

Trabajo Fin de Grado

***Impacto del consumo de  
cannabis en el trastorno psicótico***

Autores

Berta Izquierdo Cano

Maria Lluch Cabanes

Tutora

Gemma Torras

4º Enfermería / Curso 2016-2017

Fecha: 17/02/2017

## **Índice**

Resumen .....	3
Abstract .....	4
1. Presentación del tema y justificación.....	5
2. Objetivos.....	8
3. Marco teórico .....	9
4. Metodología .....	17
5. Limitaciones del estudio .....	31
7. Cronograma .....	33
8. Limitaciones del estudio .....	35
10. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados .....	36
11. Plan de difusión .....	37
12. Conclusiones .....	38
13. Anexos .....	I
Anexo 1 Escala SUMD .....	I
Anexo 2 Escala PANSS .....	II
Anexo 3 Escala CAST .....	V
Anexo 4 Cuestionario propio .....	VI
Anexo 5 .....	VIII
Anexo 6 .....	IX
Anexo 7 .....	X
Anexo 8 .....	XIII
Anexo 9 .....	XV
14. Bibliografía.....	39

## Resumen

Diversos estudios realizados durante estos años anteriores demuestran que el consumo de cannabis durante un periodo de tiempo prolongado a la larga puede producir efectos negativos en la salud mental de la población como trastornos psicóticos, aunque los resultados de dichos estudios no son concluyentes, ya que influyen diversos factores a parte del consumo de cannabis. El motivo de este estudio es dar apoyo a ésta teoría y poder demostrar que el consumo de cannabis es perjudicial, así como también concienciar a la población adolescente sobre este problema ya que cada vez se empieza a consumir ésta droga a edades más tempranas.

El tipo de estudio realizado en ésta investigación corresponde a un estudio cuantitativo observacional transversal en el que se estudia variables como frecuencia de consumo, cantidad de consumo, síntomas psicóticos y consciencia de enfermedad entre otras. La recogida de datos se ha llevado a cabo durante dos años y dos meses en la unidad de Agudos de adultos de Salud Mental de Sant Joan de Déu de Manresa a través de tres encuestas validadas y un cuestionario de elaboración propia.

**Palabras clave:** Cannabis, consumo, trastorno psicótico, salud mental.

## **Abstract**

Diverse studies realized during these previous years demonstrate that the cannabis consumption during a long period of time in the long run can produce negative effects in the mental health of the population like psychotic disorders, although the results of the above mentioned studies are not conclusive, since they influence diverse factors to pat of the consumption of cannabis. The motive of this study is to give support to this one theory and power to demonstrate that the cannabis consumption is harmful, as well as also to make aware the adolescent population on this problem since every time it begins being consumed this one drugs at earlier ages.

The type of study realized on this one investigation corresponds to a quantitative study transverse observational on which there are studied variables as frequency of consumption, quantity of consumption, psychotic symptoms and conscience of illness and others. The data capture it has been carried out for two years and two months in the mental health unit of Sant Joan de Déu Hospital of Manresa across three validated surveys and a questionnaire of proper making.

**Key words:** Cannabis, consumption, psychotic disorder, mental health.

## **1. Presentación del tema y justificación**

El cannabis es la primera droga ilegal más consumida por la población española, sobre todo por jóvenes; los cuales el uso que le dan a dicha droga es fundamentalmente recreativo, sin tener en cuenta los riesgos a los que se exponen consumiendo. Según el Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, en los últimos años se ha visto incrementado el consumo de cannabis en un 50%.

Según la encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), un 25,4% de jóvenes con edades comprendidas entre 14 y 18 años son consumidores de cannabis (1). Siendo la edad media de inicio de consumo los 14'9 años (2).

En esta misma encuesta (1) también se estudia la percepción del riesgo dando como resultado que el cannabis es menos peligroso que el tabaco, quedando así en segundo puesto, justo detrás del alcohol.

Otros estudios del Observatorio Español de Drogas (OED) (3) demuestran que los hombres (27,2%) de entre 15 y 24 años han consumido más que las mujeres (14,5%) de la misma franja de edad en los últimos 12 meses.

En España se estima que unas 400.000 personas están diagnosticadas de algún tipo de trastorno psicótico, de tipo afectivo o no. Entre siete y ocho personas por mil padecerán esta enfermedad mental a lo largo de su vida, situándose, en un momento concreto la prevalencia media para la enfermedad en el 4,6 por 1.000 (4).

La tasa de incidencia de trastorno psicótico es ligeramente mayor en hombres que en mujeres. La edad de presentación se sitúa entre los 15 y los 35 años, siendo infrecuente después de los 40 años (4).

Los trastornos psicóticos se suelen presentar más frecuentemente entre individuos solteros, en grupos de bajo nivel socioeconómico y en emigrantes (4).

El uso de cannabis durante mucho tiempo, a dosis considerables y haciendo un consumo diario producen ansiedad y depresión pudiendo desencadenar en crisis de ansiedad, ideación paranoide con ideas delirantes, despersonalización y desrealización (5).

La adolescencia es un período de muchos cambios en el organismo, sobretodo en el desarrollo cerebral. En esta etapa los cambios que se sufren son: maduración neuronal y procesos de reordenación, como mielinización, poda sináptica y plasticidad dendrítica. Cualquier tipo de alteración que se produzca en el cerebro durante este espacio de tiempo puede tener efectos negativos para la persona (6).

Hay estudios que demuestran una relación causal entre el consumo de cannabis a edades tempranas y el riesgo de padecer una psicopatología, llegando a multiplicar por seis este riesgo. También afirman que el inicio de abuso de drogas a edades tempranas (15 años) produce una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno mental que aquellos que empiezan a consumir más tarde (18 años) (7).

Actualmente, hay muchos estudios sobre la relación entre el consumo de cannabis en la adolescencia y el riesgo de sufrir enfermedades mentales en la adultez. La mayoría de estos estudios relacionan el consumo de cannabis con la esquizofrenia. Aún así no existe ninguna investigación que sea concluyente frente a esta suposición, por lo que este estudio se realiza para dar apoyo a ésta teoría y demostrar que existe una relación causa-efecto.

Dado la precocidad del inicio de consumo de cannabis, la poca percepción de riesgo sobre esta droga y los efectos tan perjudiciales que puede llegar a tener sobre la salud mental de la población,

creemos que el consumo de cannabis es un problema de salud pública, por lo que debe ser estudiado de manera exhaustiva y concienciar a la población de este problema a través de educación y promoción de la salud.

## **2. Objetivos**

### *2.1 Objetivo general*

- Analizar la relación existente entre el consumo de cannabis y la aparición y agravamiento del trastorno psicótico inducido por consumo de tóxicos.

### *2.2 Objetivos específicos*

- Demostrar que a mayor consumo, se produce una exacerbación de la enfermedad.
- Observar la relación entre mayor consumo de cannabis y menos consciencia de enfermedad.
- Cuantificar el número de reingresos de pacientes psicóticos relacionados con el consumo de cannabis.
- Observar la relación entre variables sociodemográficas y la aparición de trastorno psicótico.
- Cuantificar cuántos ingresos por esquizofrenia son por consumo de cannabis y cuántos no.



### **3. Marco teórico**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como: “periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. [...] Es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. [...] Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo” (8).

También define cannabis cómo peligroso físico, mental y socialmente incidiendo negativamente en la salud mental, ya que puede llegar a ocasionar dependencia así como psicosis, síndrome amotivacional y agravar la enfermedad y su curso (9).

El cannabis o más comúnmente denominado marihuana, es un agonista del sistema cannabinoide, localizado en el Sistema Nervioso Central (SNC). Esta droga, proviene del cáñamo, y el principio activo de ésta planta es el THC (Delta-9-tetrahidrocannabinol) que se encuentra en las hojas y brotes de dicha planta (10).

El sistema cannabinoide está formado por dos tipos de receptores, los CB1 y los CB2. En este caso nos centraremos en el funcionamiento y las funciones de los receptores CB1 ya que son los que se encuentran principalmente en el sistema nervioso central y los cuales nos ayudaran a entender cómo afecta el cannabis en el cerebro de los adolescentes (7).

