



ULL

Universidad de La Laguna



INFLUENCIA DEL CANNABIS EN EL DESARROLLO DE LA ESQUIZOFRENIA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Alumna: Irene Pérez Mesa

Tutorizado por: Profesora Dra. M^a CARMEN ARROYO LÓPEZ.

4º Curso. Grado de Enfermería 2017-2018.

La Laguna, 25 de Mayo de 2018

RESUMEN

El cannabis es la droga ilegal más traficada, cultivada y consumida en el mundo. Tras diversos estudios se ha llegado a la conclusión de que puede ser un factor de riesgo causal a la hora de desarrollarse algún tipo de trastorno mental como puede ser la esquizofrenia ya que es la sustancia que se usa con mayor frecuencia entre estos pacientes.

En el presente estudio se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar la prevalencia de personas que sufren esquizofrenia y a la vez son consumidoras de cannabis, conocer los efectos nocivos del consumo de cannabis sobre la salud mental, y por último, determinar las razones para el consumo en los pacientes del centro de salud de Tacoronte y periféricos. En el estudio participaron 106 pacientes con esquizofrenia los cuales han sido evaluados mediante la escala del síndrome positivo y negativo (PANSS) que se encuentra en el cuestionario de detección de tóxicos de la OMS.

Para ello se llevará a cabo una revisión de la literatura, en la que se recogerán y se analizarán artículos de carácter científico, publicados en revistas, periódicos... que tratarán el área de conocimiento y de interés para esta revisión.

En otros estudios, se ha encontrado una clara asociación entre el abuso de cannabis y los síntomas psicóticos.

Teniendo en cuenta que la demanda de tratamiento mundial relacionado con trastornos por abuso de cannabis sigue en aumento, y dado que el riesgo percibido por los jóvenes es cada vez menor, se hace necesaria la creación de estrategias dirigidas a la prevención del consumo de drogas para la población en general. En esta línea, el papel de la enfermera tiene una importante función en los niveles de prevención, detección del consumo problemático y su tratamiento.

En la bibliografía revisada, no se encontraron asociaciones significativas. Sin embargo, hemos observado que en las mujeres el consumo de sustancias es cada vez más temprano y que el sexo masculino y la baja adherencia a la medicación han sido las únicas características que diferenciaron al grupo de pacientes con un diagnóstico comórbido.

Esta relación entre el cannabis y la esquizofrenia continúa en debate y hay una necesidad urgente de estudios que examinen los factores biológicos que intervienen.

Palabras clave: Esquizofrenia, Cannabis, abuso de sustancias, diagnóstico dual.

ABSTRACT

Cannabis is the most cultivated, trafficked and consumed illegal drug in the world. After several studies it has been concluded that it can be a causal risk factor when developing some type of mental disorder such as schizophrenia since it is the substance that is used most frequently among these patients.

In the present study, a bibliographic review was carried out with the objective of analyzing the prevalence of people suffering from schizophrenia and at the same time being cannabis users, knowing the harmful effects of cannabis use on mental health, and finally, determining the reasons for consumption in patients of the health center of Tacoronte and peripherals. The study involved 106 patients with schizophrenia who have been evaluated using the WHO toxicity questionnaire, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).

To this end, a review of the literature will be carried out, in which scientific articles will be collected and analyzed, published in journals, newspapers ... which will deal with the area of knowledge and of interest for this review.

In other studies, a clear association has been found between cannabis abuse and psychotic symptoms.

Bearing in mind that the demand for global treatment related to cannabis abuse disorders continues to increase, and given that the perceived risk for young people is increasingly lower, it is necessary to create strategies aimed at preventing drug use for the population in general. In this line, the role of the nurse plays an important role in the levels of prevention, detection of problematic use and treatment.

In the reviewed bibliography, no significant associations were found. However, we observed that in women the consumption of substances is getting earlier and that the male sex and low adherence to medication have been the only characteristics that differentiated the group of patients with a comorbid diagnosis.

This relationship between cannabis and schizophrenia is still under debate and there is an urgent need for studies to examine the biological factors involved.

Key words: Schizophrenia, Cannabis, substance abuse, dual diagnosis.

ÍNDICE

1. Introducción.....	
2. Marco teórico.....	
2.1 Población afectada.....	
2.2 La esquizofrenia.....	
2.3 Patología dual o comorbilidad.....	
2.4 Tratamiento de la patología dual.....	
2.5 Estudios previos sobre la esquizofrenia y el cannabis.....	
2.6 Cannabis y esquizofrenia ¿causa o solución?	
3. Planteamiento del problema de investigación: hipótesis.....	
4. Justificación de la investigación.....	
5. Limitaciones.....	
6. Objetivos.....	
6.1 Objetivo general.....	
6.2 Objetivos específicos.....	
7. Metodología.....	
7.1 Nivel y diseño de estudio.....	
7.2 Población y muestra.....	
7.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	
7.4 Técnicas de Procesamiento y análisis de datos.....	
7.5 Consideraciones éticas.....	
7.6 Criterios de inclusión y exclusión.....	
8. Recursos para la investigación.....	
9. Cronograma de actividades.....	
10. Beneficios del proyecto, difusión y explotación de los resultados.....	
11. Financiación pública o privada para la realización del trabajo.....	
12. Recursos necesarios. Presupuesto.....	
13. Bibliografía referenciada.....	
14. Anexos.....	
Anexo I: Consentimiento informado.....	
Anexo II: Cuestionario.....	
Anexo III: Solicitud de autorización para llevar a cabo el proyecto a la Gerencia de Atención Primaria	

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que, afecta a cerca del 1% de la población en algún momento de su vida (Carlson, 2002, p.664) o, según apunta Obiols & Obiols (1989). Se ha comprobado que el trastorno psiquiátrico que con más frecuencia requiere hospitalización ya que según los datos supone el 40%.

La Organización Mundial de la Salud 2016, (OMS), esclarece que *“los trastornos mentales se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás”*. Además, la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades que genera más discapacidad para personas con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años. (1)

Algunas de las experiencias más comunes en este tipo de psicosis son:

- Alucinaciones:** suelen oír, ver o incluso percibir algo que no existe.
- **Delirios:** ideas erróneas persistentes donde el paciente está firmemente convencido incluso habiendo pruebas de lo contrario.
- Conducta extravagante:** presentan una conducta desorganizada que puede manifestarse como abandono del aseo personal o aspecto desaliñado, risas para sí mismo, murmuraciones...
- Alteraciones de las emociones:** notable desconexión entre la emoción expresada y sus manifestaciones objetivas, así como la expresión facial o el lenguaje corporal.

No existe una sola causa que lleve a la esquizofrenia, sino que se considera una enfermedad causada por la interacción de factores tanto de riesgo genético como ambientales, que han de ser considerados en conjunto, ya que ninguno de ellos actúa de forma aislada.

“En España, alrededor de un millón de personas tienen una enfermedad mental grave. Sin embargo, estas enfermedades siguen siendo, significativa y socialmente, poco conocidas. Demasiada gente cree que la enfermedad mental es una ‘debilidad’ o una ‘culpa’ de la persona y no se reconoce como una enfermedad más, lo que verdaderamente es”. (FEAFES, 2008, pp. 1.)

