



RESUMEN FINAL PROYECTO INVESTIGACIÓN

EXPEDIENTE: 2019I010

TÍTULO DEL PROYECTO: Evaluación de una herramienta E-Salud para la reducción del consumo de cannabis

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marta Torrens Mèlich

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (nombre y apellidos del resto del equipo de investigación):

Juan Ignacio Mestre Pintó

Francina Fonseca Casals

ENTIDAD BENEFICIARIA Y CENTRO DE INVESTIGACIÓN:

Entidad: FUNDACIÓ INSTITUT MAR D'INVESTIGACIONS MÈDIQUES

Centro: IMIM - Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques

RESUMEN (1) (2):

De acuerdo con los últimos informes del OEDA-18-22 (1), existe un repunte en el consumo de cannabis en la población española, hay una mayor disponibilidad con una concentración superior de THC y existe una menor percepción de riesgo derivado de su consumo, sobre todo en jóvenes adultos. Actualmente los jóvenes están muy familiarizados con la utilización de las nuevas tecnologías en casi todos los ámbitos de la vida. Son el grupo de edad más predispuesto a aceptar y beneficiarse del uso de las nuevas tecnologías para la realización de intervenciones terapéuticas. Dos metaanálisis (2,3) han demostrado la eficacia de las intervenciones computarizadas (IC) online en la disminución del consumo de cannabis. Sin embargo, estas intervenciones tienen una baja tasa de adherencia y seguimiento. Las estrategias adoptadas para mejorar estos datos son crear una aplicación para dispositivos móviles (intervenciones rentables, más accesibles y de baja intensidad) para aquellos que no pueden/quieren recibir tratamiento estándar y dotar a la intervención de apoyo psicológico.

La intervención CANreduce (4) se tradujo del alemán al español y se adaptó culturalmente a las necesidades de los consumidores de cannabis en España. Se realizó un proyecto piloto (N=20) para evaluar el contenido (traducción y adaptación cultural correcta) y la forma de la aplicación (interfaz y material) y tener una valoración sobre su uso en diferentes dispositivos (tablets, PC's, móviles...). También se pidió la opinión a psicólogos clínicos e investigadores con experiencia en el campo de las IC.

Debido a la pandemia COVID-19 se tuvo que modificar el protocolo para realizar un reclutamiento online.



El ensayo clínico aleatorizado (NCT04517474) tuvo 3 grupos del estudio:

a. 202 participantes recibieron la intervención CANreduce con apoyo psicológico
b. 204 participantes recibieron la intervención CANreduce sin apoyo psicológico
c. 195 participantes formaron el grupo control (contacto del centro de tratamiento de su área)
Todos los participantes (N=601) tuvieron acceso a información sobre la propia aplicación (uso), sobre el cannabis (historia, usos, problemática...), sobre reducción de daños, sobre tratamientos públicos. Se les enviaron los instrumentos de evaluación a las 6 semanas, 3 y 6 meses. Los participantes asignados a los 2 grupos de intervención además tuvieron acceso al diario de consumo de cannabis (5) y a la intervención CANreduce que consta de ocho módulos dirigidos por una terapeuta virtual diseñados para reducir el consumo de cannabis basados en los principios de la entrevista motivacional, las prácticas de autocontrol y los métodos de la terapia cognitivo conductual.

Los participantes del grupo intervención con apoyo psicológico (N=202) además tuvieron la posibilidad de contacto por correo electrónico para obtener una intervención más personalizada basada en los mismos principios terapéuticos mostrados en la aplicación.

Se están llevando a cabo los últimos seguimientos de los participantes. Las medidas de resultado principales serán la frecuencia (días a la semana) y la cantidad de consumo de cannabis (número de porros por semana). Las medidas de resultado secundarias serán los síntomas auto-informados sobre la gravedad de la dependencia del cannabis, consumo de alcohol y síntomas de salud mental.