Estos receptores se encuentran sobretodo en el cerebelo, los ganglios basales, el hipocampo y en el hipotálamo. En la médula

espinal y el córtex cerebral la densidad de estos receptores disminuye, aunque también están presentes (7).

La función de este sistema es unirse a moléculas como anandamida o 2-araquidonilglicerol regulando la liberación de otros neurotransmisores, principalmente dopamina, GABA y glutamato (7).

El consumo de cannabis aumenta la dopamina extracelular a causa de la activación de receptores CB1 en interneuronas GABAérgicas que sinaptan con neuronas dopaminérgicas. Con esto lo que se puede llegar a determinar es que el consumo de cannabis en la adolescencia puede conducir a la sensibilización del sistema dopaminérgico endógeno y esta es la razón por la que el consumo de cannabis durante este periodo tiene mayores repercusiones que si se consumiera esta droga en la etapa adulta (7).

Por lo tanto, los cambios en el sistema endocannabinoide durante la adolescencia (fase específica de desarrollo) inducida por el THC (Delta-9-tetrahidrocannabinol) podrían desarrollar cambios neurobiológicos sutiles pero duraderos que afectarían las funciones y el comportamiento del cerebro (8).

Estudios acerca la relación causal entre el consumo de dicha droga y la aparición de enfermedades mentales de tipo psicótico evidencian que el uso crónico de cannabis aumenta la probabilidad de sufrir un trastorno psicótico (5).

Por el contrario, se han estudiado aquellos individuos que por su genética están predispuestos a sufrir un trastorno mental, llegando a demostrar que existen anomalías estructurales y funcionales en las cuales el THC (componente principal del cannabis) incide aumentando la posibilidad de que el individuo debute con un cuadro psicótico (5).

Un metaanálisis realizado en Estados Unidos en 2011 (11), estudia la edad de inicio del trastorno psicótico en individuos consumidores de cannabis y otras drogas con predisposición a desarrollar la enfermedad, demostrando que el consumo hace que el debut psicótico se presente 2,7 años más temprano que en individuos predispuestos no-consumidores.

Este dato revela que el cannabis puede tener un papel agravante en la aparición de enfermedades mentales psicóticas.

Otro estudio llevado a cabo en Australia (12), éste de tipo cohorte prospectivo engloba a hermanos (adultos jóvenes) para llevar a cabo un estudio sobre la duración del consumo de cannabis y el riesgo a padecer psicosis. El hecho de utilizar hermanos para la investigación es porque según los autores, hay variables de confusión no medidas y el uso de individuos que sean hermanos reduce éstas variables; llegando así a afirmar que aquellos jóvenes adultos que habían consumido durante 6 años o más desde el primer uso, presentaban un riesgo de psicosis no afectiva. Existiendo así una correlación entre la duración del consumo y la psicosis.

Un estudio realizado en la Universidad de Almería (13) a universitarios sobre el consumo de drogas y ciertas variables de riesgo de trastorno psicótico como alucinación, esquizotípia y fusión cognitiva. Llegan a determinar que las tres variables están positivamente relacionadas con el consumo.

Por otro lado también se han realizado estudios que investigan el riesgo de recaída a la psicosis con el consumo de cannabis, es decir, un estudio realizado en Londres asocia los primeros episodios de psicosis con el posterior consumo de cannabis llegando a determinar que existe una relación dependiente entre la

cantidad de consumo y la frecuencia con el hecho de volver a reingresar en una unidad psiquiátrica (14).

En la bibliografía también se encuentran los diferentes factores de riesgo tanto de consumir cannabis como del trastorno psicótico y es necesario tenerlos en cuenta.

### **Factores de riesgo del consumo de cannabis (15):**

#### Factores de riesgo de la comunidad:

- Transiciones y movilidad personal.
- Desorganización comunitaria.
- Escaso apego al vecindario.
- Leyes y normas favorables al consumo de drogas.
- Disponibilidad percibida de drogas y armas.

#### Factores familiares:

- Conflicto familiar.
- Actitudes de los padres favorables a la conducta antisocial y al consumo de drogas.
- Escasa disciplina y supervisión.

#### Factores escolares:

- Fracaso escolar.
- Escaso compromiso con la escuela.
- Bajo rendimiento académico.

#### Factores individuales:

- Actitudes favorables al comportamiento antisocial y al consumo de drogas.
- Comienzo temprano de los comportamientos problemáticos.
- Consumo de drogas de los amigos.
- Interacción con iguales antisociales y implicación en bandas.
- Escasa percepción del riesgo de consumir.
- La rebeldía.
- La búsqueda de sensaciones.

## **Tipos y síntomas relacionados por el consumo de tóxicos**

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y precepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad, en ese momento la persona puede (16):

- Tener falsas creencias acerca de lo que está sucediendo a su alrededor o sobre quién es. A este fenómeno se le denomina **delirios**.
- Puede ver o escuchar cosas que no existen en la realidad, esto es nombrado **alucinaciones auditivas o visuales**.

No solamente pueden presentar estos dos síntomas, aunque sí que son los más comunes y la persona tampoco tiene porqué presentar los dos tipos. Otra situación que puede desarrollar en la fase aguda del trastorno psicótico es **desorganización del pensamiento y el habla**, consiste en pensamientos que pasan de un tema a otro sin tener relación (17).

El trastorno psicótico tiene diferentes fases de desarrollo, y a continuación se detallará cada fase (18):

- **1ª Fase→ Síntomas pródromos**

Corresponden a los primeros síntomas, estos son vagos e imperceptibles para las personas de alrededor del paciente. Sólo en algunos casos se detectan cambios en la manera de expresar los sentimientos, los pensamientos y las emociones. En cambio en otros únicamente se destaca una disminución de las actividades que realiza durante el día. En ésta fase tanto el paciente como el entorno suelen estar confusos y no entienden qué está pasando.

- **2ª Fase→ Aguda**

Se presentan síntomas claros de trastorno psicótico, como los descritos anteriormente: Alucinaciones, desorganización del

pensamiento y delirios, en ocasiones poniéndose en peligro a sí mismo y a su entorno. En esta fase, el paciente pide ayuda y si este no lo hace es la familia la que la pide. Normalmente en este período del desarrollo del trastorno los pacientes necesitan hospitalización para tratarlos con medicación y hacer un seguimiento y control de los síntomas.

- **3ª Fase→ Recuperación**

Gracias al tratamiento del trastorno psicótico en la mayoría de los casos el paciente se recupera y vuelve a su estado basal, aunque algunos de los pacientes deben continuar con tratamiento y seguimiento. El pronóstico depende de cada caso.

Aquellas personas que vuelven a recaer y sufren más episodios psicóticos, al largo del tiempo tanto el paciente como el entorno de éste reconocen más fácilmente los síntomas y tienden a pedir ayuda antes lo que permite actuar precozmente y así también se puede llegar a acortar el período de duración del trastorno.

### **Tipos de psicosis [19]**

Cuando una persona sufre un primer episodio psicótico es especialmente difícil determinar de manera exacta el tipo de psicosis que sufre, ya que en muchos casos se desconoce los factores que han provocado el brote psicótico. Pero es necesario diagnosticar a la persona de una enfermedad psicótica aunque sólo sea de forma temporal esa etiqueta ya que a medida que se indague más sobre los factores que han producido el episodio, los síntomas y la duración de estos el diagnóstico podrá cambiar. A continuación se detallan los tipos de psicosis que son más predominantes cuando existe un consumo de tóxicos activo.

### Psicosis inducida por tóxicos

El consumo de drogas y alcohol pueden provocar la aparición de síntomas psicóticos. Muchas veces con el cese del consumo esos síntomas desaparecen aunque en algunos casos la psicosis puede persistir incluso cuando se ha suspendido el consumo.

### Esquizofrenia

El término esquizofrenia se utiliza para hacer referencia a aquellos trastornos psicóticos en los que los síntomas persisten durante un período de más de seis meses. La duración y la intensidad de estos varían según el caso y, al contrario de lo que se suele creer, muchas personas diagnosticadas de esquizofrenia llevan una vida normal.

### Trastorno esquizofreniforme

Únicamente se distingue de la esquizofrenia en que los síntomas persisten menos de seis meses.

