



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2021-2022

Trabajo de Fin de Grado

**PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE
CANNABIS EN LOS ADOLESCENTES.
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

Silvia García González

Tutor/a: M^a José de Dios Duarte

AGRADECIMIENTOS

En agradecimiento a mi familia, gracias a su apoyo, esfuerzo y cariño ha hecho que llegara a donde estoy ahora. Por confiar en mí más que yo misma.

A mis compañeros de vida, gracias por sus consejos y apoyo tanto en los buenos como en los malos momentos.

A las amigas que me ha dado esta etapa académica, gracias por formar parte de una de las etapas más importantes de mi vida pues sin vuestra compañía no habría sido lo mismo. Juntas hemos superado todo lo que se nos ha puesto por delante.

Por último, gracias a todos los que han colaborado en mi formación durante estos años de carrera y a mi tutora durante esta etapa final por guiarme en este camino.

RESUMEN

Introducción: El cannabis es la droga ilegal más consumida entre los adolescentes, principalmente varones. Es consumida comúnmente fumada en contextos recreativos y/o nocturnos, en grupo y durante los fines de semana y/o periodos vacacionales. A pesar de que su incidencia ha disminuido en el último año, las tasas siguen siendo altas y preocupantes debido a las múltiples razones que encuentran los adolescentes por consumir, entre las que destacan los factores sociales como la presión de grupo o la fácil accesibilidad a la droga. El cannabis es una droga depresora y psicoactiva de la que se pueden extraer 3 derivados (hachís, marihuana y aceite de hachís) y cuyo principal compuesto es el THC, el encargado de los efectos y consecuencias físicas y psicológicas que produce el cannabis en el organismo destacando aquellos que afectan al cerebro y dificultan el correcto desarrollo hacia la vida adulta.

Objetivos: Analizar las estrategias de prevención específicas del consumo de cannabis en adolescentes.

Metodología: En la búsqueda de los artículos realizada tras el planteamiento de la pregunta de investigación (¿Existen estrategias específicas para la prevención del consumo de cannabis?) y el esquema PICO, se utilizaron las bases de datos Dialnet, BUva, PubMed, Scielo, Medline, Cochrane, Lilacs, Mendeley, Cuiden y Google académico. En ellas se emplearon MeSH y DeCS relacionados con el tema de investigación aplicando diferentes filtros y criterios de elegibilidad para restringir el número de artículos. Finalmente, los artículos seleccionados se evaluaron con la herramienta PRISMA.

Resultados: De la búsqueda realizada se obtuvieron 823 artículos, de los cuales finalmente se seleccionaron 10 artículos para esta revisión sistemática.

Conclusión: Tras los resultados obtenidos, se puede concluir que apenas existen programas de prevención exclusivos del cannabis a pesar de que sean necesarios. Junto con estas estrategias de prevención es importante contar con programas dirigidos a cambiar las normas y procesos sociales. Además, hay que tener en cuenta la combinación de intervenciones, los factores influyentes y la participación de un equipo multidisciplinar formado por sanitarios y docentes.

Palabras clave: Cannabis; Adolescentes; Prevención; Educación para la Salud.

SUMMARY:

Introduction: Cannabis is the most widely consumed illegal drug, among mainly male adolescents. It is commonly consumed smoked in recreational and/or nocturnal contexts, in groups and during weekends and/or holiday periods. Although its incidence has decreased in the last year, the rates are still high and worrying due to the multiple reasons adolescents find for consuming, among which social factors such as peer pressure or easy accessibility to the drug stand out. Cannabis is a depressant and psychoactive drug from which 3 derivatives can be extracted (hashish, marijuana and hashish oil) and whose main compound is THC, which is responsible for the physical and psychological effects and consequences that cannabis produces in the organism, highlighting those that affect the brain and hinder the correct development towards adulthood.

Objectives: To analyze specific prevention strategies for cannabis use in adolescents.

Methodology: In the search for articles carried out after the research question (Are there specific strategies for the prevention of cannabis use?) and the PICO scheme, the databases Dialnet, BUva, PubMed, Scielo, Medline, Cochrane, Lilacs, Mendeley, Cuiden and Google Scholar were used. MeSH and DeCS related to the research topic were used, applying different filters and eligibility criteria to restrict the number of articles. Finally, the selected articles were evaluated with the PRISMA tool.

Results: The search yielded 823 articles, from which 10 articles were finally selected for this systematic review.

Conclusion: After the results obtained, it can be concluded that there are hardly any exclusive cannabis prevention programs, although they are necessary. Along with these prevention strategies it is important to have programs aimed at changing social norms and processes. Furthermore, the combination of interventions, the influencing factors and the participation of a multidisciplinary team made up of health professionals and teachers should be taken into account.

Key words: Cannabis; Adolescents; Prevention; Health Education.

I. ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. HIPÓTESIS	7
4. OBJETIVOS	7
5.1. Objetivo general:.....	7
5.2. Objetivos específicos:.....	8
5. METODOLOGÍA	8
5.1. Diseño de Investigación:	8
5.2. Estrategia de búsqueda:	9
5.3. Estrategia de selección:	11
5.4. Materiales utilizados:	11
5.5. Herramienta para la evaluación de la evidencia:	11
6. RESULTADOS	12
7. DISCUSIÓN	18
7.1. Limitaciones:	21
7.2. Fortalezas:.....	21
7.3. Aplicación a la práctica clínica:	22
7.4. Futuras líneas de investigación:	22
8. CONCLUSIONES	23
9. BIBLIOGRAFÍA	24
10. ANEXOS	27
ANEXO 1.	27

II. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Efectos y consecuencias a corto, medio y largo plazo del consumo de cannabis.	4
Tabla 2. Prevalencia de consumo y edad de inicio de consumo de cannabis y derivados en la población en general distinguiendo entre varones y mujeres. ...	6
Tabla 3. Esquema PICO.	8
Tabla 4. Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) empleados para la realización de la revisión sistemática.	9
Tabla 5. Características, nivel de evidencia y principales resultados de los artículos seleccionados.	27

III. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de los artículos seleccionados y desechados.	12
---	----

1. INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia Española (RAE), una droga es *“cualquier sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”* ⁽¹⁾. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) diferencia entre fármaco o droga, es decir, *“toda sustancia química o natural, terapéutica o no, que introducida en el organismo vivo por cualquier vía modifica las funciones de este al actuar sobre el sistema nervioso central y provocar una alteración física y/o psicológica”* y, por otro lado, droga o sustancia psicoactiva o psicotrópica de abuso, causante de dependencia o con capacidad adictiva, es decir, *“toda sustancia susceptible de ser autoadministrada que puede producir un estado de dependencia y cambios en la percepción, estado de ánimo, conciencia y comportamiento”* ⁽²⁻⁴⁾. A su vez, se diferencia entre drogas legales o lícitas cuyo consumo no está penado por la ley y drogas ilegales o ilícitas que, a diferencia de las anteriores, su consumo si está penado ^(4,5). También se clasifican las drogas en función del efecto provocado en depresoras si atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de vigilia y provocan inactivación, estimulantes si producen euforia y energía y psicodélicas, perturbadoras o alucinógenas si alteran el estado de conciencia y percepción de la realidad ⁽²⁾. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como aquel periodo complejo, de alta vulnerabilidad y de completa transformación comprendido entre la infancia y la edad adulta, concretamente entre los 10-12 años de edad cuando se produce la aparición de los caracteres sexuales secundarios y los 18-20 años cuando se produce la adquisición de la forma adulta ^(4,5). A su vez, se distingue entre adolescencia temprana (10-14 años) y tardía (15-20 años) ⁽⁴⁾.

A lo largo de la historia, se han consumido todo tipo de drogas destacando el cannabis como la droga ilegal más antigua que se conoce, sin embargo, la adicción a la misma ha sido considerada un misterio hasta prácticamente el Siglo XX ^(2,5-9). La planta del cáñamo de la que se extrae el cannabis fue descubierta en China (Asia Central) pues era usada para rituales de diferentes culturas y curar enfermedades ^(2,7,9-11). Desde allí se extendió hasta el Occidente surgiendo otros usos y fines y finalmente se popularizó hacia los años 60 entre la cultura hippie y los jóvenes considerándola como una sustancia natural sin riesgo ^{(2,7,9-}

11). Desde entonces, es la droga más consumida entre los adolescentes constituyendo uno de los mayores problemas sociales y de salud pública dado que su cerebro aún está en desarrollo y los efectos experimentados pueden producir un gran impacto dificultando los procesos de maduración física, intelectual y afectiva (2,5-8). Actualmente, el consumo de cannabis entre los adolescentes está relacionado con actividades de ocio y tiempo libre, de entretenimiento y diversión centradas principalmente en el consumo en grupo, ocasional o intermitente de cantidades importantes, en contextos recreativos y/o nocturnos, de los fines de semana y/o periodos vacacionales, sin contar con el control de los adultos y, en ocasiones, unido a otras drogas (2,4,5,12).