Su proporción es bastante similar entre hombres (12 millones) y mujeres (9 millones), aunque es ligeramente superior en varones. En las mujeres aparece de forma más tardía y es probable que se deba a la disminución de la secreción de estrógenos en la menopausia, ya que esta hormona sexual femenina tiene un ligero efecto protector contra la esquizofrenia por esto las mujeres suelen tener mejor pronóstico, ya que existe un mejor ajuste promórbido tanto a nivel social como laboral. (1)

Entre los factores ambientales nombrados anteriormente, me encargaré de destacar el consumo de drogas en especial el cannabis. Como ya se sabe, el consumo de drogas siempre ha estado presente en la sociedad, a pesar de que cada vez se hacen más campañas dirigidas a la población sobre la concienciación.

Según en BOE, concretamente la "Ley 20/1985 del 25 de julio de 1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan generar dependencia", considera el consumo de tóxicos como una nueva epidemia social, que a la vez comporta un problema de salud pública.

El cannabis es una droga que se extrae de la planta conocida como Cannabis Sativa, de cuyas hojas, tallos, resina y flores se elaboran las drogas más consumidas, la marihuana y el hachís que es el otro producto y es una pasta hecha con la resina prensada. El tetrahidrocannabinol, cuyas siglas son THC, es uno de sus principios activos al cual se debe sus efectos psicoactivos. Aunque es importante tener en cuenta que el THC no es el único compuesto del cannabis. Como sabemos, otro de los elementos principales de la planta es el cannabidiol o CBD, que tiene un importante potencial antipsicótico.

En 1988 se descubrió que las membranas de ciertas células nerviosas contenían receptores de proteína que se ligaban al THC y una vez fijos en su lugar, desencadena una serie de reacciones celulares que producen el estímulo que sienten los usuarios al fumar. El THC llega al cerebro, se acumula y se elimina muy lentamente ya que es una sustancia grasa. Esto provoca que entorpezca la memoria y los procesos de aprendizaje.

En los últimos tiempos se ha generado cierta confusión en torno al uso terapéutico de los derivados del cannabis.

Los efectos psicológicos más frecuentes son: relajación, desinhibición, sensación de lentitud en el paso del tiempo, somnolencia, dificultad para expresarse con claridad, memoria inmediata... Tras el consumo de cannabis pueden darse diversas reacciones orgánicas, las más frecuentes son entre otros el aumento del apetito, sequedad de la boca, taquicardia, sudoración, descoordinación de movimientos... (2)

En general, en cuanto al consumo de drogas ilegales, la proporción de hombres suele ser superior a la de mujeres, pero en el caso del cannabis esa diferencia se va acortando. De hecho, en el rango de 15-17 años, el porcentaje de quienes lo han probado es superior entre las chicas (21,6%) que entre los chicos (21,1%).

Más de un 5% de las personas que consumieron derivados del cannabis, están en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas.

Según Gabriel Rubio, psiquiatra del Hospital Doce de Octubre de Madrid, y el doctor José Zarco, médico de familia y coordinador del grupo de intervención en drogas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, como refleja en el artículo publicado por PRISMA (Asociación de Rehabilitación Integral de la Salud Mental en Aragón), dos de cada tres consumidores de algún tóxico, padecen un trastorno mental, concretamente en el año 2013, el 70% de los pacientes que ingresaron en unidades psiquiátricas, presentaban dependencia de consumo de tóxicos, especialmente de Cannabis o Hachís. (3)

Teniendo en cuenta todos estos datos, creo que el consumo de sustancias, tiene relación con el consecuente desarrollo de un trastorno mental, por lo que, si se realizara una adecuada intervención sobre la causa, podríamos facilitar la disminución de estos datos epidemiológicos.

2. MARCO TEÓRICO

Al ser un tema que está en estudio actualmente, he tenido que basarme en todos ellos para obtener diferentes conclusiones. Éstos, han mostrado que son frecuentes y causan una alta discapacidad.

A diferencia de otros países europeos que disponen de datos sobre prevalencia de ámbito estatal, los datos epidemiológicos son incompletos y tienen una utilidad muy limitada en España para valorar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población general. (4)

Por lo que se creó el proyecto ESEMeD-España, realizado dentro de un proyecto Europeo y coordinado con la iniciativa de la World Mental Health Surveys de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene como objetivo principal obtener datos sobre la epidemiología de los trastornos mentales en España. (5)

El primer gran estudio sobre comorbilidad fue el Epidemiological Catchment Area (ECA) (Regier et al., 1990), estadounidense, realizado a partir de una gran muestra en población general, que confirmó que más del 47% de los pacientes con esquizofrenia había presentado un

diagnóstico comórbido por TUS a lo largo de vida. También contamos con el estudio CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness), realizado específicamente en pacientes psicóticos, señala que el 60% de pacientes presentaba un TUS y el 37% describía un consumo activo (Swartz et al., 2006).

Por otra parte, un estudio reciente español (Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid) (Arias et al., 2013), con una muestra de 837 pacientes atendidos tanto en la red de salud mental como en la de drogodependencias, se encontró que el 62% cumplían criterios de patología dual y el 11% eran psicóticos.

Otro estudio realizado recientemente por el CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas), en España, en colaboración con el Instituto Cajal, ha hallado pruebas sobre cómo los cannabioides regulan la activación de determinadas regiones nerviosas del cerebro. Del mismo modo, el consumo desorganizado de cannabis puede desactivar un mecanismo de forma más intensa de lo que resulta necesario, ocasionando algunos trastornos mentales, como la psicosis o la esquizofrenia.

El hecho de que se produzcan alteraciones en el funcionamiento de neurotransmisores como son la dopamina o el glutamato hacen que se produzcan conductas patológicas como la esquizofrenia.

Una investigación sobre las posibles características genéticas descubrió que la alteración del sistema nervioso no sería el principal factor de riesgo en la aparición de esquizofrenia, sino que la causa se hallaría en una mala función del receptor NMDAR, encargados de la plasticidad neuronal y la memoria. Por esta razón, al carecer de suficiente glutamato para contrarrestar los efectos de la droga, la dopamina incrementa su efecto, dando como resultado una mayor predisposición a la psicosis y a la esquizofrenia. (6)

El estudio de los factores ambientales que influyen en la génesis de los trastornos mentales, ha permitido identificar estresores psicosociales que provocan cambios racionales, cambios inmunitarios y endocrinos, y cambios no directamente visibles pero sí objetivables en estructuras cerebrales implicadas en el neurodesarrollo. Estos estresores son lo que llaman factores de riesgo. (9)

La prevalencia de los trastornos por uso de sustancias en la población estudiada es alta (54,2%) y comparable a la de otros estudios que muestran tasas que oscilan entre el 20 y el 40% (7), justificándose la variabilidad por diferencias en los hábitos diagnósticos y/o diferencias en los tipos de poblaciones y características de los pacientes estudiados. (6)

Los primeros estudios realizados en el campo de la patología dual, señalaban que los

esquizofrénicos consumían más drogas estimulantes y alucinógenas que la población general o que grupos de pacientes con otros diagnósticos. (7-8)

Hay estudios tanto antiguos como recientes que señala que después del alcohol, el cannabis es la sustancia que se usa con mayor frecuencia entre los pacientes con esquizofrenia. (10). Cabe considerar, por tanto, que la elección de la sustancia adictiva estaría condicionada por factores socio demográficos, accesibilidad y coste más que por la presencia de un determinado perfil de síntomas (7, 11, 12).

Las tasas de prevalencia del grupo estudiado fueron superiores a las encontradas en los estudios que se han realizado en población general y en poblaciones con otras enfermedades mentales (13,7, 14). Como elemento diferencial, cabe reseñar que la prevalencia del trastorno por uso de opiáceos, que en otros estudios presenta una tasa baja, fue el que resultó más alto al ser comparado con las cifras de prevalencia en población general (14).

