



ARTÍCULO ESPECIAL

Manejo del consumo de *cannabis* en población joven en Atención Primaria

Agustín Madoz-Gúrpide^{a,*} y Enriqueta Ochoa Mangado^b

^a Psiquiatra, CSM San Blas, Madrid, España

^b Psiquiatra, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 12 de febrero de 2010; aceptado el 5 de octubre de 2010

Disponible en Internet el 20 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Cannabis;
Epidemiología;
Desórdenes
relacionados con
sustancias;
Desórdenes mentales;
Edad de inicio

KEYWORDS

Cannabis;
Epidemiology;
Substance-related
disorders;
Mental disorders;
Age of onset

Resumen Los datos de prevalencia sitúan al consumo de *cannabis* en el primer lugar entre las drogas ilegales (tercero si se tiene en cuenta el tabaco y el alcohol). Dicho consumo supone un serio problema a nivel sanitario y social. Este trabajo repasa dichas complicaciones, especialmente en poblaciones jóvenes. Se señalan asimismo las vías para su correcto diagnóstico y orientación terapéutica desde Atención Primaria. Dicho dispositivo, por las características de los usuarios y de la sustancia, es el primer nivel de asistencia en la mayoría de los casos.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Managing the use of *cannabis* in a young population in Primary Care

Abstract *Cannabis* is currently the most frequently used illicit drug substance in developed societies, just behind legal alcohol and tobacco. In this article clinical implications concerning *cannabis* use, particularly in young people, are approached. It also points out ways to make a correct diagnosis in Primary Care, with special emphasis on prevention and treatment. This is the first level of care in most cases.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El *cannabis* es la primera de las drogas ilegales por su prevalencia de consumo en la población general y a nivel mundial. Del conjunto de drogas, legales e ilegales, ocupa el tercer

lugar tras el tabaco y el alcohol. Se estima que entre un 3,3 y un 4,4% de la población mundial de 15 a 64 años consumieron *cannabis* en 2007¹. Para Europa dicha estimación es del 6,8%², y los diferentes datos de prevalencia referidos a España la sitúan entre los países mundiales de mayor consumo de *cannabis* en sus diferentes parámetros² (tabla 1)¹⁻³.

Un dato especialmente preocupante es la juventud de la mayor parte de los consumidores de *cannabis*, que se concentra de manera principal entre la población de 15 a 34

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amagur@yahoo.com (A. Madoz-Gúrpide).

Tabla 1 Prevalencias del consumo de *cannabis* en población europea y española, por rangos de edad^{2,3}

	Población general 15-64 años		Población joven 15-34 años		Población de 15-24 años		Población escolar 14-18 años	
	Europa	España	Europa	España	Europa	España	Europa	España
Prevalencia vida	22,1%	27,2%	31,1%	38,6%	30,5%	ND	30%	35,2%
Prevalencia último año	6,8%	10,1%	12,5%	18,8%	15,9%	24,1%	17%	30,1%
Prevalencia último mes	3,6%	7,1%	6,8%	13,4%	8,3%	16,9%	9%	20,1%
Prevalencia consumo diario	1%	1,6%	2%-2,5%	ND	ND	ND	ND	3,2%

ND: datos no disponibles.

Fuentes de referencia:

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Anual 2009: El problema de la drogodependencia en Europa (Datos brutos del 2007).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008 (Datos brutos del 2008).

años, siendo máximo entre los 15 y 24 años^{2,3} (tabla 1). Los datos de prevalencia de consumo indican que alcanza su máximo a los 18 años (46,9% en el último año; casi un tercio en los últimos 30 días)^{2,3}.

En general se aprecia una tendencia al descenso en el consumo^{1,2} en los últimos años, si bien entre los jóvenes, algunas encuestas señalan una estabilización en la prevalencia del último mes, y en la de consumo diario³. El consumo de *cannabis* suele asociarse a experiencias y tiempos de ocio, siendo muy frecuente el policonsumo (tabaco y alcohol, pero también éxtasis, alucinógenos, cocaína...)²⁻⁴.