ABSTRACT (English):

According to the latest reports from OEDA-18-22 (1), there is an increase in cannabis consumption among the Spanish population, with a higher availability of cannabis with a higher concentration of THC, and a lower perception of the risks associated with its use, especially among young adults. Currently, young people are very familiar with the use of new technologies in almost all areas of life. They are the age group most inclined to accept and benefit from the use of new technologies for therapeutic interventions. Two meta-analyses (2,3) have demonstrated the effectiveness of online computerized interventions (CI) in reducing cannabis consumption. However, these interventions have a low adherence and follow-up rate. Strategies adopted to improve these data include creating a mobile application (cost-effective, more accessible, and low-intensity interventions) for those who cannot or do not want to receive standard treatment, and providing psychological support as part of the intervention.

The CANreduce intervention (4) was translated from German to Spanish and culturally adapted to the needs of cannabis consumers in Spain. A pilot project (N=20) was conducted to assess the content (translation and cultural adaptation correctness) and the format of the application (interface and materials) and to gather feedback on its use on different devices (tablets, PCs, mobile phones, etc.). Opinions were also sought from clinical psychologists and researchers with experience in the field of CI.

Due to the COVID-19 pandemic, the protocol had to be modified to enable online recruitment.

The randomized clinical trial (NCT04517474) included three study groups:

- a. 202 participants received the CANreduce intervention with psychological support.
- b. 204 participants received the CANreduce intervention without psychological support.
- c. 195 participants formed the control group (contact with the treatment center in their area).

All participants (N=601) had access to information about the application itself (its use), cannabis (history, uses, issues), harm reduction, and public treatments. The evaluation instruments were sent to them at 6 weeks, 3 months, and 6 months. Participants assigned to the two intervention



groups also had access to a cannabis consumption diary (5) and the CANreduce intervention, which consists of eight modules guided by a virtual therapist designed to reduce cannabis consumption based on motivational interviewing principles, self-control practices, and cognitive-behavioral therapy methods.

Participants in the intervention group with psychological support (N=202) also had the possibility of contact via email to obtain a more personalized intervention based on the same therapeutic principles shown in the application.

The final follow-ups of the participants are currently underway. The primary outcome measures will be the frequency (days per week) and quantity of cannabis consumption (number of joints per week). The secondary outcome measures will include self-reported symptoms of cannabis dependence severity, alcohol consumption, and mental health symptoms.

PALABRAS CLAVE (3):

cannabis; intervención basada en la web; reducción de daños

KEY WORDS (English):

cannabis; Web-based Intervention, harm reduction

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO Y OBJETIVOS:

De acuerdo con los últimos informes del OEDA-18-22 (1), existe un repunte en el consumo de cannabis en la población española, hay una mayor disponibilidad de la sustancia con una concentración de THC superior y existe una menor percepción de riesgo derivado de su consumo, sobre todo en jóvenes adultos, sin que haya un aumento proporcional de la demanda de tratamiento en los centros asistenciales. Todo ello hace patente la necesidad de estrategias de intervención innovadoras para reducir su consumo. Actualmente los jóvenes están muy familiarizados con la utilización de las nuevas tecnologías en casi todos los ámbitos de la vida. Son el grupo de edad más predispuesto a aceptar y beneficiarse del uso de las nuevas tecnologías para la realización de intervenciones terapéuticas. Dos meta-análisis recientes (2,3) han demostrado la eficacia de las intervenciones computarizadas (IC) online en la disminución del consumo de cannabis. Sin embargo, las intervenciones online tienen una baja tasa de adherencia y de seguimiento. Existen diferentes estrategias para intentar mejorar estos datos: 1) crear una aplicación para dispositivos móviles (teléfonos y tabletas) que están mostrando su potencial como proveedoras de intervenciones rentables, más accesibles y de baja intensidad para aquellos que no pueden/quieren recibir tratamiento estándar y 2) dotar a la IC de apoyo psicológico, se debe crear un ente "humano" como hilo conductor de la intervención.

Objetivo general

Evaluar la eficacia de las dos versiones de la intervención CANreduce (con y sin apoyo psicológico) integradas en la aplicación reduCANapp en la disminución del consumo de cannabis en consumidores problemáticos.