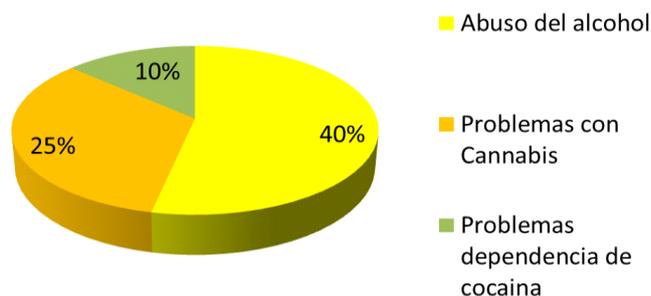
En la literatura revisada existen diferentes datos que coinciden, tanto en la alta prevalencia del policonsumo (7, 12, 15, 16,17), como en los patrones de consumo encontrados, que son coincidentes con los identificados por autores como Cuffel, el cual señala en uno de sus estudios que el 54% de los pacientes eran no consumidores, un 31% sufría trastorno por uso de alcohol y cannabis y el resto (14%) eran consumidores de múltiples sustancias.

Sin embargo, no se han encontrado asociaciones significativas entre la presencia de un trastorno por uso de sustancias y una expresión diferencial de la sintomatología. Sin embargo, todos los pacientes con una baja adherencia al tratamiento presentaban un trastorno por uso de sustancias, con consumo activo y regular.

Por otra parte, en la XVIII Jornadas Nacionales de Patología Dual a la que acude el presidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental (ACN) (Félix González) se han abordado diferentes temas de los cuales me interesa resaltar los efectos perjudiciales sobre la salud mental y física del cannabis o marihuana.

Según Lancet (una prestigiosa publicación médica) ha informado de la evidente relación entre el consumo de cannabis y la aparición de esquizofrenia en las personas que lo consumen. (18)

Esquizofrenia asociada a trastornos relacionada a sustancias



Cuadro de esquizofrenia asociada a trastornos relacionada a sustancia. Fuente: Pinterest

2.1. Población afectada:

Existe una población diana la cual está expuesta a una serie de factores de riesgo y que es más vulnerable a la hora de iniciarse en esta práctica.

Por una parte, y como factor principal, estaría la edad. Según los datos estadísticos de numerosos estudios, se sabe que la población adolescente, entre los 14 y 17 años, sin diagnóstico de patología mental, presenta más inquietudes a la hora de experimentar los efectos de las drogas. (19).

Un estudio realizado a profesionales sanitarios sobre la imagen del drogodependiente y el enfermo mental, reflejó que un 47% de estos atribuyen las adicciones a causas sociales, un 40% a las causas individuales y el resto al entorno familiar. (20)

Por otra parte, los pacientes con esquizofrenia son más vulnerables a desarrollar una dependencia de sustancias. Así lo demuestran los datos epidemiológicos y son reveladores, aunque no todos los estudios aportan las mismas cifras (Green et al., 2002), lo que puede deberse a diferencias en la identificación de los casos, utilización de distintos criterios diagnósticos, de los instrumentos utilizados, de la población estudiada, etc.

2.2. La esquizofrenia

Los síndromes esquizofrénicos, y en general, los trastornos psicóticos son los que probablemente, supongan más sufrimiento y costes, tanto a nivel psicológicos (individuales y familiares) como a nivel social. La esquizofrenia conlleva un grave deterioro de la personalidad,

de las capacidades cognitivas y sociales del individuo y de toda su vida social, afectaciones que son difícilmente recuperables tras haber desarrollado su efecto desorganizador a través de recaídas o episodios. (21)

La sintomatología de la enfermedad se divide de manera dicotómica y divide los síntomas en positivos y negativos. Esta división se debe al neurólogo Hughlings Jackson al cual empleó los términos negativo y positivo para describir una doble condición en el desequilibrio (22).

Los primeros hacen referencia a la presencia de síntomas y los segundos a la ausencia de conductas normales (Carlson, 2002) o, según Obiols & Obiols (1989), los síntomas positivos son característicos por la distorsión exageración de funciones psicológicas, mientras que los síntomas negativos indican pérdida o disminución de funciones psicológicas.

En el ámbito de la psiquiatría, la primera indicación sobre la posibilidad de distinguir los síntomas en "positivos" o "negativos" procede de las descripciones de los psiquiatras Kraepelin y Bleuler. Kraepelin reconoció dos amplias clases de síntomas que estaban marcados por pérdidas o déficit, considerando estos últimos como los síntomas más destructores de la esquizofrenia. Mientras, Bleuler hace más explícita la distinción al dividir los síntomas en fundamentales y accesorios.

SÍNTOMAS POSITIVOS	SÍNTOMAS NEGATIVOS
Exceso o distorsión de las funciones normales.	Disminución pérdida de las funciones normales
Alucinaciones	Pobreza de habla
Ideas delirantes	Mutismo
Lenguaje desorganizado o incoherente	Aislamiento social
Comportamiento extravagante	Abulia- Apatía

Cuadro de sintomatología de la esquizofrenia. Fuente: Instituto de Formación Sanitaria, S.L. (IFSES)

Mientras que los síntomas positivos a menudo son muy llamativos y hacen notar la enfermedad del paciente como pueden ser las alucinaciones. Los síntomas negativos suelen afectar más a su capacidad de funcionar en la vida diaria, impidiéndoles tener relaciones familiares normales, asistir a la escuela, desarrollar amistades... (23)

Es necesario que aparezcan varios síntomas, entre ellos tiene que haber mínimo uno positivo, durante un periodo de tiempo que puede oscilar entre uno y seis meses y que además produzca un deterioro importante en el funcionamiento del paciente para que se diagnostique la enfermedad. Además, se debe excluir la existencia de un trastorno del estado de ánimo, consumo de sustancias o enfermedad médica que justifiquen los síntomas. (24, 25, 26)

No existe una sola causa que lleve a la esquizofrenia, sino que se considera una enfermedad causada por la interacción de factores tanto de riesgo genético como ambientales, que han de ser considerados en conjunto, ya que ninguno de ellos actúa de forma aislada. Dentro de los diferentes factores de riesgo que se asocian a la aparición de la esquizofrenia: (21,9)

❖ Factores genéticos

La existencia de esquizofrenia entre alguno de sus parientes se considera el mayor factor de riesgo para desarrollar la enfermedad.

La predisposición genética no explica por sí sola el desarrollo de la esquizofrenia. Incluso entre gemelos idénticos, que tienen el mismo ADN, “solo” la mitad de las veces acaban padeciendo esquizofrenia ambos hermanos cuando uno de los dos enferma.

❖ Factores ambientales

Los psiquiatras han identificado todo un catálogo de elementos ambientales que incrementan el riesgo de padecer esquizofrenia:

-Prenatales e infancia: Distintos factores químicos en la gestación y el parto pueden predisponer a la esquizofrenia. Complicaciones obstétricas, exposición a virus, bajo peso al nacer... También las personas que fueron concebidas cuando su padre tenía una edad avanzada son más propensas a padecer esquizofrenia.

Aunque haya cierto debate en torno a este punto, parece claro que una infancia traumática (con frecuentes episodios de violencia, abusos sexuales...) incrementa el riesgo de que una persona acabe padeciendo la enfermedad. Contrariamente al mito, la esquizofrenia no está ligada a la baja escolarización, los problemas de aprendizaje o el retraso mental.