Consecuencias del consumo de *cannabis*

Pueden producirse diferentes síntomas clínicos, en función básicamente de la dosis y su contenido de Delta9-Tetrahydrocannabinol (THC), y de la vía de administración. Influye también la expectativa del sujeto, sus experiencias previas y su personalidad, así como el contexto donde se produce el consumo. El *cannabis* que se consume en España procede en su mayoría de Marruecos y no suele tener alta concentración de THC².

Tradicionalmente se ha considerado al *cannabis* como una droga blanda de escasas consecuencias médicas, y que no generaba dependencia. Hoy día, sin embargo, están demostradas severas implicaciones sanitarias y sociales relacionadas con su consumo (tabla 2).

Efectos físicos

Prácticamente todos los sistemas del organismo se ven afectados por el consumo de *cannabis*^{4,5} (tabla 2).

Efectos psíquicos

El *cannabis* produce tolerancia, abstinencia⁵ y dependencia⁶. La abstinencia es un cuadro más leve que el que provocan otras sustancias⁷, y previsiblemente se incorporará al futuro DSM-5. No todas las sustancias tienen igual capacidad de provocar dependencia, siendo el *cannabis* la sustancia menos adictógena de las ilegales. Se

estima, para la población general, una prevalencia-vida de la dependencia entre el 1,3 y 2,5%⁶. El número de usuarios que se convierten en dependientes es relativamente bajo⁵. El consumo intensivo, el inicio precoz, la aparición de síntomas en el primer consumo y el uso repetido⁸ son los mejores marcadores de riesgo para el desarrollo de la dependencia.

El consumo de *cannabis* duplica el riesgo de desarrollar psicosis⁹. El inicio temprano en el consumo y su uso intensivo incrementan dicho riesgo^{10,11}, al igual que la concentración de THC de la sustancia¹². También adelanta la edad de inicio de la esquizofrenia en las personas predisuestas¹³.

La afectación a nivel neuropsicológico⁴, que es más marcada en consumidores intensivos y en quienes se iniciaron más tempranamente en el consumo, condicionan el rendimiento del sujeto¹⁴ y es dudosa su irreversibilidad.

Probablemente este tipo de alteraciones (y/o el síndrome amotivacional)¹⁵ condicionen la disminución del rendimiento escolar, que es una de las complicaciones más importantes. Este descenso se asocia frecuentemente al absentismo en las escuelas e incluso al abandono del programa formativo¹⁵. Las consecuencias de estas conductas sobre la futura vida laboral (menor grado de formación alcanzado, mayor riesgo de paro, menores ingresos económicos) y social (insatisfacción con el mundo de las relaciones, mayor dependencia de la ayuda social) del sujeto son importantes. La edad de inicio en el consumo de *cannabis* se relaciona significativamente con el bajo rendimiento escolar y formativo, pudiendo explicar hasta un 17% de dicho fracaso¹⁶.

Sospecha diagnóstica y detección precoz

La detección precoz y la derivación a recursos adecuados es esencial. A la edad habitual de inicio en el consumo, el cerebro está todavía en fase de maduración y es especialmente sensible a la acción de tóxicos exógenos^{4,17}. Aunque el inicio temprano se relaciona con mayor psicopatología y deterioro neuropsicológico, y con un riesgo más elevado de desarrollar dependencia tanto de *cannabis* como de otras sustancias^{4,14}, no obstante, no todos los sujetos que se inician precozmente en el consumo de *cannabis* desarrollarán

Tabla 2 Efectos físicos, psíquicos y psicopatológicos del consumo de *cannabis*.