El cannabis es una droga depresora y psicoactiva proveniente de la planta del cáñamo de la que existen tres subespecies (*cannabis s. sativa*, *cannabis s. indica* y *cannabis s. ruderalis*) y cuyo principio activo es el THC (delta-9-tetrahidrocannabinol) (4,5,7,8,10,13-16). Este compuesto es el responsable de los efectos que produce esta droga y su concentración varía en función de los derivados extraídos, el hachís conocido comúnmente como “costo”, “grifa” o “chocolate” se obtiene de la resina de las flores de las plantas hembras tras su prensado y su concentración en THC es del 15-30%, la marihuana conocida como “maría”, “truja” o “hierba” se obtiene triturando las flores, hojas, semillas y tallos secos de la planta y su concentración de THC es de 4-20% y, por último, el aceite de hachís que se obtiene a través de la destilación de la planta y su concentración de THC es mayor del 50%, siendo la forma más potente y peligrosa pero la menos habitual en nuestro medio (4,5,7,8,10,13-16). De forma general, esta droga se consume fumada, pasando el THC (delta-9-tetrahidrocannabinol) y otras sustancias químicas de los pulmones al torrente sanguíneo (2-5,7,8,10,15,17,18). Todo ello provoca un rápido aumento de los niveles de los componentes citados en sangre que se acaban distribuyéndose por todo el organismo provocando diversos efectos siendo el sistema nervioso central, más concretamente el cerebro, la zona de mayor afectación ya que interfiere en múltiples regiones que influyen en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación, el aprendizaje y la percepción (2-5,7,8,10,15,17,18). El funcionamiento de la corteza prefrontal, el mesencéfalo, el cerebelo y los ganglios basales encargados de regular el equilibrio, la postura, la

coordinación y el tiempo de reacción también se ven alterados pero en menor medida, así como los circuitos emocionales y de respuesta al estrés y las funciones ejecutivas y de toma de decisiones ^(9,18). El THC (delta-9-tetrahidrocannabinol) se adhiere a los receptores cannabinoides endógenos (CB1 y CB2) que actúan como neurotransmisores entre las neuronas y, por diversos mecanismos farmacológicos, altera el sistema endocannabinoide encargado del buen funcionamiento del sistema nervioso y activa el sistema de recompensa encargado de la respuesta a comportamientos placenteros ^(3-5,9,13,15,18). El principal neurotransmisor responsable de este proceso es la dopamina que es liberada cada vez que el cerebro considera que el individuo está experimentando una acción satisfactoria y/o beneficiosa conocida como “*subidón*” y es por ello por lo que se le llama “*el neurotransmisor del placer*” ^(3-5,9,13). Debido a ello, cuanta más droga se consume, mayor es la cantidad de dopamina que libera el cerebro, que se acostumbra a esos niveles (tolerancia) favoreciendo el desarrollo de la adicción y cuando estos decaigan aparecerán las sensaciones propias del síndrome de abstinencia por falta de algo que nuestro cerebro considera bueno o necesario ^(3,5,9,18).

La amplia gama de efectos físicos y psicológicos que produce el cannabis (Véase *Tabla 1*) varía en función de diversos factores como las características del consumidor, las expectativas o efectos esperados, las dosis consumidas, las experiencias previas, la frecuencia de consumo, el entorno (solo o en compañía), la calidad de los derivados del cannabis, la vía de administración etc ^(7,8). Dichos efectos se experimentan casi de forma inmediata y duran hasta dos o tres horas pero su absorción en el organismo es lenta dado que el cannabis tarda en metabolizarse completamente varias semanas ^(5,7-9,13,14,16,17,19). Una pequeña parte de la cantidad consumida se acumula en los músculos y el tejido adiposo del organismo debido a su alta liposolubilidad para ser finalmente eliminada mediante el metabolismo hepático ^(5,7-9,13,14,16,17,19). Por este motivo, es posible detectar cannabinoides en la orina o en la sangre de los consumidores incluso varias semanas después de haber consumido por última vez ^(5,7-9,13,14,16,17). Por otra parte, el consumo de cannabis por vía oral tiene una absorción más lenta, así como la aparición y duración de los efectos de aproximadamente seis horas pues la droga debe atravesar el aparato digestivo ^(7,9,15,16).

Tabla 1. Efectos y consecuencias a corto, medio y largo plazo del consumo de cannabis ^(2,5,7-10,13-17,19-21). Fuente: de elaboración propia.

EFFECTOS Y CONSECUENCIAS FÍSICAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones respiratorias como irritación pulmonar, inflamación de la vía aérea, tos seca irritativa y crónica, flema, sibilancias, disnea, broncodilatación, laringitis, bronquitis, asma, infecciones etc. • Alteraciones cardiovasculares como taquicardia, disminución de la temperatura corporal, aumento de la tensión arterial, cambios en el electrocardiograma, hipotensión ortostática (vértigos y mareos al ponerse de pie) etc. • Hiperemia conjuntival, midriasis, fotofobia, lagrimeo. • Alteraciones del sistema digestivo como irritación gastrointestinal, sequedad de boca, alteración del metabolismo con aumento del apetito y sed, disminución drástica del peso, mareos, vómitos etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la inmunidad, reducción del sistema inmunitario para hacer frente a posibles infecciones existiendo riesgo de contraerlas. • Alteraciones del funcionamiento de las hormonas sexuales y del aparato reproductor como ciclos menstruales sin ovulación, degeneración de los óvulos y espermatozoides, disminución de la libido y las hormonas (testosterona en hombres y FSH, LH y prolactina en mujeres), problemas fetales de crecimiento y peso etc. • Mayor probabilidad de desarrollar cáncer • Síndrome de hiperémesis cannabinoide en consumos regulares y prolongados (ciclos regulares de náuseas, vómitos y deshidratación)
EFFECTOS Y CONSECUENCIAS SOCIALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de compraventa • Problemas familiares, escolares y laborales como abandono, conflictos, accidentes, bajo rendimiento, fracaso escolar, marginación social, violencia de género, agresividad etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor satisfacción con la vida, pensamientos suicidas. • Comportamientos de riesgo en la conducción de vehículos, mayor riesgo de accidentes de tráfico • Problemas económicos por el gasto de dinero en la adquisición de drogas.
EFFECTOS Y CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de euforia y bienestar seguida de desinhibición, relajación, confusión, somnolencia y analgesia. • Hilaridad (risa fácil y contagiosa), locuacidad (ganas de hablar), verboreo y mayor sociabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo y alteraciones de la memoria, la concentración, el aprendizaje, el pensamiento, el autocontrol, la atención, la percepción, la coordinación, el juicio y la conducta que, de forma general, se revierten con el cese del consumo.

<ul style="list-style-type: none"> • Ilusiones, alucinaciones y distorsión de los sentidos con una percepción exacerbada. • Trastornos relacionados con el cannabis que precisan asistencia hospitalaria como intoxicación o “amarillo”, dependencia, adicción, síndrome de abstinencia etc. • Síndrome amotivacional, desinterés y alteraciones del estado de ánimo (apatía o empobrecimiento afectivo, irritabilidad etc.). • Alteraciones del sueño • Crisis de angustia, desconfianza y pánico en consumos esporádicos de grandes cantidades. • Cambios plásticos en la constitución, desarrollo y funcionamiento del cerebro (trastornos del neurodesarrollo). • Inquietud, agitación y facilidad de frustración. 	<p>Ejemplo.: disminución de la memoria, de la capacidad para expresarse, de la atención sostenida y del coeficiente intelectual, dificultad para memorizar, aprender, hacer cálculos y concentrarse, disociación del pensamiento, aumento del tiempo de reacción, descoordinación psicomotriz y desequilibrio, deterioro del juicio para la evaluación de conductas de riesgo y de tareas ejecutivas complejas como la toma de decisiones, la capacidad de planificación, organización, resolución de problemas y control de impulsos etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psiquiátricos graves principalmente en personas con predisposición (depresión, ansiedad, esquizofrenia, paranoia, psicosis, manía persecutoria, despersonalización, delirio...) y el estigma social que produce cada uno de ellos.
---	--

Las razones por las que los adolescentes consumen cannabis son múltiples e individuales siendo las más comunes los factores sociales como la presión social, la rebeldía o el deseo de integrarse en un grupo, la moda, la curiosidad y experimentación de nuevas sensaciones, la búsqueda de sentimientos de placer, diversión, relajación, evasión o desinhibición etc (2,5,10,12,20). Por todo ello, los adolescentes tienden a incluir el consumo de cannabis en todas sus salidas nocturnas como algo normal dado que asocian ese consumo a una determinada actividad e inconscientemente tienden a ir incorporando ese hábito a la vida cotidiana prologando el consumo durante toda la semana, a escondidas y en ambientes no recreativos, pudiendo desarrollar un consumo problemático, continuado, dependiente y de grandes dosis así como diversos trastornos, entre los que destacan los trastornos por consumo de sustancias como el abuso y/o adicción, la dependencia física y/o psíquica y los trastornos inducidos por sustancias como la intoxicación y el síndrome de abstinencia (2-6,12,20-22).