-Adolescencia y edad adulta: El aislamiento y la exclusión social son factores de riesgo importantes, porque generan un estrés que puede llegar a cambiar el balance químico del cerebro en las personas con cierta predisposición a la esquizofrenia.

Pero el detonante químico más frecuente como ya nombramos anteriormente, suele ser el consumo de drogas. Entre las sustancias que más aparecen en los informes psiquiátricos de

pacientes con esquizofrenia se encuentra el cannabis.

Aunque no se sabe cuántas personas con esquizofrenia habrían acabado desarrollando la enfermedad de no haberlo consumido, sí suele ser frecuente que aquellas personas con predisposición genética desarrollen un cuadro de esquizofrenia después de consumir cannabis. En torno a un 25% de las personas con esquizofrenia eran fumadores habituales de cannabis antes de recibir su diagnóstico: un porcentaje mucho mayor que el de la población general.

2.3. Patología dual o comorbilidad:

La patología dual, según la OMS, se entiende como "la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. Comúnmente puede conocerse también como comorbilidad". (27)

Las adicciones pueden ser a sustancias integradas en nuestra cultura como el tabaco, la xantina (café por ejemplo), alcohol, analgésicos o aquellas no integradas como el cannabis, los estimulantes, (cocaína, anfetaminas, etcétera) y los opioides. También se incorporan adicciones comportamentales como la Ludopatía.

Los trastornos mentales hacen referencia a sufrir trastornos de ansiedad, (trastorno ansiedad generalizada, ansiedad social, etcétera.), trastornos del estado de ánimo, (depresión, trastorno bipolar, etcétera.), trastornos del espectro de la esquizofrenia y la psicosis, Trastorno Déficit Atención e Hiperactividad (TDAH), y diferentes rasgos y trastornos de personalidad (antisocial, límite o borderline, esquizotípico, evitativo y obsesivo, fundamentalmente)

La patología dual tiene su causalidad por varias vías: (28, 29)

❖ Personas con trastorno psiquiátrico previo que inician el consumo de drogas, para aliviar y/o con el fin de mejorar y regular sus síntomas.

❖ Personas sin trastorno mental previo, pero que debido al consumo de sustancias y a su vulnerabilidad individual, desarrollan una psicopatología.

❖ Personas con dependencia de drogas como trastorno primario e inductor de la patología psiquiátrica, mecanismo defendido por la teoría de la neurotoxicidad.

Los datos acerca de la prevalencia de comorbilidad entre los trastornos mentales y el trastorno por uso de sustancias se sitúan entre el 65 y el 75%. Esto conlleva a que muchos de los adolescentes atendidos en los servicios de salud mental por un trastorno mental estén realizando un abuso o tengan dependencia de sustancias, lo que interfiere en la sintomatología que presenta el paciente y esté dificultando tanto el diagnóstico como la evolución del trastorno. (30)

2.4. Tratamiento de la patología dual

Se han definido distintos modelos conceptuales en el tratamiento de la psicopatología dual (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adicction, EMCDDA, 2004), los cuales se describen a continuación: (31)

- *Tratamiento secuencial o en serie.* Se ofrece al paciente tratamiento primero en un dispositivo (de salud mental o de atención a drogodependencias) y, posteriormente, en otro.

- *Tratamiento paralelo.* El paciente recibe tratamiento simultáneo de las dos patologías, en dispositivos separados, por equipos diferentes.

Estos dos modelos descritos presentan el inconveniente de que los profesionales de los dos dispositivos suelen acogerse a modelos psicopatológicos diferentes con paradigmas y abordajes terapéuticos que difiere bastante lo cual crea con frecuencia confusión en el paciente con respecto a las indicaciones terapéuticas a seguir. Unido a esto, es frecuente una falta de coordinación entre los dos equipos, lo que en la mayoría de casos ocasiona una baja implicación por parte de los pacientes al tratamiento.

- *Tratamiento integrado.* El abordaje terapéutico de ambos tipos de trastorno se llevaría a cabo de manera simultánea por el mismo equipo terapéutico. Con este tipo de tratamiento se solucionan los inconvenientes encontrados en los dos anteriores ya que existe una relación más estrecha entre los distintos profesionales que trabajan en el caso.

Los tratamientos integrales deberán de incluir (Guardia et al., 1994):

-Hospitalización completa o parcial según la valoración que se le realice al paciente. Completa en caso de que no se haya podido abordar desde un ámbito ambulatorio donde se aconseja un tiempo mínimo de 2-4 semanas para valorar la psicopatología de base fuera de condiciones de intoxicación. Y hospitalización parcial en aquellos casos en los que exista un mejor soporte familiar y se quiera trabajar una futura vinculación ambulatoria.

-Análisis de orina para valorar tanto si el paciente está consumiendo como si se encuentra en abstinencia.

-Utilización de tratamiento farmacológico tanto para el trastorno mental como para la adicción.

-Terapias motivacional y de prevención de recaídas a familiares de los pacientes.

- Existencia de un equipo multidisciplinar entrenado en el cuidado del paciente esquizofrénico dual.

Este modelo se considera un modelo a medio-largo plazo pero es el de excelencia ya

que ambas patologías presentes en el mismo sujeto pueden ser tratadas de manera conjunta, parece aumentar la adhesión al tratamiento ambulatorio, disminuye las hospitalizaciones y reduce los problemas legales y sociales de estos pacientes.

Por consiguiente, considerando que la esquizofrenia y el abuso por cannabis constituyen trastornos interdependientes, la metodología de tratamiento secuencial o paralelo no son tan efectivos como el integrado (Arias y Ochoa, 2006).

El tratamiento psicosocial ha mostrado que es el que mejora el pronóstico de los pacientes ya que hay mejor adherencia al tratamiento, mayor tiempo de abstinencia y menor consumo total.

La intervención debe ser a nivel: (32)

1. Psicoeducación

Se encargará de que el enfermo conozca su enfermedad y con ello sea capaz de cumplir el tratamiento, evitar el consumo de tóxicos, aprenda a manejar sus síntomas etc.

Se pretende que aumente el bienestar, la comunicación con los otros y sepa afrontar distintas situaciones sociales.

2. Enfoque cognitivo-conductual

Este enfoque argumenta que el síntoma es una expresión de pensamientos y creencias desadaptativos que se deben a la historia personal de aprendizaje.

3. Intervención motivacional

La adherencia al tratamiento depende de ella por lo que es crucial. Debemos tener en cuenta las necesidades, opiniones, necesidades... del paciente.

Intentaremos que el paciente participe en el tratamiento y promueva el cambio desde él mismo.

4. Intervención social y familiar

Con esto intentaremos trabajar también con las familias para trabajar el mantenimiento al tratamiento, trabajar conductas inadecuadas, etc. ya que estos suelen sentir miedo, ira, culpabilidad...