Efectos físicos⁴	
Aparato	
Oftalmológico	Enrojecimiento de las conjuntivas, dificultades de acomodación, disminución del reflejo pupilar, disminución de presión intraocular, etc.
Digestivo	Sequedad de boca, disminución del peristaltismo intestinal, disminución de vaciado gástrico, etc.
Cardiovascular	Taquicardia, hipertensión arterial, etc.
Respiratorio	Broncodilatación, etc.
Hormonal	Disminución de hormonas sexuales, etc.
Inmunológico	Alteraciones de la inmunidad
General	Efecto antiemético, aumento del apetito, relajación muscular, somnolencia, analgesia, etc.
Efectos psíquicos	
Consumo agudo	<i>Fase inicial:</i> estimulación, euforia, bienestar <i>Fase posterior:</i> sedación y somnolencia <i>Síntomas asociados:</i> risa fácil, verborrea, agudización de las percepciones, etc. <i>Síntomas neurocognitivos:</i> alteraciones de la concentración y de la coordinación motora, disminución del rendimiento psicomotor ^{4,5}
Tolerancia	Fenómeno subjetivo de necesidad de incremento de dosis para alcanzar ciertos efectos
Abstinencia	Disforia e irritabilidad, ansiedad, insomnio con pesadillas, temblor, hipertermia, y deseo intenso de consumo ⁵
Dependencia	Pérdida de control sobre el consumo aun a sabiendas de las nocivas consecuencias que genera al sujeto ⁴
Alteraciones psicopatológicas^{4,9}	
Ansiedad	Síntomas ansiosos con crisis de pánico
Depresión⁽⁵⁾	
Síndrome amotivacional ¹⁸	Anergia, abulia, con disminución del rendimiento
Psicosis	
Tr. Bipolar	Favorece las fases maníacas, las recaídas y la presencia de clínica psicótica ¹¹
Delirium	
Alt. personalidad	Modificación de hábitos, alteraciones conductuales, cambios de personalidad
Alt. Neuropsicológicas	Atención, memoria, velocidad psicomotora, y en alguna de las funciones ejecutivas ⁵

Elaboración propia basada en el Informe de la Comisión Clínica Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre el Cannabis II⁴.

dependencia, influyendo tanto la vulnerabilidad personal, como los factores de riesgo y protección^{7,18}.

Diagnóstico y clínica del consumo de *cannabis*

La mayor parte de la demanda que produce el consumo de *cannabis* en sujetos jóvenes va primero al médico de familia, y no necesariamente es el consumidor quien la realiza, sino la familia o el colegio. Es por tanto muy importante establecer una sospecha diagnóstica, basada en la clínica de presentación del cuadro.

Una forma frecuente de presentación son las alteraciones conductuales, junto con una pérdida de rendimiento escolar. Los padres suelen referir cambios de carácter, alteraciones del humor, irritabilidad e incluso agresividad. Puede haber también un cambio de hábitos, con pérdida de interés por sus aficiones, abandono o cambio de amigos, aislamiento de la familia... A la exploración suele encontrarse asociada clínica de apatía, depresión, insomnio, o la presencia de crisis de ansiedad inexplicables por otras causas.

Hay que sospechar también el consumo de *cannabis* en cualquier sujeto joven que se presente con clínica de

crisis de ansiedad y/o clínica depresiva en el que el componente de apatía, embotamiento o desmotivación sea llamativo.

Menos frecuentes pero más graves son los cuadros psicóticos. Se suelen presentar precedidos de un período largo de síntomas inespecíficos de apatía y síntomas delirantes que dan paso a un cuadro esquizofreniforme más desarrollado. Otras veces, el inicio es más brusco y con marcado cariz paranoide. En todo sujeto joven que presente clínica psicótica hay que descartar siempre el consumo de sustancias.

La intoxicación aguda se manifiesta por alucinaciones, confusión, ansiedad e inquietud, agitación o ideación delirante paranoide, y suele requerir atención urgente.