### Trastorno esquizoafectivo

Este diagnóstico corresponde a la presencia simultánea o consecutiva de síntomas de un trastorno del estado de ánimo (tales como la depresión o la manía) y de psicosis. Es decir, el cuadro clínico no es típico de un trastorno afectivo ni de la esquizofrenia.

## **Factores de riesgo del trastorno psicótico (20):**

### Factores de riesgo personal:

- Factores genéticos.
- Grado de integración de la personalidad.
- Edad de inicio de la enfermedad.
- Respuesta al tratamiento farmacológico.
- Conciencia de enfermedad.
- Vulnerabilidad.
- Estrés psicosocial.
- Abuso de sustancias.

### Factores de riesgo familiar:

- Estructura familiar.
- Antecedentes familiares de trastorno psicótico.
- Dinámica familiar.
- Nivel de expresión emocional.
- Capacidad cognitiva y resolutive.
- Nivel socioeconómico.
- Características de personalidad de los cuidadores primarios.

### Factores de riesgo social:

- Educación y cultura.
- Problemas de adaptación.
- Grado de estigmatización.
- Acceso a la vivienda.
- Acceso al mercado del trabajo.

Con todos los estudios aportados, se llega a la conclusión que el cannabis es una droga perjudicial en el cerebro humano así como en el comportamiento del mismo, llegando a causar enfermedades mentales graves cómo psicosis y/o esquizofrenia.

Teniendo en cuenta los datos de consumo de esta droga ilegal y la poca consciencia sobre lo perjudicial que puede llegar a ser para la salud, es necesario abordar este tema así como evidenciar de una manera contundente que consumir cannabis influye directamente en la salud mental de la población y que un consumo a largo plazo puede llegar a desarrollar enfermedades mentales de tipo psicótico.



## **4. Metodología**

### *4.1 Tipo de diseño.*

El diseño que se empleará para realizar este estudio es un cuantitativo observacional transversal.

Se ha elegido este tipo de diseño ya que se va a estudiar la relación entre consumir cannabis y la aparición de trastorno psicótico, es decir, no se hará ningún tipo de intervención en la muestra, simplemente se observaran los casos con trastorno psicótico que previamente hayan consumido cannabis para llegar a saber si hay una relación. El estudio es retrospectivo ya que según la bibliografía los efectos de consumir cannabis en la adolescencia debutan en la adultez joven.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es conocer si el cannabis influye negativamente en la salud mental de las personas, para así poder llevar a cabo un buen plan de educación para la salud en adolescentes y prevenir tanto el consumo como la aparición de trastornos psicóticos relacionados con éste.

### *4.2 Ámbito y periodo de estudio.*

El estudio se llevará a cabo en el hospital Sant Joan de Déu de Manresa (Cataluña), forma parte de una fundación privada sin ánimo de lucro (Althaia) que está constituida por tres centros, el hospital Sant Joan de Déu, el Centro hospitalario y el centro sociosanitario Sant Andreu. El hospital en el que se van a observar los pacientes para realizar el estudio es un hospital comarcal que atiende la demanda de 206.000 habitantes entre el Bages, el Berguedà, el Solsones y la Cerdanya. Da respuesta a diferentes especialidades así como diferentes servicios de salud mental, atendiendo a 30.000

personas en ésta especialización anualmente ya sea de forma ambulatoria u hospitalización.

Dentro de ésta infraestructura se encuentra la unidad de Agudos y Subagudos de adultos de Salud Mental que es justamente en el espacio donde se llevará a cabo el estudio. Ésta unidad cuenta con 40 camas entre pacientes agudos y subagudos, es una unidad de hospitalización completa aunque los pacientes una vez mejoran pueden ir recibiendo visitas e incluso pueden salir a la calle cumpliendo un horario estipulado por el equipo de la unidad (21, 22).

#### *4.3 Población y muestra.*

El tipo de paciente que se elegirá para llevar a cabo el estudio son aquellas personas que ingresen en la Unidad de Agudos de adultos de Salud Mental del hospital Sant Joan de Déu de Manresa con clínica psicótica según DSM-IV (292.11, 292.12) (23) y sean consumidores de cannabis o anteriormente lo hayan consumido, es decir que en el ingreso se les haga un test de cribado de drogas en orina y dé positivo en cannabis. Este test tiene un tiempo de detección de sustancias en orina dependiendo del tipo de consumo y de la droga que se consume. En este caso, para el cannabis, se muestran los tiempos de detección a continuación el intervalo de días corresponde a posteriori del consumo:

- Consumo ocasional: 3 días.
- Consumo moderado (4 veces/semana): 5-7 días.
- Consumo diario: 10-15 días.
- Consumo habitual prolongado: >30 días.

De esta manera podremos conocer de una manera objetiva si el paciente es consumidor o ha consumido anteriormente cannabis.

La población de referencia a la cual se le extrapolará los resultados del estudio son adolescentes de 13 años ya que la media de inicio de

consumo es de 14'9 años, y así se podrá llevar a cabo la prevención de consumo de drogas y aparición de trastornos (1,2).

Para la estimación de la cantidad de la muestra se utilizará la fórmula estadística:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

$\sigma$  = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, se suele utilizar un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza, que equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza, que equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, se suele utilizar un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Para calcularla se necesitará saber la cantidad de ingresos psiquiátricos que tiene la Unidad de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu durante un año, información que debe ser facilitada por el jefe de servicio de dicha unidad.

Por las características del estudio se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que se elegirán aquellos pacientes que cumplan con todas las características adecuadas para llevar a cabo el estudio (24).

#### 4.4 Criterios de inclusión y exclusión.

A continuación se detallará los criterios que debe y no debe tener un individuo para ser elegido como objeto de estudio del trabajo.

Criterios de inclusión:

- Tener entre 18 y 35 años.
- Participar de manera voluntaria en el estudio.
- Firmar y entender el consentimiento informado.
- Estar ingresado en la Unidad de Agudos de adultos de Psiquiatría del hospital Sant Joan de Déu de Manresa.
- Entender la lengua Española o el catalán.
- Estar diagnosticado o sufrir un trastorno psicótico inducido por tóxicos o esquizofrenia según DSM-IV (292.11, 292.12) (23).
- Dar positivo en cannabis en el test de cribado en orina.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que sufran algún tipo de retraso mental que pueda distorsionar los resultados.
- No dar positivo en cannabis en el test de cribado de orina.
- No estar diagnosticado de trastorno psicótico inducido por tóxicos o esquizofrenia según DSM-IV (292.11, 292.12).
- Dar positivo en cannabis y otros tóxicos (mantener un consumo simultaneo con otras drogas).

#### 4.5 Descripción de variables.

Por las características de la investigación se utilizarán variables tanto cuantitativas como cualitativas (25).

Las variables del estudio son:

Edad: Cuantitativa métrica discreta

Sexo: Cualitativa nominal

Consumo de cannabis: Cualitativa nominal

Cantidad de consumo: Cuantitativa métrica discreta.

Frecuencia de consumo: Cuantitativa métrica discreta.

Trastorno psicótico: Cualitativa nominal.

Reingreso por consumo: Cualitativa nominal.

Consciencia de enfermedad: Cualitativa nominal.

Antecedentes familiares psiquiátricos: Cualitativa nominal.

Trastorno previo al estudio: Cualitativa nominal.

<b>Variables</b>	<b>Dependiente</b>	<b>Independiente</b>	<b>De Confusión</b>
Edad			
Sexo			
Consumo de cannabis			
Cantidad de consumo			
Frecuencia de consumo			
Trastorno psicótico			

Reingreso por consumo			
Consciencia de enfermedad			
Antecedentes familiares psiquiátricos			
Trastorno previo al estudio			

#### 4.6 Instrumento de recogida de datos

En esta investigación para poder recoger toda la información, y posteriormente estudiar las variables se emplearan diferentes tipos de cuestionarios, en concreto cuatro. Este tipo de entrevistas se llevaran a cabo entre el equipo sanitario de la Unidad de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu y el equipo investigador, ya que hay cuestionarios que los realiza el psiquiatra como la SUMD, por lo tanto se aprovecharía la valoración que hace el profesional para el estudio. El resto de cuestionarios y escalas las llevaría a cabo el equipo investigador.