2.5. Estudios previos sobre la esquizofrenia y el Cannabis:

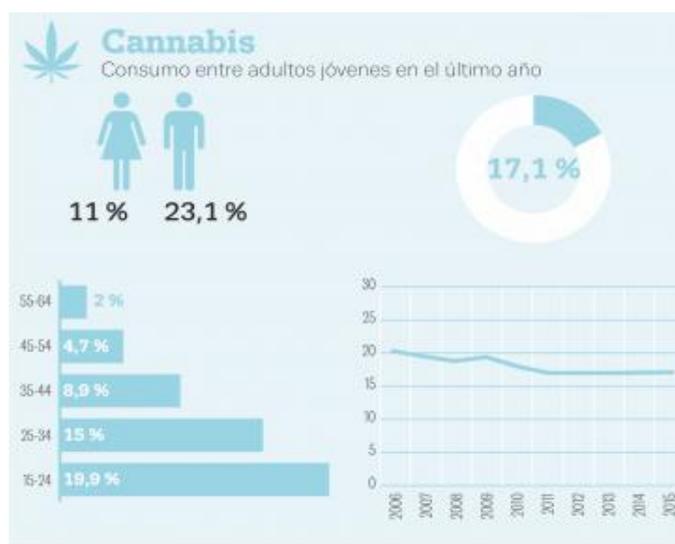
El hecho de que a lo largo de los años se haya mostrado tanto interés en el campo de la psiquiatría en torno a la patología dual queda reflejado en los numerosos artículos de investigación que se han publicado. Esto no es de extrañar debido a los altos índices de prevalencia de consumo de tóxicos entre pacientes con patología mental.

La publicación por parte de NIDA del libro *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* (1999) nos sirve como muestra de que la patología dual está adquiriendo una gran importancia en los últimos años, debido al creciente número de pacientes psiquiátricos que consumen drogas. Las cifras muestran que entre un 30 y un 80% de los pacientes con alguna patología mental consumen sustancias tóxicas. (33)

Después del alcohol y el tabaco, en relación a la esquizofrenia, el cannabis aparece como la sustancia ilegal más consumida; en torno al 60% de sujetos esquizofrénicos serían consumidores habituales de cannabis. (33)

En 2011, el 27,4% de los españoles entre 15 y 64 años afirmaron haber consumido cannabis al menos una vez en su vida. La prevalencia alcanzó un 32.1% en el año 2009 por lo que el dato actual supone una disminución de consumo de un 4,7 puntos respecto a la medición anterior. (34)

Pese a que el consumo de cannabis ha ido disminuyendo conforme aumenta la edad en ambos sexos, ha crecido ligeramente en España ya que hasta el 7,3% de la población, afirma haberlo fumado en el último mes, en comparación con el 6,6% en 2013. Además, un 2,1% dice consumirlo a diario. (34)



Estimaciones sobre el consumo de drogas en el último año entre adultos jóvenes (15-34 años) en España

2.6. Cannabis y esquizofrenia ¿causa o solución?

La relación entre la marihuana y la esquizofrenia es una cuestión controvertida. En el ámbito científico algunas opiniones consideran que el consumo de cannabis supone un factor causal de esta grave enfermedad. La evidencia clínica sí que corrobora su papel como factor de riesgo en sujetos enfermos, aunque también puede tener un papel positivo en el tratamiento de este trastorno. (35)

Nadie se atreve a establecer una relación causal entre el consumo de cannabis y la violencia delictiva. Pero sin embargo, se sigue aceptando la capacidad del cannabis para generar trastornos psiquiátricos graves y recientemente han aparecido trabajos apuntando a una relación causal entre el consumo de esta planta y la aparición de esquizofrenia.

Opiniones de psiquiatras españoles como son la de Pérez Cobos, jefe del servicio de toxicomanías del hospital de Sant Pau, que afirmó recientemente tener constancia de que el cannabis es causa de un porcentaje determinado de esquizofrenias. (35)

Por otra parte estudios clínicos valoran la posible eficacia del CBD como fármaco antipsicótico. El que uno de los componentes de la marihuana el CBD éste siendo investigado como fármaco antipsicótico, es decir, justamente como remedio de la enfermedad que supuestamente genera. (35)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: HIPOTESIS DEL TRABAJO

Hipótesis:

A través de una búsqueda bibliográfica sobre el tema intentaremos resolver una serie de preguntas que se plantean en la investigación (¿Qué relación tiene el consumo de Cannabis con el desarrollo de un trastorno esquizofrénico?, ¿Qué otros factores aparte del cannabis afectan al desarrollo de la enfermedad?), y se genera la siguiente hipótesis:

- Entre los diferentes factores de riesgos, el consumo de cannabis por parte de los ciudadanos tiene una predisposición importante para desarrollar la enfermedad.

4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El término “diagnóstico dual” se emplea para describir la combinación en el mismo paciente de un trastorno mental grave (generalmente psicosis) y un trastorno por uso de sustancias. Al menos, el 50% de los sujetos diagnosticados de trastorno por uso de sustancias

presenta otro diagnóstico psiquiátrico y el 30% de los pacientes con trastorno mental tienen historia de consumo de sustancias (7).

Además de los factores genéticos, según diversos estudios, es posible, aunque no seguro, que la drogadicción precipite el inicio de la esquizofrenia. También se ha comprobado que los enfermos mentales que consumen drogas presentan más síntomas psicóticos, se integran peor en la comunidad e ingresan con más frecuencia en los hospitales.

Actualmente entre el 5% y el 40 % de los pacientes esquizofrénicos han consumido drogas al menos en una ocasión durante sus vidas a la vez que es sorprendente el hecho de que el número de pacientes menores de treinta años cada vez sea mayor dentro del ámbito psiquiátrico.

El inicio del consumo de tóxicos en la población, generalmente coincide con la etapa de adolescencia, donde el entorno social tiene una gran influencia sobre una personalidad aún inmadura puede influir en el inicio a estos hábitos. (19)

Por todo lo dicho anteriormente, he querido desarrollar un proyecto de investigación el cual, puede ser una aportación muy positiva dentro del ámbito asistencial ya que tiene la finalidad de constatar que el consumo de sustancias tóxicas influye en el desarrollo de un trastorno mental y en caso de confirmar dicha relación podría ayudar a valorar nuevas intervenciones más concretas y especializadas en la prevención y concienciación de la población.

5. LIMITACIONES

Debido a que se trata de un estudio que se centra en una población determinada y en un momento determinado, estos datos pueden aplicarse de forma generalizada a otras investigaciones u otros Centros de Salud.

A la hora de interpretar los resultados, es importante tener en cuenta que los estudios retrospectivos sufren ciertas limitaciones propias de los sesgos en la recopilación de información necesaria, la cual puede resultar imprecisa. Entre estas limitaciones podemos encontrar:

- ✓ Los participantes no conozcan con certeza la información personal requerida para responder la encuesta.

- ✓ Los participantes que se lleven la encuesta a casa podrán tener problemas conceptuales, que sin embargo los que los rellenen en el centro de salud no los tendrán porque cuentan con el apoyo del personal preparado para resolver todo tipo de duda o problema.

- ✓ Cuestionarios incompletos por falta del interés de los entrevistados o por otra causa.
- ✓ Los informantes no contesten con sinceridad.
- ✓ Resistencia de los participantes a dar cierta información.
- ✓ Que la enfermera se olvide de entregar el cuestionario al paciente.

A falta de un acceso directo al proceso de recepción de la información, los investigadores deben confiar en la organización de los datos ofrecida por los informantes. Por tanto, el papel del colaborador resulta crucial (enfermeros, médicos, tutores, familiares...). Los investigadores también tienen el derecho a decidir si rechazan estas muestras, reconstruye los elementos que faltan o renuncia a analizar ciertos aspectos.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general:

- Conocer la influencia del cannabis en el desarrollo de trastornos mentales como es la esquizofrenia.

6.2. Objetivos específicos:

- Identificar los factores que influyen en el desarrollo de un trastorno esquizofrénico en relación con el consumo de Cánnabis.
- Determinar la relación del consumo de cánnabis con el trastorno esquizofrénico.
- Valorar en que cantidad consumían cannabis los pacientes.
- Definir la edad media de inicio de consumo de Cánnabis.