Algunos pacientes acuden refiriendo clínica de malestar, irritabilidad, inquietud, insomnio con pesadillas frecuentes, sensación de hipertermia y temblor, en el contexto de una abstinencia al *cannabis*.

Si el paciente demanda por *flashback* la primera hipótesis diagnóstica será el consumo de sustancias.

El diagnóstico clínico se puede apoyar con el uso de escalas breves, como *Cannabis Use Disorders Identification Test* (CUDIT), *Severity of Dependence Scale* (SDS) o el *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST)¹⁹.

El diagnóstico de consumo de la sustancia podría intentarse mediante análisis de sangre y orina (menos desarrolladas están las técnicas en sudor, saliva y pelo). No obstante la alta variabilidad en los niveles y su duración en el tiempo, en función de la frecuencia de consumo, la cantidad de grasa del individuo, la metabolización, etc., hacen de éstas, medidas poco fiables para el diagnóstico y seguimiento²⁰. Establecido el diagnóstico, es importante evaluar el papel de la familia y los factores psicosociales en el desarrollo del consumo y la dependencia.

Prevención

Para la prevención del consumo de *cannabis* se requiere de base y desde la infancia, un programa global continuado que implique estilos de vida sanos tanto en la familia como en la escuela y el entorno más próximo, así como un control de la oferta. El papel del médico de Atención Primaria cobra especial relevancia, dado que es el principal punto de entrada de la demanda. Una buena parte de su trabajo preventivo consistirá en la transmisión de información veraz de manera comprensible, el fomento de hábitos higiénicos y estilos de vida saludables, y en su participación como formadores. El objetivo de la psicoeducación será que el adolescente conozca de forma básica las consecuencias del consumo y que adquiera o recupere la percepción de riesgo, sin sentirse amenazado o juzgado.

Abordaje

La formación del médico debe incluir el manejo de herramientas de evaluación, y de la destreza para el desarrollo de programas de intervención motivacional breve, que por sus características se ajustan a las posibilidades del médico de familia. Suelen distinguirse dos subtipos de programas, los muy breves o de intervención mínima (que sólo dan información) y los breves propiamente dichos, que son los más apropiados para el manejo del consumo de *cannabis* en Atención Primaria. Son programas tanto preventivos como terapéuticos, de corta duración y de brevedad de seguimiento, que tienen un objetivo educativo, y de disminución, retraso e incluso abstinencia del consumo de *cannabis*. Se basan en los principios de la entrevista motivacional²¹, buscando la percepción por parte del sujeto de responsabilidad y autoeficacia²².

La motivación para el cambio no es un rasgo estable sino una disponibilidad o deseo de cambiar que fluctúa de un momento a otro. Los programas de intervención motivacional tienen como objetivo principal resolver esa ambivalencia ante el cambio, favoreciendo el mismo. No se trata de indicar al paciente lo que debe hacer sino facilitar que el paciente tome su propia decisión de cambio de sus hábitos y estilo de vida, mediante intervenciones específicas. Estas incluyen la identificación del problema, la información, el análisis de limitaciones y resistencias, el consejo y el pacto terapéutico, la provisión de estrategias adecuadas de afrontamiento, y un seguimiento breve pero estructurado (tabla 3). La actitud general del médico ha de ser de escucha y respeto ante las preocupaciones, opiniones y preferencias del paciente. Deben evitarse en todo caso conversaciones intrascendentes y de colegao, presiones o amenazas,

