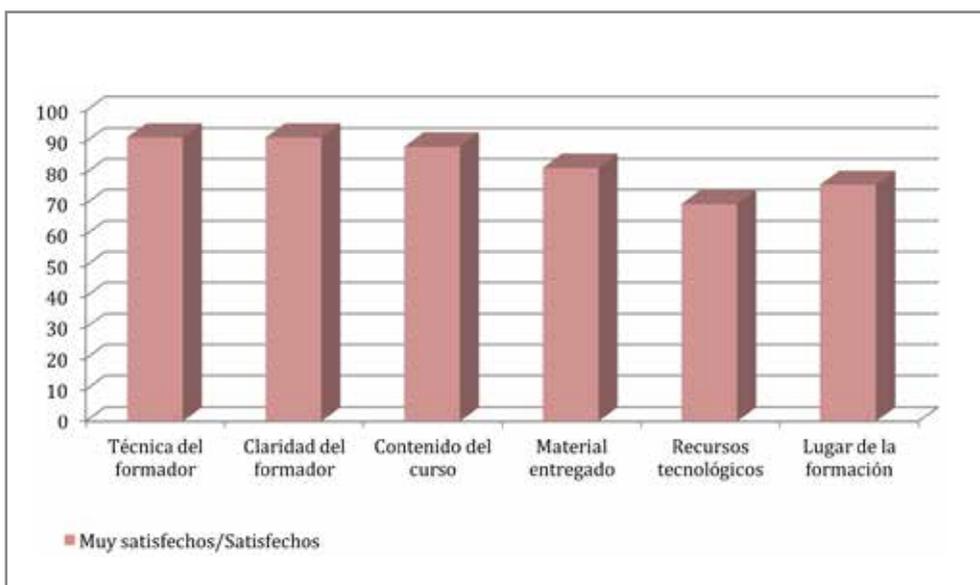
¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 37 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (87,1%) y los asistentes valoraron el proyecto como importante (96,9%).

Mayoritariamente, los/las profesionales quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (91,5%) y la claridad de los formadores (91,5%). También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (88,5%). Haciendo referencia al material entregado por parte de los y las docentes, una mayoría lo valoró satisfactorio (81,7%).

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 70% los valoró satisfactoriamente y, en cuanto el lugar de la realización del curso, los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (76,2%).



¿QUÉ DESTACAN?

Los asistentes destacaron la materia de la formación y la exposición que realizaron los docentes. También valoraron positivamente los materiales y herramientas que se les facilitó para el uso profesional. Refieren que hubieran preferido más tiempo para la formación. Los asistentes quedaron satisfechos con los ponentes y con la formación, valorando el proyecto como útil y aplicable.

IMPRESIONES REFERIDAS A LOS FORMADORES

La mayoría cree que se debería aumentar el tiempo de formación para abordar la formación sobre otras sustancias y poder dedicar más tiempo a la IBM. Algunas personas piensan que se debería dar continuidad al proyecto.

Algunas personas opinan que la claridad en la exposición, el fomento de la participación y debates generados y la cercanía de los ponentes es lo que más les gustó. El contenido tratado para algunas personas ha supuesto el aprendizaje de nuevos conocimientos, instrumentos y herramientas aplicables para su trabajo. Algunas personas resaltan también el material recibido.

ARAGÓN



ENTIDADES COLABORADORAS

CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones), Ayuntamiento de Zaragoza

COORDINADORAS

Irene Belloc
Rosa Mary España

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 11 profesionales asistieron a las formaciones que se realizaron en Aragón (Zaragoza). Del total de asistentes, una mayoría fueron médicos de profesión (60%) y un 20% enfermeros/as, aunque también formaron parte del grupo otros profesionales. La mediana de edad fue de 50,5 años, la mayoría mujeres (80%), con una mediana de 23 años de experiencia.

DATOS DEL ESTUDIO SOCIOLÓGICO CUALITATIVO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES (SOCIDROGALCOHOL, 2017)

En Aragón, los jóvenes buscan consumir con el objetivo de transgredir, experimentar o por presión de grupo. El consumo se inicia en el grupo de iguales y posteriormente se pasa a un consumo “a solas”. Una vez iniciados los primeros consumos, se hace más habitual consumir y, en muchos casos, pasa a ser un consumo diario. La oferta y demanda de cannabis es elevada, y su consumo está normalizado entre adolescentes y jóvenes. El motivo de su consumo es parecer más adultos y pensar que les ayudará a bajar los niveles de frustración.

Se propone trabajar con programas a nivel de población general, acompañados de medidas legislativas y acuerdos de colaboración entre diferentes recursos (Servicios Sociales, Guardia Civil, Policía, etc.).

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en Aragón es de 14,6 años (media). La prevalencia de consumo entre jóvenes (14-18 años) es elevada. El 30,7% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 26,2% y el 17,9% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

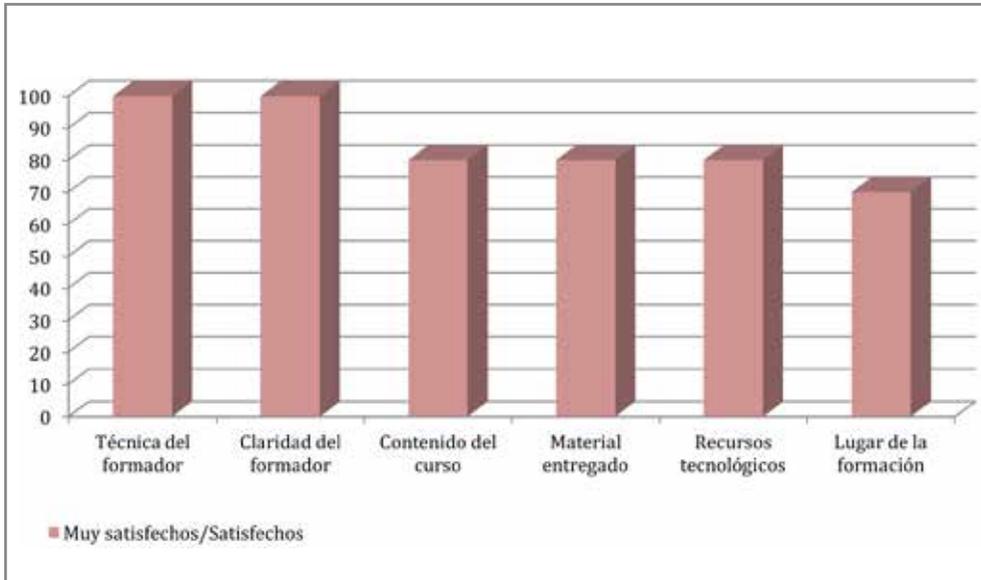
¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 10 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (80%) y los profesionales que asistieron valoraron el proyecto como importante (100%).

Los asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (100%) y la claridad (100%) de los formadores. También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (80%). En cuanto al material entregado por parte de los docentes, una mayoría lo valoró satisfactorio (80%).

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 80% los valoró satisfactoriamente y en cuanto el lugar de la realización del curso, los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (70%).



¿QUÉ DESTACAN?

Los asistentes destacaron la importancia del proyecto y el ambiente de profesionales que se creó. Refirieron estar de acuerdo en la importancia de crear una red de profesionales (sanitarios y no sanitarios) para abordar el consumo problemático de cannabis por su elevada prevalencia. Asimismo, valoraron muy positivamente la cercanía de los ponentes y la claridad y conocimientos acerca de la temática de los mismos.

Los grupos refirieron que se debería invertir más tiempo en la formación (por ejemplo realizar la formación en dos días), dado que les gustaría haber profundizado más en el contenido, hacer más casos prácticos y que los materiales se deberían haber entregado al inicio de la sesión.

En general concibieron el proyecto como importante.

IMPRESIONES REFERIDAS A LAS FORMADORAS

La impresión general del curso ha sido muy positiva. A pesar de que el consumo de cannabis está presente en el día a día profesional es un gran desconocido. Por lo tanto, refieren que sería deseable darle continuidad al proyecto. Los asistentes coincidieron en que la duración de la formación había sido corta, necesitando de más tiempo para adquirir mejor los conocimientos. Los profesionales valoran la iniciativa como recomendable.

ASTURIAS



ENTIDADES COLABORADORAS

Colegio Oficial de Médicos de Asturias, sede de Gijón.

COORDINADORAS

María Jesús Antuña
Gema San Narciso

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 20 profesionales asistieron a la formación que se realizó en Asturias (Gijón). Del total de asistentes, la profesión más prevalente fue enfermería (41%), pero también formaron parte de los grupos profesionales de la psicología, la psiquiatría, el trabajo social y la educación. La mediana de edad fue de 32 años, la mayoría mujeres (82%), con una mediana de 7 años de experiencia profesional.

DATOS DEL ESTUDIO SOCIOLÓGICO CUALITATIVO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES (SOCIDROGALCOHOL, 2017)

El consumo de cannabis en Asturias se suele iniciar con gente más mayor. En los consumos habituales problemáticos, los usuarios fuman en casa mientras juegan a videojuegos y tienden al consumo aislado. Las chicas consumen por agradar y gustar a los chicos, mientras que los chicos lo hacen con el intento de parecer más valientes y mayores. Buscan experimentar, integrarse, formar parte del grupo de iguales. Por parte de jóvenes y familias, la percepción de riesgo del consumo de cannabis es baja.

Los jóvenes proponen trabajar la prevención y la información sobre los riesgos y efectos de las sustancias, implantando talleres en los colegios y centros educativos, e incrementando la colaboración con servicios sociales.

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en Asturias tiene una edad media de 14,9 años. El 27,7% de los jóvenes entre 14 y 18 años ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 22,5% y el 16,6% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

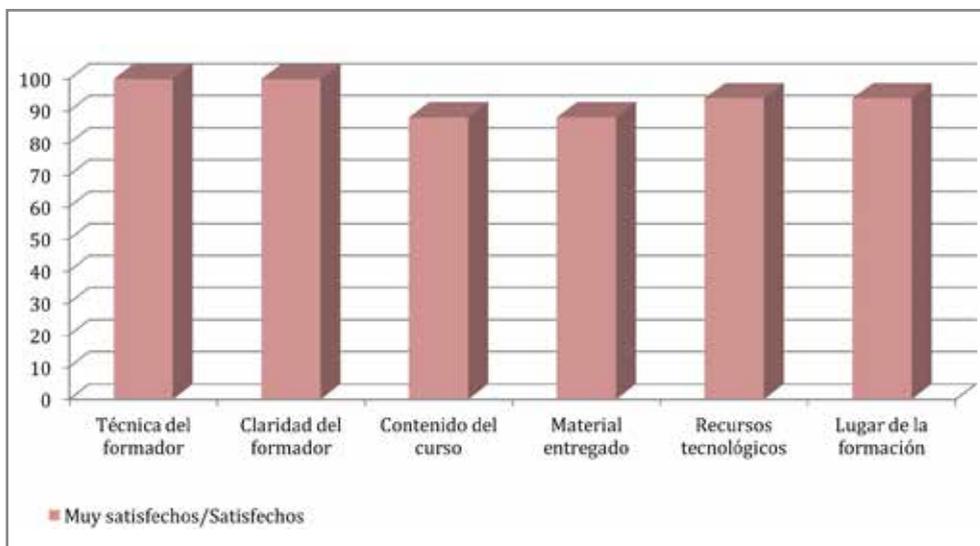
¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 17 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (100%) y los profesionales valoraron el proyecto como importante (100%).

Todos los asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (100%) y la claridad (100%) de las formadoras. También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (88%). Respecto al material entregado por parte de las docentes, una mayoría lo valoró satisfactorio (88%).

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados, un 94% los valoró satisfactoriamente y en cuanto el lugar de la realización del curso, los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (94%).



¿QUÉ DESTACAN?

Los asistentes destacaron la diversidad de profesionales provenientes de distintas disciplinas, mostrando diferentes puntos de vista. También resaltaron como positivo la cercanía de las formadoras y su implicación y conocimientos sobre la temática.

Echaron de menos más casos prácticos y clínicos, e invertirían más tiempo para realizar la formación.

A modo general, los asistentes valoraron de manera muy positiva e interesante la formación.

IMPRESIONES REFERIDAS A LAS FORMADORAS

Los asistentes refieren haber aprendido el concepto de la Unidad de Porro Estándar y su aplicabilidad; y algunas de las consecuencias negativas del consumo de cannabis que desconocían. Valoran positivamente haber podido interactuar con compañeros de profesión que no conocían. Refieren que hubieran preferido tener más formación en los casos clínicos, dado que percibieron tener poca información para poder trabajar con ellos. Asimismo, también comentan que hubiesen necesitado más tiempo de duración en la formación. La formación en general fue muy apreciada, especialmente la dinámica participativa, exponer dudas e interactuar con el resto de compañeros.

BALEARES



ENTIDADES COLABORADORAS

Ibasalut, Gerencia de atención primaria

COORDINADORES

Juan Manuel Alonso
Emilia García

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 44 profesionales asistieron a las formaciones que se realizaron en Baleares (Palma de Mallorca).

Una gran mayoría de los alumnos y alumnas provenían de enfermería (67%) y medicina (18%). También formaron parte de los grupos otros perfiles profesionales. La mediana de edad fue de 48 años, la mayoría mujeres (88,9%), y con una mediana de 21 años de experiencia profesional.

DATOS DEL ESTUDIO SOCIOLÓGICO CUALITATIVO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES (SOCIDROGALCOHOL, 2017)

Una de las principales razones del inicio del consumo de cannabis es la búsqueda de una mejora en las habilidades sociales, formar parte de un grupo, por curiosidad, inspiración, experiencias nuevas, etc. Los jóvenes tienen una percepción muy baja sobre los riesgos asociados al consumo de cannabis, tampoco tienen en cuenta las consecuencias a corto plazo. El patrón de consumo es similar entre chicas y chicos.

Se planteó trabajar el consumo de cannabis desde la educación general en la familia, la escuela y la comunidad, facilitando espacios de ocio y fomentando ofertas sociales y siguiendo en la línea de prevención en las políticas sociales.