7. METODOLOGÍA

7.1. Nivel y diseño del estudio

De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su nivel las características de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, corte transversal y prospectivo que se llevará a cabo en uno de los servicios de Atención Primaria. Concretamente en el "Centro de Salud de Tacoronte".

7.2. Población y muestra

Población: La población escogida se basa en el número pacientes psiquiátricos con esquizofrenia que acuden con regularidad a la consulta de psiquiatría del centro de salud de Tacoronte y periféricos que son 145 pacientes.

Muestra: La muestra que se escoja deberá cumplir una serie de requisitos previos.

Para formalizar el número de participantes del presente estudio, se llevará a cabo el cálculo del tamaño muestral a partir de la siguiente fórmula: (36)

$$n = \frac{Z^2 p q N}{N e^2 + Z^2 p q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

Z^2 = Nivel de confianza

p = Variabilidad positiva. Se otorga un valor máximo posible de .5

q = Variabilidad negativa. Se otorga un valor máximo posible de .5

e^2 = Precisión o error. Se asigna un 5% de error (0.05)

N = Tamaño de la población (9,628 profesores)

Fuente: Psyma Passionate People. Creative Solutions.

Tras aplicar la fórmula, obtenemos como resultado final una muestra de 106 pacientes.

En el momento de llevarse a cabo la investigación a cabo se haría con un 20% de la muestra escogida solicitando así la validación de la encuesta.

7.3. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Sujetos que incluyan la etiqueta diagnóstica de DSM-IV: F20.xx: “Esquizofrenia”; sin especificar tipología y que pueden incluir alguna de las etiquetas diagnósticas siguientes.
- Sujetos que incluyan la etiqueta diagnóstica de DSM-IV: F.12.51: “Trastorno psicótico inducido por Cannabis: con ideas delirantes (292.11)
- Sujetos que incluyan la etiqueta diagnóstica de DSM-IV: F.12.52: “Trastorno psicótico inducido por Cannabis: con alucinaciones (292.12)

Criterios de exclusión:

- Sujetos con otras patologías mentales asociadas.
- Pacientes psiquiátricos que no sean esquizofrénicos.

7.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Como método de recogida de la información será a través de las enfermeras del personal del centro sanitario, las cuales han de explicar en qué consiste el estudio y deberán de presentarle el consentimiento informado (Anexo I). Tras aceptarlo, se les facilitará el cuestionario auto administrado (Anexo II), de elaboración propia, y de carácter voluntario. Los datos serán recogidos en los centros de salud por las enfermeras cuando vean de nuevo a los pacientes. Se les asegurará el carácter confidencial y anónimo de los datos facilitados, así como la disponibilidad de la investigadora para comunicarle los resultados más relevantes. Además, antes de comenzar con la recolección de datos, hemos de solicitar la autorización para llevar a cabo el proyecto a la Gerencia de Atención Primaria (Anexo III).

La enfermera hará entrega de la encuesta al paciente, al finalizar su consulta de enfermería que han sido formadas para facilitar información y hacer más sencilla la cumplimentación de esta encuesta.

Los pacientes los podrán rellenar en el mismo centro y entregárselo a la enfermera al o en casa y llevarlos a en la próxima consulta a la que acudan. El estudio se llevará a cabo durante

siete meses y sólo podrá ser realizada por aquellos usuarios que no cumplan ninguno de los criterios de exclusión anteriormente descritos.

7.5 Consideraciones éticas

Los datos que se obtengan del estudio serán tratados con total confidencialidad y protección tal y como lo expone la ley de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (37) y partiendo del modelo estipulado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) (38) se ha elaborado un documento adaptado a las necesidades del estudio y las características de los sujetos (Anexo I), en el cual se especifica la temática a investigar, la finalidad del estudio, el tratamiento legal de los datos que se extraigan y sus derechos, y en el cual confirman su participación voluntaria en este.

Además se tendrá en cuenta el tipo de pacientes que son y en caso de que tras una valoración se considere al sujeto incapacitado, se le excluirá del estudio.

Por otra parte, se solicitarán los permisos correspondientes al Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud (Anexo III) para realizar el estudio conforme la normativa establecida.

7.6 Técnicas de Procesamiento y análisis de datos

La fiabilidad del cuestionario se calculará mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el análisis de los datos, se analizarán los datos recogidos con el programa SPSS Statistic Base 21.0 al cual tenemos acceso los estudiantes ya que se encuentra disponible en los ordenadores pertenecientes a la Universidad de La Laguna.

8. RECURSOS PARA LA INVESTIGACIÓN

El total de recursos necesarios para la realización de todas las actividades son los siguientes:

Recursos estructurales: La entrega de los documentos y recogida de datos se llevará a cabo en los centros sanitarios en los cuales se seleccione la población: Centro base en el municipio de Tacoronte y sus 4 centros periféricos asociados, San Juan Perales y Agua García en el municipio de Tacoronte y El Sauzal y Ravelo en el municipio del Sauzal.

Recursos humanos: Para poder desarrollar el estudio será necesario el trabajo de la investigadora principal, la cual desarrollará el proyecto además de la colaboración por parte de

las enfermeras del centro de salud principal como los periféricos, los cuales nos servirán de enlace con los sujetos del estudio.

9. CRONOGRAMA

	<i>Elaboración del proyecto</i>									
	2017		2018							
	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abri	May	Jun	Jul	Agos
Búsqueda bibliográfica										
Elaboración del proyecto										
Entrega del proyecto										
Contacto con los centros										
Búsqueda y contacto con los sujetos										

La duración de la implantación del proyecto sería de siete meses, con fecha de inicio el 1 de septiembre de 2018 y de finalización el 10 de Marzo del 2019.

	<i>Comienzo del proyecto</i>						
	2018-2019						
	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Distribución del cuestionario							
Recogida y análisis de los datos							
Revisión de los datos							
Redacción de los resultados							
Informe final y presentación de los resultados							

10. BENEFICIOS DEL PROYECTO, DIFUSIÓN Y EXPLOTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Puesto que a través de revisiones de diferentes estudios que se han realizado hemos obtenido diferentes datos significativos como es que el consumo de tóxicos en la población coincide generalmente con la etapa de la adolescencia, que cada vez existan más casos de paciente psiquiátricos menores de treinta años... Además, que hay que destacar que la influencia del Cannabis en el desarrollo de la esquizofrenia es un tema que se encuentra en estudio actualmente ya que resultar de gran interés dentro de los aspectos que se asocian dentro del mundo del ámbito sanitario.

Con este proyecto de intervención intentaremos introducir nueva información dentro del estilo de vida, puesto que corroborando que realmente el consumo de cannabis supone un factor de riesgo para desarrollar enfermedades mentales como puede ser el caso de la esquizofrenia, se podrían modificar ciertos hábitos de vida previniendo así el desarrollo de este tipo de enfermedades.

11. FINANCIACIÓN PÚBLICA O PRIVADA PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO

La financiación del proyecto correrá a cargo de la investigadora.

12. RECURSOS NECESARIOS. PRESUPUESTO

Durante los siete meses de realización del proyecto se llevarán a cabo una serie de gastos derivados del mismo que se detallan en la siguiente tabla.