Tabla 3 Principios de la entrevista motivacional²¹

Principio	Expresar empatía
Objetivo/s	Dejar saber al usuario que realmente entiende lo que siente. Empatía Crear una atmósfera acogedora, no posesiva Aceptación positiva incondicional centrada en el paciente Crear una óptima distancia emocional
Habilidades	Escucha reflexiva Escucha activa Autenticidad Preguntas abiertas Aceptar la ambivalencia como algo normal, y validar su existencia sin tensión
Principio	Crear una discrepancia
Objetivo/s	Que el paciente encuentre una motivación para el cambio No imponérsela, debe surgir de él mismo
Habilidades	Estrategias emocionales Tomar conciencia de las consecuencias Valoración riesgo-beneficio
Principio	Evitar la discusión y dar un giro a las resistencias
Objetivo/s	La resistencia del paciente es una señal para el cambio de estrategia. Identificarlas
Habilidades	No enfadarse ante el no cambio No persistir en una estrategia que genera resistencia. Provocará el efecto contrario al deseado Sugerir alternativas Decisión equilibrada Reforzar al paciente y su capacidad para generar alternativas
Principio	Fomentar la autoeficacia
Objetivo/s	Reforzar la confianza de una persona en su propia capacidad para llevar a cabo una acción
Habilidades	Recordar logros pasados del paciente Ejemplificar con personas de su entorno que lo han logrado Informar sobre la abstinencia y su manejo Prevenir y trabajar sobre riesgo de recaída

juicios o críticas, intransigencia e intolerancia, intelectualización o interpretación exagerada, y autorrevelaciones.

Son intervenciones rentables, en especial en sujetos que aún tienen pocos problemas por el consumo, con niveles bajos de dependencia y una historia de uso de sustancias breve, con un entorno estable, y que presentan cierta ambivalencia ante el consumo²³, por lo que es interesante identificar la etapa del cambio en que se halla el paciente (tabla 4).

En ocasiones el abordaje desde Atención Primaria supone un programa de reducción de daños⁵. Se buscarán, al menos temporalmente, objetivos como la disminución

Tabla 4 Modelo transteórico del cambio según Prochaska y DiClemente²¹

Etapas del cambio	Características
Precontemplación	No se plantea el cambio
Contemplación	Se plantea el cambio pero no actúa
Disposición para la acción	Combinación de intención e intentos conductuales
Acción	Los cambios en actitudes y conductas son visibles
Mantenimiento	Cambios sostenidos en el tiempo. Autocontrol y normalización de conducta
Terminación o recaída	

Basada en Prochaska y DiClemente²¹.

de la cantidad consumida, minimización de los perjuicios a nivel escolar y familiar, en la conducción de vehículos, etc. También en este tipo de programas hay que fomentar que el sujeto desarrolle sus propias estrategias de identificación de situaciones de riesgo (emociones negativas, presión social, conflictos, etc.), control y afrontamiento.

Un aspecto importante es tratar de involucrar a la familia y trabajar con ella desde el inicio en el programa⁵. Se debe escuchar a los progenitores y ofrecerles un asesoramiento dirigido a desdramatizar y contextualizar el consumo. Se analizarán con ellos los cambios de conducta y los posibles factores facilitadores en el entorno cercano del adolescente. El asesoramiento a las familias y la intervención de éstas en el proceso ha de ser paulatino y continuado, pero respetando siempre el principio de que ha de surgir del adolescente la genuina motivación para el cambio de hábitos.

El médico de Atención Primaria debe considerar la derivación del sujeto a recursos especializados cuando claramente se haya desarrollado una dependencia, o haya aparecido una clínica psicopatológica grave, o un importante desajuste psicosocial no manejable.

No existe un tratamiento farmacológico específico para la desintoxicación de la dependencia de *cannabis*, siendo éste puramente sintomático^{4,5}, utilizándose durante 1-2 semanas benzodiazepinas a dosis bajas, gabapentina u otros fármacos que ayuden a controlar la ansiedad o las alteraciones del sueño que pueden aparecer.

La deshabituación se realiza a través de terapias individuales y/o de grupo, generalmente de corte cognitivo-conductual, y terapia emocional²⁴, sin olvidar la rehabilitación neuropsicológica cuando es precisa⁷. En los últimos años se está haciendo un esfuerzo importante, dadas las especiales características de estos usuarios, por establecer programas y recursos específicos para la dependencia de *cannabis*².