Objetivos específicos:

1- Creación de la aplicación:

a. Traducción, retro-traducción y adaptación cultural de la interfaz de usuario del web

<https://www.canreduce.at/>

b. Traducción, retro-traducción y adaptación cultural de la intervención CANreduce

c. Implementación de la aplicación para dispositivos móviles CANreduce 1.0

(<https://www.canreduce.es/>) con las 3 versiones de la intervención CANreduce integradas.

d. Evaluar la usabilidad y contenido de la aplicación CANreduce 1.0 (Grupo focal)

2-Evaluación de la eficacia de la intervención en la aplicación

a. Evaluar la eficacia de la intervención CANreduce con apoyo psicológico



b. Evaluar la eficacia de la intervención CANreduce sin apoyo psicológico

Hipótesis:

Los consumidores problemáticos de cannabis que recibirán la intervención “CANreduce con apoyo psicológico” presentarán una mayor reducción del consumo de cannabis que los que recibirán la intervención “CANreduce sin apoyo psicológico” y que el grupo control, al finalizar la intervención y a los 3 y a los 6 meses de seguimiento.

METODOLOGÍA Y DESARROLLO DEL PROYECTO. ANALISIS ESTADÍSTICO:

1- Diseño del estudio (2 etapas):

- Creación de una aplicación para dispositivos móviles con la versión en castellano de la intervención online CANreduce para la reducción del consumo de cannabis
- Ensayo Clínico Aleatorizado de 3 grupos.

2- Tamaño de la muestra:

- Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 72 sujetos en cada grupo para detectar una diferencia mínima de 0.85 entre dos grupos, asumiendo que existen 3 grupos y una desviación estándar de 1.4. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

Dada la excepcional situación originada por la pandemia por el COVID-19 experimentamos un aumento inesperado de pérdidas de seguimiento por lo que nos vimos obligados a modificar el cálculo del tamaño de la muestra a 190 sujetos por grupo.

3- Reclutamiento:

- El reclutamiento tuvo lugar entre mayo de 2020 y abril de 2023, para conseguir la inclusión del tamaño muestra necesario. La muestra final fue de N=601 sujetos, asignados de manera aleatorizada a los 3 brazos del estudio.

La situación creada por la pandemia de la COVID-19 nos obligó a llevar a cabo un cambio en la estrategia de difusión y realizar una serie de anuncios en internet a través de Google Ads. A tal efecto se solicitó aval del Comité ético de la institución y se presentaron los cambios necesarios al PNSD en las memorias de seguimiento.

4- Registro y consentimiento

- Los participantes se registraron a través de la aplicación reduCANapp (www.canreduce.es) proporcionando un mínimo de información personal, incluyendo el correo electrónico, teléfono móvil (únicamente para contactar en caso que no se hubieran completado los cuestionarios de seguimiento) y los datos sociodemográficos básicos (edad, sexo y nivel de educación).
- Antes del registro, cada participante fue informado debidamente acerca del estudio.

5- Randomización

- Una vez que los participantes completaron su evaluación inicial, fueron asignados aleatoriamente mediante un algoritmo informático a través de la propia página web en una proporción de 1:1:1 a uno de los 3 grupos, y esta asignación se registró automáticamente en la base de datos:

a. 202 participantes recibieron la intervención CANreduce con apoyo psicológico

b. 204 participantes recibieron la intervención CANreduce sin apoyo psicológico y

c. 195 participantes formaron el grupo control (contacto del centro de tratamiento de su área)

6- La intervención:

- La intervención (CANreduce) se tradujo del alemán al español y se adaptó culturalmente a las necesidades de los consumidores de cannabis en España. La versión existente en la página web canreduce.at, desarrollada por el Dr. Schaub (4) del Instituto Suizo de Investigación para la Salud



Pública y las Adicciones fue certificada como segura por la Unión Europea y considerada un dispositivo médico en virtud de las directrices 93/42/EWG y 2007/47/EWG de la Unión Europea. Antes del ECA completo, se realizó un proyecto piloto (N=20) para garantizar una traducción y adaptación cultural correcta del contenido original de la intervención y para asegurar que la aplicación reduCANapp se presentase de manera útil y atractiva para los jóvenes adultos en España en la página web conectándose desde dispositivos móviles y de sobremesa (tablets, PC's, teléfonos inteligentes, etc). Se pidió la opinión a expertos (psicólogos clínicos, investigadores con experiencia en la creación y evaluación de intervenciones similares) y a participantes, tanto sobre el contenido y forma de la aplicación (interfaz y material) sobre la utilidad de la intervención (valoración sobre su uso y experiencia). Los usuarios que participaron en los grupos focales recibieron un cheque regalo para compras on-line con un valor de 30€.