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en Baleares es de 14,7 años (media). La prevalencia de consumo entre jóvenes (14-18 años) es elevada. El 34,2% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 28,3% y el 20,1% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

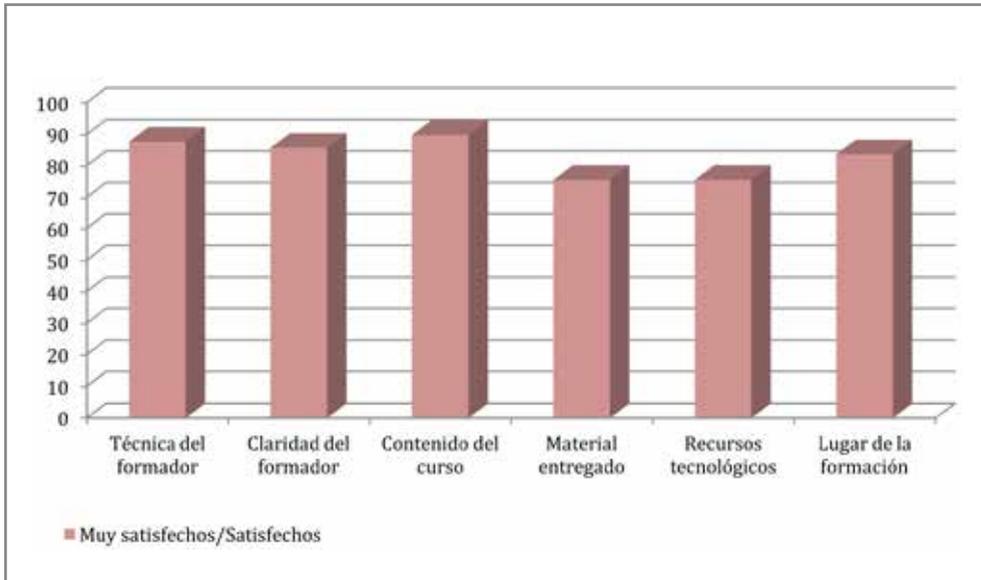
La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 27 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue considerada entre aceptable (40,7%) y satisfactoria o muy satisfactoria (37%) y valoraron el proyecto como importante (96,3%).

La mayoría de los/las asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (59,2%), referente a la claridad de los formadores un 44,4% quedaron satisfechos, y un 33,3% la valoraron aceptable. Un 26% de los asistentes quedaron satisfechos con el contenido del curso y un 55,6% lo valoró como aceptable. Haciendo referencia al material

entregado por parte de los y las docentes, un 37% lo valoró satisfactorio y un 40,7% lo valoró como aceptable.

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 29,6% los valoró satisfactoriamente y un 52% aceptable. En cuanto el lugar de la realización del curso, los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (74%).



¿QUÉ DESTACAN?

Los asistentes destacaron la predisposición y claridad por parte de los ponentes. Lo que más les gustó fueron la resolución de casos prácticos y la realización de *role-playings*. Asimismo también resaltaron las herramientas para detectar los consumos de riesgo o problemáticos a partir de la CAST y la UPE.

Los asistentes ampliarían el tiempo dedicado a la formación, también ampliarían la información referida al abordaje de los pacientes en consulta y herramientas de actuación.

Los profesionales que acudieron a la formación valoraron de gran importancia la temática del proyecto.

IMPRESIONES REFERIDAS A LOS FORMADORES

Los alumnos profesionales expresaron la necesidad de formarse sobre el abordaje y detección de consumos problemáticos de cannabis, dado que es un problema que cada vez ven más en su práctica diaria.

A lo largo de la formación sobre el diagnóstico precoz del consumo de cannabis, los y las profesionales de la medicina preguntaron sobre la intervención y tratamiento del cannabis, dado que venían con esas expectativas. Y aunque se esperaban otro contenido el *feedback* fue positivo. A la mayoría de los participantes les fue útil la formación para concienciarse de la necesidad de preguntar sobre el consumo de cannabis y entender los principios de la intervención breve.

El material entregado les sirvió para tener las herramientas en papel y ponerlo en práctica de manera inmediata. La presentación de casos clínicos a través del formulario digital, en general, les pareció complicada.

CANARIAS



ENTIDADES COLABORADORAS

Las formaciones realizadas en Canarias contaron con la colaboración de:

- La Dirección General de Salud Pública. Agradeciendo especialmente al Director General de Salud Pública, D. José Juan Alemán Sánchez, que facilitó la formación.
- ACJ San Miguel Adicciones.

COORDINADOR

Francisco David Lorenzo González

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 52 profesionales asistieron a las formaciones que se realizaron en Canarias (Tenerife).

Una gran mayoría de los alumnos y alumnas provenían de la medicina (44%), la siguiente profesión más prevalente fue enfermería (25%). También formaron parte de los asistentes otras categorías profesionales no especificadas. La mediana de edad de los asistentes fue de 41 años, la mayoría eran mujeres (86%), con una mediana de 16 años de experiencia profesional.

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en Canarias es de 14,6 años (media). El 27,7% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 23,8% y el 16,7% de jóvenes ha consumido en el último mes. Asimismo, la prevalencia de consumo entre jóvenes (14-18 años) se encuentra ligeramente por debajo de la media española.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

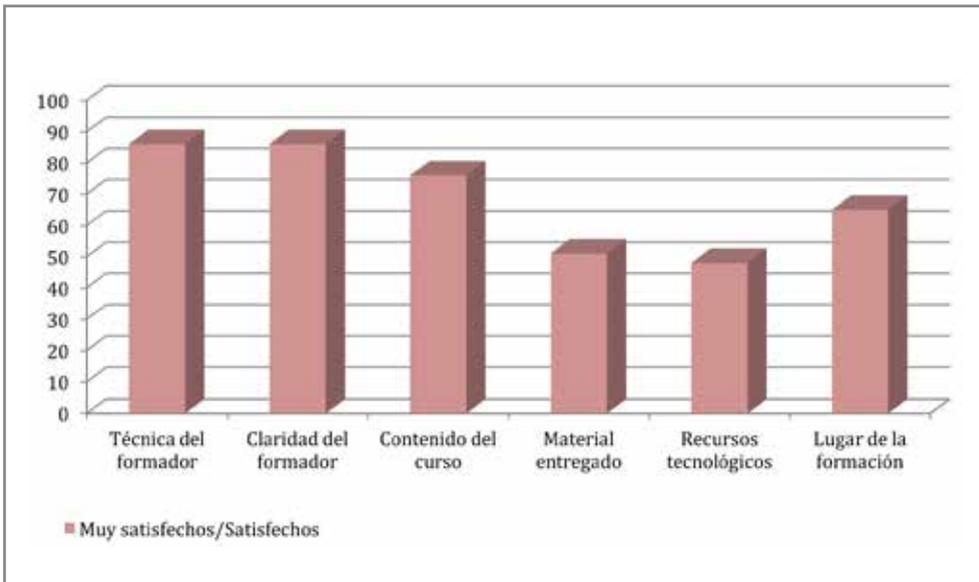
¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 43 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (79%) y valoraron el proyecto como importante (93%).

Mayoritariamente, los/las asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (86%) y la claridad del formador (86%). También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (76%). Respecto al material entregado por parte del docente, la mayoría lo valoró satisfactorio (51%) y un 21% considero que el material entregado fue aceptable.

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 48% los valoró satisfactoriamente y un 28% los consideró aceptables. En cuanto el lugar de la realización del curso, los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (65%).



¿QUÉ DESTACAN?

Los asistentes destacaron la temática de la formación, y la utilidad de ésta para la aplicación en su rutina profesional. Asimismo resaltaron la dinámica que se realizó y la claridad del ponente.

Los grupos refieren que se debería invertir más tiempo en la formación y se deberían mejorar los recursos tecnológicos utilizados.

En general concibieron el proyecto como práctico y aplicable para el abordaje en su día a día profesional.

IMPRESIONES REFERIDAS AL FORMADOR

Los profesionales quedaron satisfechos con la formación. Estuvieron muy participativos y predisuestos a participar.

Al finalizar la formación, los asistentes acudieron al formador para que les facilitaran herramientas para poder obtener más información y para hacer un seguimiento de las encuestas y resolver posibles dudas. También refirieron que, desde su punto de vista, era complicado que las personas que acudían a consulta reconocieran los consumos de cannabis. Los asistentes coincidieron en que el tiempo para realizar los casos clínicos (1 mes) era limitado. A modo general, la valoración de la formación fue muy positiva.

CASTILLA LA MANCHA



ENTIDADES COLABORADORAS

Colegio de Médicos de Ciudad Real

COORDINADORAS

Isabel Montoya
María del Mar Sánchez

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 25 profesionales asistieron a la formación que se realizó en Castilla la Mancha (Ciudad Real).

Hubo una gran variedad de profesiones, destacando la psicología como la profesión más prevalente (39%). También asistieron a la formación profesionales de la educación, trabajo social, medicina y enfermería. La mediana de edad de los asistentes fue de 37 años, la mayoría eran mujeres (87,5%), y una mediana de 10,5 años de experiencia profesional.

DATOS DEL ESTUDIO SOCIOLÓGICO CUALITATIVO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES (SOCIDROGALCOHOL, 2017)

Los jóvenes que consumen buscan aumentar la interacción social, no ser excluidos y experimentar. Tienen un consumo normalizado de cannabis. Las chicas utilizan el cannabis como vía de escape y los chicos como interacción, estos últimos tienen un consumo más elevado. El cannabis se tiende a consumir durante los días de diario y tienen una percepción casi nula en relación a los riesgos asociados.

Se propone trabajar en familia, desde la escuela y desde la sociedad, es decir, un trabajo en red que permita una atención continuada que cuente con todos los profesionales. Así como establecer una ley integral de prevención.

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en Castilla la Mancha es de 15,1 años (media). El 28,6% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 24,2% y el 16,4% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

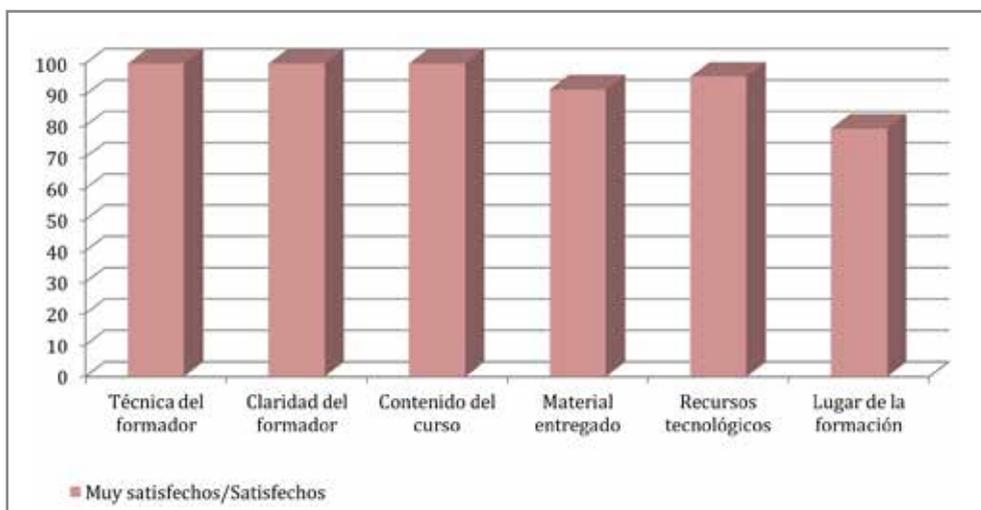
La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 24 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (100%) y valoraron el proyecto como importante (100%).

Mayoritariamente, los/las asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (100%) y la claridad (100%) de las formadoras. También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (100%). Haciendo referencia al material entregado por parte de las docentes, una 91,6% de los asistentes lo valoró satisfactorio.

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 95,8% los valoró satisfactoriamente y en cuanto el lugar de la

realización del curso, algo más de la mitad de los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (79,1%).



¿QUÉ DESTACAN?

Los asistentes destacaron el ambiente que se creó a lo largo de la formación y la integración de diferentes profesiones. Valoraron muy positivamente la formación de las ponentes y la claridad al explicar los contenidos. Resaltaron la utilidad de las herramientas que les ofrecieron, sobre todo la UPE. Asimismo, también destacaron la realización de casos prácticos y clínicos.

Aunque refirieran haber necesitado más tiempo y profundizar más en los conceptos, en general quedaron muy satisfechos y lo valoraron como útil y aplicable en su día a día laboral.

IMPRESIONES REFERIDAS A LAS FORMADORAS

Los distintos participantes celebraron conocer lo que es la UPE y la utilidad que puede tener. De la misma manera, la estructura de herramientas de intervención presentada, (UPE, CAST y IBM) se valoró como muy adecuada con posibilidad real de intervención. Los profesionales piden incluir en la Historia Clínica de Castilla la Mancha un *screening* sobre cannabis que incluyera la UPE y la CAST. Se refuerza la dinámica metodológica del curso, valorado como dinámico, activo, práctico y participativo. También se reforzó la organización del curso en el sentido de reunir a distintos profesionales del ámbito de la salud pública y asociaciones vinculadas al mundo de la salud y juventud en un espacio común y con unos intereses en común. Se contempló la posibilidad real de poder llevar a cabo trabajos en red de diferentes profesionales de primaria y de atención especializada.

CASTILLA Y LEÓN



ENTIDADES COLABORADORAS

El Plan Estratégico de Formación Continuada de los profesionales del Sistema de Salud de Castilla y León en la Gerencia de Zamora ayudó a organizar la formación.

COORDINADORAS

Amaya Caldero
María del Mar Alonso

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 11 profesionales asistieron a las formaciones que se realizaron en Castilla y León (Zamora).

Un 90% de los asistentes provenían de la medicina y un 10% de la psicología. La mediana de edad de los asistentes fue de 28 años, la mayoría eran mujeres (67%), con una mediana de 3 años de experiencia profesional.

DATOS DEL ESTUDIO SOCIOLÓGICO CUALITATIVO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES (SOCIDROGALCOHOL, 2017)

Los jóvenes que consumen cannabis buscan, por una parte divertirse, y por otra parte la aceptación del grupo. Asimismo, también buscan desinhibirse y hablar acerca de sus preocupaciones o inquietudes. El consumo de cannabis suele ser diario y puede darse tanto en pisos o locales, como en la calle o en las fiestas de las ciudades. Desde esta CC.AA se propone establecer o desarrollar protocolos de actuación a través de los cuales haya mayor estructuración.

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en Castilla la Mancha es de 15,0 años (media). El 32,2% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 28,1% y el 18,5% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

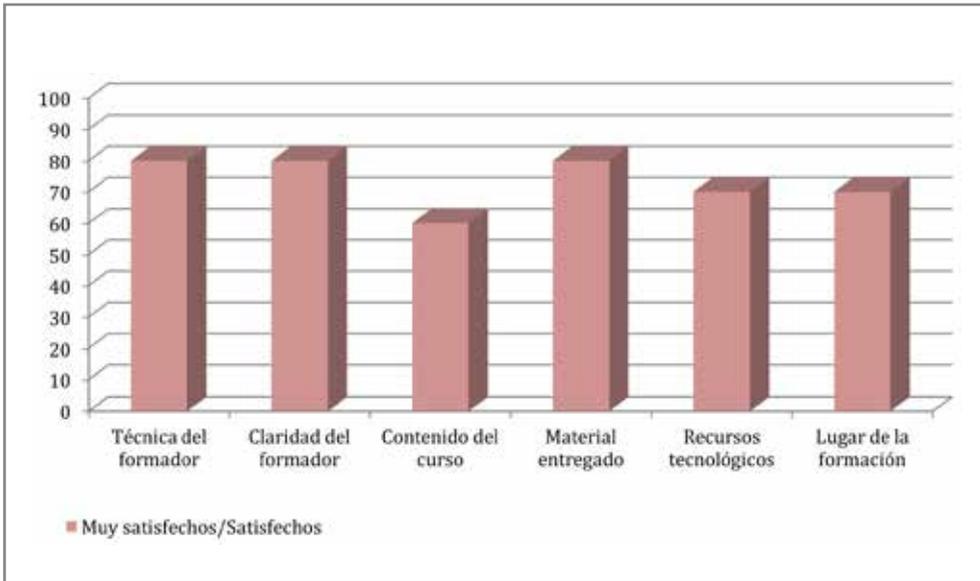
La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 24 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (60%) y un 30% lo consideró aceptable. Un 70% valoraron el proyecto como importante mientras que un 20% lo consideraron aceptable.