El manejo del consumo de *cannabis* en la adolescencia y el inicio de la juventud es una cuestión especialmente delicada desde un punto de vista ético y legal. La actual legislación obliga a informar a los padres de un menor de aquellas circunstancias en que esté en riesgo grave la salud del sujeto. Esto deja un margen para la ambivalencia en el consumo de sustancias. Probablemente sería obligado informar en aquellos casos en que aparecen síntomas graves

como la psicosis o el deterioro psicosocial severo. En cualquier caso, lo ideal es trabajar individualmente con el menor la conveniencia de involucrar a sus padres en el proceso terapéutico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2009. Slovakia: Naciones Unidas 2009.
2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Anual 2009: El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas 2009.
3. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social 2009.
4. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre el cannabis II. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social 2009.
5. Winstock AR, Ford C, Witton J. Assessment and management of cannabis use disorders in primary care. *BMJ*. 2010;340:c1571, doi:10.1136/bmj.c1571.c1571.
6. Blanco C, Ogburn E, Pérez de los Cobos J, Lujan J, Nunes EV, Grant B, et al. DSM-IV criteria-based clinical subtypes of cannabis use disorders: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend*. 2008;96:136–44.
7. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2007;32:113–9.
8. Perkonig A, Goodwin RD, Fiedler A, Behrendt S, Beesdo K, Lieb R, et al. The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*. 2008;103:439–49.
9. Leweke FM, Koethe D. Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addict Biol*. 2008;13:264–75.
10. Arias Horcajadas F. A review about cannabis use like as risk factor of schizophrenia. *Addiciones*. 2007;19:191–203.
11. van Rossum I, Boomsma M, Tenback D, Reed C, van Os J. Does cannabis use affect treatment outcome in bipolar disorder? A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197:35–40.
12. Di Forti M, Morgan C, Dazzan P, Pariante C, Mondelli V, Marques TR, et al. High-potency cannabis and the risk of psychosis. *Br J Psychiatry*. 2009;195:488–91.
13. Sugranyes G, Flamarique I, Parellada E, Baeza I, Goti J, Fernández-Egea E, et al. Cannabis use and age of diagnosis of schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2009;24:282–6.
14. Hall WD. Cannabis use and the mental health of young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:105–13.
15. Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*. 2000;95:1621–30.
16. Horwood LJ, Fergusson DM, Hayatbakhsh MR, Najman JM, Coffey C, Patton GC, et al. Cannabis use and educational achievement: Findings from three Australasian cohort studies. *Drug Alcohol Depend*. 2010;3:247–53 [Epub ahead of print].

17. Schneider M. Puberty as a highly vulnerable developmental period for the consequences of cannabis exposure. *Addict Biol.* 2008;13:253–63.
18. Lynskey MT, Heath AC, Nelson EC, Bucholz KK, Madden PA, Slutske WS, et al. Genetic and environmental contributions to cannabis dependence in a national young adult twin sample. *Psychol Med.* 2002;32:195–207.
19. Piontek D, Kraus L, Klempova D. Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2008;3:25.
20. Standridge JB, Adams SM, Zotos AP. Urine drug screening: a valuable office procedure. *Am Fam Physician.* 2010;81:635–40.
21. Miller WR, Rollnick S. *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas.* 10 ed Barcelona: Paidós Iberica; 2003.
22. McCambridge J, Strang J, Platts S, Witton J. Cannabis use and the GP: brief motivational intervention increases clinical enquiry by GPs in a pilot study. *Br J Gen Pract.* 2003;53:637–9.
23. Haller DM, Meynard A, Lefebvre D, Tylee A, Narring F, Broers B. Brief intervention addressing excessive cannabis use in young people consulting their GP: a pilot study. *Br J Gen Pract.* 2009;59:166–72.
24. Denis C, Lavie E, Fatséas M, Auriacombe M. Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;3:CD005336.