7-La aplicación:

La web de la aplicación reduCANapp se gestionó a través de un servidor seguro y bajo los estándares oficiales de la comunidad europea sobre protección de datos (ver punto 10- Aspectos éticos), toda la información del estudio. Como herramienta única del ECA, proporcionó toda la información del estudio a los participantes, gestionó el alta y baja de usuarios (con comprobación de dirección de correos electrónicos), registró y envió la firma digital de los consentimientos informados, gestionó el envío de vales regalo y se adoptó a la randomización de los participantes para mostrar las pantallas exclusivas de cada brazo del ECA y las pantallas comunes.

A través de la página web de la aplicación reduCANapp todos los participantes tuvieron acceso a:

- 1- información sobre la propia aplicación (uso)
- 2- información sobre el cannabis (historia, usos, problemática...)
- 3- información sobre reducción de daños
- 4- información de contacto de centros de asistencia ambulatorios y de urgencias
- 5- instrumentos de evaluación a las 6 semanas, 3 y 6 meses (disponibles en tiempo y forma adecuados)

Los participantes asignados a los 2 grupos de intervención además tuvieron acceso a:

- 6- el diario de consumo de cannabis (días y número de porros estándar (5))

7- intervención CANreduce:

a. Ocho módulos diseñados para reducir el consumo de cannabis basados en los principios de la entrevista motivacional, las prácticas de autocontrol y los métodos de la terapia cognitivo conductual. Módulos de la intervención CANreduce (4):

Módulo 1: Introducción

Módulo 2: Identificación de situaciones de riesgo

Módulo 3: Trabajar sobre las necesidades

Módulo 4: Concepto de craving

Módulo 5: Lidiando con las recaídas

Módulo 6: Trabajar sobre los problemas

Módulo 7: Decir "no"; habilidades asertivas

Módulo 8: Preservar los logros

b. Los participantes pudieron estudiar todos los módulos a su propio ritmo y en el orden que desearon, aunque se aconsejó un orden específico.

Los participantes del grupo intervención con apoyo psicológico además tuvieron:

8- la posibilidad de contacto por correo electrónico para obtener una intervención más personalizada basada en los mismos principios terapéuticos mostrados en la aplicación (terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional). Los correos electrónicos se respondieron por terapeutas capacitados abordando los problemas planteados por los participantes.

8-Variables

Los participantes asignados a las intervenciones experimentales recibieron notificaciones



automáticas por correo electrónico para iniciar sesión e ingresar la cantidad y frecuencia de consumo de cannabis en su diario de consumo cada semana. El grupo control completó esta información en las evaluaciones a las 6 semanas y en los seguimientos a 3 y 6 meses.

- Las evaluaciones y seguimientos se debían completar a término, se enviaban recordatorios por correo electrónico. Si las evaluaciones no se completan en 2 días, el mismo recordatorio se enviaba dos veces más, con 2 días de diferencia. Si estos recordatorios no obtenían respuesta, los participantes podían ser contactados por teléfono en el plazo de una semana después de que se hubiera enviado el tercer correo electrónico y se les ofrecía una entrevista por teléfono con los colaboradores del estudio para completar los instrumentos de seguimiento y de consumo. En caso de que los participantes se negaran, se les pedía que respondan preguntas sobre las medidas de resultado primarias solamente o, en caso de que se negaran, que proporcionaran una razón para negarse, que luego se documentó.
- Para recompensar su participación, al completar la intervención y al seguimiento a los 3 y a los 6 meses los participantes recibieron un cheque regalo para compras on-line con un valor de 15€. No es infrecuente que los participantes de las intervenciones basadas en la Web tomen descansos, pero aun así completen la intervención más tarde. Por lo tanto, no hay criterios de abandono relacionados con la inactividad. El único criterio de abandono es la retirada activa del estudio por parte del participante, en cuyo caso sólo se analizarán los datos ya recogidos.
- El ECA se registró el 18/08/2020 en ClinicalTrials.gov. número: NCT04517474

9- Plan de análisis (en curso, en Octubre de 2023 finalizarán los seguimientos de los últimos voluntarios):

- Las medidas de resultado principales serán la frecuencia de consumo de cannabis (número de días en la última semana) y la cantidad de consumo de cannabis (número estandarizado de porros por semana).
- Las medidas de resultado secundarias serán los síntomas auto-informados de: trastorno por consumo de cannabis, gravedad de la dependencia del cannabis, consumo de alcohol y síntomas de salud mental.
- Los datos de adherencia se extraerán automáticamente de la aplicación registrando el uso de cada participante y el % de información reportada vs requerida (datos de consumo, respuesta a los cuestionarios...).