En cuanto a la epidemiología, cada 2 años, en España, el Gobierno realiza una encuesta (ESTUDES) para el PNSD (Plan Nacional Sobre Drogas) cuyo objetivo es conocer la situación y las tendencias de consumo entre los adolescentes y, así, diseñar actividades preventivas ⁽²⁰⁾. Según la última estadística (ESTUDES, 2021) el cannabis es una de las drogas más consumidas entre los adolescentes siendo la edad con mayor prevalencia de consumo los 14,9 años y la edad media de inicio ligeramente mayor en hombres que en mujeres (14,9 frente a 14,8) (Véase *Tabla 2*) ⁽²⁰⁾. A pesar de que la prevalencia de consumo y el consumo problemático ha disminuido en todos los grupos de sexo y edad respecto a las cifras de encuestas anteriores, los datos aún siguen siendo elevados y, por tanto, un problema para la población adolescente ⁽²⁰⁾. En cuanto a la frecuencia de consumo es esporádico (uno o dos días) en ambos sexos y la cantidad consumida gira en torno a una media de 3,3 cigarrillos de cannabis/día, apreciándose un consumo más intenso en los varones (3,7 frente a 2,7) ⁽²⁰⁾. A pesar de que la forma de consumo y la vía de administración más habitual es el cigarrillo fumado (91,4%), existen otras modalidades menos prevalentes destacando las pipas de agua, cachimbos o shishas y los cigarrillos electrónicos, así como la vía oral en bebidas o mezclándolo con comida principalmente dulce (4,5,7,14–16,20–22). La presentación más consumida es la marihuana seguida del hachís aunque muchos adolescentes indican haberlas consumido indistintamente ^(16,20). Por otro lado, se ha demostrado que el consumo de cannabis junto con tabaco y/o alcohol es frecuente (7,9,20,21). Finalmente, el consumo problemático de cannabis supone un 3% de la población adolescente siendo mayor en varones que consumen indistintamente marihuana y hachís junto con otras drogas y con una media de 5,1 cigarrillos de cannabis (5,3 entre los chicos y 4,8 entre las chicas) ⁽²⁰⁾.

Tabla 2. Prevalencia de consumo y edad de inicio de consumo de cannabis y derivados en la población en general distinguiendo entre varones y mujeres ⁽²⁰⁾. Fuente: de elaboración propia.

DROGA	PREVALENCIA DE CONSUMO ALGUNA VEZ EN SU VIDA	PREVALENCIA DE CONSUMO EN EL ÚLTIMO AÑO	PREVALENCIA DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	EDAD DE INICIO DE CONSUMO
CANNABIS Y DERIVADOS	28,6%	22,2%	14,9%	14,9
	♀ 28%	♀ 21,8%	♀ 14,1%	♀ 14,9
	♂ 29,3%	♂ 22,6%	♂ 15,7%	♂ 14,8

2. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se plantea debido a que los adolescentes continúan consumiendo cannabis en un alto porcentaje. A pesar de que este fenómeno de consumo en el último año haya sufrido un leve descenso, los datos aún siguen siendo significantes y preocupantes entre este grupo poblacional, siendo cada vez menor la edad de inicio de consumo y mayor la necesidad de estrategias de prevención y atención sanitaria. La población adolescente constituye el grupo de individuos con mayor susceptibilidad a los efectos de esta droga dado que se encuentran en una etapa de gran vulnerabilidad, de desarrollo y maduración en que las consecuencias a corto, medio o largo plazo pueden llegar a ser irreversibles dificultando su correcto desarrollo hacia la vida adulta. El consumo adolescente se ve influido principalmente por su entorno donde destacamos el grupo de iguales, que puede llegar a generar sobre el adolescente presión social por consumir o por ser aceptado entre sus compañeros ya que durante esta etapa los individuos tienden a moverse y tomar decisiones imitando los comportamientos de los demás antes que por razonamiento propio. Por todo ello, se hace necesario el desarrollo de estrategias de prevención específicas sobre el consumo de cannabis que no se encuentren bajo un programa de prevención general del consumo de drogas con el objetivo de eliminar esa conducta de riesgo y favorecer el desarrollo de hábitos saludables.

3. HIPÓTESIS

Los adolescentes consumen cannabis porque no existen estrategias de prevención específicas para esta droga.

4. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general:

- Analizar las estrategias de prevención específicas del consumo de cannabis en adolescentes.

5.2. Objetivos específicos:

- Conocer la prevención del consumo de drogas.
- Conocer la prevención del consumo de cannabis.
- Identificar las estrategias de prevención existentes relativas al consumo de drogas.
- Identificar las estrategias de prevención existentes relativas al consumo de cannabis.
- Determinar los factores de riesgo y protectores del consumo de cannabis.
- Identificar el equipo multidisciplinar necesario para desarrollar estrategias de prevención de consumo de cannabis.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño de Investigación:

Se trata de una revisión sistemática con la que se pretende analizar, a partir de los diferentes artículos científicos encontrados, la prevención del consumo de drogas y la existencia de estrategias específicas de prevención del cannabis en adolescentes.

En primer lugar, para la realización de este trabajo se parte de un problema que es “*Consumo de cannabis en adolescentes*”. Tras saber el problema, se realiza la **pregunta de investigación**: ¿Existen estrategias específicas para la prevención del consumo de cannabis? y se comprueba si es válida y clínicamente contestable a través del esquema PICO (Véase *Tabla 3*).

Tabla 3. Esquema PICO. Fuente: de elaboración propia.

P (Paciente/Problema)	Adolescentes.
I (Intervención)	Prevención del consumo de cannabis.
C (Comparador)	No procede.
O (Outcome/Resultado)	No procede.

5.2. Estrategia de búsqueda:

Los artículos utilizados para esta revisión se localizaron mediante la búsqueda electrónica en las bases de datos de Dialnet, BUva (Biblioteca de la Universidad de Valladolid), PubMed, Scielo, Medline, Cochrane, Lilacs, Mendeley, Cuiden y Google académico. Para limitar la búsqueda de artículos se utilizaron Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) (Véase *tabla 4*) combinados empleando el operador booleano “AND”.

Los filtros empleados en la búsqueda fueron: “artículos publicados del 2012-2022” o “en los últimos 10 años”, “texto completo”, “adolescentes”, delimitando el tipo de estudio y utilizando los idiomas “inglés” y “español”.

Tabla 4. Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) empleados para la realización de la revisión sistemática. Fuente: de elaboración propia.

DeCS	MeSH
Cannabis	Cannabis
Adolescentes	Adolescent
Prevención	Prevention

A continuación, se detalla la combinación de descriptores y operadores booleanos llevada a cabo según la base de datos, los límites utilizados, los resultados obtenidos y los artículos seleccionados.

- **Estrategia de búsqueda en Dialnet:** se buscaron los términos combinados con el operador booleano de “Cannabis” AND “Prevención” AND “Adolescentes”, aplicando, a su vez, los filtros mencionados. Se obtuvieron un total de 61 resultados, de los cuales seleccionados por el título fueron 14 artículos y tras la lectura del resumen y/o del texto completo se descartaron 11 artículos, seleccionando finalmente 3 artículos para realización del trabajo.
- **Estrategia de búsqueda en BUva:** se buscaron los términos combinados con el operador booleano de “Cannabis” AND “Prevención” AND “Adolescentes”, aplicando, a su vez, los filtros mencionados. Se obtuvieron un total de 4 resultados, de los cuales fue seleccionado 1 artículo para la realización del posterior trabajo.

- **Estrategia de búsqueda en Pubmed:** se buscaron los términos combinados con el operador booleano de “Cannabis” AND “Prevention” AND “Adolescents”, aplicando, a su vez, los filtros mencionados. Se obtuvieron un total de 25 resultados, de los cuales seleccionados por el título fueron 7 artículos y tras la lectura del resumen y/o del texto completo se descartaron 3 artículos, seleccionando finalmente 4 artículos para realización del trabajo.
- **Estrategia de búsqueda en Scielo:** se buscaron los términos combinados con el operador booleano de “Cannabis” AND “Prevention” AND “Adolescents”, aplicando, a su vez, los filtros mencionados. Se obtuvieron un total de 18 resultados, de los cuales seleccionados por el título fueron 5 artículos y tras la lectura del resumen y/o del texto completo se descartaron 4 artículos, seleccionando finalmente 1 artículos para realización del trabajo.
- **Estrategia de búsqueda en Medline:** se buscaron los términos combinados con el operador booleano de “Cannabis” AND “Prevención” AND “Adolescentes”, aplicando, a su vez, los filtros mencionados. Se obtuvieron un total de 8 resultados, de los cuales no fueron seleccionados ninguno.
- **Estrategia de búsqueda en Cochrane:** se buscaron los términos combinados con el operador booleano de “Cannabis” AND “Prevention” AND “Adolescents”, aplicando, a su vez, los filtros mencionados. Se obtuvieron un total de 159 resultados, de los cuales seleccionados por el título fueron 7 artículos y tras la lectura del resumen y/o del texto completo se descartaron 6 artículos, seleccionando finalmente 1 artículo para realización del trabajo.
- **Estrategia de búsqueda en Lilacs:** se buscaron los términos combinados con el operador booleano de “Cannabis” AND “Prevención” AND “Adolescentes”, aplicando, a su vez, los filtros mencionados. Se obtuvieron un total de 15 resultados, de los cuales no fueron seleccionados ninguno.
- **Estrategia de búsqueda en Mendeley:** se buscaron los términos combinados con el operador booleano de “Cannabis” AND “Prevention” AND “Adolescents”, aplicando, a su vez, los filtros mencionados. Se obtuvieron un total de 175 resultados, de los cuales seleccionados por el título fueron 10 artículos y tras la lectura del resumen y/o del texto completo no se seleccionaron ninguno.