Se usaran tres cuestionarios que están validados y se utilizan en el ámbito de la Salud Mental así como en encuestas de salud pública a la población general.

Por último, se realizara un cuestionario de elaboración propia con la finalidad de recoger todos los datos que con los anteriores cuestionarios no se contemplan. Para obtener la rigurosidad de éste cuestionario, se realizara una prueba piloto obteniendo así resultados positivos o deficientes sobre éste. En el caso de obtener resultados deficientes sobre el cuestionario, se modificaran o completaran los ítems para lograr un cuestionario completo y efectivo.

- SUMD (*Scale Unawareness of Mental Disorders*) (Anexo 1)

Esta escala que está formada por 9 ítems, mide el grado de consciencia de enfermedad que tiene el entrevistado. Existen dos partes (26):

- La primera contiene ítems que evalúan la consciencia de sufrir un trastorno mental, los efectos de la medicación y las repercusiones sociales que puede tener el sujeto. La puntuación va del 0 al 5 siendo 0→ No relevante y 5→ No consciencia. Existen valores intermedios que no tienen etiqueta como el 2 y el 4.
- La segunda evalúa el nivel de consciencia y la atribución de los síntomas, concretamente 6 (Alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad)

De esta encuesta se obtienen tres resultados:

- Conciencia global: Es la suma de los tres ítems.
- Conciencia: Suma de los puntos de 4a a 9a dividido por el número de ítems con puntuación superior a 0.
- Atribución: Suma de los puntos de 4b a 9b dividido por el número de ítems con puntuación superior a 0.

Los resultados se interpretaran que a mayor puntuación menos consciencia de enfermedad y de atribución, por lo tanto, más severo será el trastorno que sufra el paciente.

- PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) (Anexo 2)

La siguiente escala evalúa la psicopatología positiva, la psicopatología negativa así como también la psicopatología general. Consiste en realizar una entrevista semi-estructurada al paciente de una duración de 30-45 minutos aproximadamente para llegar a saber cuáles son los síntomas que predominan en el enfermo (27, 28).

Los síntomas positivos son aquellos que distorsionan la realidad o las funciones normales de la persona e incluyen: delirios, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad.

Los síntomas negativos son aquellos que producen en la persona una disminución o pérdida de las funciones normales. Aquí se incluyen los síntomas como: Embotamiento afectivo, retraimiento emocional, contacto pobre, retraimiento social, dificultad en el pensamiento abstracto, espontaneidad y fluidez y por último, pensamiento estereotipado.

La psicopatología (29) trata sobre los diferentes síntomas anímicos, la manera de relacionarse y como se expresa la persona por eso en este apartado de la encuesta se tratará sobre: Preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio e introspección, trastornos de volición, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa.

Una vez detectados la existencia de algunos de los síntomas descritos anteriormente, se debe cuantificar la frecuencia de aparición de éste. A través de una escala que va del 1 al 7:

- Ausente [1]
- Mínimo [2]: Existe ese síntoma pero su intensidad es ligera así como tampoco interfiere en el desarrollo diario de la persona.
- Moderado [3]: El síntoma representa un problema para la persona, pero o bien ocurre ocasionalmente o interfiere de manera moderada en las actividades diarias del sujeto.
- Moderado-severo [4]: El síntoma interfiere en el funcionamiento diario del paciente aunque no totalmente y puede ser controlado voluntariamente.



- Severo [6]: Representa un síntoma que aparece muy frecuentemente y desemboca en una patología grave interfiriendo en el desarrollo de la vida diaria del sujeto de una manera total y necesitando así una supervisión.
- Extremo [7]: La frecuencia de aparición del síntoma se manifiesta en todas o casi todas las principales funciones. Requiere de una estrecha supervisión y asistencia.

Finalmente una vez obtenidos todos los valores sobre los diferentes síntomas, se suman las cifras de síntomas positivos y los síntomas negativos por separado. Si la puntuación es igual o superior a 4 en un mínimo de 3 ítems de la escala de síntomas positivos e igual o superior a 4 en la escala de síntomas negativos en menos de 3 ítems podremos decir que el sujeto pertenece al subtipo positivo ya que predominan estos síntomas. Mientras que si esto se produce a la inversa, es decir, se obtiene una puntuación igual o superior a 4 en un mínimo de 3 ítems de la escala de síntomas negativos y menos de 3 ítems con puntuación igual o superior a 4 en la de síntomas positivos, afirmaremos que el paciente pertenece al subtipo negativo.

También a través de una tabla de percentiles y con la suma de los síntomas por separado se puede llegar a conocer unos rangos fácilmente interpretables.

- CAST ( *Cannabis Abuse Screening Test*) (Anexo 3)

Esta escala evalúa el tipo de consumo que hace el paciente, es decir determina el riesgo de abuso de cannabis a través de 6 preguntas. Los valores oscilan del 1 al 5, siendo: 1 nunca, 2 rara vez, 3 de vez en cuando, 4 a menudo y 5 siempre o muy a menudo (30).

Una vez obtenida la puntuación total de la escala, ésta se debe dividir entre 6 que son las preguntas realizadas al encuestado y dependiendo de la puntuación diremos que:

- De 0-1 puntos → Consumo de bajo riesgo.
  - De 2-3 puntos → Consumo de riesgo moderado.
  - De 4-6 puntos → Consumo de alto riesgo.
- Cuestionario propio (Anexo 4)

En este cuestionario se incluirán todos aquellos datos que no hayan sido recogidos en las escalas anteriores, para así darle a la investigación toda la rigurosidad necesaria. En este cuestionario se introducirán las siguientes preguntas:

- Número de sujeto: Para que el individuo permanezca en el anonimato las encuestas irán numeradas, así en el momento de hacer el análisis de los datos será más fácil para el investigador y llevará un mayor control de las encuestas.
- Edad: Este ítem servirá para saber qué grupo de edad predomina la aparición de trastorno psicótico tras consumir cannabis.
- Sexo: Sabiendo el sexo del individuo se podrá hacer una comparativa entre hombres y mujeres y llegar a saber cuál de los dos sexos está más predispuesto a sufrir este fenómeno.
- Antecedentes psiquiátricos familiares: Al ser una variable de confusión y un factor de riesgo, se debe introducir en la investigación para cuantificar cuántos de los sujetos del estudio han debutado simplemente a causa del consumo y cuántos tienen antecedentes.
- Cantidad de consumo: Este ítem servirá para dar apoyo a la teoría de mayor cantidad de consumo menos consciencia de la enfermedad tiene el paciente y más severo es su trastorno.
- Frecuencia de consumo: Igual que el ítem anterior.
- Número de reingresos: Es una variable que nada más va a ser observada en aquellos pacientes que ya estén diagnosticados

de trastorno psicótico y hayan reingresado por exacerbación de la enfermedad.

### **Metodología de aplicación de las escalas**

Los cuestionarios se pasarán a los pacientes dependiendo de la evolución, es decir, hay cuestionarios y escalas como la SMUD y la CAST que se pasarán cuando el paciente ya lleve unos días ingresado en la unidad y éste se encuentre en una fase más estabilizada del trastorno psicótico así se podrá valorar mejor las respuestas. Por otra parte, la escala PANSS que es la que determina los signos positivos y negativos que predominan en el enfermo se podrá realizar durante los tres primeros días de ingreso. En cualquier caso, se dejará a criterio del personal sanitario en consenso con el personal investigador cuándo hacer las encuestas.

Las escalas y cuestionarios, junto con el consentimiento informado y la explicación del estudio, lo realizará el equipo investigador con colaboración del equipo sanitario de la unidad ya que éstos serán los encargados de avisar a los investigadores de que existe un paciente candidato para entrar a formar parte del estudio. Una vez avisados, el equipo investigador se dirigirá a la Unidad de Agudos de Adultos de Salud Mental para proceder a la explicación del estudio y la firma del consentimiento informado, así como la realización de la escala PANSS. Seguidamente, cuando el paciente esté en una fase más estabilizada se volverá a avisar a los investigadores para que vuelvan a la unidad a pasar las escalas que queden y el cuestionario propio.