PRINCIPALES RESULTADOS:

Resultados preliminares

Se adjunta archivo con los resultados basales de los 3 grupos del ECA. (Anexo 1)

Todos los análisis estadísticos se realizarán sobre la base de la intención de tratar y serán verificados mediante análisis de casos completos. Los procedimientos de imputación se elegirán en función de los patrones de datos perdidos "missings" (por ejemplo, utilizando la función de imputación múltiple MICE en el paquete de software estadístico R y entre 20 y 40 conjuntos de datos imputados, dependiendo de la cantidad de datos faltantes, de acuerdo con las sugerencias hechas por Graham (6)). Además, se realizará un análisis de abandono del estudio comparando a los participantes que completaron la encuesta de seguimiento con aquellos que no lo hicieron. Se determinará el valor de d de Cohen, con el umbral de significancia para todos los análisis definido como $\alpha = .05$. El resultado principal—el número de días de consumo de cannabis durante los 7 días anteriores, estimado utilizando el método Time-Line-Follow-Back—se analizará mediante modelos de regresión lineal con las características de la línea de base y la asignación de grupo como predictores. Los resultados secundarios se analizarán en consecuencia.

DISCUSIÓN:

Este estudio probará cuán efectiva es la versión en español de CANreduce 2.0 (CANreduce-SP)



para reducir tanto la frecuencia como la cantidad de uso de cannabis en usuarios problemáticos y si agregar apoyo psicológico activo aumenta su efectividad.

APLICABILIDAD E IMPACTO SOCIO-SANITARIO DEL PROYECTO:

El cambio en la estrategia de reclutamiento debido al impacto de la COVID-19 nos ha permitido, entre otras cosas, constatar la necesidad de ofrecer estas herramientas en línea. En los 26 meses de reclutamiento el anuncio apareció 174.000 veces, 16.000 personas siguieron el enlace y, finalmente, 1011 quisieron acceder al estudio completando los cuestionarios basales. Estos datos indican la necesidad de dar respuesta a aquellos que buscan ayuda en aplicaciones en línea para la reducción y/o el cese del consumo de Cannabis. Cabe destacar que de los 1011, 410 cumplieron alguno de los criterios de exclusión (consumo excesivo y/o algún indicador de severidad grave en consumo de otras sustancias u otro trastorno mental o pensamiento suicida) y fueron dirigidos a centros asistenciales cercanos a su domicilio.

En estos meses, también hemos registrado el interés en la práctica clínica especializada (centros de atención a las adicciones) y los centros de primaria para tener acceso y ofrecer la herramienta CANreduce como apoyo y seguimiento de los tratamientos habituales.

Dado el éxito de la aplicación, en cuanto dispongamos de los resultados finales, se buscará financiación para ofrecer la herramienta CANreduce en línea a la población general además de los centros de tratamiento.

SÍNTESIS DE LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES QUE APORTA EL ESTUDIO:

Evaluación de la versión en español de CANreduce 2.0 (CANreduce-SP) para reducir tanto la frecuencia como la cantidad de uso de cannabis en usuarios problemáticos y si agregar apoyo psicológico activo aumenta su efectividad.

Existe un interés y una elevada demanda de este tipo de instrumentos en la población española: 174000 anuncios en 26 meses da una media de más de 200 anuncios al día dirigidos a personas que buscan tratamientos online en España.