- **Estrategia de búsqueda en Cuiden:** se buscaron los términos combinados con el operador booleano de “Cannabis” AND “Prevención” AND “Adolescentes”, aplicando, a su vez, los filtros mencionados. Se obtuvieron un total de 14 resultados, de los cuales seleccionados por el título fueron 5 artículos y tras la lectura del resumen y/o del texto completo se descartaron 4 artículos, seleccionando finalmente 1 artículo para la realización del trabajo.
- **Estrategia de búsqueda en Google Académico:** se buscaron los términos combinados con el operador booleano de “Cannabis” AND “Prevención” AND “Adolescentes”, aplicando, a su vez, los filtros mencionados. Se obtuvieron un total de 344 resultados, de los cuales seleccionados por el título fueron 29 artículos y tras la lectura del resumen y/o del texto completo se descartaron 25 artículos, seleccionando finalmente 4 artículos para realización del trabajo.

5.3. Estrategia de selección:

De los artículos encontrados en las diferentes bases, algunos fueron desechados teniendo en cuenta los criterios de selección o inclusión: tipos de estudios (revisiones, estudios experimentales, observacionales analíticos y descriptivos, de casos y controles, de cohortes y cualitativos), artículos de acceso completo, artículos publicados en los últimos 10 años (2012 – 2022), artículos en español y/o inglés que incluyeran a adolescentes (10 – 20 años) y cuya evidencia científica fuera mayor o igual a 17 / 27 según la herramienta PRISMA. Los criterios de exclusión utilizados en la búsqueda fueron todos aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión citados.

5.4. Materiales utilizados:

Para organizar la información obtenida de los artículos se han empleado diferentes programas informáticos destacando Word para el desarrollo escrito, Adobe Reader para la lectura de los artículos en formato PDF y Power Point para la presentación de la defensa frente al tribunal. Además, para la bibliografía se ha utilizado el gestor de citas bibliográficas Zotero.

5.5. Herramienta para la evaluación de la evidencia:

Con el fin de evaluar la calidad y la evidencia científica metodológica de las revisiones y de los diferentes estudios seleccionados se ha utilizado la herramienta PRISMA.

6. RESULTADOS

Tras una primera búsqueda en diversas bases de datos entre las que destacan PubMed, Dialnet y BUVa, se identificaron 823 artículos. Tras revisar los títulos y resúmenes de dichos artículos se descartaron 754 por no cumplir los criterios acordados preseleccionando 69. Los artículos escogidos fueron sometidos a un proceso de lectura completa que permitió seleccionar 15 artículos, eliminando posteriormente 5 por no alcanzar la evidencia científica establecida con la herramienta PRISMA. Tras todo este proceso finalmente los artículos seleccionados para la realización de esta revisión fueron 10 (Véase *Figura 1*). Una vez realizada la lectura detallada de los artículos se elaboró una tabla (Véase *Anexo 1*) donde se muestran las principales características de los artículos seleccionados y la evaluación de su evidencia.

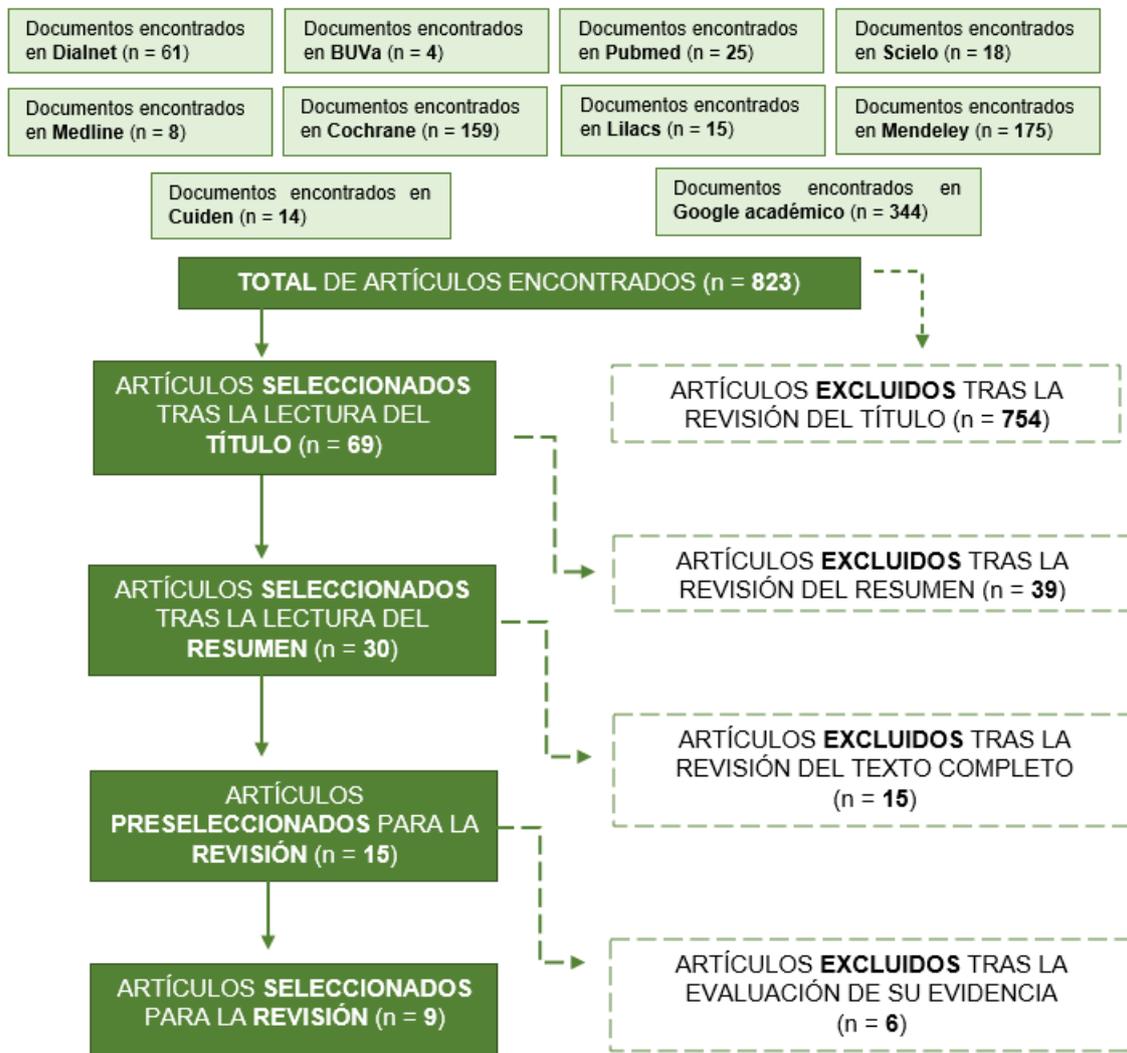


Figura 1. Diagrama de flujo de los artículos seleccionados y desechados. Fuente: de elaboración propia.