PRESUPUESTO			
CONCEPTO	COSTE	UNIDAD	CANTIDAD TOTAL
Folios (x500)	3,75€	20	75€
Cartuchos de tinta	13,00€	15	195,00€
Carpetas	0,10€	100	10,00€
Impresora	90,00€	1	90,00€
TOTAL			370€

13. BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1- Organización Mundial de la Salud. (2018). Esquizofrenia. Diciembre 20, 2017, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

2- UNED. (2010). EFECTOS Y RIESGOS DEL CONSUMO DE CANNABIS. Diciembre 22, 2017, de UNED Sitio web: <http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/Educacion-Vial/efecto-de-alcohol-las-drogas-y-otras-sustancias-en-la-conduccion/cap8>

3- Vivir Mejor. Enfermedades mentales y sustancias tóxicas. (enero 21, 2018) Sitio web: <http://www.vivirmejor.com/enfermedades-mentales-y-sustancias-toxicas>

4- Haro JM, Placín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultado del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc) [Revista en Internet] 2006. [Acceso 11 de febrero de 2018]; 126(12):445-451. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-los-trastornos-mentales-factores-13086324>

5- Haro JM, Placín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. Med Clin (Barc) [Revista en Internet] 2003. [Acceso el 15 de febrero de 2018]; 126(12):445-451. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-los-trastornos-mentales-factores-13086324>

6- Bertrand Regader. (2018). Investigación revela por qué la marihuana puede causar esquizofrenia. Enero 22,2018, de Psicología y mente Sitio web: <https://psicologiaymente.net/drogas/investigacion-marihuana-esquizofrenia>

7- SANTAMARINA, S.; IGLESIAS, C.. (2001). Esquizofrenia y sustancias psicótropas de consumo frecuente en nuestro medio.. febrero 2, 2018, de adicciones revista online Sitio web: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/552/544>

8- Schneier FR, Siris SG.. (2000). A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice.. febrero 12, 2018, de pubmed.gov Sitio web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3316490>

9- Artigue, J. and Tizón, J. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. Atención Primaria, 46(7), pp.336-356. [Acceso el 25 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es->

[revista-atencion-primaria-27-articulo-una-revision-sobre-los-factores-S0212656713003077?redirectNew=true](https://doi.org/10.1016/j.atenpr.2018.02.003)

10- Hambrecht M, Häfner H.. (200). Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective.. febrero 15, 2018, de pubmed.gov Sitio web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10881971>

11- Carlos Espinoza Jara. (2011). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad.. marzo 19, 2018, de Fundación Universitaria Konrad Lorenz Sitio web: <https://adolescenciaantisocial.blogspot.com.es/2011/03/experimentacion-con-sustancias.html>

12- Rocío Bellver Abardía. (2007). Patología Dual: Síntomas, Causas y tratamiento. abril 14, 2018, de lifeder.com Sitio web: <https://www.lifeder.com/patologia-dual/>

13- Mueser, K. T., Bellack, A. S., & Blanchard, J. J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 845-856. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.60.6.845>

14- MINISTERIO DEL INTERIOR. (1997). PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. marzo 26, 2018, de Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Sitio web: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/docs/memo97>.

15- Psicomed. Definición de trastorno mental según DSM-IV. Página web. [Consultado el 15 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv_int_def.html

16- Celso Arango López e Igor Bombín González.. (febrero 14, 2001). Diagnóstico diferencial de los síntomas negativos en la esquizofrenia. psicosis, numero 1, <https://psiquiatria.com/psicosis/diagnostico-diferencial-de-los-sintomas-negativos-en-la-esquizofrenia/>.

17- Jiri ModestinChristine NussbaumerKathrin AngstPaul ScheideggerDaniel Hell. (1997). Use of potentially abusive psychotropic substances in psychiatric inpatients. enero 16, 2018, de Springer Link Sitio web: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03033068>

18- La palmaahora. (abril 19, 2016). La marihuana es un potencial generador de enfermedades mentales” . febrero 25, 2018, de El diario.es Sitio web: https://www.eldiario.es/lapalmaahora/sociedad/psiquiatra-Felix_Gonzalez-adiccion-drogas-jornadas_0_507100246.html

19- García-Cabeza I, Epifanio-Gutiérrez MM, Medina O, Vidal J, Arango C. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave. Trastot Adict

[Revista en Internet] 2008. [Acceso el 25 de febrero de 2018];10(1):32-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097308745446>

20- Braña B, Rodríguez Días FJ, Cuesta M, Bobes J, Gómez P, Sáiz PA. Imagen del drogodependiente y el enfermo mental entre los profesionales de la salud. Adicciones [Revista en Internet] 2001. [Acceso el 15 de marzo de 2018];13(3):289-296. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/564/556>

21- Tizón, Jorge L.; Artigue, Jordi; Parra, Belén; Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? Clínica y Salud (Revista Internet) 2008. (Acceso 3 de Febrero de 2018); 19(1):27-58. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613876002>

22- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1521-0391.1995.tb00256.x>
(Hellerstein, Rosenthal y Miner (1995))

23- asociación cannabis. (2017). Marihuana medicinal y esquizofrenia. abril 5, 2018, de cannabis info Sitio web: <https://www.cannabis.info/es/blog/marihuana-medicinal-esquizofrenia>

24- U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. (abril 23, 2018). Esquizofrenia. abril 29, 2018, de MedlinePlus Información de salud para usted Sitio web: <https://medlineplus.gov/spanish/schizophrenia.html>

25- Eli Lilly y Compañía y la Fundación de Boston. (2017). Esquizofrenia: Lo Que Usted Necesita Saber. abril 14, 2018, de Mental Health America Sitio web: <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/esquizofrenia-lo-que-usted-necesita-saber>

26- Instituto de Formación Sanitaria, S.L. (IFSES)

27- Jiménez J, Chero E. Comorbilidad psiquiátrica en pacientes internados en el servicio de varones del Hospital Hermilio Valdizán. Rev Psiquiatr Salud Ment [Revista en Internet] 2011. [Acceso 14 de febrero de 2018]; 12(1):31-40. Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/Revista/2011/2011_1_02.pdf

28- SEPD Sociedad Española de Patología Dual. (2018). PATOLOGÍA DUAL. abril 15, 2018, de SEPD Adicciones y otros trastornos mentales Sitio web: www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html

29- Baena Luna MR, López Delgado J. Trastornos duales: Mecanismos etiopatogénicos. Trastor Adict [Revista en Internet] 2006. [Acceso 5 de febrero de 2018]; 8(3): 176-181. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-trastornos-duales-mecanismos-etiotopogenicos-13091725>

30- Matalí Costa JL, Pardo Gallega M, Trenchs Sainz De La Maza V, Serrano Troncoso E, Gabaldon Fraile S, Luaces Cubells C. Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico. An Pediatr [Revista en Internet] 2009. [Acceso el 20 de enero de 2018]; 70(4):386-390. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/consumo-drogas-adolescentes-dilema-etico/articulo/S1695403309001581/>

31- Carlos Espinoza Jara. (2011). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad.. marzo 19, 2018, de Fundación Universitaria Konrad Lorenz Sitio web: <https://adolescenciaantisocial.blogspot.com.es/2011/03/experimentacion-con-sustancias.html>

32- Rocío Bellver Abardía. (2018). Patología Dual: Síntomas, Causas y tratamiento. mayo 1, 2018, de lifeder.com Sitio web: <https://www.lifeder.com/patologia-dual/>

33- NÚÑEZ DOMÍNGUEZ, L.A.. (2001). Uso de neurolépticos atípicos en esquizofrénicos consumidores de cannabis. Enero 25, 2018, de Clínica San Francisco Javier. Médico Psiquiatra Sitio web: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/584/575>