ENLACES O REFERENCIAS PARA AMPLIAR INFORMACIÓN ACERCA DEL PROYECTO (en su caso):
www.canreduce.es

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS GENERADAS (4) (SI NO LO HA HECHO, LE ROGAMOS ENVÍE JUNTO CON ESTA FICHA **COPIA DE CADA UNO DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS**)

Mestre-Pintó JI, Fonseca F, Schaub MP, Baumgartner C, Alias-Ferri M, Torrens M. CANreduce-SP-adding psychological support to web-based adherence-focused guided self-help for cannabis users: study protocol for a three-arm randomized control trial. *Trials*. 2022 Jun 22;23(1):524. doi: 10.1186/s13063-022-06399-2. PMID: 35733201; PMCID: PMC9214682.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS (CONGRESOS, JORNADAS Y ACTIVIDADES DE DISEMINACIÓN CIENTÍFICA Y TÉCNICA):

J.I. Mestre-Pintó 5th International Congress, L Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Granada (23-25/03/2023). Título de la presentación: "CANReduce: Evaluación de una herramienta online para la reducción del consumo de Cannabis" Presentación oral en sección estructurada "The Spanish Network on Research on Primary Attention on Addiction (RIAPAd): RIAPAd, nuevos retos en la investigación traslacional en adicciones

L. Miquel y D. Folch. XLIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Tenerife, 2022. Título de la presentación "E-health en adicciones"

PATENTES Y MODELOS DE UTILIDAD (en su caso):

Valoramos la oportunidad de exportar este proyecto a otros países de habla hispana realizando estudios de validación transcultural.



BIBLIOGRAFÍA (4):

1. Observatorio Español sobre Drogas y las Adicciones [OEDA] (2018). ESTUDES 2016-2017 Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (avance on-line). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_2017_ESTUDES.pdf.
2. Olmos A, Tirado-Muñoz J, Farré M, Torrens M. The efficacy of computerized interventions to reduce cannabis use: A systematic review and meta-analysis. *Addict Behav.* 2018 Apr;79:52-60. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.11.045. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29248863.
3. Boumparis N, Loheide-Niesmann L, Blankers M, Ebert DD, Korf D, Schaub MP, Spijkerman R, Tait RJ, Riper H. Short- and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2019 Jul 1;200:82-94. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.03.016. Epub 2019 May 14. PMID: 31112834.
4. Baumgartner C, Schaub MP, Wenger A, Malischinig D, Augsburg M, Walter M, Berger T, Stark L, Ebert DD, Keough MT, Haug S. CANreduce 2.0 Adherence-Focused Guidance for Internet Self-Help Among Cannabis Users: Three-Arm Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2021 Apr 30;23(4):e27463. doi: 10.2196/27463. PMID: 33929333; PMCID: PMC8122293.
5. Casajuana C, López-Pelayo H, Mercedes Balcells M, Miquel L, Teixidó L, Colom J, Gual A. Working on a Standard Joint Unit: A pilot test. *Adicciones.* 2017 Sep 29;29(4):227-232. English, Spanish. doi: 10.20882/adicciones.721. PMID: 27749977.
6. Graham JW, Olchowski AE, Gilreath TD. How many imputations are really needed? Some practical clarifications of multiple imputation theory. *Prev Sci.* 2007;8:206-213. doi: 10.1007/s11121-007-0070-9.

COFINANCIACIÓN (APARTE DE LA DELGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS), en su caso:

Para la adaptación de la herramienta al ámbito asistencial se incluyó la herramienta como WP 10 de la RIAPAd: Instituto de salud Carlos III (RICORS)
Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAd) RD21/0009/0001
European Union NextGeneration, Mecanismo para la recuperación y la resiliencia (MRR)
01/01/2022

AGRADECIMIENTOS:

CONTACTO (dirección de correo electrónico para consultas al equipo de investigación):
jmestre@imim.es mtorrens@imim.es

NOTAS:

(1): Este resumen está dirigido a dar a conocer los aspectos sustanciales de los proyectos financiados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas tanto a la población general como a profesionales, a través de su publicación en la página web del Ministerio de Sanidad. Procure ser conciso en las exposiciones. Incluya las gráficas y tablas que considere oportunas. En el caso de precisar otro tipo de información (audiovisuales, archivos de datos, etc.), consulte con el órgano instructor para valorar procedimiento de difusión.



MINISTERIO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS

(2): Máximo 500 palabras.

(3): Utilice como fuente el Medical Subjects Headings, MeSH, del Index Medicus.

(4) Se recomienda seguir los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas conforme a las normas de la US National Library of Medicine (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7250/>)