A continuación, se exponen los resultados relacionados con el análisis de los artículos seleccionados:

- En el primer artículo se muestra la problemática existente del consumo de drogas entre adolescentes que genera la necesidad de buscar una solución y de desarrollar planes y medidas de prevención, razón por la que surge el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 1985) como medida para abordar el problema de las drogas. Con la instauración de la 1ª Estrategia Nacional (2000-2008) se observa la eficacia de la prevención ya que existe un pequeño descenso del consumo de cannabis, entre otras drogas. Para estas medidas de prevención se recomienda contar con un equipo multidisciplinar en la que todos los integrantes colaboren y del que la enfermera podría formar parte dado que una de sus funciones, regulada en la Ley 44/2003 del 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, es la prevención y promoción de la salud a través de la Educación para la Salud. Por el contrario, apenas existen documentos que confirmen la participación de las mismas. No obstante, las especialistas en enfermería familiar y comunitaria, especialmente pediátricas, son quienes se centran en los adolescentes realizando las primeras intervenciones preventivas y de promoción que, a su vez, pueden realizarse en los centros educativos surgiendo así la enfermera escolar. Ésta podría sustituir a los profesores en la realización de la prevención de drogas en el adolescente al poseer mayor formación en este ámbito. Por otro lado, las enfermeras de salud mental con mayor conocimiento y manejo con los trastornos relacionados con las drogas son capaces de realizar actividades centradas en modificar la conducta, estilo de vida, entrenar habilidades sociales o fomentar la autoestima ⁽²³⁾.
- En el segundo artículo se menciona la creación de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 1985) como las primeras medidas para reducir el consumo de drogas. Además, se expone sobre la importancia de identificar dichos consumos y la necesidad de prevenirlos impartiendo una adecuada Educación para la Salud, tanto a la familia como al adolescente, con intervenciones preferentemente interactivas basadas en la influencia social y el entrenamiento de habilidades. El objetivo de estas estrategias se centra en reducir los factores de riesgo que favorecen

el consumo de drogas y aumentar los de protección que lo disminuyen, destacando la familia y el entorno social como factores más influyentes. Una vez más, la escuela y el profesional sanitario son los elementos ideales para la Educación para la Salud surgiendo de esta forma la enfermera escolar, profesional perfecto por poseer los conocimientos y la capacidad para impartir Educación para la Salud, resolver dudas y favorecer la adquisición de conocimientos, estilos de vida saludables, habilidades y destrezas para la toma de decisiones. En cuanto a las consultas de atención primaria, la enfermera debe de elaborar una correcta historia clínica, crear un ambiente de confianza sin perder la relación terapéutica y seguir un guion para estudiar las áreas de las que queremos obtener información. Sin embargo, en ocasiones esto no es posible debido a la escasa frecuencia con la que acuden los adolescentes y la falta de colaboración de los mismos ⁽⁵⁾.

- En el tercer artículo se plantea una de las estrategias de prevención más reseñables pero que debería de utilizarse como coadyuvante y no como única medida de prevención: la educación entre pares. Ésta consiste en el intercambio de información, valores y comportamientos entre individuos con características similares. Este tipo de estrategias pueden cambiar el comportamiento e incluso mejorar el conocimiento pero precisan siempre de otros profesionales para actuar como facilitadores o supervisores de las actividades dado que el adolescente no tiene la información suficiente y la formación adecuada para llevar a cabo la prevención. Por otro lado, es sumamente importante seleccionar exhaustivamente a los jóvenes que intervienen como roles y no elegirlos al azar pues no deben tener pensamientos a favor del consumo de drogas ya que en este caso no se estaría generando conciencia de riesgo ⁽²⁴⁾.
- El 4º artículo hace referencia a la importancia de la prevención primaria del consumo de cannabis entre adolescentes debido al aumento del mismo y sus consecuencias. Se ha demostrado que los programas preventivos en los que participa el personal no docente, entre ellos las enfermeras y especialmente las de salud mental, tienen mejores resultados, así como los programas interactivos frente a los que no lo son, los basados en el desarrollo de habilidades psicosociales frente a los basados en la afectividad o el conocimiento y los multimodales frente a los unimodales. No obstante, la

combinación de los diferentes programas es recomendable para obtener mayor efectividad, como ocurre con los programas universales y los específicos o selectivos. Por otro lado, se ha comprobado que la aplicación de sesiones de refuerzo genera una efectividad mayor y más duradera de los programas. Finalmente, debido a la baja existencia de programas centrados o que incluyan exclusivamente al cannabis es casi imposible abordar la prevención de su consumo. Además, otros programas a pesar de no dirigirse directamente al cannabis han sido efectivos para prevenir su consumo haciendo que ciertos autores consideren innecesaria la elaboración de programas enfocados únicamente al cannabis ⁽²⁵⁾.

- En el 5º artículo se expone el abuso de sustancias entre adolescentes en particular del cannabis que está aumentando cada vez más junto con una edad temprana de inicio en el consumo. Por todo ello, se encuentra necesaria la implementación de una prevención escolar dirigida a modificar las expectativas, creencias y comportamientos relacionados con el consumo y abuso del cannabis teniendo siempre en cuenta los componentes externos que pueden interferir como las características familiares y comunitarias. Se ha comprobado que, de forma general, los programas interactivos que incluyen a los adolescentes y están centrados en el desarrollo de habilidades son más efectivos a la hora de retrasar o prevenir el consumo de cannabis entre adolescentes que los programas didácticos o los de conferencia. En cuanto al personal implicado existe controversia, los autores están de acuerdo en que los docentes o los profesionales sanitarios son los principales instructores de los programas, no como ocurre en aquellos impartidos por los propios jóvenes en los que no hay una decisión unánime sobre la efectividad de su implicación. También se ha observado que existen pocos estudios en los que la prevención se centre exclusivamente en el consumo de cannabis, así como la efectividad de los mismos ⁽²⁶⁾.
- En el 6º artículo se explica la importancia de intervenir de forma temprana para prevenir el consumo de sustancias, las consecuencias sociales y de salud y el posible desarrollo de conductas problemáticas con el que se asocia este consumo como el absentismo escolar, la conducción bajo los efectos de las drogas, el comportamiento violento y la delincuencia. Una de las medidas de prevención que ayuda a reducir o detener el consumo de sustancias,

especialmente en consumos de riesgo moderado o en aquellos que aún no han desarrollado la dependencia como son la mayoría de los adolescentes son las intervenciones breves. Estas son programas de corta duración que pueden llevarse a cabo tanto en las consultas de atención primaria como en las escuelas haciéndolo de esta forma más accesible a los adolescentes. Se evalúa el uso de sustancias y se proporciona información o consejos, se fomenta la motivación de no consumir a través de la entrevista motivacional y se facilita el cambio de comportamiento. En cuanto al personal implicado puede ser tanto profesionales de la salud como docentes pues hoy en día existe mucha información sobre cómo llevar a cabo las sesiones. Además, estas intervenciones también se pueden realizar implicando a la familia y a través de internet. En cuanto al consumo de cannabis, las intervenciones breves pueden reducir la frecuencia de consumo, el abuso a corto y medio plazo y la dependencia a largo plazo ⁽²⁷⁾.

- En el 7º artículo se muestra la necesidad de la prevención selectiva destinada a los adolescentes más vulnerables. A pesar de ello, existen pocos programas de este tipo centrados en el consumo de cannabis y, como consecuencia, numerosos autores han recomendado el uso combinado de programas universales con otros diseñados para adolescentes de riesgo. Independientemente de ello, los programas centrados en la promoción de actitudes, comportamientos, habilidades sociales y destrezas de la vida son más efectivos que los centrados en la afectividad hecho que se intensifica con los jóvenes vulnerables. Además, existen recomendaciones para una prevención efectiva como la formación de los que imparten el programa que, generalmente, al no protagonizarlos profesionales de salud son menos efectivos y es aquí donde se demuestra la importancia de su figura en la prevención del consumo de drogas, especialmente en grupos vulnerables, ya que son los que tienen la formación académica y los contenidos y formas necesarias para aplicarla ⁽²⁸⁾.
- En el 8º artículo, una vez más, se expone el creciente problema de consumo juvenil de drogas recalándose la importancia de las intervenciones primarias y de los sanitarios para reducir ese uso o prevenir la transición a un consumo problemático ya que son considerados los profesionales que tienen mayor conocimiento en esta área. El principal escenario para los programas de

prevención es la escuela puesto que muchos de los consumos se producen en esta etapa y es así la forma más directa de llegar a un gran número de jóvenes. Para los programas existen diversas intervenciones que si se combinan entre sí tienen una mayor efectividad para la prevención del cannabis a largo plazo que por separado y son las basadas en el conocimiento, en aspectos de la afectividad, las de competencia social basadas en la teoría del aprendizaje social y las basadas en roles de pares, en técnicas de rechazo o de resistencia y de habilidades sociales e inter o intrapersonales. No obstante, a pesar de que ciertos programas con la combinación de intervenciones hayan obtenido resultados favorables no todos los programas que sigan estos enfoques obtienen los mismos resultados pues se ha comprobado que existen otras variables, sobre todo personales, que pueden interferir ⁽²⁹⁾.