Por último se interrelacionaran las diferentes encuestas para llegar a apoyar los objetivos de este estudio.

#### *4.7 Análisis de los datos*

El análisis de los datos será realizado a través de una matriz de datos, en este estudio se ha elegido el programa informático Excel

para permitir la transferencia y lectura de éstos en cualquier otra base de datos.

Por las características del estudio y el diseño escogido se utilizará el programa informático G-Stat ya que realiza análisis estadísticos numéricos e incluye gráficos. También permite realizar pruebas estadísticas univariantes y bivariantes.

Para la comparación de variables, al tener que relacionar tanto variables cualitativas como cuantitativas se utilizarán los siguientes métodos:

- Chi-cuadrado para variables cualitativas.
- T-student para variables cuantitativas.
- Medianas para variables cuantitativas-cualitativas.

#### 4.8 *Consideraciones éticas y legales*

Previamente al inicio de la recogida de datos se redactará una carta informativa para el comité ético de la Universidad (U-Manresa) (Anexo 5) así como otra carta informativa para el comité ético del Hospital Sant Joan de Déu. Juntamente con las cartas, se enviará el formulario de solicitud de dictamen (Anexo 6) con el que irán adjuntados una serie de documentos indispensables para la confirmación del proyecto.

Para llevar a cabo esta investigación y poder obtener los datos del estudio de una manera legal y segura para el sujeto, se realizará una carta informativa (Anexo 7) dónde constará toda la información acerca del estudio así como también se adjuntará el consentimiento informado (Anexo 8) que debe ser firmado por la persona que participe en la investigación.

El consentimiento informado es un documento donde se expresa la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la

información adecuada, para qué tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Se trata de una actuación dirigida a garantizar el ejercicio de autonomía de la persona como usuaria de un servicio en el ámbito asistencial (31).

También se facilitará información acerca del estudio a los profesionales que forman la unidad de Salud Mental del HSJD, pidiendo de manera simultánea su colaboración con el proyecto (Anexo 9).

Una vez el paciente haya firmado el consentimiento informado y acceda a participar en el estudio, se iniciará éste y todas las actuaciones que se lleven a cabo serán realizadas a través de los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress, los cuales son (32):

- No-maleficencia: Este principio habla sobre el compromiso de no dañar al paciente con las actuaciones que se le realice.
- Justicia: No se debe tratar a ningún paciente de manera discriminatoria y se debe proteger más a los desfavorecidos, tanto por la institución que lleva a cabo el proyecto como por el Estado.
- Beneficencia: Pretende que la actuación sanitaria que se lleva a cabo promueva el bien para el paciente y sea de calidad.
- Autonomía: Se debe de tener en cuenta la libertad y la responsabilidad del paciente el cual decide que es bueno para él.

#### 4.9 *Procedimiento del estudio*

La duración de este estudio será de Octubre de 2016 a Diciembre de 2018, es decir la investigación durará 2 años y dos meses ya que se necesita un largo período de recogida de datos.

Durante el primer mes (Octubre 2016) se llevará a cabo la elección del tema de estudio y la justificación. Simultáneamente, se empezará a buscar información del tema de estudio sobre investigaciones parecidas que puedan ayudar al desarrollo de este estudio y a la elaboración del marco teórico de éste el cuál se realizará a lo largo del mes de Noviembre de 2016.

Una vez recopilada toda la información necesaria, se elegirá el tipo de diseño y la metodología para llevar a cabo dicho estudio. Este proceso comprenderá los meses de Diciembre de 2016 a Febrero de 2017.

Durante los meses de Marzo y Abril de 2017 se contemplarán que tipo de cuestionarios y escalas son precisos para realizar el estudio y se elaborará el cuestionario propio.

Seguidamente (Mayo 2017), se presentará el estudio ante el Comité de Ética. Una vez éste dé la aprobación del estudio se procederá a realizar la prueba piloto para saber si el cuestionario de elaboración propia es factible y efectivo como también se presentará al equipo asistencial de la Unidad de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu el proyecto.

A partir de éste momento se llevará a cabo el pase de encuestas así como también la recogida de datos. Todo este proceso se llevará a cabo desde Junio de 2017 a Junio de 2018. La duración de éste proceso es tan amplio porqué las características del estudio requieren una tipología de paciente muy concreto y esto hace que la muestra de la población de estudio sea más limitada, por eso se amplía el tiempo de recogida de datos.

Cuando la recogida de datos dé por finalizada, se procederá al análisis de éstos durante el mes de Julio de 2018.

Por último, durante el mes de Agosto de 2018 se redactarán los resultados de la investigación como también las conclusiones del estudio.

En el caso de que los resultados apoyen la hipótesis de estudio planteada, durante los últimos cuatro meses (De Setiembre a Diciembre de 2018) se planificará un plan de educación para la salud y concienciación de la población para los adolescentes de entre 13 y 14 sobre lo perjudicial que puede llegar a ser el consumo de cannabis.

## **5. Limitaciones del estudio**

A continuación se definirán las diversas limitaciones que puede tener la investigación:

- No aceptación por parte del Comité ético del HSJD (Hospital Sant Joan de Déu).
- No participación del equipo sanitario de la unidad de Salud Mental del HSJD.
- La no participación de los pacientes en el estudio.
- Coste muy elevado para llevar a cabo la investigación.
- Poca muestra en el espacio de tiempo limitado para la recogida de datos.

## **6. Recursos**

Recursos humanos:

- Investigadores.
- Personal sanitario.
- Profesionales responsables de la aceptación del proyecto.
- Pacientes de la unidad de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu con trastorno psicótico.

#### Recursos de espacio y tiempo:

- 28 meses para realizar el estudio.
- Espacio habilitado en la unidad para realizar los cuestionarios, ya sea un despacho o una sala.

#### Recursos materiales:

- Programas informáticos.
- Consentimiento informado.
- Carta de presentación del proyecto para el Comité de ética.
- Cuestionarios.
- Carta informativa para el equipo profesional de la unidad.
- Carta informativa para los pacientes que sean candidatos a participar en el estudio.
- Transporte.

#### Estimación de gastos:

- Desplazamiento al Hospital: Se irá una vez al hospital para presentar la investigación ante el comité ético del hospital, una vez aprobado se regresará para poner en conocimiento al equipo de la unidad de salud mental sobre el estudio que se quiere realizar y para pedir su colaboración. Y por último, en función del número de ingresos que haya en la unidad se desplazará el equipo investigador ya sea para la explicación del estudio, la firma de consentimientos informados y la realización de los cuestionarios y encuestas. El coste del desplazamiento dependerá de las veces que vaya el equipo investigador al hospital.
- Impresión consentimiento y cuestionarios: Dependiendo de los individuos que sean candidatos a participar en el estudio, se imprimirán los cuestionarios y los consentimientos informados.



## 7. Cronograma

	Octubre 2016	Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017	Abril 2017	Mayo 2017	De Junio de 2017 a Junio de 2018	Julio 2018	Agosto 2018	Septiembre 2018	Octubre 2018	Noviembre 2018	Diciembre 2018
Elección tema y justificación.	X														
Búsqueda y lectura de documentos.	X	X													
Marco teórico.		X													
Diseño y metodología.			X	X	X										
Elaboración entrevistas y C.I.						X	X								
Presentación ante el comité de Ética.								X							

Trabajo de campo.															
Análisis de los datos.															
Elaboración resultados y conclusiones.															
Sensibilización y educación sanitaria.															

## **8. Limitaciones del estudio**

A continuación se definirán las diversas limitaciones que puede tener la investigación:

- No aceptación por parte del Comité ético del HSJD (Hospital Sant Joan de Déu).
- No participación del equipo sanitario de la unidad de Salud Mental del HSJD.
- La no participación de los pacientes en el estudio.
- Coste muy elevado para llevar a cabo la investigación.
- Poca muestra en el espacio de tiempo limitado para la recogida de datos.

## **9. Recursos**

### Recursos humanos:

- Investigadores.
- Personal sanitario.
- Profesionales responsables de la aceptación del proyecto.
- Pacientes de la unidad de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu con trastorno psicótico.

### Recursos de espacio y tiempo:

- 28 meses para realizar el estudio.
- Espacio habilitado en la unidad para realizar los cuestionarios, ya sea un despacho o una sala.

### Recursos materiales:

- Programas informáticos.
- Consentimiento informado.
- Carta de presentación del proyecto para el Comité de ética.
- Cuestionarios.

- Carta informativa para el equipo profesional de la unidad.
- Carta informativa para los pacientes que sean candidatos a participar en el estudio.
- Transporte.

#### Estimación de gastos:

- Desplazamiento al Hospital: Se irá una vez al hospital para presentar la investigación ante el comité ético del hospital, una vez aprobado se regresará para poner en conocimiento al equipo de la unidad de salud mental sobre el estudio que se quiere realizar y para pedir su colaboración. Y por último, en función del número de ingresos que haya en la unidad se desplazará el equipo investigador ya sea para la explicación del estudio, la firma de consentimientos informados y la realización de los cuestionarios y encuestas. El coste del desplazamiento dependerá de las veces que vaya el equipo investigador al hospital.
- Impresión consentimiento y cuestionarios: Dependiendo de los individuos que sean candidatos a participar en el estudio, se imprimirán los cuestionarios y los consentimientos informados.

## **10. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados**

En el caso que los resultados sean los esperados y que se corrobore que el cannabis es un factor determinante para la aparición y agravamiento de los trastornos psicóticos, es decir, que se cumplan la mayoría de los objetivos planteados anteriormente, se iniciará un plan de difusión de los resultados a la población adolescente para concienciarlos sobre lo perjudicial que es el consumo ya que las edades de inicio de consumo se sitúan entre los 14'9 años.

Una de las finalidades de este estudio, a parte de estudiar el impacto del consumo de cannabis en el trastorno psicótico, es reducir el consumo de ésta droga y sobre todo dar a conocer los efectos perjudiciales para la salud mental de la población. Haciendo hincapié en aquellos grupos de población que son más susceptibles a iniciar el consumo como son los adolescentes ya que es en esta etapa en la que el individuo es más vulnerable e influenciado ante las opiniones de su entorno y es más fácil que empiecen a consumir.

## **11. Plan de difusión**

Las actividades o formas de difundir los resultados principalmente sería hacer educación y promoción de la salud a jóvenes de 11 y 13 años informando sobre qué es el cannabis, qué es un trastorno psicótico, las repercusiones de fumar cannabis a nivel mental, y a la larga el riesgo que puede producir el consumo. También se podría contar con la colaboración de ex consumidores de cannabis que a día de hoy estén diagnosticados de un trastorno psicótico y lleven una vida totalmente normal siguiendo un tratamiento y con la enfermedad estabilizada, dispuestos a explicar su experiencia, es decir cómo el consumo de cannabis le desencadenó a un trastorno psicótico y todos los problemas que le conllevó esto.

También se enviará el trabajo a diversas bases de datos científicas con el objetivo de dar a conocer los resultados del estudio y que la investigación esté al abasto de toda la población.

## **12. Conclusiones**

Debido a los estudios anteriores y a este mismo se puede decir que el consumo de cannabis es un factor determinante para el desarrollo de trastornos psicóticos, aunque pueden influir otros factores como el sexo, la cantidad y frecuencia de consumo o los antecedentes familiares que tenga el individuo, entre otros. Dado que la edad de inicio de consumo es muy temprana y que es un hábito de vida no saludable, se debe abordar este problema social para intentar evitar que se inicie el consumo en edades tan tempranas como también se debe disminuir el consumo y el riesgo a sufrir futuros trastornos psicóticos desencadenados por este hecho.

Refiriéndose al tema de estudio, el hecho de hacer este proyecto de investigación ha permitido que se amplíen los conocimientos sobre la salud mental, más concretamente sobre el trastorno psicótico, el consumo de cannabis y sus efectos.

Durante el tiempo que ha transcurrido en la realización del estudio, el equipo ha aprendido a gestionarse el tiempo, a hacer búsqueda científica de otros estudios en diversas bases de datos, a redactar un trabajo de estas dimensiones y sobre todo a empezar a conocer el mundo de la investigación para futuras realizaciones de estudios posteriores. Paralelamente, el hecho de realizar el proyecto conjuntamente ha permitido que en futuras investigaciones en las que se pueda participar sea más fácil el trabajo en equipo y la toma de decisiones. También este trabajo permite conocer el mundo de la investigación incluyéndose el hecho de plantearse la dedicación laboral a éste ámbito.

## 13. Anexos

### Anexo 1 Escala SUMD

#### 4.6. Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)

1. Conciencia de poseer un trastorno	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
2. Conciencia sobre los efectos de la medicación	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
Puntuación total de los 3 ítems: _____	
4a. Conciencia de poseer alucinaciones	4b. Atribución de las alucinaciones a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
5a. Conciencia de poseer delirios	5b. Atribución de los delirios a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
6a. Conciencia de poseer trastornos del pensamiento	6b. Atribución de los trastornos del pensamiento a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
7a. Conciencia de poseer embotamiento afectivo	7b. Atribución del embotamiento afectivo a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
8a. Conciencia de poseer anhedonia	8b. Atribución de la anhedonia a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
9a. Conciencia de poseer asociabilidad	9b. Atribución de la asociabilidad a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución

## Anexo 2 Escala PANSS



Universidad  
Complutense  
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Instrumentos - Material de Prácticas

### ANEXO 3

Hoja de puntuación de la PANSS

#### ESCALA DE LOS SINDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)

Adaptación española de V. Peralta y M. J. Cuesta

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
Entrevistador \_\_\_\_\_ Período de observación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

	A	D	L	M	MS	S	E
<b>SINDROME POSITIVO (PANSS-P)</b>							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización	1	2	3	4	5	6	7
3. Comportamiento alucinatorio	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<b>SINDROME NEGATIVO (PANSS-N)</b>							
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Dificultad en el pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Ausencia de Espont. y fluidez en la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<b>PSICOPATOLOGÍA GENERAL (PANSS-PG)</b>							
1. Preocupaciones somáticas	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos y posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Inusuales contenidos del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de juicio e "introspección"	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

Hoja de puntuación de la PANSS (continuación)





Escala	Puntuación	Percentil	Rango
PANSS-P	_____	_____	_____
PANSS-N	_____	_____	_____
PANSS-C	_____	_____	_____
PANSS-PG	_____	_____	_____

Número de síntomas del PANSS-P con puntuación  $\geq 4 =$  \_\_\_\_\_

Número de síntomas del PANSS-N con puntuación  $\geq 4 =$  \_\_\_\_\_

**Tipo de esquizofrenia:**

Sistema inclusivo: Positiva Negativa

Sistema restrictivo: Positiva Negativa Mixta Otra

USO RESTRINGIDO



ANEXO 4

Tabla de conversión de las puntuaciones brutas de la PANSS en percentiles\*

Percentil	PANSS-P	PANSS-N	PANSS-C	PANSS-PG
95	38	43	19	61
90	35	41	17	56
85	34	38	14	55
80	33	36	12	53
75	31	35	10	52
70	30	34	8	50
65	29	32	7	48
60	28	29	6	47
55	27	27	4	46
50	26	25	1	45
45	25	24	-2	44
40	24	23	-4	42
35	23	21	-6	41
30	22	20	-8	40
25	21	19	-10	38
20	20	17	-12	36
15	17	13	-14	34
10	14	11	-17	32
5	12	9	-24	28

\* Los percentiles se obtuvieron en una muestra de 100 pacientes esquizofrénicos (criterios DSM-III-R) que investigaron por una exacerbación de su enfermedad y fueron evaluados durante los primeros días del ingreso (Peralta y Cuesta, en prensa)

## Anexo 3 Escala CAST

	Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
A - ¿Fumaste marihuana antes del mediodía?	1	2	3	4	5
B - ¿Fumaste marihuana estando solo / a?	1	2	3	4	5
C - ¿Tuviste problemas de memoria al fumar marihuana?	1	2	3	4	5
D - ¿Te dijeron amigos o alguien de la familia que deberías reducir el consumo de marihuana?	1	2	3	4	5
E - ¿Intentaste reducir el consumo de marihuana sin conseguirlo?	1	2	3	4	5
F - ¿Tuviste problemas debido a tu consumo de marihuana?	1	2	3	4	5

**Tabla V. CAST** (*Cannabis Problem Questionnaire in Adolescents*)

¿Con qué frecuencia te ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los últimos 12 meses? (Ningún riesgo de abuso de *cannabis*: 0-1 puntos, bajo riesgo de abuso de *cannabis*: 2-3 puntos, alto riesgo de abuso de *cannabis*: 4 puntos y más)

	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>De vez en cuando</i>	<i>Bastante a menudo</i>	<i>Muy a menudo</i>
1. ¿Has fumado <i>cannabis</i> antes del mediodía?					
2. ¿Has fumado <i>cannabis</i> estando solo/a?					
3. ¿Has tenido problemas de memoria al fumar <i>cannabis</i> ?					
4. ¿Te han dicho amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de <i>cannabis</i> ?					
5. ¿Has intentado reducir o dejar de consumir <i>cannabis</i> sin conseguirlo?					
6. ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de <i>cannabis</i> ? (pelea, accidente, malas notas, etc.)					

## Anexo 4 Cuestionario propio

1. Sexo:\_\_\_Hombre \_\_\_Mujer

2. Edad:\_\_\_

3. ¿Algún familiar ha sufrido algún tipo de trastorno psiquiátrico?

( ) Si,

¿Qué tipo de trastorno?\_\_\_\_\_

¿Qué parentesco les une?\_\_\_\_\_

( ) No

4. ¿Algún familiar ha sido consumidor de cannabis?

( ) Si

¿Qué parentesco les une?\_\_\_\_\_

( ) No

5. ¿Con qué frecuencia consumía cannabis?

( ) A diario

( ) Varias veces a la semana

( ) Solo los fines de semana

( ) Esporádicamente

6. ¿A qué edad empezó a consumir?
- Antes de los 10
  - De los 10 a los 13
  - De los 14 a los 16
  - De los 17 a los 20
  - Después de los 20
7. ¿Cuántos porros de media se fumaba a la semana?
- Ninguno
  - Entre 1 y 5
  - Entre 5 y 10
  - Entre 10 y 20
  - Más de 20
8. ¿Ha estado ingresado anteriormente en la unidad?
- No, es el primer ingreso.
  - Si, es el segundo ingreso.
  - Si, es el tercer ingreso.
  - Si, más de tres ingresos.
9. ¿Cuándo fue la última vez que consumió cannabis antes del ingreso?
- La última semana.
  - Dos semanas antes.
  - Tres o más semanas antes.

## Anexo 5

### **CARTA PARA EL COMITÉ ÉTICO DEL HOSPITAL**

Estimados/as señores/as:

Nos ponemos en contacto con ustedes con el fin de proponerles un proyecto de investigación.

Este proyecto va dirigido a pacientes hospitalizados en la unidad de agudos de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Dèu de Manresa, concretamente a pacientes con trastorno psicótico y antecedentes de consumo de cannabis, con la finalidad de investigar si el consumo de cannabis es uno de los factores de riesgo en la aparición y agravamiento del trastorno psicótico.

Esperamos tener la oportunidad de poderles explicar más detalladamente y darles a conocer nuestros objetivos a la hora de realizar este proyecto.

Rogamos respuesta y restamos a su disposición.

Saludos cordiales.

#### **Berta Izquierdo Cano**

- Nº Telefónico: 654987321
- E-mail: [Bizquierdo@gmail.com](mailto:Bizquierdo@gmail.com)

#### **Maria Lluch Cabanes**

- Nº Telefónico: 654321987
- E-mail: [MLluch@gmail.com](mailto:MLluch@gmail.com)

## Anexo 6

### COMITÈ D' ÈTICA DE RECERCA DE LA UNIVERSITAT DE VIC - UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA FORMULARI DE SOL·LICITUD DE DICTAMEN

#### Dades de l'Investigador/a Principal o Responsable:

Nom i Cognoms:	Berta Izquierdo Cano y Maria Lluch Cabanes	DNI/NIE: 98765432W/65432456Y
Departament:	Ciències de la Salut	Centre: U-Manresa
Càrrec:	Enfermera	
Direcció:	C/Rio 26	
Telèfon:	678965422	Fax: 987654678
		e-mail: MBenfermeria@gmail.com
Grup de recerca:	Investigador principal del grup:	
Membres equip investigador:	Berta Izquierdo Cano y Maria Lluch Cabanes	

#### Projecte:

Títol Projecte	Impacto del consumo de cannabis en el trastorno psicótico.	
Durada	26 meses.	
Convocatòria (1):	Any: 2016-2017-2018	
<i>(1) I+D, FIS, JA, Pla Propi, projecte UE, contracte directe amb empresa o similar, altres.</i>		
Entitat finançadora:	Finançament sol·licitat:	

### INFORMACIÓ SOBRE EL PROJECTE

1. Remetre el projecte complet en format pdf.<sup>1</sup>
2. Adjuntar un resum del projecte en format pdf d'un màxim de 2 pàgines amb lletra arial 10pt que inclogui els següents aspectes:
  - Antecedents, justificació, hipòtesis i objectius.
  - Descripció de la mostra (especificar reclutament, mesura característiques, etc...) i de la metodologia.
  - Experiència del grup d' investigació. Indicar fins a 5 referències bibliogràfiques relacionades amb els antecedents del treball i el mètode, si escau, preferiblement del propi equip investigador.
  - Beneficis esperats.
  - Possibles efectes no desitjables o secundaris.
  - Explicar si existeix algun tipus de contraprestació i/o assegurança pels participants.
  - Aspectes ètics

I, quan s'escaigui, els documents necessaris referents a:

- Permisos o altres informes de les institucions involucrades.
- Informació sobre l' adequació de les instal·lacions i dels instruments requerits.
- Consentiment informat i fulls d'informació als participants(adjuntar el model a emplenar).
- Com es recull el dret explícit de la persona a retirar-se de l' estudi.
- Autoritzacions o informes perceptius d'altres institucions col·laboradores en l'estudi.
- Garanties de confidencialitat.

L'investigador/a principal confirma que aquest projecte compleix amb el *Codi Ètic* i amb el *Document de Bones Pràctiques en Recerca de la UVic-UCC* i garanteix que així serà durant tota la durada d'aquest.

\*En cas de que no existeixin referències que avalin la metodologia, s'hauria d'incloure una descripció detallada del procediment experimental a seguir.

#### **Signatures**

Noms i cognoms de l'IP

Vist- i- Plau del Responsable de Recerca del Centre

Data: \_\_\_\_\_

Enviar a la Secretaria del CER, cer@uvic-ucc.cat

<sup>1</sup> En l'estat d'elaboració en el moment de presentar la sol·licitud.

## Anexo 7

### HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

- Título:
- Investigadores: Berta Izquierdo Cano y Maria Lluch Cabanes.
- Lugar donde se realiza el estudio: Unidad de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa.
- Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

#### **1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

Dado la precocidad del inicio de consumo de cannabis, la poca percepción de riesgo sobre esta droga y los efectos tan perjudiciales que puede llegar a tener sobre la salud mental en la población, creemos que el consumo de cannabis es un problema de salud pública.

#### **2. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo investigar si el consumo de cannabis es uno de los factores de riesgo en la aparición y



agravamiento del trastorno psicótico con el fin de concienciar a la población de este problema a través de educación y promoción de la salud.

### **3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Este estudio permitirá en un futuro poder realizar un plan de abordaje y de concienciación de la población a través de educación y promoción de la salud.

### **4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas a modo de cuestionario sobre usted, sus hábitos y antecedentes.

### **5. ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el Investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al Investigador responsable.

- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de Investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

## Anexo 8

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de Investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del participante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo 1**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo 2**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**INVESTIGADOR:**

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la Investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar Investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del investigador**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## Anexo 9

### **CARTA PARA LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD**

Estimados Doctores/Enfermeros de la unidad de Salud Mental:

Nos dirigimos a ustedes con el fin de proponerles su participación y ayuda para llevar a cabo un proyecto de Investigación.

Este proyecto va dirigido a pacientes hospitalizados en la unidad de agudos de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa, concretamente a pacientes con trastorno psicótico y antecedentes de consumo de cannabis, con la finalidad de investigar si el consumo de cannabis es uno de los factores de riesgo en la aparición y agravamiento del trastorno psicótico.

Esperamos tener la oportunidad de poderles explicar más detalladamente y darles a conocer nuestros objetivos a la hora de realizar este proyecto y de qué manera nos sería útil vuestra ayuda y participación.

Rogamos respuesta y restamos a su disposición.

Saludos cordiales.

#### **Berta Izquierdo Cano**

- Nº Telefónico: 654987321
- E-mail: [Bezquierdo@gmail.com](mailto:Bezquierdo@gmail.com)

#### **Maria Lluch Cabanes**

- Nº Telefónico: 654321987
- E-mail: [Milluch@gmail.com](mailto:Milluch@gmail.com)

## 14. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad SS e I. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). 2014 [citado 2016 Nov 29]; Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016\\_ESTUDES\\_2014-2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf)
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Gabinete de Prensa - Notas de Prensa [Internet]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3218>
3. Ministerio de Sanidad SS e I. INFORME 2015 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [citado 2016 Nov 24]; Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/ESTADISTICAS\\_2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/ESTADISTICAS_2015.pdf)
4. Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España. Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de salud mental. [citado 2016 Nov 24]; Disponible en: <http://ascasam.org/images/interes/Proyecto.pdf>
5. Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Neurología*, 54(12), 750–760.[citado 2016 Nov 24]; Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5412/bh120750.pdf>
6. Malone DT, Hill MN, Rubino T. Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. *Br J Pharmacol* [Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Nov 29]; 160(3):511–22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20590561>

7. Müller-Vahl, K. (2008). Cannabinoids and schizophrenia: where is the link? *Cannabinoids*, 3(December), 11–15. [citado 2016 Nov 29]. Disponible en:  
[https://www.cannabis-med.org/data/pdf/en\\_2008\\_04\\_1.pdf](https://www.cannabis-med.org/data/pdf/en_2008_04_1.pdf)
8. OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2016 Nov 29]. Available from:  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
9. Martínez González, M. Á., De Irala, J., & Gutiérrez Rojas, L. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Revista de Medicina*, Vol. 50, N<sup>o</sup>. 1, 2006, Págs. 3-10, 50(1), 3–10. [citado 2016 Nov 29]. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/28111043\\_Efectos\\_del\\_cannabis\\_sobre\\_la\\_salud\\_mental\\_en\\_jovenes\\_consumidores](https://www.researchgate.net/publication/28111043_Efectos_del_cannabis_sobre_la_salud_mental_en_jovenes_consumidores)
10. Uso de sustancias- Marihuana [Internet]. MedlinePlus. 2016 [citado 2016 Nov 29]. Disponible en:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000796.htm>
11. Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielssen O. Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Nov 29];68(6):555–61. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21300939>
12. McGrath J, Welham J, Scott J, Varghese D, Degenhardt L, Hayatbakhsh MR, et al. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in

- a cohort of young adults. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2010 May [citado 2016 Nov 29];67(5):440–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20194820>
13. García Montes JM, Zaldívar Basurto F, Moreno Montoya M, Flores Cubos P. Relationship between drug use and psychopathological variables of risk in university students. Psicothema [Internet]. 2013 [citado 2016 Nov 30];25(4):433–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24124774>
  14. Schoeler T, Petros N, Di Forti M, Pingault J-B, Klamerus E, Foglia E, et al. Association Between Continued Cannabis Use and Risk of Relapse in First-Episode Psychosis. JAMA Psychiatry [Internet]. 2016 Nov 1 [citado 2016 Dic 23];73(11):1173. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27680429>
  15. Fundación Aldaba-Proyecto Hombre en Valladolid. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial | Proyecto Hombre en Valladolid - Fundación Aldaba [Internet]. 2013 [citado 2016 Dic 23]. Disponible en: <http://www.proyctohombrea.org/factores-de-riesgo-y-de-proteccion-en-el-consumo-de-drogas-y-la-conducta-antisocial/>
  16. National Institutes of Health. Trastornos psicóticos [Internet]. 03-03. National Library of Medicine; 2016 [citado 2016 Dic 23]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/psychoticdisorders.html>
  17. National Institutes of Health. Psicosis: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. 08-03. 2017 [citado 2016 Dic 23]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001553.htm>



18. Parc de Salut Mar. Las diferentes fases de un trastorno psicótico - Parc de Salut Mar [Internet]. 2014 [citado 2016 Dic 23]. Disponible en: [http://www.parcdesalutmar.cat/episodispsicotics/pacients/es\\_episodis.html](http://www.parcdesalutmar.cat/episodispsicotics/pacients/es_episodis.html)
19. Parc de Salut Mar. ¿Qué tipos de psicosis hay? - Parc de Salut Mar [Internet]. 2014 [citado 2016 Dic 23]. Disponible en: [http://www.parcdesalutmar.cat/episodispsicotics/pacients/es\\_tipus.html](http://www.parcdesalutmar.cat/episodispsicotics/pacients/es_tipus.html)
20. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. Salud Ment. 2014;37:1-101. [citado 2016 Dic 23] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000700001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001)
21. Althaia - Fundació Althaia [Internet]. 2017 [citado 2017 Feb 2]. Disponible en: <http://www.althaia.cat/althaia/cat>
22. Xarxa Assistencial Universitària Manresa. Adults - Fundació Althaia [Internet]. 2017 [citado 2017 Feb 2]. Disponible en: <http://www.althaia.cat/althaia/ca/assistencial/salut-mental/adults>
23. Psicomed. DSM IV. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos [Internet]. 2001 [cited 2017 Feb 5]. Disponible en: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv5.html>
24. Universo Formulas. Muestreo no probabilístico [Internet]. 2013 [citado 2017 Feb 5]. Disponible en: <http://www.universoformulas.com/estadistica/inferencia/muestreo-no-probabilistico/>

25. Castro-Jiménez MA D-M LA. Las variables en el proceso de investigación en salud | UVS Fajardo. MedUNAB [Internet]. 2009 [citado 2017 Feb 5];12:151-6. Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/las-variables-en-el-proceso-de-investigacion-en-salud>
26. Libros y Test de Psicología: Test SUMD escala de evaluación del insight (Scale Unawareness of mental disorders) [Internet]. 2014 [citado 2017 Feb 6]. Disponible en: <http://psicologialibrosytest.blogspot.com.es/2014/01/test-sumd-escala-de-evaluacion-del.html>
27. Universidad Complutense de Madrid. ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO PANSS. [citado 2017 Feb 6]; Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto Apoyo EPC 2006/INSTRUMENTOS EVALUACION/ESQUIZOFRENIA/ESCALA DE SINDROMES POSITIVO Y NEGATIVO/PANNS\\_P.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/ESQUIZOFRENIA/ESCALA%20DE%20SINDROMES%20POSITIVO%20Y%20NEGATIVO/PANNS_P.pdf)
28. Baños Yeste I. Fundació Sant Joan de Déu - CURSO DE ENTRENAMIENTO EN LA ESCALA PANSS. In 2014 [citado 2017 Feb 6]. Disponible en: <http://www.acmcb.es/files/425-5970-DOCUMENT/Banos-42-6Feb14.pdf>
29. Jaspers K. Psicopatología General [Internet]. Fondo de Cultura Económica de España, editor. 2014 [citado 2017 Feb 6]. 15-16 p. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/276247588/Psicopatologia-General-Karl-Jaspers-pdf>
30. De Estado S, Moro MR, Área De Epidemiología C, Rosendo DE. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). 2016 [citado 2017 Feb 6];6-7. Disponible en:

<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/ValidacionZdeZEscalaZCAST.Z2016..pdf>

31. Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad. SaludInforma - Consentimiento Informado [Internet]. 2017 [citado 2017 Feb 6]. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/bioetica-salud/autonomia-paciente/consentimiento-informado>
32. Azula y Tapiero A. Los principios bioéticos. An Med Interna [Internet]. 2001 [citado 2017 Feb 10];18(12):650-4. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n12/humanidad.pdf>