Mayoritariamente, los/las asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (80%) y la claridad (80%) de las formadoras. También una mayoría quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (60%), aunque un 30% los consideró aceptables. Haciendo referencia al material entregado por parte de las docentes, una 80% de los asistentes lo valoró satisfactorio.

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 70% los valoró satisfactoriamente y en cuanto el lugar de la

realización del curso, algo más de la mitad de los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (70%).



¿QUÉ DESTACAN?

Los asistentes no consideraron necesario completar el texto libre que se ofrecía en la encuesta de satisfacción, salvo en dos alumnos. Los profesionales destacaron la claridad de las explicaciones, y refirieron que sería necesario ampliar el tiempo y utilizar mejores instalaciones.

IMPRESIONES REFERIDAS A LAS FORMADORAS

La duración de la formación fue valorada por los participantes como excesiva. La mayoría de los alumnos no se mostraron interesados en cuanto al apartado formativo de Intervención Breve Motivacional.

CATALUÑA



ENTIDADES COLABORADORAS

Agència de Salut Pública de Catalunya y Hospital Clínic de Barcelona.

COORDINADORAS

Cristina Casajuana
Cristina Jové
Maria Estrada

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 52 profesionales asistieron a las formaciones que se realizaron a Cataluña (Girona y Barcelona). Una gran mayoría de los alumnos y alumnas provenían de enfermería (51%) y medicina (26,5%), pero también formaron parte de los asistentes profesionales de psicología, educación social y otras profesiones no especificadas.

La mediana de edad de los asistentes fue de 43 años, mayormente mujeres (81,6%), con una mediana de 18 años de experiencia profesional.

DATOS DEL ESTUDIO SOCIOLÓGICO CUALITATIVO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES (SOCIDROGALCOHOL, 2017)

Una de las principales razones del inicio del consumo de cannabis, en Cataluña, es la experimentación y la curiosidad. Las experiencias de los y las jóvenes referentes al consumo son positivas y se asocian al relax. Asimismo, el cannabis se utiliza como herramienta para manejar emociones o problemas (frustración, insomnio, estrés...). Los jóvenes que consumen cannabis son conscientes de las consecuencias negativas que conlleva.

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en Cataluña es de 14,6 años (media). La prevalencia de consumo entre jóvenes (14-18 años) es elevada. El 34,9% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 28,3% y el 20,3% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

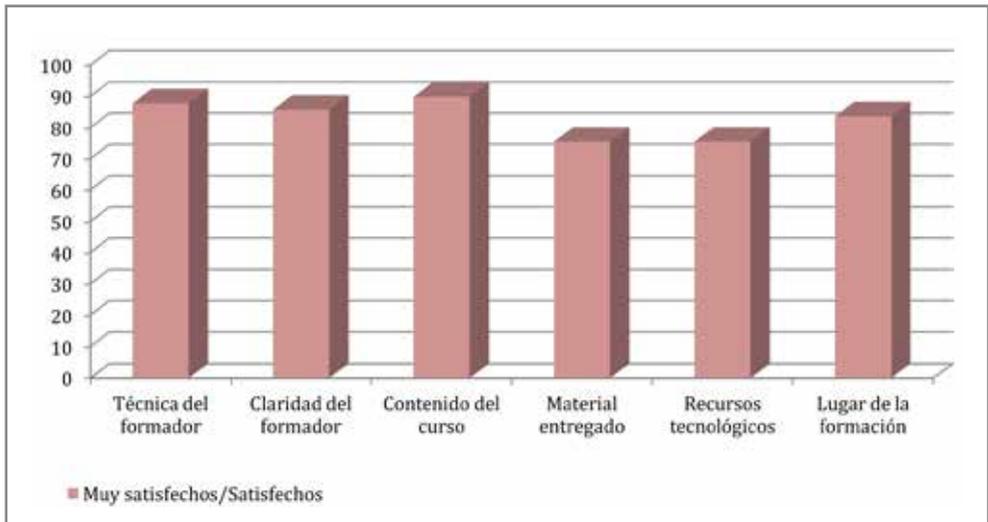
¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 49 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (85,7%) y valoraron el proyecto como importante (95,9%).

Mayoritariamente, los/las asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (87,7%) y la claridad (85,7%) de las formadoras. También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (89,8%). Haciendo referencia al material entregado por parte de las docentes, una mayoría lo valoró satisfactorio (75,5%).

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 75,5% los valoró satisfactoriamente y en cuanto el lugar de la realización del curso, los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (83,6%).



¿QUÉ DESTACAN?

Los asistentes destacaron la importancia del proyecto y la predisposición del equipo docente. Refirieron estar de acuerdo en la creación de una red de profesionales (sanitarios y no sanitarios) para abordar el consumo problemático de cannabis. Asimismo, valoraron muy positivamente poder realizar casos prácticos y *role-playings*, dado que les permitió entender e integrar mejor los conocimientos teóricos. Resaltaron la claridad y conocimientos acerca de la temática por parte de las docentes.

Los grupos refieren que se debería invertir más tiempo en la formación (por ejemplo realizar la formación en dos días), dado que les gustaría haber profundizado más en el contenido, y que los materiales y recursos deberían haberse entregado al inicio de la sesión.

En general concibieron el proyecto como práctico, útil y aplicable para el abordaje profesional.

IMPRESIONES REFERIDAS A LAS FORMADORAS

Los profesionales solicitan que la formación sea más extensa e insistir más en aspectos prácticos. Los casos clínicos son valorados como necesarios pero a la vez como un ejercicio de difícil ejecución debido a las peculiaridades de la práctica diaria como son la elevada presión asistencial en el caso de los y las profesionales de atención primaria y el fin del curso escolar en el caso de los y las profesionales de la enfermería de salud y escuela.

Se mostraban satisfechos con el curso y deseaban participar en futuras ediciones que permitan profundizar en conocimientos.

COMUNIDAD VALENCIANA



ENTIDADES COLABORADORAS

El MI Ajuntament de Cocentaina cedió el aula y facilitó todo el soporte técnico de La Casa de la Juventut. Encabezado por Miguel Ángel Raygal, responsable de La Casa de la Juventut.

COORDINADORES

Stella Vicens
Francisco Pascual

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 42 profesionales asistieron a las formaciones que se realizaron en la Comunidad Valenciana (Alicante).

Las dos profesiones más prevalentes de los asistentes fueron la medicina (30,3%) y la psicología (27,3%). La mediana de edad de los asistentes fue de 43 años, mayoritariamente mujeres (84,8%), con una mediana de 16 años de experiencia profesional.

DATOS DEL ESTUDIO SOCIOLÓGICO CUALITATIVO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES (SOCIDROGALCOHOL, 2017)

Los jóvenes que consumen cannabis buscan evadirse dado que refieren estar vacíos. El consumo de cannabis acostumbra a ser diario y se realiza en la puerta de los institutos por las mañanas, durante el patio o al salir del instituto. El consumo diario de cannabis no tiene una connotación negativa ni está estigmatizado. Desde el estudio sociológico se plantea el consumo problemático de cannabis como una cuestión comunitaria, donde deben ser partícipes todos los agentes implicados (escuelas, familia, agentes de salud).

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en la Comunidad Valenciana es de 14,8 años (media). El 37,2% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 31,7% y el 22,8% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

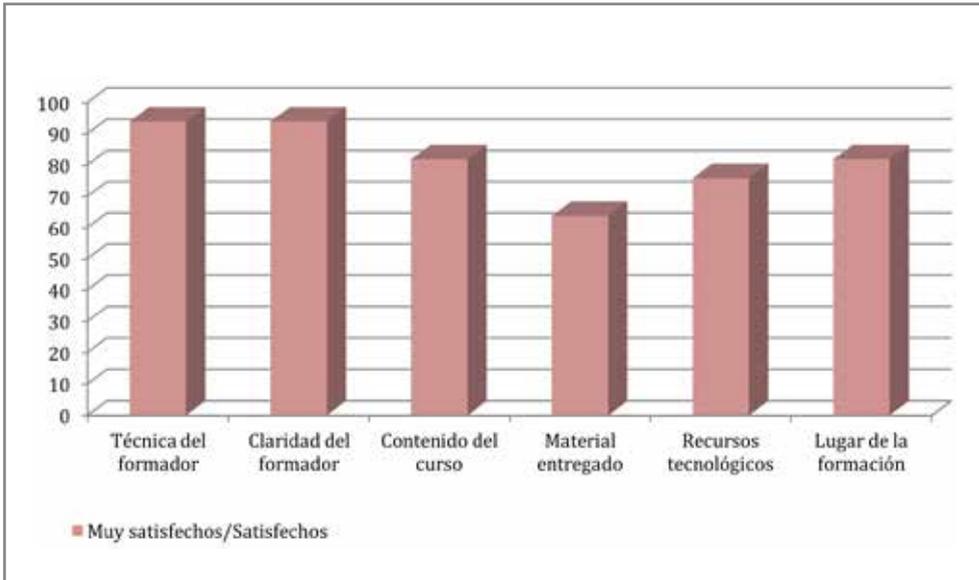
¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 33 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (84,8%) y valoraron el proyecto como importante (96,7%).

Mayoritariamente, los/las asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (93,9%) y la claridad (93,9%) de los formadores. También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (81,8%). Respecto al material entregado por parte de los y las docentes, un 63,6% de los asistentes lo valoró satisfactorio.

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 75,7% los valoró satisfactoriamente y en cuanto el lugar de la realización del curso, algo más de la mitad de los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (81,8%).



¿QUÉ DESTACAN?

A modo general, los asistentes destacaron el contenido del curso. Valoraron muy positivamente la realización de casos prácticos clínicos. Aumentarían el temario referido a la Entrevista Breve Motivacional, así como más tiempo en general. También añadieron que se debería haber entregado el material de la presentación previamente a la formación.

Resaltaron las habilidades y competencias de los ponentes y la claridad de las explicaciones.

Los asistentes refirieron que la formación había sido muy útil.

IMPRESIONES REFERIDAS A LOS FORMADORES

La formación fue bien acogida sobre todo por los profesionales con menos especialización en adicciones. En cambio para los profesionales con un bagaje más amplio en la materia hubieran agradecido una formación más amplia. Por otra parte, los casos clínicos fueron percibidos como una sobrecarga laboral para algunos asistentes aunque se reconoce la parte práctica (*role-playings*) como algo útil.

EUSKADI



ENTIDADES COLABORADORAS

Colegio de Médicos de Bizkaia

COORDINADORES

Javier Goti
Rodrigo Oraa

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 17 profesionales asistieron a las formaciones que se realizaron en Euskadi (Bilbao).

Las dos profesiones más prevalentes de los asistentes fueron la medicina (62,5%) y la enfermería (25%). La mediana de años de experiencia fue de 25 años, con una mediana de edad de los participantes de 52 años y un claro predominio de mujeres (93,8%).

DATOS DEL ESTUDIO SOCIOLÓGICO CUALITATIVO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES (SOCIDROGALCOHOL, 2017)

Los jóvenes que consumen cannabis buscan pasarlo bien, evadirse, relajarse. El consumo acostumbra a ser en grupo y se hace en locales para tener más privacidad. La presión de grupo es muy relevante en el inicio de la exposición a la sustancia.

El estudio sociológico plantea que el consumo problemático de cannabis debe intervenir desde edades tempranas, a través de un sistema educativo inclusivo.

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en Euskadi es de 14,7 años (media). El 41,1% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 36,9% y el 25,6% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

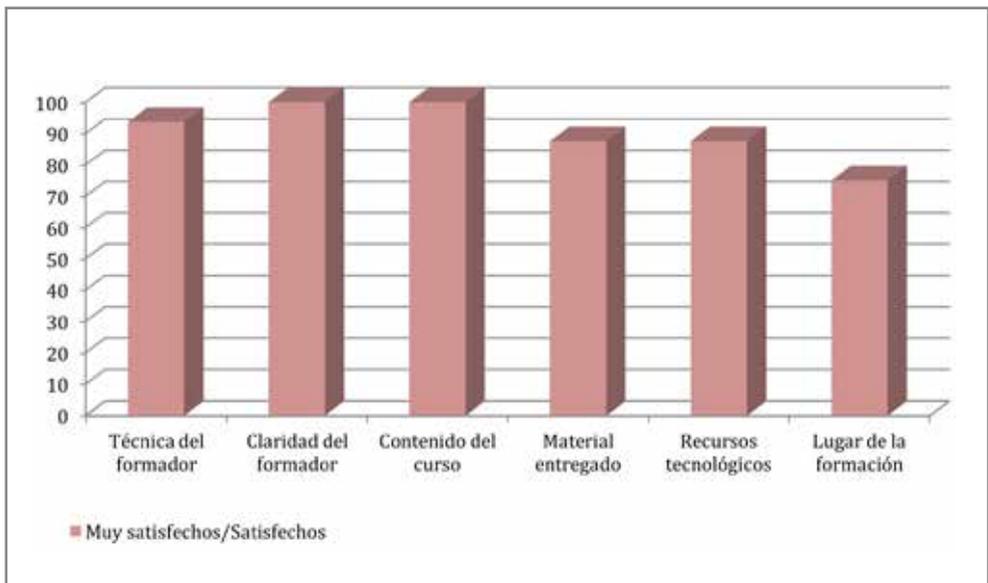
¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 16 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (100%) y valoraron el proyecto como importante (100%).

Mayoritariamente, los/las asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (93,7%) y la claridad (100%) de los formadores. También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (100%). Haciendo referencia al material entregado por parte de los docentes, un 87,5% de los asistentes lo valoró satisfactorio.

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 87,5% los valoró satisfactoriamente y en cuanto el lugar de la realización del curso, algo más de la mitad de los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (75%).



¿QUÉ DESTACAN?

La mayoría de los profesionales destacaron la cercanía y la claridad de los formadores. También valoraron muy positivamente la realización de *role-playings*. Algunos de los asistentes refirieron haber necesitado una introducción de conceptos básicos sobre cannabis. También opinaron que les había faltado tiempo y que hubiera estado mejor si la duración fuese más extensa. A modo general, valoraron muy positivamente la formación, definiéndola como dinámica y amena.

IMPRESIONES REFERIDAS A LOS FORMADORES

Los profesionales que asistieron a la formación tuvieron la percepción de que la formación fue breve y que se podría haber extendido más. Echaron de menos información sobre tipos de cannabis (plantas, componentes psicoactivos y no psicoactivos, etc.). Había cierto desconocimiento sobre la entrevista motivacional e intervenciones breves, las cuales fueron acogidas con mucho interés.

Valoraron muy positivamente los *role-playings* y ejemplos de entrevista. También apreciaron mucho el formato de tener dos ponentes.

GALICIA



ENTIDADES COLABORADORAS

La formación ha contado con el apoyo de la Unidad de Docencia de Atención Primaria de la Gerencia Integrada de Ourense, Verín e Barco de Valdeorras del SERGAS.

COORDINADORES

Gerardo Florez
Cristina Uzal

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 25 profesionales asistieron a las formaciones que se realizaron en Galicia (Ourense).

La formación se realizó únicamente a profesionales de la medicina. La mediana de edad de los participantes fue de 29 años, la prevalencia de varones fue ligeramente más elevada (55%), con una mediana de 3 años de experiencia profesional.

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en Galicia es de 15,1 años (media). El 25,5% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 22,2% y el 15,5% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

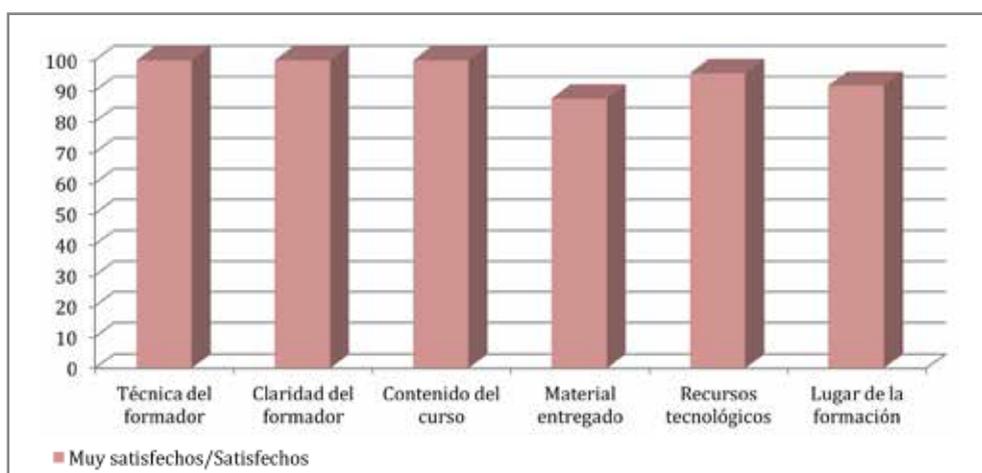
¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 33 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (100%) y valoraron el proyecto como importante (100%).

Mayoritariamente, los/las asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (100%) y la claridad (100%) de los formadores. También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (100%). Respecto al material entregado por parte de los y las docentes, una 87,5% de los asistentes lo valoró satisfactorio.

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados, un 95,8% los valoró satisfactoriamente y en cuanto el lugar de la realización del curso, algo más de la mitad de los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (91,7%).



¿QUÉ DESTACAN?

A modo general, los asistentes destacaron el contenido del curso, sobretodo la parte más práctica de la formación. Aumentarían el temario así como invertirían más tiempo en general. También añadieron que se debería haber entregado el material de la presentación antes de la formación.

Resaltaron las habilidades y competencias de los ponentes y la claridad de las explicaciones.

Los asistentes refirieron que la formación había sido muy útil y aplicable para el manejo profesional.

IMPRESIONES REFERIDAS A LOS FORMADORES

La formación transcurrió sin incidencias. Los apartados teóricos y de valoración fueron bien recibidos, pero destacan la parte práctica y la realización de casos clínicos.

LA RIOJA



ENTIDADES COLABORADORAS

Servicio Riojano de Salud. Consejería de Salud de La Rioja.

COORDINADOR

José Luís Rabadán

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 80 profesionales asistieron a las formaciones que se realizaron en La Rioja (Logroño).

Las dos profesiones más prevalentes de los asistentes fueron en primer lugar la enfermería (36%) y en segundo lugar la medicina (34,4%). La mediana de edad de los asistentes fue de 47,5 años, mayoritariamente mujeres (81,9%), con una mediana de 20 años de experiencia profesional.

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en La Rioja es de 14,8 años (media). El 31,6% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 20,7% y el 17,7% de jóvenes ha consumido en el último mes.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

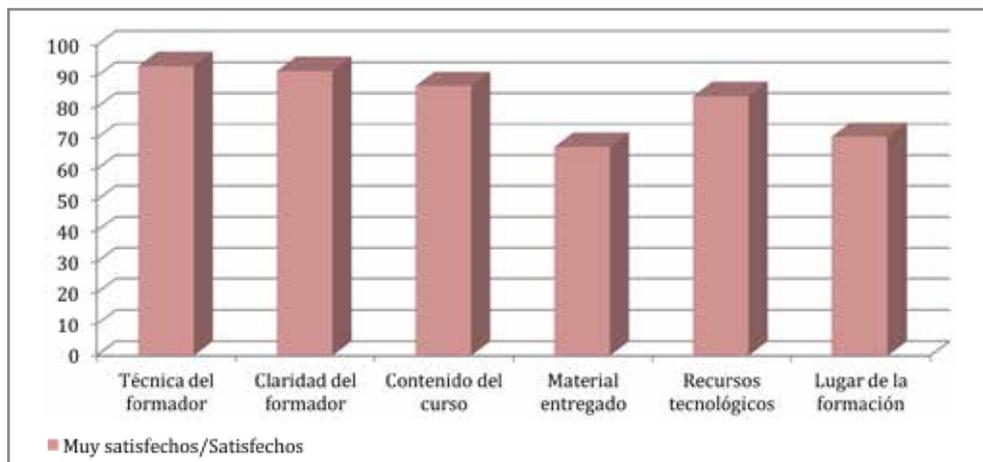
¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 61 alumnos y alumnas.

La valoración del curso fue satisfactoria (78,7%) y valoraron el proyecto como importante (93,4%).

Mayoritariamente, los/las asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (93,4%) y la claridad (91,8%) del formador. También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (86,9%). Haciendo referencia al material entregado por parte del docente, un 67,2% de los asistentes lo valoró satisfactorio.

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados un 83,6% los valoró satisfactoriamente y en cuanto el lugar de la



realización del curso, algo más de la mitad de los/las participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (70,5%).

¿QUÉ DESTACAN?

A modo general, los asistentes destacaron que el contenido del curso y la materia a tratar eran adecuadas. Refirieron haber adquirido información que desconocían con documentación y herramientas actualizadas. Aumentarían el tiempo de la formación, y algunos asistentes comentaron que se debería haber dividido en dos sesiones. Resaltaron las habilidades y competencias de los ponentes y la claridad de las explicaciones, así como la habilidad de mantener a los asistentes interesados a lo largo de toda la sesión. Los asistentes refirieron que la formación había sido muy útil.

IMPRESIONES REFERIDAS AL FORMADOR

Los profesionales que asistieron a la formación consideraron que el curso fue corto. Por otra parte, afirmaron que el curso les había permitido tener un enfoque diferente sobre el cannabis, más realista y centrado en colectivos de alto riesgo. Les llamó la atención la existencia del síndrome de hiperémesis cannábica. Agradecieron la sencillez de los cuestionarios de frecuencia y la unidad de porro estándar (UPE).

INFORMACIÓN INTEGRADA DE LOS RESULTADOS DE TODAS LAS C.C.A.A.

PARTICIPANTES Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Un total de 408 profesionales asistieron a las formaciones realizadas en las distintas CC.AA.

La profesión más prevalente de las formaciones fue la de medicina, con un total del 35,9% de asistentes y la segunda más prevalente fue la de enfermería (26,8%). Asimismo, también formaron parte de las formaciones profesionales de la psicología (8,8%), educación social (2,8%), trabajo social (5,7%) y otras no especificadas (4%). La mediana de edad fue de 43 años con una experiencia de 18 años (mediana). Las personas que se formaron fueron mayoritariamente mujeres (75,2%).

DATOS PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESTUDES 2014, EDADES 2015-2016)

La edad de inicio del consumo de cannabis en España tiene una media de 14,8 años. El 38,4% de los jóvenes (14-18 años) ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 31,4%, el 25,9% de jóvenes ha consumido en el último mes y el 1,8% consume diariamente. El 2,5% de los jóvenes usuarios de cannabis presentan consumos de riesgo (puntuaciones CAST ≥ 4) (ESTUDES, 2014).

En cuanto a la población adulta (18-64 años), el 31,5% ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses un 9,5% y el 7,3% de adultos ha consumido en el último mes y el 2,1% consume diariamente. El 1,8% de los adultos usuarios de cannabis presentan un riesgo de consumo problemático según la puntuación de la Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (EDADES, 2015-2016).

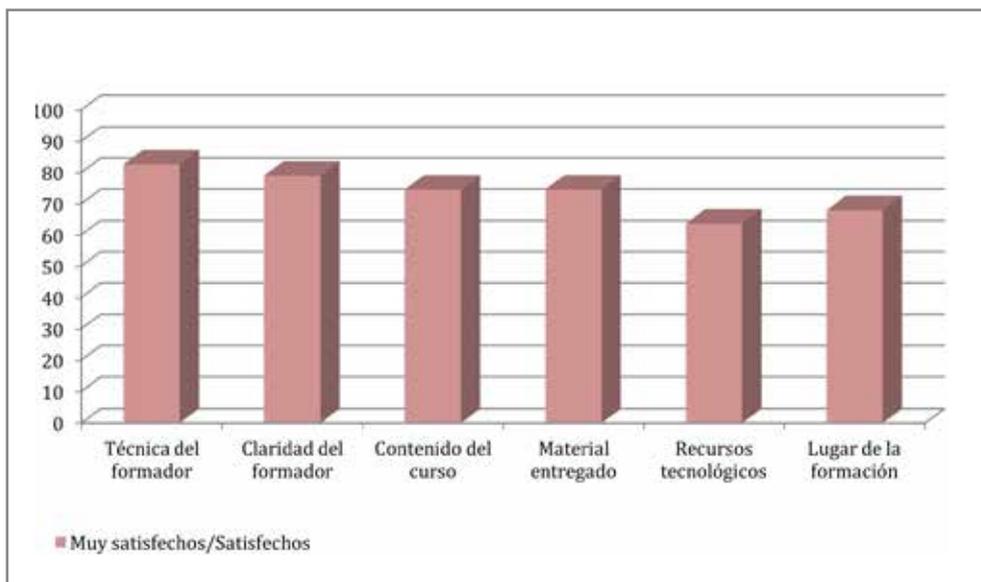
VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN

¿CUÁL ES LA VALORACIÓN?

La encuesta de satisfacción fue contestada por un total de 351 alumnos y alumnas (84%), de las distintas CC.AA. La valoración del curso fue satisfactoria (75%) y valoraron el proyecto como importante (87,5%). Mayoritariamente, los/las asistentes quedaron satisfechos/as en cuanto a los aspectos técnicos (82,6%) y la claridad (81,2%) de los formadores. También quedaron satisfechos/as con el contenido del curso (75,2%). Haciendo referencia

al material entregado por parte de los y las docentes, un 64,4% de los asistentes lo valoró satisfactorio mientras que un 15% lo consideró aceptable.

Cuando nos referimos a la percepción de los/las asistentes sobre los recursos tecnológicos utilizados, un 68,4% los valoró satisfactoriamente y en cuanto el lugar de la realización del curso, siete de cada diez participantes se sintieron cómodos/as y satisfechos/as (71,2%).



¿QUÉ DESTACAN?

A modo general, los asistentes destacaron el contenido explicado y trabajado durante la formación y la importancia de la temática (identificación precoz del consumo de cannabis). Valoraron muy positivamente la realización de casos prácticos clínicos durante la formación así como también la realización de *role-playings*. La gran mayoría de los asistentes refirieron la necesidad de aumentar el temario, ampliar conceptos básicos sobre el cannabis e invertir más tiempo (dividido en más de una sesión). También añadieron que se debería haber entregado el material de la presentación para poder seguirla y tomar apuntes en él. Resaltaron las habilidades y competencias de los ponentes y la claridad de las explicaciones. Generalmente los participantes concibieron la formación como útil y aplicable en su día a día profesional.

IMPRESIONES REFERIDAS A LOS FORMADORES

A modo general, los asistentes refirieron falta de tiempo para tratar tanta materia. Dada la importancia de la temática, refirieron que hubiese sido mejor realizar la formación en más de una sesión y añadiendo más tiempo. La introducción complementaria de casos clínicos reales de los profesionales tras la formación fue percibida como difícil por el escaso margen temporal y la carga laboral que soportan en muchos casos.

Valoraron muy positivamente la predisposición y formación de los profesionales formadores, así como también la claridad de las explicaciones. La mayoría de asistentes consideraron haber ampliado los propios conocimientos sobre el cannabis. Los conocimientos adquiridos y las herramientas mostradas fueron valorados como útiles y aplicables en la práctica profesional rutinaria.

Las formaciones fueron valoradas positivamente por parte de los asistentes, quedaron satisfechos y adquirieron conocimientos nuevos acerca de la problemática asociada al consumo de cannabis, el cual refieren que ha aumentado y es necesario poder realizar una identificación precoz a tiempo.

CASOS CLÍNICOS

La práctica en línea de casos clínicos permitió profundizar en la aplicación de los conocimientos adquiridos durante la formación teórica. Disponemos de 296 casos clínicos válidos y analizables. En la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de los usuarios de cannabis.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los usuarios de cannabis

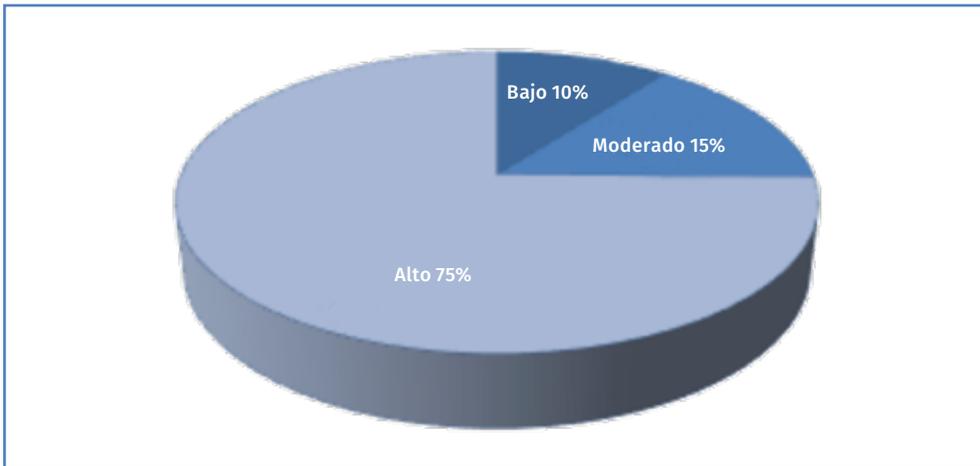
	Número	%
Género (hombres)	233	78,7
Estado laboral		
– Trabajo activo	107	36,1
– Estudiante	98	33,1
– Sin ocupación	62	20,9
– Incapacidad permanente	24	8,1
Estado civil		
– Soltero/a	224	75,7
– Casado/a	41	13,9
– Separado/a	28	9,5
Nivel de estudios		
– Básicos o sin estudios	93	31,4
– Secundarios	158	53,4
– Universitarios	37	12,5
Edad (mediana y rango intercuartílico)	24	17-36

PATRÓN DE CONSUMO Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE CANNABIS

Los usuarios fumaban una mediana de 2 Unidades de Porro Estándar (UPEs) al día (rango intercuartílico de 1 a 4), el consumo máximo diario fue de 15 UPEs al día. Expresado en gramos, la mediana de consumo diario era de 0,75 gramos al día (RIC 0,25-1,25). La mediana de gasto diario en cannabis fue de 3€ al día (RIC 1-5). La mayoría de usuarios (178) consumían a diario (60,1%), 44 usuarios lo hacían uno o dos días a la semana (14,8%), 30 usuarios (10,1%) fumaban 3 o 4 días a la semana y 34 usuarios (11,5%) lo hacían 4 o 5 días a la semana. En solo 10 casos (3,4%) el consumo era de menos de una ocasión por semana. La mediana de consumo fue de 7 días a la semana, y el promedio de 5,6 días a la semana. Únicamente 174 usuarios modifican su patrón de consumo durante el fin de semana. La mayoría de los

usuarios (232) utilizaban preferentemente marihuana como principal sustancia (78,4%), 34 usuarios utilizaban indistintamente marihuana y hachís (11,5%). No había ningún usuario que utilizara como forma preferencial de consumo únicamente la marihuana. La mediana del porcentaje de tabaco en cada cigarrillo de consumo era del 50% (RIC 30-59,5). La edad de inicio de consumo regular fue de 16 años (mediana) (RIC 15-20).

La puntuación mediana en la Cannabis Abuse Screening Test fue de 11 (RIC 6.75-15). Pocos usuarios, un total de 31, tenían un riesgo bajo de consumo problemático según la CAST (puntuación de 0-3). La mayoría tenían un riesgo moderado (44 usuarios con CAST de 4 a 6) o muy alto (222 usuarios con CAST > 6).



Riesgo de consumo problemático según la CAST

INTERVENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES

En uno de cada cinco pacientes no se pudo intervenir o no fue necesario (patrón de bajo riesgo y ausencia de factores de riesgo poblacionales). En el 80% de los pacientes que sí se intervino, tras la identificación de un patrón de consumo de cánnabis potencialmente problemático, se prefirió la intervención breve motivacional con el objetivo de reducir el consumo. Este tipo de intervención se eligió en 126 casos. Otras intervenciones fueron la intervención breve motivacional marcándose como objetivo la abstinencia (58) o sin marcarse un objetivo a priori (18). Cabe destacar que hasta en 34 casos (11,5%) se consideró oportuna la derivación a un centro especializado en adicciones.

La mediana del tiempo de intervención fue de 15 minutos, siendo el mínimo necesario de 3 minutos y el máximo de 180 minutos. La mayoría de intervenciones se situaron entre los 10 y 30 minutos (rango intercuartílico). En una escala del 0 a 10, los profesionales se sentían satisfechos con la intervención realizada con una mediana de 7 (rango intercuartílico de 6 a 8).

CONCLUSIONES

- Es factible establecer una red formativa sobre identificación precoz e identificación breve del consumo problemático de cannabis en la mayor parte del territorio. La formación de 408 profesionales de diversos ámbitos y más de veinte formadores así lo demuestra.
- Establecer una formación estandarizada dirigida a diversos perfiles profesionales es factible; solo un tercio de los profesionales eran médicos y los otros dos tercios estaban muy distribuidos entre diversos profesionales.
- La receptividad y motivación por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios es alta. Especialmente entre aquellos profesionales con menos experiencia y formación en adicciones.
- La satisfacción global con la iniciativa es alta. Tres cuartas partes de los participantes se mostraron satisfechos o muy satisfechos con la formación y casi nueve de cada diez les parecía importante o muy importante.
- Las principales limitaciones para un proyecto de este tipo han sido: poco tiempo disponible y mucha materia a tratar, necesidad de mucho soporte material informativo que en ocasiones es difícil de cumplir, calendario muy limitado en el tiempo que dificulta la ejecución práctica.
- La formación teórica en identificación precoz e intervención breve permite llevar a la práctica el conocimiento adquirido. En este sentido, el perfil del consumidor identificado mayoritariamente es el de un varón joven (24 años), soltero, con estudios secundarios y estudiante o trabajador activo. Suele ser un usuario de al menos la mitad de los días de la semana y unas 2 UPEs por día de consumo, gastando unos 3€ al día y 0,75 gramos al día, preferentemente marihuana. Tres de cada cuatro tiene un consumo potencialmente problemático.
- Tras la formación, los profesionales utilizan mayoritariamente la intervención breve motivacional con diversos objetivos en función de la circunstancia de cada usuario. En uno de cada nueve usuarios se consideró necesaria su derivación para un tratamiento más intensivo.
- El presente informe es un punto de inicio para analizar el futuro de Cannared. La matriz de expertos con el apoyo de los diferentes referentes autonómicos y en el seno de la sociedad científica Socidrogalcohol y su junta directiva, debe decidir cómo consolidar y garantizar que más profesionales sean formados y más casos de consumo problemático de cánnabis sean detectados precozmente e intervenidos eficazmente.

BIBLIOGRAFÍA

- Adamson, S. J., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Thornton, L., Kelly, B. J., & Sellman, J. D. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1–2), 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.017>
- Belackova V, Tomkova A, Zabransky T. Qualitative research in Spanish cannabis social clubs: “The moment you enter the door, you are minimising the risks”. *Int J Drug Policy*. 2016 Aug;34:49-57. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.04.009. Epub 2016 Apr 20. PubMed PMID: 27461986.
- Bukstein, O. G. (2017). Challenges and Gaps in Understanding Substance Use Problems in Transitional Age Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 253–269. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.005>
- Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. In T. Carney (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD008969). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008969.pub3>
- Casajuana, C., López-Pelayo, H., Balcells, M. M., Miquel, L., Colom, J., & Gual, A. (2016). Definitions of Risky and Problematic Cannabis Use: A Systematic Review. *Substance Use and Misuse*, 51(13), 1760–1770. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1197266>
- Casajuana Kögel, C., Balcells-Olivero, M. M., López-Pelayo, H., Miquel, L., Teixidó, L., Colom, J., ... Gual, A. (2017). The Standard Joint Unit. *Drug and Alcohol Dependence*, 176, 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.03.010>
- Degenhardt, L., Ferrari, A. J., Calabria, B., Hall, W. D., Norman, R. E., McGrath, J., ... Vos, T. (2013). The global epidemiology and contribution of cannabis use and dependence to the global burden of disease: results from the GBD 2010 study. *PloS One*, 8(10), e76635. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076635>
- Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas. (2015). *ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL ESPAÑA EDADES 2015-2016*.
- Fernandez-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Muñoz-Fernández, J., Secades-Villa, R., & García-Fernández, G. (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-A-S and CAST questionnaires. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-13>
- 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. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, 102(5), 324–327.
- Gates, P. J., Sabioni, P., Copeland, J., Le Foll, B., & Gowing, L. (2016). Psychosocial interventions for cannabis use disorder. In P. J. Gates (Ed.), *Cochrane Database of*

- Systematic Reviews* (p. CD005336). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub4>
- Golick, J. (2016). Shifting the Paradigm: Adolescent Cannabis Abuse and the Need for Early Intervention. *Journal of Psychoactive Drugs*, 48(1), 24–27. <https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1119916>
- López-Pelayo, H., Batalla, A., Balcells, M. M., Colom, J., & Gual, A. (2015). Assessment of cannabis use disorders: a systematic review of screening and diagnostic instruments. *Psychological Medicine*, 45(6), 1121–1133. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002463>
- López-Pelayo, H., Miquel De Montagut, L., Casajuana Kögel, C., Balcells Oliveró, M., & correspondencia, E. (2017). Posverdad del consumo de cannabis: de regreso a la medicina basada en la evidencia Cannabis use post-truth: back to evidence-based medicine. *Diciembre*.
- Lynskey, M., & Hall, W. (2016). Cannabis use and cannabis use disorders. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 911–912. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30270-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30270-X)
- Socidrogalcohol. (2017). *Estudio Sociológico cualitativo sobre el consumo de alcohol y cannabis entre adolescentes y jóvenes*. Retrieved from http://www.socidrogalcohol.org/phocadownload/Publicaciones/manuales-guias/estudiosociologico_cannabis_alcohol_def.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).

Cannared

Red formativa de profesionales para la detección precoz de los problemas derivados del consumo de cannabis

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholicismo y las otras Toxicomanías



Plan Nacional
sobre Drogas



Presentación

- Nombre
- Profesión y ámbito de trabajo
- Motivos para acudir a la formación
- Motivos para no acudir a ella

Introducción

El sistema endocannabinoide



Implicado en:

- Memoria
- Apetito
- Sueño
- Termorregulación
- Analgesia
- Inmunidad



Dos tipos receptores pre-sinápticos:

- CB1: predominio cerebro y cerebelo (muy difuso)
- CB2: predominio sistema inmune

Dos endocannabinoides:

- Anandamida
- 2-araquidonilglicero

Epidemiología del consumo de Cannabis: Europa

- En la UE (3ª sustancia más consumida):
 - 22,5 millones de usuarios último año (6,8%)
 - 12,5 millones de usuarios último mes (regular) (3,7%)
 - 3,1 millones de usuarios diarios (0,93%)



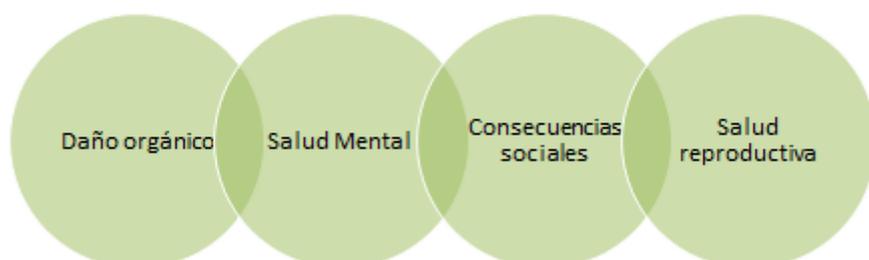
<http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2010/cannabis/3>

Epidemiología del consumo de Cannabis: España

- En España (3ª sustancia más consumida):
 - 9,5% usuarios en el último año: 4,4 millones de españoles
 - 7,3 % usuarios regulares (último mes): 3,4 millones de españoles
 - 2,1% usuarios diarios: 980 000 españoles



Daño asociado al consumo de cannabis

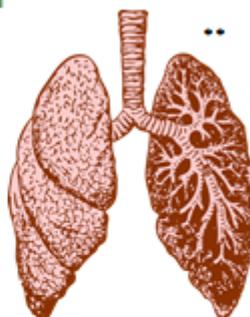
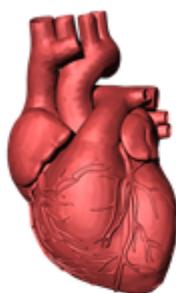


López-Pelayo et al 2018 Adicciones

Salud mental

Patología	Características	Nivel de evidencia
Esquizofrenia	Impacto sobre la aparición (edad más precoz), pronóstico (peor), respuesta a tratamiento	Alta
Trastorno afectivo bipolar	Peor pronóstico	Moderada
Trastorno afectivo unipolar	Peor pronóstico	Moderada
Trastorno ansioso	Peor pronóstico	Moderada
Deterioro cognitivo	Agudo tras consumo y crónico parcialmente reversible con abstinencia (mayor daño con inicio consumo precoz)	Alta
Dependencia	1/10 usuarios (mayor cuando debut del consumo en la adolescencia). Puerta de entrada a otras sustancias	Alta

Salud física



Cáncer de vías aéreas superiores, esófago, testículo y vejiga **

*Evidencia alta
**Evidencia incipiente

Síndrome de Hiperémesis Cannábica



Criterios diagnósticos	
Esencial	Consumo crónico de cannabis
Mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas y vómitos severos • Mejoría con la abstinencia de cannabis • Mejoría de los síntomas con baños en agua caliente • Dolor abdominal
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Edad menor de 50 años • Pérdida de peso mayor de 5 kilos • Predominio matutino • No alteración del ritmo <u>deposicional</u> • Exploraciones complementarias normales

Adaptación de Contreras Narváez C et al 2016 Adicciones

Consecuencias sociales



- Accidentes de tráfico

*Evidencia alta

**Evidencia incipiente



- Fracaso escolar



- Criminalidad

Salud reproductiva

- Bajo peso al nacer*
- Incremento del riesgo de parto pretérmino*
- En la adolescencia del hijo/a de madre con consumo activo durante embarazo**
 - Menor rendimiento cognitivo
 - Alteraciones conductuales
 - Delincuencia
 - Menor rendimiento académico
 - Trastornos afectivos

*Evidencia alta

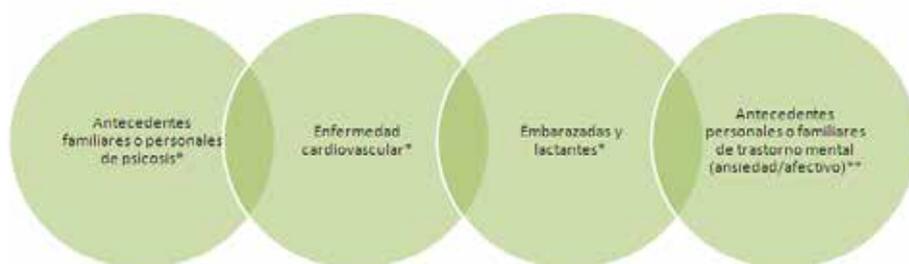
**Evidencia incipiente

Recomendaciones de reducción de riesgos

Recomendación	Evidencia
La mejor manera de evitar los riesgos asociados al consumo de cannabis es la abstinencia	Alta
La prevención deben enfatizar el retraso en la edad de inicio	Alta
Intentar evitar cannabis de una alta concentración de THC y priorizar el de bajo ratio THC:CBD ya que los efectos adversos se relacionan con la alta dosis de THC	Alta
El cannabis en combustión y/o mezclado con tabaco se debería evitar priorizando otras formas de consumo (vaporizado o comestible)	Alta
Los usuarios deberían intentar mantener un consumo ocasional (una vez a la semana, fin de semana o menor frecuencia)	Alta
Evitar conducir durante las 6 horas posteriores al consumo—siempre que esto no contradiga la legislación local vigente— y nunca conducir tras ingerir alcohol y cannabis ya que existen potenciación de los efectos agudos negativos sobre la capacidad de conducción	Alta
Evitar el cannabis sintético por el riesgo de efectos agudos adversos	Moderada
Evitar inhalación profunda para disminuir daño pulmonar	Moderada
Evitar la combinación de dos o más conductas de riesgo descritas anteriormente	Moderada

Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., ... Room, R. (2017). *Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations*. *American Journal of Public Health*,

Evitar el consumo en poblaciones de riesgo



*Evidencia alta

**Evidencia incipiente

Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., ... Room, R. (2017). *Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations*. *American Journal of Public Health*,

Herramientas para la detección precoz del consumo problemático de cannabis

La Unidad de Porro Estándar (UPE)



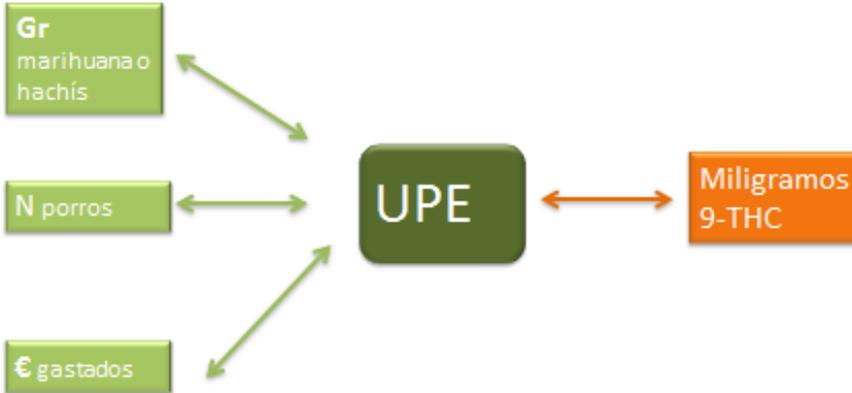
1 porro = 250 mg de marihuana/hachís = 1€

7 mg de THC

Casajuana Kögel C et al. The Standard Joint Unit. Drug Alcohol Depend. 2017 Jul 1;176:109-116. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.03.010. Epub 2017 May 16.

Información dada por el consumidor

Información profesional sanitario



Cuestionario de cantidad y frecuencia

Tabla 1. Interrogatorio Sistematizado de Consumo de Porros

1 UPE = 1 porro= 1€ de hachís o marihuana = 250 mg de hachís/marihuana (aproximadamente)

1. Si en alguna ocasión fuma cannabis. ¿Cuántas UPEs consume el día que fuma?
2. ¿Con qué frecuencia lo hace? (Número de días a la semana)
3. ¿Los fines de semana modifica sus hábitos de consumo?

	Cantidad	Días	Subtotal
Consumo días laborables			
Consumo días festivos			
		Total	

Cannabis Abuse Screening Test

¿Con qué frecuencia le ha pasado alguna de las cosas que se describen a continuación en los últimos 12 meses?

	Nunca	Raramente	De tanto en tanto	Bastante a menudo	Muy a menudo
¿Has fumado cannabis antes del mediodía?	0	1	2	3	4
¿Has fumado Cannabis cuando estabas solo?	0	1	2	3	4
¿Has tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	0	1	2	3	4
¿Te han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de cannabis?	0	1	2	3	4
¿Has tratado de reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	0	1	2	3	4
¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.	0	1	2	3	4

Fernandez-Artamendi S et al Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-A-S and CAST questionnaires. *Subst Abuse Treat Preve Policy.* 2012 Apr 2;7:13. doi: 10.1186/1747-597X-7-13.

Criterios DSM5 Trastorno Uso Cannabis

Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
- Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
- El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
- Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes: a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
- Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de cannabis, pág. 271).
 - Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia

Intervención breve motivacional

Definición

Comunicación terapéutica o preventiva de corta duración (1 a 5 sesiones) realizada por un profesional de la salud orientada a reducir el consumo de alcohol u otras sustancias y sus problemas asociados

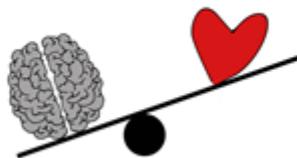
Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*. 2006 May-Jun;41(3):328-35. Epub 2006 Mar 17. Review.

Tipos

- Tipo (Babor and Grant, 1994):
 - 1 sesión (mínima)
 - 2-4 sesiones (breve)
 - 5-7 sesiones (moderada)
 - 8 o más sesiones (intensiva)

Conceptos básicos: la ambivalencia

Estado mental en el que una persona tiene sentimientos contrapuestos en relación a alguna cosa



Conceptos básicos: el reflejo de corrección

- Deseo de arreglar aquello que no funciona
- Facilitar a las personas que atendemos una rápida mejoría de la calidad de vida
- Decir qué, cómo, cuando y por qué deben cambiar



Conceptos básicos: importancia y autoeficacia



El espíritu motivacional

- **Colaboración (versus Confrontación)**
- Formar una alianza
- **Evocación (versus educación)**
- El paciente puede generar soluciones
- **Aceptación (versus imposición)**
- Reconocer las propuestas de los pacientes
- El paciente es responsable del propio cambio
- **Compasión (versus indiferencia)**
- Tenemos interés en promover el bienestar



Estructura de la IBM

- **Ask for permission to assess** consumption with a brief screening tool (*Pedir permiso para evaluar*)
- **Ask for permission to give advise** patients to reduce their consumption (*Pedir permiso para dar consejo de reducción*)
- **Agree** on individual goals **through negotiation** (Acordar objetivos individuales mediante negociación)
- **Assist** patients with acquiring the motivations, self-help skills, or supports needed for behaviour change **using MI microskills** (*Ayudar a los pacientes con habilidades motivacionales*)
- **Offer to Arrange** follow-up (*Ofrecer seguimiento*)

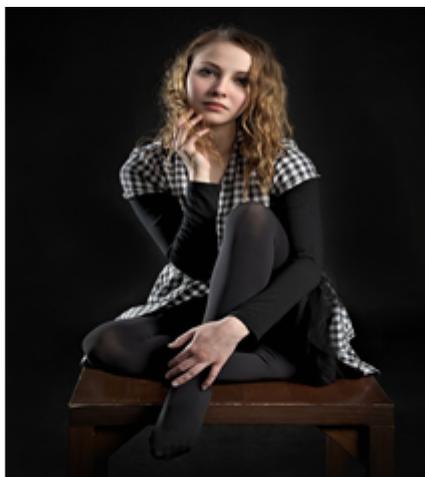
Elementos básicos e indispensables de la IBM

- *Feedback* personalizado
- Consejo de reducción/interrupción
- Presentar opciones alternativas de cambio (menú)
- Estrategias de moderación del consumo
- Cambios en la percepción de normalidad
- Discrepancia entre conducta actual y valores/objetivos
- Ejercicio plan de cambio

Caso clínico 1: Juan



Caso clínico 2: Marta



Caso clínico 3: Pedro



Caso clínico 4: Clara



Caso clínico 5: Miguel



Role playing

- Antes de empezar el ejercicio:
 - Identificar factores de **RIESGO**
 - ¿Pertenece el usuario a algunas de las poblaciones de **RIESGO**?
 - ¿Presenta el usuario alguna conducta de **RIESGO**?
- Durante el ejercicio:
 - Usar estrategias **IBM**
 - Evalúa:
 - CxF (**UPE**)
 - **CAST**
- Después del ejercicio:
 - Comparte con tus compañeros/as la experiencia
 - Comparte con tus compañeros/as las dudas

Conclusiones

- Los riesgos asociados al consumo de cannabis incluyen:
 - Trastornos de salud mental
 - Daño en la salud física y reproductiva
 - Problemas sociales
- Los usuarios de riesgo pueden ser definidos por:
 - Grupo poblacional: embarazadas, antecedentes personales o familiares de esquizofrenia, jóvenes y adolescentes, etc.
 - Patrón de consumo: mezcla con tabaco, combustión, frecuencia y cantidad, etc.
- La Intervención breve motivacional es una herramienta que deber ir acompañada de elementos motivacionales

Recomendaciones finales

- Evalúa todos los pacientes lejos de estereotipos
- Evalúa el patrón de consumo pero también otros factores de riesgo: edad, embarazo/lactancia, salud mental, salud física, etc.
- Sistematizar la evaluación: C x F, CAST
- El consejo breve de 5 minutos y con un estilo motivacional puede ser útil
- Los pacientes más complejos puedes derivarlos

Bibliografía

- EMCDDA. Annual report 2010: the state of the drugs problem in Europe. <http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2010/cannabis/3>
- Plan Nacional Sobre Drogas. EDADES 2015-2016 http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES_Informe_.pdf
- Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., ... Room, R. (2017). Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. *American Journal of Public Health*, 107(8), 1277–1277.
- Contreras Narváez C, Mola Gilbert M, Batlle de Santiago E, Bigas Farreres J, Giné Serven E, Cañete Crespillo J. Cannabinoid hyperemesis syndrome. A report of six new cases and a summary of previous reports. *Adicciones*. 2016 Mar 2;28(2):90-8. doi: 10.20882/adicciones.776.
- López-Pelayo H, Miquel L, Casajuana C, Balcells MM. Cannabis use post-truth: back to evidence-based medicine. *Adicciones*. 2018, en Imprime
- Fernandez-Artamendi S et al Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-A-5 and CAST questionnaires. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012 Apr 2;7:13. doi: 10.1186/1747-597X-7-13.
- Casajuana Kögel C, Balcells MM, López-Pelayo H, Miquel L, Teixidó L, Colom J, Nutt DJ, Rehm J, Gual A. The Standard Joint Unit. *Drug Alcohol Depend*. 2017 Jul 1;176:109-116. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.03.010. Epub 2017 May 16.
- Baber TF, Grant M, Acuda W, Burns FH, Campillo C, Del Boca FK, Hodgson R, Ivanets NN, Lukomska M, Machona M, et al. A randomized clinical trial of brief interventions in primary care: summary of a WHO project. *Addiction*. 1994 Jun;89(6):657-60; discussion 660-78.
- Vasilaki EI, Hosler SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*. 2006 May-Jun;41(3):328-35. Epub 2006 Mar 17. Review.
- Miller, William R., and Stephen Rollnick. 2013. *Motivational interviewing: helping people change*. New York, NY: Guilford Press.
- Pedersen, W., & Skardhamar, T. (2010). Cannabis and crime: findings from a longitudinal study. *Addiction*, 105(1), 109–118. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02719.x>
- Schoeler, T., Theobald, D., Pingault, J.-B., Farrington, D. P., Jennings, W. G., Piquero, A. R., ... Bhattacharyya, S. (2016). Continuity of cannabis use and violent offending over the life course. *Psychological Medicine*, 46(8), 1663–1677. <http://doi.org/10.1017/S0033291715003001>

METODOLOGÍA DOCENTE CANNARED

1. Antes de la formación

- Se recomienda un ratio formadores/formados 1:10 en el mejor de los casos, 1:20 en el peor de los casos. Es decir no debería superarse los 20 alumnos por cada formador.
- Se recomienda al menos 1 formación por cada CCAA. En una situación ideal se deberían realizar 3 formaciones por CCAA. El objetivo es formar al menos 20 profesionales en cada CCAA, e idealmente 40 o más.
- Los profesionales que nos marcamos como objetivo formar son profesionales de la salud (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, educación social, etc.) en contacto directo con el paciente. Idealmente, deberían ser profesionales no vinculados a centros de atención a drogodependencias ya que el objetivo es centrarnos en el abordaje precoz de aquellos consumidores sin una dependencia establecida. Por tanto, en un marco ideal se debería formar a profesionales de atención primaria, hospitalaria, centros de salud mental, medicina laboral, etc. Los profesionales de atención a las drogodependencias no serán excluidos de la formación.
- La formación debe cumplir los principios de: 1) voluntariedad; 2) participación activa; 3) confidencialidad; 4) enfatización en la practicidad; 5) formar motivacionalmente en elementos motivacionales.

2. Durante la formación

- La formación está estructurada en 3-4h que incluye un descanso de 30-45'.
- Se recomienda ser flexible respecto a la pausa tanto en el momento en que se realiza como en la duración de la misma. Intentad buscar complicidades con la audiencia para tomar la decisión. Se recomienda buscar interacciones con los participantes durante la pausa para poder flexibilizar la formación.
- El anexo incluye una guía sobre los principales conceptos a transmitir en las diversas diapositivas así como los casos clínicos.

3. Después de la formación

- Evaluación *in situ*: la última diapositiva de la formación permite recoger *feedback* directo de los asistentes. Por favor, el formador debe recoger las ideas principales que surjan del *feedback* y transmitirlo por correo electrónico.
- Evaluación *a posteriori*: al final de la formación se debe solicitar a los asistentes que rellenen una encuesta anónima de satisfacción (anexa). Por favor, el

formador debe transmitir los datos por correo electrónico. Por otra parte, cada alumno debe rellenar 5 casos clínicos de identificación precoz e intervención motivacional breve a través del siguiente enlace: <https://form.jotformeu.com/80516073648358>. Tiene hasta el 15 de junio para ello y es obligatorio para obtener certificación de la formación.

Anexo

Presentación (diapositiva 1 y 2): se debe recordar que es un proyecto de formación de profesionales organizado por Socidrogalcohol y financiado por el Plan Nacional Sobre Drogas. Si alguna otra administración ha colaborado, también se debe nombrar.

Introducción:

- **Sistema endocannabinoide (diapositiva 4):** explicar brevemente que se trata de un sistema de regulación cerebral y del cerebelo donde los receptores están ampliamente extendidos e implicados en muchas funciones (memoria, apetito, sueño, etc.) por el hecho de ser pre-sinápticos y por tanto funcionando como reguladores de todo el sistema. Nombrar los 2 tipos de receptores y los dos tipos de endocannabinoides. Esta diapositiva no debe explicarse muy extensamente, sino lo más simple posible.
- **Epidemiología del consumo de cannabis en Europa y España (diapositivas 5 y 6):** remarcar que es la tercera droga más consumida tras tabaco y alcohol. España es uno de los países de la UE con mayor prevalencia de consumo. En España el consumo diario es dos veces más prevalente que el europeo. En España hay más consumidores de cannabis diario que ciudadanos de Sevilla y más consumidores regulares que ciudadanos de Madrid; por poner un par de ejemplos. Además la edad de inicio de consumo es muy temprana (entorno los 15 años). Podéis añadir cualquier dato que os parezca relevante de los dos informes adjuntos: <http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2010/cannabis/3>
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES__Informe_.pdf
- **Daños asociados al consumo de cannabis (diapositivas a 7-12):** para un resumen operativo se ha concentrado las diferentes patologías y condiciones asociadas al consumo de cannabis en 4 categorías (salud física, mental, reproductiva y consecuencias sociales). Debe incidirse durante todo este apartado en el nivel de evidencia de cada problema asociado y sobretodo destacar los que son más marcados. Evidentemente son categorías que difícilmente se pueden separar una de la otra pero se organiza de esta manera para facilitar su explicación. Cuando los profesionales hablamos del daño asociado al consumo de cannabis pensamos sobretodo en salud mental y rendimiento académico. Dado el tipo de audiencia y el objetivo de la formación debemos ser más amplios y poner más énfasis en aquello que resulta menos conocido para los profesionales. En cuanto a la salud mental, cabe recordar que la patología mental con mayor evidencia de asociación

es la esquizofrenia. Sabemos que el consumo de cannabis avanza la edad de aparición, empeora el pronóstico y dificulta la respuesta al tratamiento. Existen lagunas sobre si aumenta la probabilidad de padecer el trastorno. Aunque con evidencia moderada, sabemos que el consumo de cannabis empeora el pronóstico de los trastornos afectivos tanto bipolares como unipolares y de los trastornos de ansiedad. Existe deterioro cognitivo asociado al consumo de cannabis. Un consumo agudo provoca una disminución de: el tiempo de reacción, la capacidad de procesamiento de la información, la coordinación perceptivo-motora, el rendimiento motor, la atención y la conducta de seguimiento. Además provoca alteraciones crónicas parcialmente reversibles, sobre todo a nivel mnésico. El cannabis es una sustancia fuertemente adictiva. Aproximadamente uno de cada diez consumidores regulares desarrollará una dependencia, si el consumo se inicia durante la adolescencia el riesgo supera el 15%. Cabe destacar que los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos actuales, cuando existe una dependencia ya desarrollada, son escasos y poco eficaces para lograr la abstinencia. Normalmente incluyen una combinación de terapia cognitivo-conductual, terapia de contingencias y entrevista motivacional. Con estos tratamientos sí que suele conseguir una reducción del consumo y de los daños asociados. Por eso es tan importante intervenir precozmente, antes de que se desarrolle una dependencia. Existe suficiente evidencia para afirmar que el consumo de cannabis, sobretodo en combinación con tabaco, tiene impacto sobre la salud cardiovascular, incrementa el riesgo de infarto y empeora su pronóstico una vez desarrollado. En cuanto al daño pulmonar tipo EPOC parece que es mayor cuando se mezcla tabaco y cannabis. Algunos estudios apuntan que el consumo únicamente de cannabis también es un factor de riesgo no solo para EPOC sino también para cáncer de vía aérea superior, esófago y testículo tipo no seminoma. Sin embargo, estos estudios aún no son concluyentes totalmente. Por último, el síndrome de hiperémesis cannábica es un trastorno poco frecuente pero muy incapacitante en que el consumidor regular crónico de cannabis tiene ciclos de vómitos incoercibles, normalmente acompañado de dolor abdominal, y que presentan una respuesta parcial a los baños de agua caliente. Las exploraciones complementarias son normales y el único tratamiento eficaz es la abstinencia sostenida. Responde mal a fármacos antieméticos y se ha propuesto la capsaicina como tratamiento aunque la evidencia aún es escasa. La relación entre consumo de cannabis y accidentes de tráfico está suficientemente documentada. El riesgo parece menor que cuando se conduce bajo los efectos del alcohol pero no es nada despreciable (2 veces más que en personas que no han consumido ninguna sustancia). El rendimiento académico entre adolescentes consumidores también parece estar disminuido, si bien a veces es difícil diferenciar si la causa es el consumo de cannabis o fracaso escolar y uso de cannabis comparten factores de riesgo comunes. El consumo de cannabis en la etapa de la adolescencia y jóvenes adultos se relaciona con mayores índices de criminalidad así como de reincidencia en problemas con la justicia; estos datos son aún preliminares. Las madres que consumen cannabis

durante la gestación presentan más riesgo de presentar un parto pretérmino y bajo peso del bebé al nacer. Estos niños/as tendrían más riesgo de alteraciones en la adolescencia como problemas cognitivos, conductuales y afectivos. Estos últimos datos son aun preliminares.

- **Recomendaciones reducción del riesgo (diapositivas 13 y 14):** revisar una a una las diferentes recomendaciones y discutir con la audiencia cada una. Este es un punto clave. Sobre todo en lo que la frecuencia de consumo y las poblaciones de riesgo se refiere. En lo posible, relacionar cada recomendación con el daño asociado al cannabis, expresado en el apartado anterior. Por ejemplo, cuando hablamos de no conducir tras el consumo, volver a recordar que este se ha relacionado con el doble de riesgo de padecer un accidente de tráfico. O cuando recomendamos que las mujeres embarazadas no fumen, recordar los daños que puede padecer el neonato.
- **Herramientas para el diagnóstico precoz del consumo de cannabis (diapositivas 15 a 20):** utilizar el símil con el consumo de riesgo/problemático de alcohol. Primero identificamos a los bebedores regulares, la frecuencia de consumo, la cantidad consumida (cuestionario de cantidad y frecuencia o AUDIT-C) y otras situaciones particulares que son de riesgo (p.e. mujeres embarazadas, uso de maquinaria o conducción, enfermedades relacionadas con el alcohol). Cuando identificamos un bebedor de riesgo, valoramos si tiene una dependencia (CAGE, AUDIT, criterios clínicos, etc.). Si se trata de un bebedor problemático o de riesgo sin una dependencia establecida se realiza intervención breve motivacional. En el caso del consumo de cannabis pretendemos algo parecido. Si mediante cantidad y frecuencia (CxF) identificamos consumidores regulares o pertenecientes a una población de riesgo, descartaremos una dependencia de cannabis (criterios clínicos, DSM5, CAST) y entonces realizaremos una intervención breve motivacional. Las puntuaciones de corte de la CAST son las siguientes: 0-3 bajo riesgo, 4-6 riesgo moderado, 7-24 riesgo alto. Los casos más complicados (por ejemplo dependencia) pueden ser asumidos por el profesional sanitario si se siente competente para ello o derivarlo al profesional especializado. La herramienta cantidad y frecuencia se basa en la Unidad de Porro Estándar. Aquí hay que explicar brevemente que es una herramienta de uso práctico y por tanto mide de forma aproximativa. Se ha validado con una muestra de 320 usuarios de Barcelona y está publicada en una revista de prestigio como es **Drug and Alcohol Dependence**. En base a esto, se ha desarrollado un cuestionario de Cantidad y Frecuencia preliminar que será validado más adelante y que la información que se obtenga de estas formaciones también ayudará a este objetivo. Por último tanto la CAST como los criterios DSM-5 deben servir para identificar los consumidores problemático más graves incluyendo los que presentan dependencia. En este apartado hay que explicar con mucho detalles el cuestionario de Cantidad y Frecuencia y la CAST; los criterios DSM-5 deben ser explicados más superficialmente ya que los alumnos no los utilizaran en la fase práctica (evaluación a posteriori). También se

incluye la tabla de equivalencias de la UPE (250 gramos de marihuana o hachís = 1€ = 7 mg de THC= 1 porro = 1UPE).

- **Intervención motivacional breve (diapositivas 21 a 29):** destacar que no es otra cosa que una comunicación profesional-paciente basada en la relación terapéutica y con el objetivo de cambiar un hábito de salud. No se trata de intervenciones de especialistas en adicciones. Puede ser mínima (1 intervención de 5 minutos) hasta intensiva (8 o más intervenciones de hasta 30 minutos de duración), en función de las necesidades de cada paciente y los recursos profesionales. En cualquier caso una intervención corta puede ser tan efectiva como una más larga. Explicar la definición de ambivalencia como un fenómeno fisiológico (o psicológico normal), no algo patológico. Poner ejemplos de ambivalencias del día a día (gimnasio, dieta, etc.). El reflejo de corrección es un concepto que afecta a los profesionales de la salud ya que durante la carrera hemos sido entrenados en arreglar aquello que no funciona. Cuando se trata de asesorar a alguien en aspectos de cuidado de la salud debemos entender que cada persona necesita un tiempo determinado, tanto para decidir iniciar el cambio como para implementarlo y mantenerlo. Tenemos que respetar esa necesidad de tiempo y no presionar. Para ello, hay que tener claro que las personas cambiamos nuestros hábitos de salud cuando nos parece importante y nos vemos capaces de hacerlo. Por eso, hay que estimular al paciente para que se vea capaz de disminuir el consumo de cannabis y que le parezca importante, huyendo de la confrontación y los sermones. Es muy importante establecer una relación de cordialidad donde prevalezca la colaboración entre paciente y profesional, evitar la confrontación en todo momento. Para establecer una alianza con el paciente hay que admitir que es una relación horizontal donde, como profesional, soy experto en hábitos de salud y, por su parte, el paciente es experto en su estilo de vida (**principio de colaboración**). En este sentido hay que buscar las razones y motivaciones propias del paciente para cambiar, así como también los recursos que puede utilizar para hacerlo. Hay que evitar educar con información que el paciente no va a percibir como útil ni necesaria en ese momento (**principio de evocación**). En este sentido tenemos que valorar las alternativas que nos proponga el paciente, siempre y cuando sean aceptables éticamente. Esto nos lleva a aceptar sus valores personales y el valor intrínseco de la persona más allá de su hábito de vida más o menos saludable (**principio de aceptación**). Por último, el paciente es un ser con un padecimiento más o menos intenso; por tanto, debemos acercarnos a este sufrimiento de una manera respetuosa y con el objetivo último de mejorar su bienestar y su calidad de vida (**principio de compasión**). Esta estructura se puede resumir en las 5 As: 1) Ask for permission for assessment. Pedir permiso para evaluar el consumo de cannabis; 2) Ask for permission for give advice. Pedir permiso para comentar los resultados de la evaluación y dar un consejo personalizado sobre el consumo; 3) Agree on individuals goals. Negociar objetivos a corto plazo. Preferiblemente ofreciendo más de una opción; 3) Assist patients. Se trata de identificar aquellas estrategias que el paciente ya conoce y le pueden ser útiles

(por experiencia propia o de conocidos), añadiendo aquellas en las que nosotros podemos orientarles; 4) Offer to arrange follow-up. Ofrecer un seguimiento (no imponerlo) para continuar hablando del tema y revisando la evolución.

- **Ejercicios (diapositiva 30 a 39):** se trata de 5 role playing. Es un ejercicio por parejas. Un formador y otro formador (o un voluntario de la audiencia) realizan el primero a modo de ejemplo. Luego cada pareja realizará un role playing e invertirán los roles. Únicamente aquel o aquella que tiene el papel de usuario dispone del anexo donde se explica con detalle el caso clínico. Aquel que actúa como profesional intentará seguir las instrucciones que se adjunta. Es importante seguir la estructura de las 5As combinada con el espíritu de la entrevista motivacional y un adecuado registro de cantidad y frecuencia. Tras el ejercicio hay que poner en común la impresión de los alumnos y resolver las posibles dudas existentes.
- **Conclusión (diapositivas 40 y 41):** la primera de ellas pretende ser un resumen teórico, y la segunda más práctico. Los formadores pueden añadir aquellos conceptos o informaciones que hayan resultado de especial interés durante el desarrollo de la formación.
- **Feedback:** la diapositiva 43 corresponde a la evaluación *in situ*. Tras ella, hay que distribuir las encuestas de satisfacción.
- **Encuesta:** la diapositiva 44 incluye el enlace a la encuesta de casos clínicos que tendrán que rellenar los formados en las dos semanas siguientes a la formación. Se puede revisar con ellos para clarificar dudas.

Casos prácticos (información para la persona que actúa como usuario de cannabis)

Caso 1: Juan

Juan es un varón de 28 años, soltero y sin hijos, comparte piso y trabaja como diseñador. No tiene antecedentes personales ni familiares de interés. Desde hace unas semanas nota que su memoria ha empeorado. Le cuesta recordar las citas que tiene programadas, los cumpleaños de gente de su entorno e incluso la lista de la compra. Acude a su médico de familia para valoración.

Como hábitos tóxicos destaca el consumo de cannabis que inició a los 15 años con amigos y de forma esporádica, a partir de los 20 años el consumo ya era diario. Actualmente fuma entre 1 y 2 porros por ocasión, principalmente de marihuana mezclada con tabaco.

Instrucciones para el Role playing:

- Antes de empezar el ejercicio:
 - Identificar factores de **RIESGO**
 - ¿Pertenece el usuario a algunas de las poblaciones de **RIESGO**?
 - ¿Presenta el usuario alguna conducta de **RIESGO**?
- Durante el ejercicio:
 - Usar estrategias **IBM**
 - Evalúa:
 - CxF (**UPE**)
 - **CAST**
- Después del ejercicio:
 - Comparte con tus compañeros/as la experiencia
 - Comparte con tus compañeros/as las dudas

Caso 2: Marta

Marta es una mujer de 21 años soltera y sin hijos que vive con sus padres. Trabaja de camarera. Entre los antecedentes personales destaca que su padre padece esquizofrenia.

Hoy acude a urgencias por primera vez tras padecer un ataque de ansiedad. Nunca había sufrido episodios parecidos. Niega cualquier antecedente personal de interés.

Bebe alcohol de forma muy esporádica y nunca más de 2 cervezas. Fuma cannabis, habitualmente hachís, desde los 16 años. Fuma entre 8 y 10 ocasiones al mes, sobretodo, los fines de semana. Puede fumar entre 1 y 2 porros compartidos con su novio.

Instrucciones para el Role playing:

- Antes de empezar el ejercicio:
 - Identificar factores de **RIESGO**
 - ¿Pertenece el usuario a algunas de las poblaciones de **RIESGO**?
 - ¿Presenta el usuario alguna conducta de **RIESGO**?
- Durante el ejercicio:
 - Usar estrategias **IBM**
 - Evalúa:
 - CxF (**UPE**)
 - **CAST**
- Después del ejercicio:
 - Comparte con tus compañeros/as la experiencia
 - Comparte con tus compañeros/as las dudas

Caso 3: Pedro

Pedro tiene 42 años y está casado, tiene un hijo de 10 años. Trabaja de mecánico y en su tiempo libre es guitarrista de un grupo de rock. No tiene antecedentes personales ni familiares de interés. Le acaban de dar el alta por infarto agudo de miocardio y viene a su médico de familia para revisar el tratamiento.

El único antecedente de interés es consumo de cannabis desde los 18 años, fuma un porro de marihuana antes de acostarse.

Instrucciones para el Role playing:

- Antes de empezar el ejercicio:
 - Identificar factores de **RIESGO**
 - ¿Pertenece el usuario a algunas de las poblaciones de **RIESGO**?
 - ¿Presenta el usuario alguna conducta de **RIESGO**?
- Durante el ejercicio:
 - Usar estrategias **IBM**
 - Evalúa:
 - CxF (**UPE**)
 - **CAST**
- Después del ejercicio:
 - Comparte con tus compañeros/as la experiencia
 - Comparte con tus compañeros/as las dudas

Caso 4: Clara

Clara tiene 16 años, vive con sus padres y su hermano de 20 años. No tiene enfermedades de interés. Hasta hace unos meses era una chica muy alegre y buena estudiante. Tuvo un desengaño amoroso y su carácter cambió, estaba más irascible, menos comunicativa y empezó a faltar a clase. Un profesor la encontró en un parque fumando porros con unos chicos de otro colegio. Este profesor le ha pedido que vaya al orientador del centro.

Clara fuma cannabis desde hace 4 meses, tres o cuatro ocasiones por semana y entre 2 y 3 porros, tanto de hachís como de marihuana.

Instrucciones para el Role playing:

- Antes de empezar el ejercicio:
 - Identificar factores de **RIESGO**
 - ¿Pertenece el usuario a algunas de las poblaciones de **RIESGO**?
 - ¿Presenta el usuario alguna conducta de **RIESGO**?
- Durante el ejercicio:
 - Usar estrategias **IBM**
 - Evalúa:
 - CxF (**UPE**)
 - **CAST**
- Después del ejercicio:
 - Comparte con tus compañeros/as la experiencia
 - Comparte con tus compañeros/as las dudas

Caso 5: Miguel

Miguel tiene 14 años y siempre le ha sido muy difícil el colegio. Desde primaria los castigos son frecuentes y necesita de apoyo escolar extraordinario. La situación se ha vuelto más complicada en los últimos 3 meses. En varias ocasiones se ha peleado con compañeros de colegio, ha sido expulsado y ha robado dinero a sus padres. Hoy regresa de la expulsión y tiene una primera reunión con su tutor.

Hace 6 meses que empezó a pasar las tardes en el parque con compañeros mayores que él. Desde entonces fuma porros casi todos los días, entre 2 y 3 porros de marihuana cada día.

Instrucciones para el Role playing:

- Antes de empezar el ejercicio:
Identificar factores de **RIESGO**
 - ¿Pertenece el usuario a algunas de las poblaciones de **RIESGO**?
 - ¿Presenta el usuario alguna conducta de **RIESGO**?
- Durante el ejercicio:
 - Usar estrategias **IBM**
 - Evalúa:
 - CxF (**UPE**)
 - **CAST**
- Después del ejercicio:
 - Comparte con tus compañeros/as la experiencia
 - Comparte con tus compañeros/as las dudas



CANNABIS

Se estima que alrededor de 3 millones de europeos adultos son consumidores diarios o casi diarios de cannabis. El consumo regular es más frecuente en jóvenes (un 70% de los usuarios regulares tienen entre 15 y 34 años de edad) y más prevalente en hombres que en mujeres (ratio 2:1). España es uno de los países con mayor prevalencia de consumo de cannabis de Europa. Según datos del Observatorio Español de Toxicomanías aproximadamente un 30% de españoles han consumido cannabis alguna vez en su vida. Un 2% de la población española consume de forma diario o casi diario.

REGISTRO CONSUMO DE CANNABIS

Este es un cuestionario anónimo y confidencial. Los datos se utilizarán para fines de investigación científica y no se compartirán con terceros. El uso de este cuestionario implica la aceptación de las condiciones de uso que se detallan a continuación.

1. ¿Está usted usando cannabis? (Seleccione una opción)

2. ¿Cuánto tiempo lleva usando cannabis? (Seleccione una opción)

3. ¿A qué edad comenzó a usar cannabis? (Seleccione una opción)

4. ¿A qué edad comenzó a usar cannabis? (Seleccione una opción)

5. ¿A qué edad comenzó a usar cannabis? (Seleccione una opción)

6. ¿A qué edad comenzó a usar cannabis? (Seleccione una opción)

7. ¿A qué edad comenzó a usar cannabis? (Seleccione una opción)

8. ¿A qué edad comenzó a usar cannabis? (Seleccione una opción)

9. ¿A qué edad comenzó a usar cannabis? (Seleccione una opción)

10. ¿A qué edad comenzó a usar cannabis? (Seleccione una opción)

DAÑOS POR CANNABIS

Variable	Definición	Unidad	Medida
Consumo regular	Consumo regular de cannabis	Porcentaje	70%
Consumo diario	Consumo diario de cannabis	Porcentaje	2%
Consumo casi diario	Consumo casi diario de cannabis	Porcentaje	2%
Consumo ocasional	Consumo ocasional de cannabis	Porcentaje	2%
Consumo esporádico	Consumo esporádico de cannabis	Porcentaje	2%
Consumo ocasional	Consumo ocasional de cannabis	Porcentaje	2%
Consumo esporádico	Consumo esporádico de cannabis	Porcentaje	2%
Consumo ocasional	Consumo ocasional de cannabis	Porcentaje	2%
Consumo esporádico	Consumo esporádico de cannabis	Porcentaje	2%

INTERVENCIÓN BREVE MOTIVACIONAL

1. Pedir permiso para evaluar el consumo
2. Pedir permiso para dar consejo de reducción
3. Acordar objetivos individuales, realistas, negociados
4. Ayudar a los pacientes con habilidades, recursos locales
5. Ofrecer seguimiento

CAST

¿Con qué frecuencia le ha pasado alguna de las cosas que se describen a continuación en los últimos 12 meses?



SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

Financiado por:  

	Nunca	Raramente	De tanto en tanto	bastante a menudo	Muy a menudo
¿Has fumado cannabis antes del mediodía?	0	1	2	3	4
¿Has fumado Cannabis cuando estás solo?	0	1	2	3	4
¿Has tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	0	1	2	3	4
¿Te han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir o dejar de fumar cannabis?	0	1	2	3	4
¿Has tratado de reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	0	1	2	3	4
¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cannabis (disputa, peores accidentes, mal resultado escolar, etc.)	0	1	2	3	4

0-3 bajo riesgo
4-6 riesgo moderado
7-24 riesgo alto

Cuestionario de satisfacción con la formación recibida en detección precoz e intervención del consumo de cánnabis.

Para evaluar la calidad esta formación es necesaria su opinión como alumno/a.
Muchas gracias por responder a todas y cada una de las preguntas de este cuestionario.

Datos generales:

Fecha de Realización de la formación:

Edad (____)

Sexo (Varón/mujer)

Profesión (Psiquiatr@/psicólogo@/trabajador@ social/infermer@/educador@/médic@/otr@)

Años de experiencia (_____)

Ciudad de ejercicio profesional (_____)

Lugar de trabajo (_____)

Indique su grado de satisfacción en los distintos aspectos de la formación

Competencia técnica del formador (conocimiento teóricos en la materia)

1. Muy Insatisfecho/a
2. Insatisfecho/a
3. Aceptable
4. Satisfecho/a
5. Muy satisfecho/a

Claridad del formador (capacidad docente)

1. Muy Insatisfecho/a
2. Insatisfecho/a
3. Aceptable
4. Satisfecho/a
5. Muy satisfecho/a

Contenido del curso

1. Muy Insatisfecho/a
2. Insatisfecho/a
3. Aceptable
4. Satisfecho/a
5. Muy satisfecho/a

Material entregado

1. Muy Insatisfecho/a
2. Insatisfecho/a
3. Aceptable
4. Satisfecho/a
5. Muy satisfecho/a

Recursos tecnológicos

1. Muy Insatisfecho/a
2. Insatisfecho/a
3. Aceptable
4. Satisfecho/a
5. Muy satisfecho/a

Espacio de la formación

1. Muy Insatisfecho/a
2. Insatisfecho/a
3. Aceptable
4. Satisfecho/a
5. Muy satisfecho/a

Mi valoración general del curso...

1. Muy Insatisfecho/a
2. Insatisfecho/a
3. Aceptable
4. Satisfecho/a
5. Muy satisfecho/a

Indique el grado de importancia que tiene para usted las cuestiones que se han tratado:

1. Nada importante
2. Poco importante
3. Neutro
4. Importante
5. Muy importante

¿Qué mejoraría del curso?

¿Qué es lo que más le ha gustado del curso?

MUCHAS GRACIAS POR SU ESFUERZO Y COLABORACIÓN

ASISTENTES

ANDALUCÍA

Ana Adela Peláez
Beatriz Heredia
Pilar Cardeñas
Salvadora Pérez
Laura Navarrete
María José Jiménez
Almudena Villanueva
Ana Morales
Cristina Guerrero
Rafaela Sevillano
Carmen González
Margarita Sarrado
Carmen Palma
María del Rosario González
Verónica Rodríguez
Sonia Luises
Maite Sevillano
Lucía Ortiz
M^ª Teresa Rengel
M^ª José Ruiz
M^ª Jesús Hidalgo
Victoria Artea
M^ª José Villalobos
Sandra Santos
Eva Angelina Ariza
M^ª Isabel Espejo
Victoria Maldonado

María Rozas
Catalina García
Isabel M^ª Rubio
Fuensanta Fuentes
María Dolores Maduñal
Manuel García
Cristina Acemel
Cristina Barba
Pedro Carvajal
María Jesús Martín
José A. Maracsez
Pilar Bonilla
Elisa Isabel Jiménez
M^ª Ángeles Arias
M^ª Carmen Sosa
M^ª Carmen Ruiz
M^ª Rosario Carrión
M^ª Carmen Suárez
Mercedes Jiménez
Lorena Mateos
Milagros Núñez
Susana Jiménez
Macarena Ruiz
Fernando Antonaya
M^ª Rosario Jiménez
Ángeles M^ª Jiménez

ARAGÓN

José A. Chamorro
Raquel Soriano
Sara Andrés
Francisco J. Aganzo
Gema García
Carmen Bueno

Ana Isabel Ramírez
África Orensanz
Tamara Llorente
Carmen Gascón
Inmaculada Cerrada

ASTURIAS

Enrique Álvarez
Carmen Fresno
Miriam Belber
Josue Pedrera
Aida Alvarez
Irmira Benito
Andrea Vega
Jessica Solares
M^a Luisa Espina
Covadonga Alonso

Cristina Castro
Félix Jacobo Antón
Laura Valdés
Cristina Martínez
Rosa M^a García
María Luisa Suarez
Carmen Florez
Andrea Muñiz
María Elena Pérez
Gemma San Narciso

BALEARES

Marina Alomar
María Arias
Margarita Villas
Ana Escardell
Marina Torres
Belén Salazar
Esperanza Lorente
Anna Esteva
Pere Rosselló
Elvira Sánchez
Cristina Álvarez-Ossorio
José Manuel Garan
Elena Pascual
Agnés Pastor
Anneke Bárbara Riera
Belen García

María Pastora Encalada
Maribel Soteras
Yolanda Cáceres
María Torres
Natividad García
María del Carme Font
Montserrat Lloret
Sebastiana Crespi
María Magdalena Ribot
Miriam Ddayah
Marta Roché
Esther Domínguez
Elena García
María Bárbara Gayà
Elena García

CANARIAS

María Jesús Díaz
Josefina Uribe
Rita del Pino
José Antonio Martín
Francisca Belén Curbelo
Guacimara Balanos
Esther María Hernández
Noelia Díaz
María Angeles Herrera
Iona Barrera
Leila Reyes
Sonia Soria
Gigliola Salazar
Aidee Hernández
Náyaade Zambrana
Gloria Estupiñan
Mónica Tejerco
Tania Luis
Victoria Perez
Inés Pérez
María Isabel Ramos
Ana María Benito
César Sosa
Milagros
Rebeca Ramos

Carmen R. Sesé
María Jesús Jaén
J. Reinaldo Hernández
Marta Fernández
María Sonia García
Sandra Rodríguez
A. Rodríguez
Ana Carrera
Sara Ladrón
Margarita Aguirre
Montserrat Martín
Marta Rosario
María Teresa Rodríguez
Elia Ana Plasencia
Yanira Roman
Emma Navarro
Carolina San Luís
Ana J. García
Luz Marina Higuera
César Márquez
Mónica Delgado
Alba Fernández
Jennifer Davinia Castillo
Amed Zenteno

CASTILLA LA MANCHA

M^a Elvira Vilaplana
M^a Dolores Hervas
M^a Isabel Ariza
M^a Isabel Tejada
M^a Dolores Pizarro
María Lérida
Rocío Sánchez
M^a Violeta Ortiz
Irene López
Míriam Ojeda
Raquel Amado
Beatriz Fernández

María Serrano
Jorge Carlos Cañizares
David Patiño
M^a Carmen Nieto
José Pablo Márquez
M^a Soledad Cabezuelo
David Martínez
Ascensión Ruiz
Yolanda Vida
M^a Antonia Oviedo
Constanza Martines
Laura Parra

CASTILLA Y LEÓN

Inmaculada Alonso
Alehandra Sierra
Pilar Ramos
Carmen López
Carlos Aldasoro
Herminio Machado

Milagros Conde
María Teresa Pastor
María Teresa Galache
Manuel Angel Ruiz
Katia Huecas

CATALUÑA

Santiago Madero
Maria Sagué
Inés Martín
Clara Oliveras
Mireia Solerdelcoll
Adriana Fortea
Angel Priego
Susana Gomes
Pablo Guzmán
Laura Espinosa
Carmen López
Cèlia López
Cristina Sant
Enric Garcia
Ignasi Casado
Irene Riverola
Jerónimo Fernández
Joana Perea
Jordi Espina
María Roser Uрпи nas
María José Pinazo
María Nieves Domenech
Marta Cervantes
Mireia Hernàndez
Montse Ferrandez
Montserrat Garcia

Montserrat Vives
Nuria Bastida
Pep Pitart
Silvia Onrubia
Ana Maria Garcia
Marta Poch
Rosa Freixedas
Andreu Torres
Montserrat Busquets
M^a Angeles Agüero
M^a del Carmen Bosch
Esther Canal
Alexandra Cascante
Meritxell Cortals
Laura Garcia
Judith Gonzalez
C. Gonzalez
Noemí Gou
Ruth Martin
Montserrat Mora
Agnès Pastrana
Sandra Ribas
Natalia Ventura
Angels Vicente
Cristina López
Joana-Mercè Terrades

COMUNIDAD VALENCIANA

José Luís Prats
Teresa Quilis
Marisa Bosch
María José Gutiérrez
Susana Sánchez
Arnaldo Dueñas
Sonsoles Muñoz
Diana Stancu
Eva Aroca
Fortunato Tapia
Alfons Soler
Beatriz Moltó
Anabel Marco
Begoña Jover
María Pilar Simón
María Asunción Peiró
Lourdes Alapont

Laura Martínez
Manuel Sánchez
Rocío Magraner
Andrea Salinas
Inmaculada Muñoz
Loreto Pastor
Luis Mullor
Amparo Nadal
Alicia Ureña
Rut Tomás
Javier Moreno
María Llorens
Verónica Jiménez
María Eugenia Jiménez
José Gisbert
Laura Fuentes
Raquel Hernández

EUSKADI

María Carmen Aragón
María Soledad Bernabeu
María Concepción Carabias
Cristina Castrillo
María Dominga González
Amalia González
Isabel Herrero
Juanjo Iglesias
María Begoña Narganes

Mónica Martínez
María Isabel Martínez
Verónica Martín
Estíbaliz Mendiola
María Carmen Miquelez
Jesús María Orbe
Ana Isabel Pérez
María Isabel Sagarminaga

GALICIA

Nestor J. Sánchez
Francisco José Fernández
Olaya López
Juan Camilo Zuletu
Ángela Sousa
Noelia Cabaleiro
Keith Albert Foo
Taitana Gómez
Beatriz Rodríguez
Hugo Alonso
Manuel González
Marta Ramos
Laura Gómez

Alexia Bernárdez
Silvia García
Laura Alvarez
Estefanía Fernández
Rosa Belén Pérez
Andrea Vazquez
Manuel Pérez
Luis Santiago Pérez
María R. Crespo
Alberto Fernández
Ana González
José A. Figueira



FINANCIADO POR