- En el 9º artículo se define la prevención como una parte de la salud pública con la que se pretende evitar la adquisición de conductas perjudiciales o, en su defecto, modificarlas proporcionando información a la comunidad a través de medidas como es la Educación para la Salud. El consumo de cannabis es un problema multifactorial que para prevenirlo hay que abordarlo desde todas las áreas que se ven implicadas. Con esta prevención se pretende eliminar los factores de riesgo, reforzar los de protección e identificar y detectar precozmente el consumo de cannabis. El principal ámbito donde realizar la prevención, centrada en la influencia social, son las escuelas y para que sean efectivas el personal sanitario junto con los docentes son los profesionales con mayor capacidad para realizarla. Por otra parte, la familia también tiene un papel importante y por ello existen numerosos programas en los que se la incluye. Se destaca también que los medios de comunicación en ocasiones actúan de forma beneficiosa, así como el uso de recursos tecnológicos en los programas de Educación para la Salud ⁽³⁰⁾.
- En el 10º artículo se explica la importancia de un equipo multidisciplinar para la aplicación de los programas, se recomienda implicar a sanitarios, familia y docentes. Para poder promover la salud y prevenir el uso de las drogas se debe, previo a proporcionar información, conocer la raíz del problema, comprender las causas que llevan a los adolescentes a consumir y cómo les afecta este consumo. Además se deben aumentar los factores de protección

y reducir los de riesgo que varían según la edad y sexo. De esta forma, se proporciona a los adolescentes las herramientas necesarias para que aprendan a tomar decisiones sobre las conductas de riesgo y reflexionen sobre sus comportamientos y consecuencias. La eficacia de un programa depende del esfuerzo y eficiencia con que se imparta, así como de los profesionales que impartan la prevención y lugar pues los profesionales de salud y las escuelas son los elementos ideales. También se ha de tener en cuenta el grupo socioeconómico, la población y las áreas a la hora de impartir un programa pues debemos de adaptarlo para que este resulte efectivo ⁽³¹⁾.

7. DISCUSIÓN

El consumo de cannabis entre adolescentes constituye un problema de carácter multifactorial que se encuentra en crecimiento y cuya edad de inicio de consumo cada vez es más temprana. Esta situación hace plantearse la importancia de la prevención para evitar el consumo del mismo, así es como se especifica en cada uno de los artículos consultados. Con el análisis realizado de estos se concluye que la prevención cobra una importancia vital especialmente cuando se realiza de forma temprana ya que según se menciona en las revisiones de Sousa Cifre ⁽³⁰⁾, Sellers Asensio ⁽³¹⁾ y Carney et al. ⁽²⁷⁾ con estas medidas se consigue evitar la adquisición de conductas perjudiciales o, en su defecto, modificarlas dado que se proporciona a los adolescentes las herramientas necesarias para aprender a tomar decisiones y reflexionar sobre sus comportamientos y consecuencias. Tal y como he comentado, la realización de la prevención en edades tempranas supone el mejor momento para aplicarla, algunos autores incluso apoyan la aplicación de estas estrategias antes de que aparezca el fenómeno de consumo o la edad media de inicio ^(5,30,32-34). Además, Norberg et al. ⁽²⁵⁾ e Isorna Folgar ⁽³²⁾ recomiendan aplicar las medidas de prevención durante los diferentes cursos académicos adaptándolos según la edad y el desarrollo de los adolescentes y realizando sesiones de repetición junto con sesiones de recuerdo para reforzar la información y habilidades adquiridas tras finalizar la prevención.

Por otro lado, dentro de las medidas de prevención ciertos autores como son Sousa Cifre ⁽³⁰⁾ y González et al. ⁽¹¹⁾ destacan la realización de programas de Educación para la Salud como uno de los mejores recursos para prevenir el inicio

de consumo de cualquier droga. Cabe destacar que, en lo referente a los programas de prevención específicos del cannabis apenas existen programas centrados únicamente en esta droga y los que si lo hacen se basan mayoritariamente en la prevención del abuso y no del uso ^(5,25). Según Norberg et al. ⁽²⁵⁾, Folgar y Lamas ⁽³⁵⁾ o Lize et al. ⁽²⁶⁾ esto se debe a que económicamente apenas se invierte dinero para poder impartirlos, además de que no los ven necesarios dado que los programas generales de drogas o los centrados en alcohol y/o tabaco han sido efectivos para prevenir el consumo de cannabis indirectamente a corto plazo. En cambio, el consumo de esta droga sigue aumentando y, por tanto, la realización de programas específicos del cannabis que no se encuentren bajo un programa general de prevención de drogas es imprescindible y mucho más en aquellos grupos de adolescentes que tienen mayor riesgo psicosocial.

En cuanto a las intervenciones preventivas a incluir en los programas autores como Faggiano, F ⁽²⁹⁾, Georgie J et al. ⁽²⁴⁾, Sellers Asensio ⁽³¹⁾, Isorna Folgar ⁽³²⁾ y Lize et al. ⁽²⁶⁾ diferencian varios tipos: las basadas en el conocimiento y proporcionar información, las basadas en potenciar aspectos de la afectividad como la autoestima, las de competencia social basadas en la teoría del aprendizaje social y en potenciar habilidades de rechazo, personales y sociales y, por último, las basadas en roles de pares en las que son los propios adolescentes son los que intercambian información, valores y comportamientos con el objetivo de generar conciencia de riesgo. En cualquier caso, Faggiano F ⁽²⁹⁾, Norberg et al. ⁽²⁵⁾ y Vázquez et al. ⁽²⁸⁾ en sus artículos apoyan la recomendación de combinar las diferentes intervenciones para obtener una mayor efectividad pues no existe suficiente evidencia sobre la aplicación de las mismas por separado.

Resaltar además, la importancia de tener en cuenta los factores influyentes, tanto de riesgo como de protección, a la hora de aplicar medidas de prevención pues como menciona Colino Barrón ⁽⁵⁾ si un individuo está expuesto a numerosos factores de riesgo, la probabilidad de aparición de una conducta no deseada es mayor y viceversa. Los autores en sus diferentes artículos clasifican a los factores en biológicos (genes y sexo), psicológicos (búsqueda de sensaciones, factores individuales, falta de habilidades sociales etc) y socio-ambientales (fácil

accesibilidad y disponibilidad económica, falta de conocimiento, consumo típico adolescente, conflictos, la escuela etc) (5,30,31,34). A pesar del gran número de factores existentes los más relevantes son los relacionados con el entorno cercano del adolescente, es decir, la familia y el grupo de iguales (5,11,30,31,34).

Así, en la mayoría de los artículos analizados, entre los que destacan los de Amber y Rodríguez (23), Faggiano, F (29), Colino Barrón (5), González et al. (11), Sousa Cifre (30), Sellers Asensio (31) e Isorna Folgar (32) se ha observado que el lugar idóneo para las prácticas preventivas para adolescentes son los centros educativos ya que es donde mayor tiempo pasan los jóvenes con su grupo de amigos, donde se producen los primeros contactos con las drogas, además de ser la forma más fácil, rápida y económica de alcanzar a un gran grupo de adolescentes. De igual manera, los artículos destacan la importancia de la participación de un equipo multidisciplinar formado por profesionales sanitarios especializados y docentes, todos ellos son los principales protagonistas del aprendizaje para la salud del adolescente y, por tanto, para conseguir una adecuada prevención es importante que trabajen conjuntamente (5,11,23,27,29-31,33,34). Amber y Rodríguez (23), González et al. (11), Sousa Cifre (30) e Isorna Folgar (32) recomiendan incluir a la enfermera en dicho equipo dado que es uno de los profesionales con mayores competencias en prevención y promoción de salud. Sin embargo, debido a que la implementación de programas de prevención de consumo de drogas se considera una labor relativamente nueva que precisa de mucho trabajo individual y tiempo, del cual muchas veces las enfermeras no disponen, los programas acaban siendo impartidos únicamente por docentes cuyo conocimiento en este tema es insuficiente. Independientemente de todo ello, Amber y Rodríguez (23) entre otros autores dividen a la enfermera en 3 figuras: la enfermera de atención primaria especializada en enfermería familiar y comunitaria, en particular la pediátrica, la escolar y la especializada en SM.

Para finalizar, Folgar y Lamas (35) enuncian que la labor preventiva no debe realizarse únicamente desde el ámbito sanitario pues a pesar de que es importante no se considera suficiente. Para conseguir disminuir el uso del cannabis se deberían conseguir cambios en las normas y procesos sociales ya que si los jóvenes siguen teniendo una fácil accesibilidad a las drogas, la efectividad de la prevención disminuirá.

7.1. Limitaciones:

La principal limitación en la realización de este trabajo fue la imposibilidad de acceder a ciertos artículos con información que podría haber sido útil para la realización de esta revisión sistemática ya que se encontraban bloqueados, no disponibles o tenían limitación de pago. Otra de las limitaciones surgió al principio de la realización del trabajo, ya que se pretendía enfocar al papel de la enfermería en la prevención del cannabis en adolescentes, pero tras una primera búsqueda y ver que apenas había artículos e información sobre el rol de las enfermeras y únicamente se mencionaba en ciertos artículos que su participación es muy importante, se tuvo que cambiar la idea principal y hacerlo sobre la prevención del cannabis en general mencionando el importante papel que tienen los sanitarios. También se ha de destacar, la baja evidencia científica de algunos artículos preseleccionados que tuvieron que ser desechados y la escasa existencia de programas de prevención centrados exclusivamente en el cannabis y, aún más, en la prevención de su consumo pues la mayoría se centran en el abuso impidiendo abordar la prevención del cannabis en su totalidad.

7.2. Fortalezas:

A pesar de la baja existencia y evidencia de los artículos centrados en programas específicos de prevención del consumo de cannabis, se ha comprobado que las medidas de prevención respecto a las drogas son universales para cualquiera de ellas y, por tanto, se han encontrado numerosos artículos en los que se mencionan los distintos tipos de intervenciones a incluir en los programas y la eficacia de las mismas tanto para las drogas en general como para el cannabis.

7.3. Aplicación a la práctica clínica:

A pesar del leve descenso en cuanto al consumo de cannabis los adolescentes siguen adquiriendo este tipo de conductas de riesgo, cuestión que supone un problema debido principalmente a la escasa existencia de programas centrados en esta droga, las falsas creencias y la fácil accesibilidad a ésta. Se ha comprobado que con la prevención y la Educación para la Salud realizada principalmente en escuelas, se consigue prevenir el uso de sustancias como el cannabis y retrasar la edad de inicio de consumo. Para la prevención es importante contar con un equipo multidisciplinar formado por sanitarios y docentes que actúen de forma conjunta, así como implicar a la familia y, en ocasiones, a su grupo de iguales en la realización de las actividades pues es primordial contar con el entorno más cercano del adolescente. Con todo ello y con ayudas económicas, se podría crear guías de práctica clínica que permitieran elaborar programas de Educación para la Salud para la prevención del consumo de cannabis que orienten a los profesionales que los impartan pues cuanto mayor formación tengan, mejores resultados se obtendrán.

7.4. Futuras líneas de investigación:

Debido a los resultados encontrados en este trabajo se deben desarrollar nuevos programas o actividades de prevención que incluyan exclusivamente el consumo de cannabis con el objetivo de evitar que su consumo continúe aumentando pues como tal, como se ha observado, no existe evidencia y/o información específica sobre programas de prevención acerca del consumo de esta droga.

8. CONCLUSIONES

Considerando todo lo expuesto a lo largo de esta revisión sistemática, se pueden determinar una serie de consideraciones finales para concluir el trabajo realizado sobre el análisis de las estrategias específicas de prevención del cannabis.

El cannabis es la droga ilegal más consumida entre los adolescentes principalmente varones y, a pesar de que su incidencia ha disminuido en el último año, las tasas siguen siendo altas y preocupantes debido a múltiples razones entre las que se encuentran los factores sociales como la presión de grupo o la fácil accesibilidad a la droga. Es importante destacar que apenas existen programas de prevención exclusivos del cannabis y los que hay se centran en el abuso y no en el uso impidiendo abordar su prevención. Los programas que existen relativos a la prevención se centran en las drogas en general, el alcohol y/o tabaco resultando inefectivos a largo plazo para prevenir el consumo de cannabis. Prueba de ello es que el consumo de cannabis sigue aumentando y, por tanto, la necesidad de realizar programas exclusivos dirigidos a la prevención del consumo de este tipo de esta droga es una evidencia.

Además, para conseguir un adecuado programa de Educación para la Salud se han de tener en cuenta la combinación de intervenciones destacando las basadas en las habilidades sociales, los factores influyentes y la participación de un equipo multidisciplinar formado por sanitarios, entre ellos las enfermeras de atención primaria, escolares y de salud mental junto con los docentes.

Para finalizar, resaltar que es importante contar con programas dirigidos a cambiar las normas y procesos sociales de tal modo que se impida así la fácil accesibilidad a la compra de cannabis.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. ASALE R, RAE. droga | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 2 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/droga>
2. Jiménez Muñoz M. Papel de los profesionales de enfermería en el manejo de la adicción a las drogas. 2016 [citado 27 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/24739>
3. González Neila D, González Neila D. Consumo de drogas en adolescentes y labor enfermera: revisión bibliográfica. [Internet]. 2021 [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/66441/>
4. Toribio MG. Estrategias de comunicación basadas en las conductas y el ocio de los jóvenes y orientadas a la prevención de la drogadicción [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Complutense de Madrid; 2010 [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=93173>
5. Colino Barrón I. Consumo de drogas ilegales en adolescentes. Papel de enfermería en su prevención. 2020 [citado 27 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/41931>
6. EFECTOS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA - Repositorio Institucional de Documentos [Internet]. [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/85834#>
7. León J de C y. Información sobre drogas para familias y adolescentes [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/informacion-drogas-familias.html>
8. Consumo de cannabis en jóvenes españoles [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://pap.es/articulo/609/consumo-de-cannabis-en-jovenes-espanoles>
9. Gómez PA, Romero MC, Moragues EV, Pedraz M, Morón FJP. Adicción a cannabis: bases neurobiológicas y consecuencias médicas. Revista española de drogodependencias. 2014;(2):9-30.
10. Moro Gómez I. Prevención del consumo de cannabis en adolescentes. 2019 [citado 18 de abril de 2022]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/39764>
11. González CR, Campanario EM, Lucía C, Miranda L. Prevención del consumo del cannabis en la adolescencia. :25.
12. Gorrotategui PG, Calle E de la I de la, Izaguirre MSS, Bengoechea MJA. Vivencia de la drogadicción en un grupo de adolescentes. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2008;10(39):25-38.
13. Lavado Bahón AN. Proyecto Educativo: Prevención de consumo de Cannabis en la adolescencia. 2018 [citado 23 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/35979>
14. Cruz AM. Cannabis, efectos adversos y terapéuticos: Revisión bibliográfica. Nuberos científica. 2018;3(26):46-52.
15. Abuse NI on D. El Cannabis (marihuana) – DrugFacts [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2019 [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-cannabis-marihuana>

16. Turner SD, Spithoff S, Kahan M. Approach to cannabis use disorder in primary care. *Can Fam Physician*. septiembre de 2014;60(9):801-8.
17. Abuse NI on D. ¿Qué efectos tiene la marihuana? [Internet]. National Institute on Drug Abuse. -- [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-marihuana/que-efectos-tiene-la-marihuana>
18. Abuse NI on D. ¿Cómo afecta el consumo de marihuana la vida escolar, laboral y social? [Internet]. National Institute on Drug Abuse. -- [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-marihuana/como-afecta-el-consumo-de-marihuana-la-vida-escolar-laboral-y-social>
19. Abuse NI on D. ¿Qué es la marihuana? [Internet]. National Institute on Drug Abuse. -- [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-marihuana/que-es-la-marihuana>
20. Portal Plan Nacional sobre Drogas - Encuestas y estudios [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
21. Guía clínica de Trastorno por consumo de drogas en atención primaria [Internet]. [citado 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/fichas/interior.asp?idArbol=1&idTipoFicha=1&urlseo=trastorno-por-consumo-drogas-atencion-primaria&avisologin=%3Cstrong%3E%20prueba%20gratuita%20expira%20el%2025/03/2022%3C/strong%3E.%20A%20partir%20de%20ese%20dia%20dejara%20de%20tener%20acceso%20a%20los%20contenidos%20de%20%3Cstrong%3Efisterra.com%3C/strong%3E.%3Cbr/%3E%3Cbr/%3E%3Ca%20href=%22https://www.fisterra.com/tienda-fisterra/productos/producto.asp?id=202%22%20style=%22text-decoration:none;%22%3E%3Cstrong%3ESuscribase%20ahora%20con%20unas%20condiciones%20especiales%3C/strong%3E%3C/a%3E%3Cbr/%3E%3Csmall%3ERecuerde%20que%20no%20es%20necesario%20estar%20suscrito%20para%20realizar%20los%20cursos%20impartidos%20en%20fisterra.%3C/small%3E>
22. Lázaro MIM de, Rubio M del RB. Consumo de cannabis en jóvenes españoles. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2006;8(Extra 7 (Supl.)):55-68.
23. Amber SC, Rodríguez ÁF. Consumo de drogas en adolescentes: patrón de consumo y rol de enfermería en la prevención. *Nuberos científica*. 2018;3(24):42-7.
24. Georgie J M, Sean H, Deborah M C, Matthew H, Rona C. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. marzo de 2016;111(3):391-407.
25. Norberg MM, Kezelman S, Lim-Howe N. Primary Prevention of Cannabis Use: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *PLoS One*. 11 de enero de 2013;8(1):e53187.
26. Lize SE, Iachini AL, Tang W, Tucker J, Seay KD, Clone S, et al. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Interactive Middle School Cannabis Prevention Programs. *Prev Sci*. enero de 2017;18(1):50-60.
27. Carney T, Myers BJ, Louw J, Okwundu CI. Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 de enero de 2016;2016(1):CD008969.
28. Vázquez N, Muñoz L, Juárez O, Ariza C, Vázquez N, Muñoz L, et al. ¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cánnabis en jóvenes vulnerables? *Revista Española de Salud Pública [Internet]*. 2018 [citado 15 de marzo de 2022];92. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100431&lng=es&nrm=iso&tlng=es

29. Universal school-based prevention for illicit drug use - Faggiano, F - 2014 | Cochrane Library [Internet]. [citado 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003020.pub3/full>
30. Sousa Cifre S. Evaluación de las medidas preventivas sobre el consumo de cannabis en la adolescencia. 4 de junio de 2019 [citado 23 de marzo de 2022]; Disponible en: https://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/es_TFG2095.html
31. Sellers Asensio P. Intervenciones en educación para la salud en drogas: promoción de la salud y prevención primaria del consumo de cannabis en adolescentes. 18 de junio de 2013 [citado 23 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/3004>
32. Isorna Folgar M. Contribuciones de la evidencia científica para la mejora de la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar. Isorna Folgar, Manuel Contribuciones de la evidencia científica para la mejora de la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar En: Revista Española de Drogodependencias, 2013, Vol 38, No 2: 117 [Internet]. 2013 [citado 18 de abril de 2022]; Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/47611>
33. Evidencias y medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia [Internet]. [citado 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://pap.es/articulo/613/>
34. Prevención del consumo del Cannabis en Educación Primaria - Repositorio Institucional de Documentos [Internet]. [citado 23 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/84960>
35. Folgar MI, Lamas MF. Evidencia científica y medidas preventivas para la reducción del consumo de cannabis durante la adolescencia. Revista española de drogodependencias. 2014;(1):12-30.

10. ANEXOS

ANEXO 1.

Tabla 5. Características, nivel de evidencia y principales resultados de los artículos seleccionados. Fuente: de elaboración propia.

AUTOR, AÑO Y PAÍS	DISEÑO	MUESTRA	PRISMA	PRINCIPALES RESULTADOS
Sandra Caloca Amber, Ángela Fernández Rodríguez. 2018. España ⁽²³⁾ .	Revisión.	Adolescentes	17 / 27	<ul style="list-style-type: none"> • Surgimiento del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 1985) como consecuencia del problema de consumo de drogas. • Importancia de las medidas de prevención para reducir el consumo de drogas y la participación de un equipo multidisciplinar. • La prevención, la Educación para la Salud, los consejos de salud y la detección de los factores de riesgo y la estimulación de los de protección son las principales medidas a tomar para disminuir el consumo. • Según la Ley 44/2003 del 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias la enfermera es la encargada de la prevención y promoción de la salud destacando las de comunitaria, las escolares y las de salud mental. Apenas existen documentos en los que se las incluye.
Isabel Colino Barrón. 2020. España ⁽⁵⁾ .	Revisión sistemática.	Adolescentes	18 / 27	<ul style="list-style-type: none"> • El cannabis es la droga ilegal más consumida entre adolescentes. • Surge la Estrategia Nacional sobre Adicciones y el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) como medidas para reducir el consumo de drogas, así como la necesidad de prevenir el consumo impartiendo Educación para la Salud. • El objetivo de la Educación para la Salud es reducir los factores de riesgo y fomentar los protectores, destacando la familia y el entorno social. • La escuela y los sanitarios son los elementos ideales para realizar Educación para la Salud centrada en la influencia social y el entrenamiento de habilidades.

				<ul style="list-style-type: none"> Las enfermeras de atención primaria tienen un papel importante pero los adolescentes apenas acuden a las consultas dificultando la identificación y prevención del consumo. Apenas existe prevención dirigida únicamente al cannabis dado que no se ve necesaria y, además, existe una baja inversión económica. En caso de dirigirse, la mayoría de los estudios se centran en el abuso.
Georgie J. MacArthur, Sean Harrison, Deborah M. Caldwell, Matthew Hickman & Rona Campbell. 2016. UK ⁽²⁴⁾ .	Revisión sistemática y metaanálisis.	Adolescentes de 11 – 12 años.	19 / 27	<ul style="list-style-type: none"> El consumo de drogas tiene múltiples consecuencias negativas. La educación entre pares es una de las estrategias de prevención más reseñables pero que no debería de utilizarse como única medida. Se basa en el intercambio de información, valores y comportamientos entre individuos con características similares. Deben participar otros profesionales como facilitadores o supervisores.
Melissa M. Norberg, Sarah Kezelman, Nicholas Lim-Howe. 2013. Australia ⁽²⁵⁾ .	Revisión sistemática.	Adolescentes .	17 / 27	<ul style="list-style-type: none"> La prevención primaria para el consumo de cannabis es fundamental. Los programas en los que participa el personal no docente, interactivos, basados en el desarrollo de habilidades psicosociales y los multimodales son los que tienen mayor efectividad. Apenas existen programas centrados únicamente en el cannabis, pues según ciertos autores los programas que engloban a las drogas en general sirven indirectamente para la prevención del cannabis.
Steven E. Lize, Aidyn L. Iachini, Weizhou Tang, Joshua Tucker, Kristen D. Seay, Stephanie Clone, Dana DeHart, and Teri Browne. 2018. South Carolina, EEUU ⁽²⁶⁾ .	Metaanálisis.	Adolescentes (12-14 años)	19 / 27	<ul style="list-style-type: none"> El consumo de cannabis está relacionado con problemas en la vida adulta por lo que la prevención temprana es necesaria. Los programas interactivos, que incluyen a los adolescentes y están centrados en el desarrollo de habilidades son más efectivos. En cuanto al personal implicado existe controversia, los docentes y sanitarios son las principales figuras. Existen pocos estudios centrados únicamente en el consumo de cannabis.

Carney T, Myers BJ, Louw J, Okwundu CI. 2016. EEUU and UK ⁽²⁷⁾ .	Revisión sistemática.	Adolescentes .	18 / 27	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante actuar tempranamente para reducir el consumo de sustancias, sus consecuencias y el desarrollo de conductas problemáticas. • Una de las estrategias de prevención son las Intervenciones Breves (IB) que pueden reducir la frecuencia de consumo de cannabis y el abuso a corto y medio plazo y la dependencia a largo plazo.
Noelia Vázquez, Laura Muñoz, Olga Juárez y Carles Ariza. 2018. España ⁽²⁸⁾ .	Revisión sistemática.	Adolescentes (16 – 21 años).	18 / 27	<ul style="list-style-type: none"> • Existen programas de prevención universal destinados a toda la población y de prevención selectiva destinada a los grupos de riesgo. Un uso combinado de ambas aumenta la efectividad de los programas. • Los grupos vulnerables precisan más de profesionales de salud especializados que el resto de la población al tener la formación necesaria. • En las intervenciones se recomienda la participación directa de los jóvenes y la familia. • Los programas, sobre todo selectivos, centrados en la promoción de actitudes, comportamientos y habilidades son más efectivos que los centrados en la afectividad.
Faggiano F, Minozzi S, Versino E, Buscemi D. 2014. USA ⁽²⁹⁾ .	Revisión sistemática.	Estudiantes adolescentes de 1º y 2º de la ESO (12-13 años).	20 / 27	<ul style="list-style-type: none"> • La escuela es el lugar más directo de llegar a los jóvenes y poder realizar actividades de prevención. • Existen diversos tipos de intervenciones que si se combinan entre ellas se obtiene una mayor efectividad: las basadas en el conocimiento y/o información, en la afectividad, en la competencia social, en roles de pares, en técnicas de rechazo o de resistencia, en el desarrollo de habilidades sociales e inter o intrapersonales... Sus objetivos se centran en aprender habilidades personales, sociales y cognitivas, mejorar la autoestima, afrontar el estrés y la ansiedad...

<p>Sandra Sousa Cifre. 2019. España ⁽³⁰⁾.</p>	<p>Revisión sistemática.</p>	<p>Adolescentes .</p>	<p>17 / 27</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de cannabis es un problema multifactorial. • La prevención evita la adquisición de hábitos dañinos a los que son vulnerables los adolescentes dado que elimina los factores de riesgo, refuerza los de protección y detecta precozmente el consumo. • La prevención más eficaz es la basada en la influencia social, realizada en las escuelas e impartida conjuntamente entre profesores y sanitarios. • Es importante implicar a la familia en los programas de prevención. • Existe controversia sobre el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs), aunque en muchos de los programas combinan la Educación para la Salud clásica con recursos tecnológicos. • Las entrevistas motivacionales solo son útiles si se realizan de forma individual.
<p>Pablo Sellers Asensio. 2013. España ⁽³¹⁾.</p>	<p>Revisión.</p>	<p>Adolescentes .</p>	<p>17 / 27</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para poder aplicar la prevención debemos conocer las causas que llevan a los adolescentes a consumir y proporcionarles información y las herramientas necesarias para aprender las habilidades de toma de decisiones. • Los programas deben de estar diseñados por un equipo multidisciplinar (personal sanitario, padres y profesores), y estar dirigidos para fomentar los factores de protección y reducir los de riesgo. • La eficacia de los programas depende del esfuerzo y eficiencia con que se impartan.