34- Europa Press. (mayo 26, 2017). Sube el consumo de cannabis en España. mayo 6, 2018, de El mundo Sitio web: <http://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2017/05/26/5927f99346163f6a618b45e4.html>

35- Ignasi Peña. (2014). CANNABIS Y ESQUIZOFRENIA ¿CAUSA O SOLUCIÓN?. mayo 2, 2018, de Cannabis Magazine Sitio web: <http://www.cannabismagazine.es/digital/cannabis-y-esquizofrenia-causa-o-solucion>

36- ANGÉLICA GUEVARA VILLANUEVA. (2011). Los docentes de nivel secundaria como usuarios de la información: proyecto en desarrollo. marzo 12, 2018, de Universidad Nacional Autónoma de México Sitio web: <http://iibi.unam.mx/publicaciones/273/usuarios%20informacion%20comunidades%20academicas%20Los%20docentes%20nivel%20secundaria%20Angelica%20Guevara%20V.html>

37- Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, , (14 de diciembre 1995)

38- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Pautas y orientación operativa para la revisión ética de la investigación en salud con seres humanos. Mayo 15, 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22738&Itemid=270&lang=en

(FEAFES, 2008, pp. 1).

<https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>

https://issuu.com/ayudapsicologicaenlinea/docs/aspectos_psiquiatricos_del_consumo

(Arias y Ochoa 2006)

Carlson, N.R. (2002). Fisiología de la conducta. Barcelona: Ariel Neurociencia.

Obiols J.E & Obiols J. (1989). Esquizofrenia

www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3015

Green et al., 2002 Etiología y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia

<http://www.redalyc.org/html/560/56030207/>

ANEXOS

ANEXO I: Consentimiento Informado

Nombre investigadora:

Pérez Mesa, Irene.

El presente formulario de Consentimiento Informado está dirigido a hombres y mujeres residentes en Tenerife, usuarios del sistema sanitario público y que se les invitará a participar en el presente proyecto de investigación.

Soy estudiante de enfermería y estoy realizando el Trabajo de Fin de Grado cuyo título es: “Influencia del cannabis en el desarrollo de la esquizofrenia”. El estudio que estoy realizando pretende identificar las situaciones ambientales y genéticas que se asocian al desarrollo de la esquizofrenia. Considero que los datos que podemos obtener del estudio pueden ayudar a mejorar la atención de pacientes como usted.

A continuación su profesional sanitario le explicará en que consiste dicho proyecto. En caso de que no entienda alguna de las cuestiones planteadas o le surja alguna duda en cuanto a los conceptos, no dude en consultar con cualquiera de los profesionales presente.

El considerable aumento de población que presenta diagnóstico mental de esquizofrenia y consumo de cannabis, supone un problema de salud pública el cual creo que se podría prevenir, pero para poder trabajar en ello es importante conocer los factores personales que influyen, de ahí la importancia del presente estudio y de la recopilación de información proporcionada por la población.

Su participación es totalmente voluntaria en este proyecto y puede o no participar de forma libre.

Su intervención en este estudio consistirá únicamente el cumplimentar un cuestionario que se le proporcionará tras la aceptación de su participación en este. En cuanto a duración, esta depende del tiempo que tarde en responderlo.

La información recopilada en este cuestionario será totalmente confidencial y será puesta fuera del alcance ajeno, siendo la investigadora la única persona que tenga acceso a verla cumpliendo así la Ley de Protección de datos.

La información relacionada con usted será totalmente anónima y se identificará a través de un número que se asignará al cuestionario, omitiendo nombre y apellidos.

Los resultados obtenidos en esta investigación serán publicados con la finalidad de que el sistema sanitario se haga eco de los factores que influyen en el desarrollo de un trastorno esquizofrénico en personas consumidoras de cannabis y para que otras personas interesadas puedan aprender de esta investigación

Por lo tanto, solicito de usted el consentimiento a participar en el presente estudio, lo que significa que se podrán utilizar tanto la información proporcionada por usted, como los datos recogidos en su historia clínica referidos a su enfermedad y registrarlos y analizarlos posteriormente en el marco de esta investigación científica.

En caso de cualquier duda puede ponerse en contacto con su enfermer@ del centro de atención primaria y en caso de no conseguir solventarle la duda me pondré en contacto con usted personalmente.

Formulario de consentimiento

He sido invitado para participar en la investigación de la influencia del cannabis en el desarrollo de la esquizofrenia. Entiendo que participaré en un cuestionario el cual tendrá preguntas personales las cuales serán de carácter confidencial y será exclusivamente utilizada con finalidad científica.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar acerca de ella, contestando satisfactoriamente a las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que puedo negar la participación en esta libremente.

Nombre

y

Apellidos:

Firma del participante

Fecha (día/mes/año): _____/_____/_____

ANEXO II: Cuestionario

Instrucciones para la realización del cuestionario:

La presente encuesta se responderá de forma totalmente anónima y los datos recopilados serán utilizados con fines académicos.

Previamente usted habrá debido dar su consentimiento a través de un documento de consentimiento informado, que se le habrá proporcionado previamente, en el que usted se compromete a participar en el estudio.

A continuación se le presentarán una serie de preguntas que deberá responder marcando con una X en la casilla correspondiente o bien responder escribiendo sobre la línea:

- Edad: _____ años.
- Sexo:
 - Hombre
 - Mujer
- Profesión: _____
- Estructura familiar infancia adolescencia:
 - Vivo/vivía con ambos padres y hermanos (en caso de tener hermanos)
 - Vivo/vivía con padre o madre y hermanos (en caso de tener hermanos)
 - Vivo/vivía con los abuelos
 - Vivo/vivía en un centro
- Estructura familiar actual:
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Con pareja estable
- ¿Tiene hijos?
 - Si
 - No
- ¿Conoce las características de su enfermedad?
 - Si
 - No

- ¿Algún familiar de 1er o 2º grado (padre/madre/hermano/abuela/abuelo) está diagnosticado de algún trastorno mental?
 - Abuelo/abuela
 - Madre/ padre/ hermano
 - No
- ¿Has probado algún tipo de derivado del cannabis (marihuana, hachís, polen, aceite...) a lo largo de tu vida en más de 5 ocasiones?
- ¿Consumes actualmente?
- ¿A qué edad probaste por primera vez algún derivado del cannabis? Edad: _____ años
- ¿Qué le impulsó a iniciar el consumo de Cannabis?
 - Entorno social
 - Entorno familiar
 - Necesidad de experimentar
 - Placer
- ¿Has consumido cannabis diaria o casi diariamente durante al menos un mes a lo largo de tu vida?
 - Si
 - No
- ¿Qué has consumido o sueles consumir, hachís o marihuana?

**ANEXO III: Solicitud dirigida al Comité Ético de Investigación del Servicio
Canario de Salud**

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dr/a. D/D^a.....
del.....

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como investigador principal en el proyecto de investigación titulado “*Influencia del cánnabis en el desarrollo de la esquizofrenia*”

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo fielmente lo establecido en el proyecto autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de la Salud.

Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios. Que asegurará la confidencialidad de los datos según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Que dicho proyecto de investigación se llevará a cabo contando con la colaboración de D.....como investigador/es colaborador/es.

En Santa Cruz de Tenerife, a..... de..... de 2018.

Firmado:

Investigador

D/D^a:

Firmado: Firmas de los investigadores colaboradores (cuando proceda)

Colaborador

D/D^a: