

Cannabis en personas diagnosticadas de esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental de Adultos de Berga

Trabajo Final de Grado

4rto Enfermería

Alumna: Judith Campillo Guster

Tutor: Rafael Clua Garcia

UManresa-FUB. Promoción 2015-2019

Fecha: Junio 2019

Índice

- 1. Introducción y justificación (Pág. 6-7)**
- 2. Marco teórico. (Pág. 7-15)**
 - 2.1. Esquizofrenia (Pág. 7-9)**
 - 2.1.1 Sintomatología
 - 2.1.2 Tratamiento
 - 2.1.3 Efectos secundarios
 - 2.1.4 Efectos extrapiramidales
 - 2.1.5 Síndrome neuroléptico maligno
 - 2.2. Cannabis (Pág. 9-11)**
 - 2.2.1 THC
 - 2.2.2 CBD
 - 2.2.3 Métodos de consumo
 - 2.2.4 Efectos del cannabis
 - 2.3. Experiencia del Cannabis en Esquizofrenia (Pág. 11-15)**
- 3. Objetivos del estudio (Pág. 15)**
 - 3.1. Objetivo general
 - 3.2. Objetivos específicos
- 4. Metodología (Pág. 16-22)**
 - 4.1. Tipo de diseño (Pág. 16)
 - 4.2. Participantes (Pág. 16)
 - 4.3. Muestra (Pág. 16-17)
 - 4.4. Técnicas de recogida de información (Pág. 17-19)

- 4.5. Análisis de datos (Pág. 19-20)
- 4.6. Criterios de rigor y validez (Pág. 20)
- 4.7. Consideraciones éticas y legales (Pág. 21)
- 4.8. Procedimiento del estudio (Pág. 22)
- 5. Limitaciones del estudio (Pág. 23)**
- 6. Recursos (Pág. 23-24)**
- 7. Cronograma del estudio (Pág. 25)**
- 8. Aplicación y utilidad práctica de los resultados (Pág. 26)**
- 9. Plan de difusión (Pág. 26-27)**
- 10. Conclusiones (Pág. 27)**
- 11. Bibliografía (Pág. 28-31)**
- 12. Anexos (Pág. 32-40)**

Resumen

Introducción: Este estudio se centrará en estudiar las experiencias de los usuarios que acuden al Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) en Berga que consumen cannabis para reducir la sintomatología negativa de la esquizofrenia. En nuestro medio no hay estudios nacionales que indaguen sobre el cannabis y la relación con los usuarios esquizofrénicos. Por lo que este trabajo ampliar la perspectiva sanitaria para entender y comprender los comportamientos de los usuarios y sus acciones. El objetivo es conocer a los usuarios con esquizofrenia que consumen cannabis y que acuden al centro de salud mental ambulatorio de Berga.

Metodología: Se realizará de un estudio cualitativo fenomenológico, orientado a conocer la subjetividad de las experiencias desde la perspectiva de las personas con esquizofrenia. Los participantes del estudio serán usuarios que acuden al CSMA de Berga, que tienen como diagnóstico principal esquizofrenia consumen cannabis.

Se realizarán entrevistas semiestructuradas con 8-10 usuarios desentendiendo de la saturación de datos, grupo focal y notas de campo para la elaboración y recogida de la información. Se realizará la interpretación de datos mediante el análisis de contenido y se utilizará el soporte informático Atlas ti.

Conclusiones: Las conclusiones de este estudio pueden orientar a conocer y comprender las experiencias que viven los usuarios esquizofrénicos con el uso del cannabis. Desde la perspectiva sanitaria es muy importante que continuemos indagando y contribuyendo al conocimiento de los estudios cualitativos, el hecho de comprender por qué los usuarios realizan ciertas conductas, nos puede ayudar a crear vínculos de confianza que nos permitan mejorar o mantener el estado de salud del usuario esquizofrénico.

Palabras clave: Cannabis; Esquizofrenia; Trastorno psicótico; Estudio cualitativo; Salud mental

Abstract

Introduction: There are few studies and information about the experiences, sensations and perceptions of schizophrenic users when they consume cannabis. This study wants to expand the health perspective to understand the users behaviour and their actions. The objective of this study is to know the experience of the people with schizophrenia who use cannabis and go to the Mental Health Center in Berga.

Methodology: This is a qualitative and phenomenological study, it is oriented to know the subjectivity of the people's experiences with schizophrenia from a more personalized point of view. The participants of this study are users who come to the CSMA of Berga, whose main diagnosis is schizophrenia and who refer to be cannabis users.

Semi-structured interviews, field notes, a focus group and a field diary will be carried out to prepare and collect information, which will be analyzed with a computer support Atlas ti.

Results: The results of the study will be extracted from the sources of information, taking rigor and validity criteria into account. The results should provide the answer to our previously marked objectives of the study.

Conclusions: From the health perspective it is very important that we continue to investigate and contribute to qualitative studies the fact of understanding why users perform certain behaviours can help us create trustworthy links that allow us to improve or maintain the health status of the schizophrenic user.

Keyword: Cannabis; Schizophrenia; Psychotic disorders; Qualitative research; Mentalhealth services.

1. Introducción y justificación del tema

Este estudio se centra en la experiencia del cannabis en usuarios con esquizofrenia que acuden al centro de salud mental de adultos de Berga, ciudad de la comarca del Berguedà.

Según las estadísticas del ministerio de sanidad, bienestar e igualdad de España ha habido un incremento del 50% de consumidores de cannabis en los últimos años, sobre todo en la población joven. La cual refiere realizarlo por uso recreativo y social, sin tener en cuenta los riesgos. (1)

Entre la población consumidora de cannabis se ha detectado varios usuarios diagnosticados de esquizofrenia. Esta revisión bibliográfica afirma que las razones más comunes del uso de esta sustancia se relacionan con las actividades sociales, los trastornos del estado de ánimo, la relajación y la drogadicción. (2) Los pacientes que acuden al Centro de Salud Mental Ambulatorio (CSMA) refieren consumir porque les ayuda a combatir la sintomatología positiva y negativa de la esquizofrenia.

El tratamiento farmacológico ayuda a los usuarios a controlar los síntomas positivos de la enfermedad, a pesar de ello, entre el 40 y 80% de los pacientes abandonan el tratamiento farmacológico, debido a una mal adherencia al tratamiento. En la mayoría de estos casos se asocia a los efectos secundarios que tiene el tratamiento farmacológico actual (antipsicóticos). (3)

Es importante investigar sobre ello a nivel cualitativo para averiguar la experiencia de los usuarios, entender y comprender por qué deciden abandonar el tratamiento farmacológico habitual. Además a nivel científico podría aportar varios aspectos no contemplados en otros estudios, ya que se han realizado algunos estudios cuantitativos en los que indagan sobre el uso del cannabis como posibles fines terapéuticos, pero no se han realizado estudios cualitativos para comprender la experiencia del mismo fenómeno (Cannabis) en los usuarios con esquizofrenia. (2,4)

Me propongo indagar sobre las experiencias del cannabis en usuarios esquizofrénicos, realizado un estudio cualitativo, el cual me permita averiguar sus experiencias, las razones por las cuales consumen y las repercusiones sociales y laborales que conlleva.

Es importante conocer el porqué del consumo para la práctica enfermera, ya que permitirá tener un mejor contacto con los usuarios, mejorar la empatía y conocer más a los pacientes.

De modo que se podrían aplicar cuidados para el manejo del usuario consumidor de cannabis, conocer los beneficios que les aporta y aprender a manejar la sintomatología.

Además, el indagar a través de estudios cualitativos y cuantitativos puede ser una motivación científica que dé lugar a nuevos estudios, con la finalidad de poder corroborar teorías y generar de nuevas.

2. Marco teórico (Antecedentes y estado actual del tema)

2.1 Esquizofrenia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a más de 21 millones de personas a nivel mundial. Se suele caracterizar por distorsiones en el pensamiento, percepciones, emociones, alteración del lenguaje, vivencia del yo y conducta.

Debido a la gran complejidad de su diagnóstico, podemos identificarla basándonos en la observación de signos y síntomas, en la exploración de las vivencias de la persona y en el estudio riguroso de los antecedentes familiares. Ya que no existen pruebas de laboratorio o exámenes que corroboren su diagnóstico. (5)

Se identifican los **síntomas positivos y los negativos**; (6)

Los **síntomas positivos** son aquellos que la persona ya presenta, cómo ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones en la vivencia del yo y comportamientos alterados, catatónicos o agitación.

Los **síntomas negativos** son aquellos en que la persona manifiesta, cómo pobreza en el lenguaje, abulia, anhedonia, desgaste de las relaciones sociales, desorganización conductual y desorden en las curas de sí mismo.

Es muy importante realizar un diagnóstico diferencial (valoración de los síntomas, tales como la identificación y la duración de ellos). Una vez realizado el diagnóstico diferencial hay que analizar los resultados obtenidos y observar si el paciente presenta uno o más síntomas, y si estos persisten durante seis meses, y si no se justifica el abuso de drogas o manifestaciones de trastornos del estado de ánimo, podemos establecer el diagnóstico de esquizofrenia. (6)

Por lo que hace al **tratamiento** de la esquizofrenia, actualmente se usan los antipsicóticos.

Los antipsicóticos son drogas psicotrópicas que actúan directamente sobre el SNC (Sistema nervioso central) bloqueando los receptores dopaminérgicos, generalmente son usados para el tratamiento de trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia.

La **dopamina** es el neurotransmisor más importante del SNC, participa en la regulación de diversas funciones (conducta motora, emotividad y afectación). Se sintetiza a partir de aminoácidos y existen mecanismos que regulan su síntesis y liberación. (7)

Los antipsicóticos disminuyen la neurotransmisión dopaminérgica, a través del antagonismo D2 (los antipsicóticos de primera y segunda generación) o agonista parcial (antipsicóticos de segunda generación).

A pesar de ello, **la teoría dopaminérgica de la esquizofrenia** no explica el déficit cognitivo en pacientes con esquizofrenia.

Para relacionar las vías dopaminérgicas con los síntomas de la esquizofrenia, se ha demostrado que una actividad excesiva (hiperactividad) de la vía mesolímbica (inhibición) es la resultante de los síntomas positivos de la esquizofrenia, en cambio una disminución en la vía mesocortical es la causante de los síntomas negativos y cognitivos de la enfermedad mental. (8)

Estos pueden ser:

Neuroléptico o antipsicótico: produce una disminución de la agitación psicomotriz, del comportamiento agresivo y de la tensión emocional. Actúa sobre las alteraciones de la percepción y mejora la conducta catatónica y el trastorno del yo. Tiene efectos inmediatos pero su mejora se pronuncia pasadas las dos semanas.

Los **antipsicóticos de primera generación o típicos** son aquellos llamados antagonistas D2, éstos disminuyen la actividad de las vías dopaminérgicas y sus receptores. (Haloperidol, Clozapina, Clorpromazina, Zuclopentixol y Levomepromacín).

Los **antipsicóticos de segunda generación o atípicos**, llamados antagonistas de serotonina dopamina, son los que hacen el bloqueo de los receptores seroto-dopaminérgicos. (Quetiapina, Risperidona, Olanzapina y Clozapina).

Los **efectos secundarios** de los fármacos son bastante amplios:

Efectos extrapiramidales: (7)

Parkinsonismo son efectos neurológicos de aparición aguda. Se manifiesta temblor en el reposo, rigidez muscular e inestabilidad en la marcha secundario a la inhibición psicomotriz. Implica una deficiencia dopaminérgica, en la que se pierden neuronas.

Para disminuir este efecto adverso hay que reducir la dosis del fármaco, a pesar de ello, hay pacientes que a dosis mínimas padecen estos efectos, de modo que hay que administrar anti-colinérgicos (Trihexifenidilo, Benxtropina, Biperideno). La amantadina también sería útil, ya que libera dopamina.

Acatisia es la incapacidad para estar quieto, suele aparecer a los cinco días del inicio del tratamiento. Hay que cambiar el antipsicótico causante o recurrir a dosis de B-bloqueantes cómo: Propranolol o Benzodiacepinas de alta potencia.

Distonía se caracteriza por contracciones obtenidas e intermitentes de músculos faciales o cervicales. Suele suceder en los primeros cinco días de tratamiento. Responde rápido a anti-parkiansionanos.

Síndrome del neuroléptico maligno: (9)

El síndrome neuroléptico maligno tiene una incidencia del 11,6% en los pacientes esquizofrénicos. Se relaciona con agentes que alteran la neurotransmisión del sistema dopaminérgico.

La sintomatología consiste en hipertermia (38 a 40°C), rigidez muscular (causando disartria, hipoventilación o dificultades para respirar), taquicardias, diaforesis, palidez, hipertensión arterial, embotamiento, convulsiones generalizadas, temblores e insuficiencias renales agudas o crónicas.

2.2 Cannabis

La marihuana / cannabis / hachís / marijuana proviene de una planta llamada cáñamo.

Según el libro de *Riesgos y Placeres*, el cannabis se consume a nivel mundial, se estima alrededor de 200 millones de consumidores. Un tercio de ellos se localiza en la Unión Europea. Por lo que hace a España, casi un tercio de la población adulta lo ha probado alguna vez en su vida. (1)

Las plantas de cannabis pertenecen a la especie de cannabis sativa, y ésta se divide en tres subespecies (sativa, indica y ruderalis). Las más comunes en el mercado son las mezclas de sativa e indica.

La planta del cannabis puede ser macho o hembra, aunque muchas veces puede presentarse hermafrodita. Es importante conocerlo para los principios activos, ya que los componentes con más cannabinoides se encuentran en las plantas macho. (10)

El **THC (delta-9-tetrahidrocannabinol)**, se encuentra en la resina preparada a base de la punta de las hojas y en los tallos de la planta femenina del cannabis. Esta sustancia química actúa en el SNC provocando la liberación de dopamina. (4)

Cuando la dopamina aumenta notablemente en el organismo, se crean variaciones en el estado de ánimo y en el pensamiento, conduciendo a un error en la organización de la información, creencias falsas (ideas delirantes), sentimiento de miedo o confusión y ver o escuchar cosas que no son reales (alucinaciones). (7)

El **CBD (Cannabidol)**, hace efecto antagonista a los psicomiméticos del THC.

Según la *Fundación CANNA de España*, el THC es el componente más consumido para uso recreativo. Afirman que el CBD puede ofrecer beneficios terapéuticos (acompañamiento en el proceso de quimioterapia, Parkinson, Esclerosis múltiple y enfermedades oncológicas), todo dependiendo del método de consumo. Éste ha de manejarse con precaución y dosificado y realizar aumentos progresivamente para no favorecer el desarrollo de la tolerancia. (11)

Métodos de consumo (10)

Por lo que hace al consumo, la marihuana se suele consumir de forma inhalada, ingerida o vaporizada.

Generalmente, se usan los porros (combinación de la sustancia con tabaco). Si se fuma el efecto es rápido y suele durar alrededor de la hora u hora y media. Se recomienda usar boquillas de filtro para que retengan el alquitrán que contiene el tabaco, en vez de boquillas de cartón o hechas manualmente con tabaco.

A pesar de ello, cuando se quema el cannabis se pierden la mayoría de los principios activos, de modo que el rendimiento es mucho menor que ingerido.

Si el consumo es ingerido (infusiones o ingrediente en recetas) hay que ir con mucha precaución con mezclar otras sustancias como el alcohol, ya que la aparición es más tardía y el

efecto es más prolongado, esto se debe a que ingerido se aprovechan todos los componentes psicoactivos del cannabis.

Otra de las vías comentadas es la vaporizada, actualmente se usa mucho porque no tiene los efectos secundarios del tabaco, la técnica consiste en aspirar los principios activos del cannabis, pero sin combustión (sin gases tóxicos). Hay que tener en cuenta que este método de uso aspira todos los componentes activos, de modo que la dosis de consumo ha de ser mucho inferior a la inhalada o ingerida. (10)

Los **efectos del cannabis** pueden ser:

Cuando se consume Cannabis (generalmente fumado), el THC pasa rápidamente al torrente sanguíneo conduciendo la sustancia química al cerebro hasta alimentar a los órganos. La marihuana estimula las áreas del cerebro que contienen mayor cantidad de células receptoras, de modo que intercalan rápidamente en el desarrollo y en el funcionamiento normal del cerebro. Este hecho genera euforia, alteraciones de los sentidos, alteración en la percepción del tiempo, cambios en el estado de ánimo, rigidez muscular, dificultad para pensar y resolver problemas, alucinaciones, delirio y psicosis.

La marihuana afecta al correcto desarrollo del cerebro, especialmente cuando el consumo se inicia a edad temprana. La sustancia produce una disminución del razonamiento, fallos en la memoria y en las funciones cognitivas (como el aprendizaje).

En la actualidad se sigue indagando sobre la duración de los efectos de la marihuana a nivel cognitivo. Se realizó un estudio en Nueva Zelanda en la que demostró que los adolescentes que consumen cannabis habitualmente llegaban a edad adulta perdiendo puntos en su CI (Coeficiente intelectual). En cambio, los que iniciaron su consumo en edad adulta, no mostraron cambios significativos en el CI. (12)

2.3 Experiencia del Cannabis en Esquizofrenia

Fisiopatológicamente, la esquizofrenia provoca una alteración del sistema dopaminérgico produciendo una activación de éste en áreas subcorticales y una disminución de la dopamina en áreas corticales.

Sin embargo, el cannabis produce una activación del sistema dopaminérgico. El consumo excesivo de marihuana ha causado efectos asociados a enfermedades mentales, cómo; alucinaciones, paranoias y pensamientos desorganizados. (11).

No se recomienda el uso de cannabis en personas con complicaciones psicológicas o en tratamiento psiquiátrico, ya que puede favorecer a la aparición de brotes psicóticos, tampoco se recomienda en personas con cierta predisposición a trastornos psiquiátricos ya que pueden desencadenar el diagnóstico. (10).

Se han realizado algunos estudios contemplando la idea de que el uso del cannabis conlleva a un mayor riesgo de desarrollar psicosis.

Pierre afirmó que a su misma vez en varios países se ha legalizado el cannabis como un uso medicinal, de modo que su estudio confrontaba dos incoherencias en las que pretendía observar detalladamente la evolución de un paciente desde que inició el tratamiento con antipsicóticos hasta que reemplazó el cannabis callejero por el medicinal. Se evidencia que el usuario presentó una recaída con un aumento significativo de la sintomatología positiva (alucinaciones y delirios), de modo que Pierre afirma que substituir los antipsicóticos por cannabis callejero conlleva un elevado riesgo de padecer un estado de psicosis en usuarios más vulnerables o posibles recaídas. Expone la revaloración del cannabis como uso medicinal, enfatiza el refuerzo en la educación sanitaria sobre los efectos indeseables del cannabis y promueve la necesidad de evidenciar el riesgo de la salud pública sobre el cannabis medicinal. (13)

Se realizó una revisión bibliográfica con 31 artículos, contemplando el uso del cannabis como fines terapéuticos en áreas de salud mental. Tras la búsqueda se reflejó que el consumo de cannabis podía dar lugar a deficiencias reversibles en la capacidad cognitiva del usuario, concretamente en la capacidad de memoria a corto plazo. (14)

Childs et al, realizaron un estudio cualitativo fenomenológico que estudiaba la experiencia del consumo del cannabis y la psicosis de siete usuarios, mediante la técnica de entrevistas. Se centraba en el viaje que experimentan los usuarios tras el consumo de cannabis, la influencia que conlleva en el mundo social y cultural y los puntos de vista de cada uno de los siete usuarios. En las conclusiones se demuestra que el mundo social y cultural de la psicosis influye directamente al inicio y consumo periódico del cannabis, a su vez, los usuarios muestran diferentes opiniones sobre el consumo del cannabis, tales como enfoques positivos. (15)

Otros estudios de revisión bibliográfica como el que realizó Quiroga sobre la relación del cannabis con la esquizofrenia, corrobora la teoría de que el CBD (Cannabidol) puede provocar un síndrome de dependencia y que el uso interrumpido puede ocasionar trastornos de abstinencia manifestados por ansiedad, tensión, desazón, alteraciones en el sueño y cambios en el apetito. Corroboraba que la abstinencia era debida a los antagonistas endógenos y los receptores cannabinoides cerebrales específicos.

En el estudio afirma que los episodios psicóticos agudos que puede producir el consumo de cannabis no confirman si son detonantes, agravantes o acompañantes de conductas psicóticas distintas al estado mental primario. Sin embargo, corrobora que el consumo repetido y precoz del cannabidol en personas genéticamente predispuestas puede estar relacionado con la aparición de la esquizofrenia. (16)

Se realizó un estudio cuantitativo en Brasil con una muestra reducida de tres usuarios diagnosticados de esquizofrenia, el estudio duró 55 días y se administraban placebos, CBD y antipsicóticos a distintos tiempos. Los tres usuarios recibieron placebo durante los primeros cinco días, a partir del sexto hasta el 35 día se les administró CBD vía oral (40mg hasta 1280mg, aumentando la dosis progresivamente). Pasados los 35 días se suspendió la administración de CBD y se administró nuevamente el placebo durante cinco días más. Posteriormente se administró Olanzapina (antipsicótico) durante 15 días más. En los resultados se observó que uno de los pacientes mostraba mejorías leves, mientras que los otros dos usuarios no mostraban ninguna mejora. Los tres pacientes toleraron muy bien el CBD y no mostraron efectos secundarios, de modo que el estudio sugirió que el CBD no era efectivo para el tratamiento de la esquizofrenia, ya que no halló mejoría alguna. (17)

A pesar de ello, se publicó un estudio en la *US National Library of Medicine (NLM)* se demuestra que en la actualidad el tratamiento clínicamente eficaz y aceptado para la esquizofrenia es el uso de fármacos antipsicóticos, pero éstos producen muchos efectos secundarios. El CBD posee propiedades terapéuticas prometedoras para el manejo de la psicosis relacionada con la esquizofrenia, ya que sus propiedades son muy similares a la de los antipsicóticos.

Se realizó un ensayo clínico controlado con animales donde se corroboró que el CBD tiene propiedades farmacoterapéuticas, ya que se atenúan las neuronas conductuales y dopaminérgicas de la sensibilización dopaminérgica provocando efectos semejantes a los antipsicóticos, de modo que el CBD puede ser eficaz para el tratamiento de la esquizofrenia. (18)

Minozzi et al, realizaron un estudio una revisión bibliográfica entre varios estudios seleccionando los de mejor calidad y analizando los resultados obtenidos. Este estudio contempla la idea de que el cannabis puede provocar síntomas psicóticos agudos y transitorios, incitando a la controversia de si el cannabis puede causar psicosis a largo plazo. Se concluyó que no había suficientes conocimientos para poder determinar el riesgo asociado con el consumo de

cannabis en relación a los síntomas psicóticos. De modo que se necesita más información sobre los riesgos del consumo y los beneficios de las intervenciones preventivas para respaldar los enfoques basados en la evidencia de esta área. (19)

Budaze et al, realizaron un estudio cualitativo en el *Hospital Universitario de Psiquiatría de Zurich* con el objetivo de averiguar si el uso frecuentado del cannabis es el causante de la esquizofrenia. Se realizaron entrevistas a diez usuarios con esquizofrenia paranoide y que consumían habitualmente cannabis. Pero al realizar las conclusiones observaron que ningún paciente describía la existencia de un vínculo entre el uso del cannabis y la aparición de la esquizofrenia. A pesar de ello, la mayoría de los usuarios podían hablar de experiencias positivas y negativas del consumo, aunque coincidían en que podría considerarse el cannabis cómo una ayuda terapéutica en la sintomatología de la enfermedad. (20)

A pesar de todos estos estudios en los que se cuestiona la idea del cannabidol sea el desencadenante de estados de psicosis, Müller-Vahl ha demostrado que la mayoría de los consumidores no desarrollan estados de psicosis, así que se puede suponer que algunas personas son genéticamente vulnerables a los efectos del cannabis. (21)

Otro estudio realizado en la *Universidad de Calonge en Alemania*, publicado en la revista *Psyciencia*, también pone en duda el desarrollar estados de psicosis debido al consumo de cannabis, en el se demuestra que el cannabidol tiene efectos positivos en la enfermedad. Se realizó un estudio cuantitativo, un ensayo controlado a doble ciego durante cuatro semanas, los usuarios estaban diagnosticados por esquizofrenia y el método de elección fue aleatorio. El estudio se realizó con el objetivo de averiguar si el CBD puede contribuir a estados psicóticos. Los participantes recibían el tratamiento farmacológico habitual (antipsicóticos), el grupo control se le administraba placebo mientras que el grupo experimental se le administraba cannabidol. Pasadas las cuatro semanas de la administración se observó que el CBD podía ejercer efectos antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos, ya que había una mejoría clínica de la sintomatología negativa. (22)

Des de la *Clínica de Psiquiatría, Psicosocial y Psicoterapia de Alemania*, se realizó un estudio de búsqueda analizando la interacción del cannabis y la esquizofrenia. Se valoró el hecho de que el cannabis se clasifica como un factor de riesgo para la psicosis, ya que puede desencadenar a un peor resultado de la enfermedad, aunque haya evidencia científica de la predisposición genética. A pesar de ello se observó que las alteraciones en el sistema endocannabinoide pueden contribuir a la patología de la esquizofrenia ya que hallaron una relación directa entre el sistema dopaminérgico y los receptores cannabinoide. Así mismo, pudieron afirmar que el CBD no psicoactivo podría ser beneficioso para el tratamiento de la esquizofrenia. (23)

Se han contemplado varias teorías de que el cannabis es perjudicial para la salud de los usuarios, varios autores contemplan la idea de que el cannabis es un detonante de estados de psicosis. Tras indagar y analizar varios estudios se puede afirmar que el cannabis no produce estados de psicosis ni patologías de salud mental. A pesar de ello, se contempla la idea de que un estado de psicosis puede darse lugar en un momento de embriaguez causado por el cannabis.

A pesar de que se considere el cannabis cómo una droga ilegal en nuestro país, muchos usuarios lo consumen porque les aporta beneficios en su estado de salud, de modo que el profesional sanitario debería de indagar y aportar más conocimientos a la realización de estudios cualitativos y cuantitativos.

Enfermería presenta un papel muy cercano con los usuarios esquizofrénicos, de modo que podrían realizarse más estudios cualitativos sobre hechos ya observables (el consumo de cannabis habitual de los usuarios esquizofrénicos). Des del ámbito sanitario, siempre se halla la forma de mejorar o mantener el estado de salud del usuario, de modo que si el CBD puede presentar aportaciones terapéuticas para el usuario, el deber del profesional es indagar sobre ello y cuestionarse constantemente en base a estudios científicos (cualitativos y cuantitativos), las posibles aportaciones y por qué los usuarios esquizofrénicos lo consumen. De esta manera podremos conseguir un mejor manejo del usuario y de su patología.

3. Objetivo del estudio

3.1 Objetivo principal

Conocer la experiencia de los usuarios con esquizofrenia que consumen cannabis y que acuden al centro de salud mental ambulatorio (CSMA) de Berga.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer las motivaciones del uso del cannabis en pacientes esquizofrénicos.
- Comprender de qué manera el uso del cannabis influye en las actividades de vida diaria de los usuarios esquizofrénicos.
- Profundizar en los beneficios del cannabis respecto a los efectos negativos del tratamiento desde la perspectiva del paciente

4. Metodología

4.1 Tipo de diseño

En este trabajo se lleva a cabo un estudio cualitativo, ya que se orienta a conocer la complejidad de las experiencias de las personas vividas desde un punto de vista más personalizado.

Se usará el diseño fenomenológico, ya que se estudiará la subjetividad, es decir, se pretende conocer la experiencia del cannabis en los usuarios diagnosticados de esquizofrenia.

El proceso de indagación es inductivo y se propone interactuar con los participantes del estudio para buscar respuestas a las preguntas y objetivos marcados previamente.

4.2 Participantes

La población de estudio se encuentra en el centro de salud mental de Berga (CSMA). Se ha escogido Berga porque el centro es uno de los principales recursos para la salud mental del Berguedà.

La población de estudio se centra en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y consumidores del cannabis, ya que se pretende indagar y averiguar las experiencias de su consumo.

Para poder realizar el estudio en esta población tendremos que hacer entrega de un informe detallado sobre el estudio al centro correspondiente (CSMA Berga).

4.3 Muestra

Durante el proceso de selección de la muestra, se busca comprender de forma detallada un fenómeno a una muestra seleccionada y no a la generalización de los resultados.

Éste es un proceso no probabilístico, que afecta a la calidad y a los criterios de rigor, y evoluciona a lo largo de la investigación.

Se llevará a cabo el muestreo de conveniencia, ya que el investigador selecciona a los participantes siguiendo un criterio estratégico, teniendo en cuenta aquellos usuarios más repre-

sentativos. La selección de los participantes va en función del ingreso de éstos al Centro de Salud Mental Ambulatorio (CSMA) Berga.

Para poder acceder a la muestra, necesitamos ayuda del profesional del CSMA Berga, tales como; enfermeros, psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos. Estos profesionales son los que se encuentran en contacto diario con los usuarios, y quiénes podrán facilitarnos el acceso a ellos.

Para poder acceder al centro de salud mental ambulatorio de Berga y a sus profesionales, hemos de ponernos en contacto con la sede del centro *Hospital Sagrat Cor, Germanes Hospitalàries* (el teléfono y el correo electrónico del centro lo podemos encontrar en internet).

La muestra de los participantes será alrededor de los 8-10 personas (dependiendo de la saturación de datos) mayores de edad, esquizofrénicos, consumidores de cannabis, que acuden al CSMA Berga y que estén predispuestos a participar en el estudio.

Por lo que hace a los criterios de inclusión se requiere ser atendido por el CSMA Berga, tener como diagnóstico esquizofrenia y referir ser consumidor de cannabis actualmente.

Por lo que respecta a los criterios de exclusión, queremos excluir aquellos usuarios que se encuentren en un brote psicótico en el momento del estudio o que consuman otro tipo de drogas que puedan interactuar en la validez de nuestro estudio, ya que estas características nos dificultarán mucho poder conocer sus experiencias de forma exhaustiva.

Una vez seleccionada la muestra, se hará entrega de un informe detallado del estudio (Anexo 3) y un consentimiento informado. (Anexo 4). El usuario tiene derecho a abandonar el estudio en el momento que lo requiera sin necesidad de dar explicaciones, pero para ello, necesitará hacer entrega de un documento en el cual se especifica que no quiere seguir formando parte del estudio. (Anexo 5).

4.4 Técnicas de recogida de información

Las técnicas de recogida de datos que se realizarán en este estudio serán concordantes con la metodología cualitativa, técnicas que permitan averiguar las experiencias de los pacientes.

Entrevistas: Las entrevistas que se realizarán serán semiestructuradas y de pregunta abierta, donde el investigador llevará consigo un guion para centrar las preguntas y guiar la entrevista. (Anexo 6)

Se realizarán en salas del centro de salud mental ambulatorio de Berga. Es importante que la sala cuente con buena iluminación y sea confortable. Las entrevistas son un buen sistema de recogida de información, ya que nos encontramos frente a frente con la persona, podemos establecer un vínculo de confianza y nos facilitará establecer una comunicación no verbal.

Las entrevistas se realizarán siguiendo un patrón:

Primer contacto con el participante, en el que le explicaremos a la persona entrevistada el objetivo de estudio, el tiempo estimado para la realización de esta, los criterios de confidencialidad y la aclaración de la grabación de la entrevista.

Desarrollo de la entrevista, en el que se establecerá una interacción (para preservar los criterios de cualidad, calidad, profundidad y validez de la información proporcionada), se realizarán mediante preguntas generales, pasando a preguntas reflexivas donde el participante nos dará su opinión y sus sentimientos, seguidamente se realizarán las preguntas más personales e íntimas) y finalmente, le daremos una validez al contenido (aclarar aquellos aspectos o cuestiones que no nos hayan quedado claras).

Las entrevistas deberán ser grabadas para poder transcribirlas posteriormente y no olvidar información relevante para el estudio. El tiempo aproximado para la realización de las entrevistas es una hora, aunque puede variar en función de la dinámica. A parte de tener firmado el consentimiento informado del usuario, le pediremos que nos afirme su conformidad con que la entrevista sea grabada.

Grupos Focales: Se comentará con los usuarios entrevistados personalmente si quieren formar parte del grupo focal, en caso afirmativo se les facilitará la información necesaria sobre el día, hora y dinámica del grupo. Se llevarán a cabo una vez finalizadas todas las entrevistas personalizadas, el investigador actuará como moderador. Se requiere una sala amplia y confortable para todos los miembros del grupo, con una iluminación correcta. Su misión es dirigir el grupo, intervenir en las ocasiones que sean oportunas y potenciar la capacidad autocrítica y la resolución de conflictos. El moderador contará con el soporte de un observador, este será un profesional de sanidad (enfermero), su misión es ayudar al moderador a realizar las notas y el diario de campo mediante su observación, deberá de anotar aquellas cosas que le han parecido relevantes para los resultados del estudio. Un grupo focal es una buena herramienta para interactuar y compartir experiencias, pero primeramente hemos de establecer un buen vínculo de confianza, para ello es imprescindible la presentación de todos los miembros del grupo, incluyendo el moderador. Se estima una hora y media para la realización del grupo focal, dependiendo de la participación de los usuarios. (Anexo 7)

Notas de Campo: Las notas de campo son unas herramientas que nos ayudaran a la correcta transcripción de los datos. Se realizarán de forma instantánea a las entrevistas y a los grupos focales. El investigador anotará aquello que le parezca relevante de la persona entrevistada

(percepciones, sensaciones, comunicación no verbal...). En cada entrevista o en el grupo focal, se llevará consigo un papel y bolígrafo para anotar aquellas cosas que consideremos importantes para la correcta transcripción de la entrevista.

Diario de campo: Consiste en realizar unas anotaciones de aquello que el investigador percibe y deduce de la persona investigada, ayuda al proceso de indagación y transcripción de las entrevistas. Se realizarán simultáneamente a la realización de las entrevistas y del grupo focal.

4.5 Análisis de datos

Para el análisis de datos el investigador ha de convivir con los datos, es decir ha de pasar un tiempo prudencial leyendo y reflexionando sobre los datos proporcionados en las técnicas de recogida de datos.

La transcripción de las entrevistas se realizará de forma simultánea a la recogida de datos, para ello se requiere ayuda de un programa informático que facilita el análisis cualitativo, éste será el *Atlas ti*.

Inicialmente el investigador ha de familiarizarse con los datos mediante la rigurosa lectura, transcripción y repetición de las entrevistas, lo que se conoce cómo inmersión de los datos.

Este programa nos ayudará a reducir los datos estableciendo estrategias para darle un significado provisional.

El análisis de los datos propiamente consiste en analizar el contenido, el marco y realizar comparaciones constantes con la entrevista. El investigador desglosa el texto en citas, realiza la codificación mediante el uso de códigos para agrupar el contenido (es importante que un apartado anotemos el significado que nos da el código, de esta manera nos será más sencillo poder agrupar las experiencias correctamente) e identifica aquellas palabras, frases o párrafos que le parezcan destacables en relación a los objetivos del estudio (la experiencia del cannabis en los usuarios con esquizofrenia). Una vez tengamos codificada la información de las entrevistas, grupos focales, notas de campo y diario de campo, reorganizaremos los códigos formando categorías de familias de temas, para poder ordenar toda la información proporcionada.

Seguidamente iniciamos la redacción de *memos*, es un procedimiento que nos permite la recogida de *insights* (todas las reflexiones críticas sobre el proceso investigado e interferencias durante el mismo), esto nos ayudará a no perder información muy valiosa. Es importante que

para la interpretación del contenido el investigador sitúe la información en contextos amplios y relacione los temas entre sí.

Finalmente, el investigador tendrá que desmenuzar todas las experiencias y extraer las conclusiones oportunas, es decir, concordantes con los objetivos marcados en el estudio. (24)

4.6 Criterios de rigor y validez

Para la realización de un estudio cualitativo, en el que se centra en una investigación social y educativa, hemos de tener en cuenta los criterios de rigor y validez. Ciertamente es un estudio que se basa en la interpretación de los significados de las acciones humanas y sociales, partiendo de las experiencias de los usuarios. (25)

Encontramos cuatro criterios de validez, **según Lincoln y Guba** (26); el valor de la verdad, la aplicabilidad, la consistencia y la neutralidad.

Credibilidad: es el criterio del valor de la verdad, se basa en la observación continua de la investigadora en el estudio, la triangulación entre las fuentes de datos (las entrevistas, el grupo focal y las anotaciones del investigador), las teorías y las investigaciones sobre el fenómeno (estudios cualitativos, cuantitativos y revisiones bibliográficas expuestos en el marco teórico), y la comprobación de los participantes del estudio (usuarios del CSMA Berga). Hay que tener en cuenta los factores que interactúan (antipsicóticos, consumo de cannabis, entorno y cultura) y evitar las limitaciones que podemos presentar en la interpretación de los resultados de los cuales se puedan encontrar a nuestro alcance.

Transferibilidad: es el criterio de la aplicabilidad, se basa en la minuciosa investigación de la relación del cannabis y la esquizofrenia, a través del marco teórico, y en la recogida de los datos descriptivos de los estudios realizados previamente en el fenómeno.

Dependencia: es el criterio de consistencia, el objetivo es proporcionar conocimiento sobre el consumo de cannabis en patología esquizofrénica y obtener los resultados de las experiencias, que nos permitan la extrapolación a otros contextos similares. Para ello hemos de tener muy presente las pistas de revisión (el diario de campo y las notas de campo) y prestar mucha atención al investigador externo (el profesional que dará soporte en las notas de campo durante la realización del grupo focal).

Conformabilidad: es el criterio de neutralidad. Hemos de evitar por completo los prejuicios y las preferencias que pueda manifestar la investigadora durante la realización del estudio. Para ello, las transcripciones han de ser literales y objetivas, esto nos proporcionará más validez al estudio.

4.7 Consideraciones éticas y legales

Para realizar un estudio cualitativo (que trata sobre las experiencias de las personas) lo primero que hemos de tener en cuenta son las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud y los seres humanos, que escribe la OMS (Organización Mundial de la Salud). (27)

Hemos de tener en cuenta que al ser estudiantes de enfermería hemos de pedir al “Comité d’ètica de recerca de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya” la aprobación para realizar el estudio. (Anexo 1)

Durante el estudio se tendrá en cuenta los criterios éticos de la declaración de Helsinki. Ha de basarse en las principios de bioética (justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía). (28)

También se ha de tener en cuenta la ley del BOE *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, de protección de datos y normativa complementaria*. De tal manera, el participante tendrá asignado un código para preservar su intimidad y mantener los principios éticos y legales.

Para poder acceder al Centro de Salud Mental de Berga, hemos de pasar el estudio al comité de investigación clínica de “*Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental Martorell*”.

Seguidamente haremos entrega de una carta de presentación del estudio a los profesionales del centro de salud mental de Berga, detallando los apartados del estudio y especificando la finalidad de este. (Anexo 2)

Una vez tengamos aceptadas las propuestas de investigación, nos dirigiremos a los participantes seleccionados en este estudio, les haremos entrega de una carta de presentación donde exponemos todos los puntos del proyecto y todas las actividades las cuales van a participar. (Anexo 3) Juntamente con la carta de presentación les haremos entrega del consentimiento informado, una copia será para el participante y otra para la investigadora. (Anexo 4) Juntamente con el consentimiento informado les haremos saber que pueden retirarse del estudio en cualquier momento, y que para ello deberán de firmar un informe conforme abandonan el estudio. (Anexo 5).

4.8 Procedimiento del estudio

Inicialmente haremos una búsqueda de artículos científicos con validez para realizar correctamente la bibliografía del estudio, para ello requeriremos un tiempo prudencial para poder fundirnos en el tema. Seguidamente haremos el marco teórico para estudiar los índices de población y la prevalencia del consumo. Confrontar teorías entre distintos estudios cualitativos, cuantitativos y revisiones bibliográficas realizados previamente relacionados con nuestro fenómeno de estudio. Procederemos a definir claramente el objetivo general y los objetivos específicos.

Una vez tengamos definido nuestro objetivo expondremos el estudio a los comités de ética y al centro de estudio para que sea autorizado y poder realizar la selección de participantes. Para ello, necesitaremos iniciar un contacto más cercano con los profesionales sanitarios que trabajan en el centro de salud mental de Berga, y que por consiguiente tienen acceso directo a los participantes del estudio.

Una vez tengamos los participantes y el consentimiento informado de cada uno de ellos, iniciaremos las entrevistas individualizadas. Cuando tengamos definido la fecha y hora para la realización del grupo focal, se enviará a los participantes un recordatorio.

Para llevar a cabo las entrevistas y el grupo focal, la investigadora llevará consigo un guion de preguntas abiertas para poder guiar las entrevistas y poder intervenir en el grupo focal en caso de que sea necesario hacerlo.

Para la correcta realización del grupo focal es imprescindible la presencia de la investigadora principal que actuará como moderadora y un soporte por parte de otro profesional (enfermería) que facilitará las notas de campo, mediante la observación del comportamiento de los participantes durante el grupo focal. (Anexo 6 y Anexo 7)

Es muy importante que vayamos realizando el análisis de los datos simultáneamente a las entrevistas y al grupo focal. Cuando tengamos toda la interpretación realizada correctamente y sin dejarnos detalle alguno, finalizaremos el estudio con las conclusiones del investigador.

Tras averiguar las experiencias del Cannabis en usuarios diagnosticados de Esquizofrenia del Centro de Salud Mental de Berga (CSMA) procederemos a la presentación y publicación del estudio en revistas científicas, congresos de enfermería y fundaciones. Con la finalidad de expandir el estudio y motivar a nuevos científicos para que indaguen sobre más cuestiones e investigaciones.

5. Limitaciones del estudio

Todo investigador que realice un estudio cualitativo debe tener en cuenta que pueden aparecer algunas limitaciones, es decir aquellos hechos que pueden interferir en el correcto desarrollo y funcionamiento del estudio. Éstos pueden ser:

- Abandono de los usuarios durante el periodo de estudio por motivos personales (problemas en el diagnóstico, cambio de residencia...)
- Abandono del cannabis durante el período de realización del estudio
- Barreras idiomáticas

6. Recursos

En este estudio hemos de tener en cuenta los recursos necesarios para poder realizarlo correctamente. Éstos son:

Materiales

Salas para realizar las entrevistas y el grupo focal, han de tener una mesa, sillas, buena iluminación, clima correcto y sin interferencias acústicas.

Ordenador con programa de *Mendeley*, *Microsoft Office* y *Atlas ti*, Impresora con tinta a color y blanco y negro, hojas en blanco, material de escritura (bolígrafos, lápices, gomas de esbozar y maquetadoras).

Humanos

El investigador del estudio, los usuarios participantes en el estudio, los profesionales de soporte (para el grupo focal), el "Comité d'ètica de recerca de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya" y el "Comité d'ètica de investigació clínica del Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental de Martorell" y los profesionales (personas de enlace) del centro de salud mental de Berga que nos facilitaran el acceso a nuestra muestra/población de estudio.

Económicos

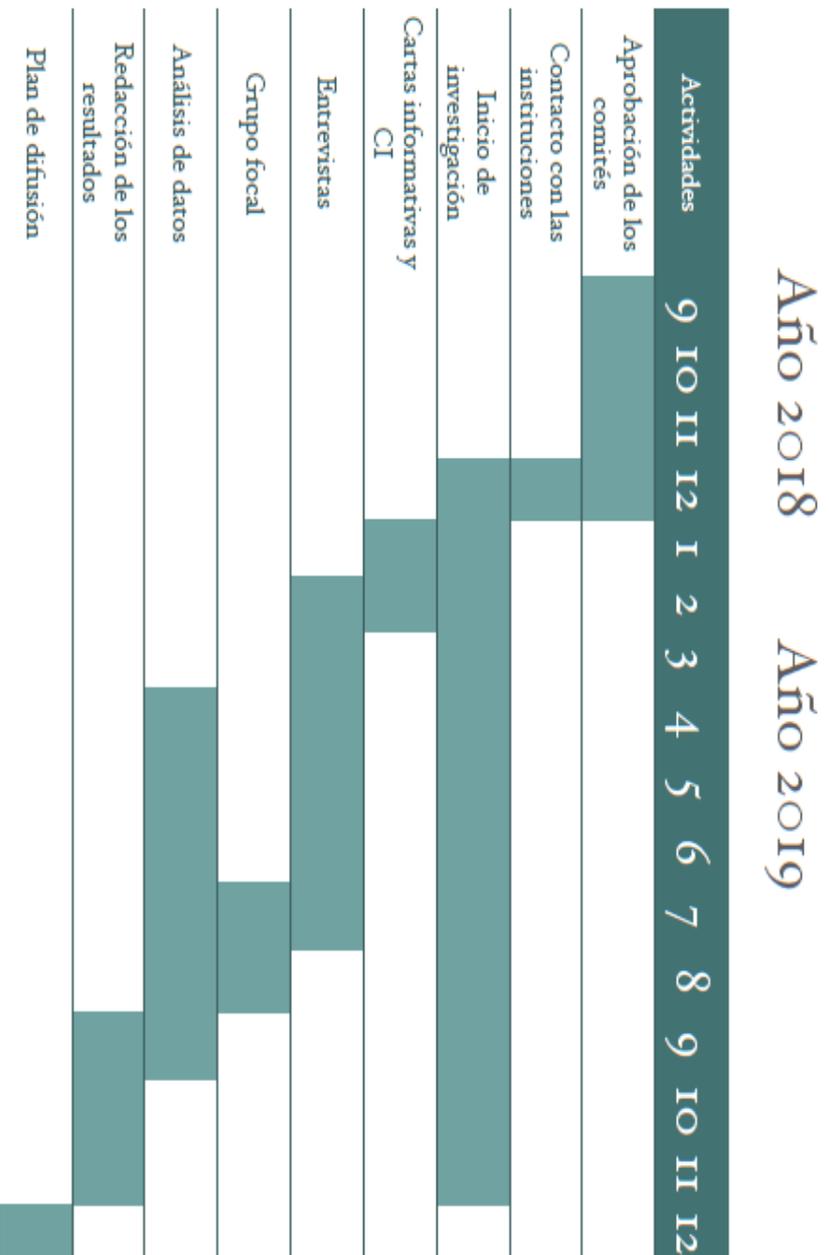
Actualmente es impredecible el gasto económico que puede generar este estudio, ya que por ahora es un modelo de estudio cualitativo y no se llevará a cabo a corto plazo.

Pero se ha de tener en cuenta que se empleará el dinero en comprar artículos de copistería, grabadora, programa informático (*Atlas ti*), agua para los participantes durante la realización de las entrevistas y del grupo focal y un pequeño banquete alimenticio como agradecimiento una vez finalizado el grupo focal.

Hemos de tener en cuenta que se abonará el traslado del usuario al centro de estudio (CSMA Berga):

Transporte para el desplazamiento, puede ser privado (con vehículo propio) o con transporte público. En caso de que sea el vehículo propio, debería de haber una recompensa económica por los gastos generados, tales como gasolina o desgaste del vehículo, en caso de que sea transporte público se abonaría el gasto generado para el traslado.

7. Cronograma del estudio



8. Aplicación y utilidad en la práctica de los resultados

El motivo por el cual se desarrolló este estudio era principalmente conocer la experiencia del cannabis en usuarios esquizofrénicos que acuden a un centro de salud mental ambulatorio.

Una vez finalizado el estudio, nos ayudará a los profesionales de enfermería mejorar el trato con los pacientes, englobarlo en un todo, teniendo en cuenta la manera en qué afecta el cannabis en sus actividades de vida diaria. Poder proporcionar conocimiento y cuidados adecuados a los usuarios con problemáticas sociales y que acudan a nuestra ayuda profesional, pero sobre todo nos ayudará a proporcionarles más seguridad en su patología, si entendemos por qué el usuario decide realizar el consumo.

Podría hacerse un uso valioso para la ciencia sobre este estudio, ya que las emociones, percepciones, sensaciones, pensamientos, y experiencias de los usuarios son muy importantes para el profesional sanitario que lo rodea.

9. Plan de difusión

Los resultados de este estudio cualitativo se difundirán en revistas especializadas de salud mental, en congresos y jornadas de enfermería derivados del *Colegio Oficial de Enfermería* y en una fundación que apuesta por a la investigación de las aportaciones del CBD y enfermedades mentales.

Dos revistas especializadas en el sector de la salud mental de órgano de expresión oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría y de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica cómo: *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

Se ha realizado una selección de dos congresos presenciales derivadas del colegio oficial de enfermería;

XXXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental (Colegio Oficial de Enfermería de Tenerife)

7a Jornada Catalana de Enfermería de Salud Mental (Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona)

Se ha valorado la participación al *XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental 2019*.

Este estudio se ha realizado para abrir puertas a siguientes estudios (cualitativos y cuantitativos), de modo que se difundiría en la *Fundación CANNA*, la cual financia proyectos relacionados con el cannabis y los posibles usos terapéuticos.

10. Conclusiones

Este estudio se ha realizado con la finalidad de averiguar las experiencias de los usuarios esquizofrénicos que consumen cannabis.

Se habla de que el uso habitual del cannabis conduce a efectos negativos sobre la calidad de vida del ser humano, pero de ser así, ¿Porque los usuarios escogen seguir consumiendo?

Tras el estudio cualitativo fenomenológico realizado en este estudio, se puede afirmar que los usuarios acuden al uso del cannabis para atenuar la sintomatología positiva, obtener un mejor manejo y gestión de los síntomas y mejorar la sintomatología negativa de la esquizofrenia.

Se ha contemplado la idea de que la pieza clave a nivel científico sean las vías dopaminérgicas. Ante la administración de antipsicóticos se ha observado que la hormona dopamina se ve gravemente disminuida, mientras que el cannabis provoca un aumento considerable de la misma. De modo que el usuario lo percibe como un equilibrio, influyendo directamente sobre la sintomatología negativa cómo la conducta motora (pobreza en el lenguaje, abulia, anhedonia, desorganización en las tareas domésticas y laborales) emotividad y afectividad (dificultades en las relaciones sociales, desorganización conductual y desorden en las curas de sí mismo).

Hay que seguir indagando sobre las aportaciones del cannabidiol a nivel cuantitativo y las experiencias de los usuarios a nivel cualitativo para poder proporcionar más conocimiento en la práctica asistencial. Ya que los usuarios siguen realizando prácticas de consumo y el profesional sanitario ha de tener la capacidad y la educación para ayudar en el proceso de enfermedad del usuario.

El proceso de realización fue complejo por las horas dedicadas diariamente, la constancia y perseverancia, pero aun y así me ha proporcionado un gran interés hacia el estudio riguroso de las aportaciones terapéuticas del cannabis. Me ha despertado una gran curiosidad por seguir indagando y aportando conocimiento.

11. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Informe Español de las Drogas. 2017. [citado 2017 Oct 05]; Disponible en: <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/848/2017OEDA-INFORME.pdf>
2. Gómez Pérez L, Santacana A, Bergé Baquero D, Pérez Solá V. *Reasons and subjective effects of cannabis use among people with psychotic disorders: a systematic review*. 2017. [citado 2018 Oct 07]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=cannabis+en+esquizofrenia>
3. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev Psiquiatría. Fac Med Barna*. [Internet]. 2002 [citado 2019 Ene 03]; 29 (4): 232-238. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Roser_Amell/publication/288395258_The_therapeutic_adherence_in_psychotic_patients/links/5757264f08ae05c1ec16cfc1/The-therapeutic-adherence-in-psychotic-patients.pdf
4. National Institute on Drug Abuse. [Internet]. ¿Qué es la marihuana medicinal?[actualizado Abril 2017; [citado 2018 Oct 09]. Página web. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana-como-medicina>
5. Esquizofrenia [Internet]. Sitio web Mundial: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2018. [9 abril 2018]. [citado 2019 Ene 03]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
6. Mingote JC, Cuadrado PP, Huidobro A, Gutiérrez D, Peciña IM, Gálvez M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *SciELO* [Internet]. 2007. [citado 2019 Ene 03]; 53 (208). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2007000300005&script=sci_arttext&tlng=en
7. Bahena-Trujillo R, Flores G, Arias-Montaña J.A. Dopamina: síntesis, liberación y receptores en el Sistema Nervioso Central. *CINVESTAV*. 2000 [citado 2018 Oct 22]; 11:39-60. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb001116.pdf>
8. Flavio Guzmán Dr. Mecanismo de acción de los antipsicóticos de primera y segunda generación. *International Medical: Instituto de Psicofarmacología*. [Internet] United Kingdom, 2018. [citado 2018 Oct 18]; Disponible en: <http://psicofarmacologia.com/antipsicoticos/mecanismo-de-accion-de-los-antipsicoticos-de-primera-y-segunda-generacion>

9. Vargas A, Gómez C. Síndrome Neuroléptico Maligno. Rev. Colomb. Psiquiatría. [Internet]. 2007 [citado 2019 Ene 03]; 36 (1): 23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/806/80615418010/>
10. Martínez DP, Pallarés J. De riesgos y placeres. 467. Junio de 2013. Lleida: Editorial Milenio; 2013. [citado 2019 Ene 03 Pág. 283]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=656489>
11. Fundación CANNA [Internet]. España; Empresa CANNA España Fertilizantes SL: 2015. [citado 2018 Nov 23]. Disponible en: <https://www.fundacion-canna.es/d-9-tetrahydrocannabinol-the>
12. Madeline M, Avshalom C, Ambler A, Harrington H.L, Houts R, Keefe R, et al. *Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America. (PNAS)*. [Internet]. 2012 [citado 2018 Nov 26]; 109 (40): E2657-E2664. Disponible en: <http://www.pnas.org/content/109/40/E2657>
13. Pierre JM. Psychosis associated with medical marijuana: risk vs. benefits of medicinal cannabis use. *The American Journal of Psychiatry*. 2010 May;167(5):598-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439399>
14. Walsh Z, Gonzalez R, Crosby K, Thiessen M, Carroll C, Bonn-Miller MO. Medical cannabis and mental health: A guided systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2017 Feb; 51:15-29. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27816801>
15. Childs HE, McCarthy-Jones S, Rowse G, Turpin G. The journey through cannabis use: a qualitative study of the experiences of young adults with psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. [Internet]. 2011 Sep; 199 (9): 703-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21878786>
16. M Quiroga. Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental. *Addicciones*. 2000 [14 Marzo 2019]; Vol. 12 (12): 12. Disponible en: <http://www.itesm.ucm.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/677/666>
17. Zuardi AW, Hallak JE, Dursun SM, Morais SL, Faria Sanches R, Musty RE, et al. Cannabidiol monotherapy for treatment-resistant schizophrenia. *J Psychopharmacol*. 2006;20:683–686. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16401651>
18. Renard J, Loureiro M, Rosen L, Zunder J, de Oliveira C, Schmid S, et al. *Cannabidiol Counteracts Amphetamine-Induced Neuronal and Behavioral Sensitization of the Mesolimbic Dopamine Pathway through a Novel mTOR/p70S6 Kinase Signaling Pathway*. *US National Library of Medicine (NLM)*. [Internet]. 2016 [citado 2018 Nov 27];

- 36 (18):5160-5169. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4854973/>
19. Minozzi S, Davoli M, Bargagli AM, Amato L, Vecchi S, Perucci CA. An overview of systematic reviews on cannabis and psychosis: discussing apparently conflicting results. *Drug Alcohol Rev.* 2010 May;29(3):304-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20565524>
 20. Budaze A, Stohler R, Schulze B, Schamb M, Liebreiz M. Do patients think cannabis causes schizophrenia? -A qualitative study on the causal beliefs of cannabis using patients with schizophrenia. *PMC.* 2010;7:22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20920183>
 21. Müller-Vahl K, *Cannabinoids and schizophrenia: where is the link? Cannabinoids.* 2008 [citado 2018 Nov 26]; 3(4):11-15. Disponible en: https://www.cannabis-med.org/data/pdf/en_2008_04_1.pdf
 22. Leweke FM, Piomelli D, Pahlisch F, Muhl D, Gerth CW, Hoyer C, et al. *Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia.* [Internet]. 2012 [citado 2019 Ene 06]; 2(3): e94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3316151/>
 23. Muller KR, Emrich HM. *Cannabis and schizophrenia.* *Rev. Neurother.* [Internet]. 2008. [citado 2019 Ene 06]; 8(7): 1037-1048. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18590475>
 24. Cano A, González T. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Investigación.* [Internet] 2010;(45):1-10. [citado 2019 Enero 06].
 25. Sandín MP. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Rev. De Investigación Educativa* [Internet]. 2000. [citado 01 Febrero 2019]; 18 (1): 223-242. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45190/1/Criterios%20de%20validez%20en%20la%20investigacion%20cualitativa%20de%20la%20objetividad%20a%20la%20solidaridad.pdf>
 26. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiry.* 1st ed. Newbury Park, Calif. [1985]: Sage.
 27. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición.* Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.

28. Manzani JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioeth. [Internet]. 2000 [citado 01 Febrero 2019]; 6 (2). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569-X2000000200010

12. Anexos

Anexo 1 Consentimiento del Comité de ética de búsqueda (CER)

Yo, Judith Campillo Guster con DNI 41644582T, estudiante de cuarto de enfermería en la UManresa, solicito al ‘Comité d’ètica de recerca de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya’, poder iniciar y realizar un estudio sobre “La experiencia de Cannabis en los usuarios diagnosticado de esquizofrenia que acuden al CSMA Berga”.

Es un estudio cualitativo, en el que se pretende comprender la experiencia del cannabis de los usuarios esquizofrénicos. Conocer las motivaciones del uso del cannabis, entender de qué manera influye en las actividades de vida diaria y analizar los usos complementarios del cannabis respecto al tratamiento farmacológico actual (antipsicóticos). Mediante la realización de entrevistas personalizadas y la organización de un grupo focal para complementar el estudio y fomentar la reflexión conjunta.

El proyecto se adjuntará a este documento, informando detalladamente sobre los siguientes puntos:

- Antecedentes y estado actual del tema
- Justificación y objetivos
- Marco teórico
- Muestra y criterios de inclusión y exclusión
- Desarrollo del estudio y recogida de información
- Aspectos éticos y normativas legales
- Información y destinación de los recursos materiales, económicos y humanos
- Consentimientos informados del centro de estudio y de los participantes
- Garantías de confidencialidad durante todo el estudio
- Aplicación y difusión del estudio

La investigadora principal confirma que este proyecto cumple con el código ético y legal preestablecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), garantizando durante el proceso el secreto profesional y la confidencialidad de datos.

Manresa, a
Judith Campillo Guster

Anexo 2 Carta de presentación al centro de salud mental de Berga

Yo, Judith Campillo Guster con DNI 41644582T, investigadora principal sobre el proyecto “Experiencia de Cannabis en personas del CSMA diagnosticadas de esquizofrenia”.

Es un estudio cualitativo, en el que se pretende comprender la experiencia del cannabis de los usuarios esquizofrénicos. Conocer las motivaciones del uso del cannabis, entender de qué manera influye en las actividades de vida diaria y analizar los usos complementarios del cannabis respecto al tratamiento farmacológico actual (antipsicóticos). Mediante la realización de entrevistas personalizadas y la organización de un grupo focal para complementar el estudio y fomentar la reflexión conjunta.

Invito al Centro de Salud Mental de Berga a colaborar en el estudio cualitativo. Se proporcionará información detallada sobre los siguientes puntos:

- Antecedentes y estado actual del tema
- Justificación y objetivos
- Marco teórico
- Muestra y criterios de inclusión y exclusión
- Desarrollo del estudio y recogida de información
- Aspectos éticos y normativas legales
- Información y destinación de los recursos materiales, económicos y humanos
- Consentimientos informados del centro de estudio y de los participantes
- Garantías de confidencialidad durante todo el estudio
- Aplicación y difusión del estudio

La investigadora principal confirma que este proyecto cumple con el código ético y legal preestablecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la declaración de Helsinki, garantizando durante el proceso el secreto profesional y la confidencialidad de datos.

Por consiguiente, les hacemos entrega de las prestaciones necesarias para la reproducción del estudio.

1. Participar en el proyecto de "Experiencia de Cannabis en personas diagnosticadas de esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental de Adultos de Berga". Facilitando instalaciones correctamente equipadas, ventiladas, con correcta iluminación y sin contaminación acústica para la realización de las entrevistas y el grupo focal. En los días previamente pactados con los usuarios y el centro de salud mental.
2. La investigadora Judith Campillo Guster, como investigadora principal, pueda gestionar los datos personales de los usuarios y difundir la información que el proyecto genere. Se garantiza que se preservara en todo momento la identidad e intimidad, con las garantías que se establecen en la Ley LOPD: Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
3. La investigadora Judith Campillo Guster conserva todos los registros efectuados sobre los usuarios en soporte electrónico, con las garantías y los términos legales previstos, por el tiempo que fuesen necesario para cumplir las funciones del proyecto.

Berga, a

Judith Campillo Guster

Anexo 3 Carta informativa al usuario

Nombre del proyecto de investigación **Experiencia de Cannabis en personas diagnosticadas de esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental de Adultos de Berga**

Datos de contacto:

Investigadora principal: Judith Campillo Guster

DNI: 41644582T

Numero de teléfono: 647179525

Correo electrónico: judithcg1997@gmail.com

Le invita a ser participante en dicho estudio.

El objetivo principal es conocer la experiencia de personas con esquizofrenia que consumen cannabis y acuden al CSMA de Berga. Con la finalidad de divulgar los resultados y promover nuevos estudios al respecto.

En primer lugar, se realizará la recogida minuciosa de información, mediante una entrevista personalizada, la cual darán su consentimiento verbalmente, y en segundo lugar se realizará un grupo focal, agrupando diferentes experiencias y potenciando la capacidad autocrítica de los participantes. En el proyecto participa el Centro de Salud Mental (CSMA) de Berga.

En el contexto de esta investigación le pedimos su colaboración para la creación de varias ideas y experiencias, ya que usted cumple los siguientes requisitos de inclusión: usuario del Centro de Salud Mental de Berga, diagnosticado por esquizofrenia y ser consumidor de Cannabis.

Esta colaboración implica participar en la entrevista personalizada y en los grupos focales. Todos los participantes tendrán asignado un código por el cual es imposible identificar al participante con las respuestas proporcionadas, de este modo garantizamos totalmente la confidencialidad. Los datos que se obtendrán de su participación no se usaran con otro fin más que el explicado en esta investigación y pasaran a formar parte de un fichero de datos del cual será el máximo responsable el investigador principal. Estos datos quedaran protegidos mediante un disco duro, y únicamente tendrá acceso la investigadora Judith Campillo Guster.

El fichero de datos del estudio estará bajo responsabilidad de la investigadora ante el cual podrá ejercer en todo momento los derechos que se establecen en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Nos ponemos a su disposición para resolver cualquier duda que la misma no haya suscitado. Puede contactar con nosotros a través del formulario, donde encontrara el correo electrónico de la investigadora: judithcg1997@gmail.com

Tal y como se ha comentado previamente, le adjuntamos dos copias del Consentimiento Informado. Una copia pertenecerá a usted y la otra la obtendrá la investigadora.

Anexo 4 Consentimiento Informado al usuario

Yo,, mayor de edad, con DNI, actuando en nombre propio e interés propio, declaro que:

He recibido la información del proyecto "Experiencia de Cannabis en personas diagnosticadas de esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental de Adultos de Berga", de que me han librado en la hoja informativa anexo a este consentimiento y por el cual se solicita mi participación. He entendido el significado, se me han aclarado las dudas y me han expuesto con claridad las acciones que derivan del mismo. Se me ha informado de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y la protección de datos personales que comporta el proyecto y las garantías dadas en el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme en cualquier momento, revocando este consentimiento, sin que la retirada pueda influenciar negativamente en mi persona. En caso de retirada, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero de estudio.

Por todo eso, doy mi consentimiento a:

1. Participar en el proyecto de "Experiencia de Cannabis en personas del CSMA diagnosticados de esquizofrenia".
2. Que la investigadora Judith Campillo Guster, como investigadora principal, pueda gestionar mis datos personales y difundir la información que el proyecto genere. Se garantiza que se preservara en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías que se establecen en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
3. Que la investigadora Judith Campillo Guster conserva todos los registros efectuados sobre mi persona en soporte electrónico, con las garantías y los términos legales previstos, por el tiempo que fuesen necesario para cumplir las funciones del proyecto.

Berga, a

Firma de los participantes

Firma de la investigadora

Anexo 5 Firma conforme el usuario abandona el estudio

Yo,, mayor de edad, con DNI, actuando en nombre propio e interés propio, declaro que:

He recibido la información del proyecto "Experiencia de Cannabis en personas diagnosticadas de esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental de Adultos de Berga", creado y organizado por la investigadora Judith Campillo Guster.

He recibido la información detallada del estudio y he firmado un consentimiento informado previo a la realización del estudio.

Declaro el abandono inmediato de mi participación en el estudio. Siendo así, revoco el consentimiento informado, sin que mi retirada puede influenciar negativamente en mi persona.

Tal y como se declaró en el CI, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero de estudio.

Berga, a

Firma de los participantes

Firma de la investigadora

Anexo 6 Guion para la entrevista abierta

Hay que recordar que las entrevistas personalizadas serán grabadas, su contenido será usado exclusivamente para investigación.

Usted corresponde a un código que permite preservar la confidencialidad, siendo así imposible acceder a su identidad.

Proceda a dar el consentimiento verbalmente para la iniciación de la entrevista.

- Explíqueme su experiencia al acceder al CSMA. ¿Cómo se siente en este centro?
- ¿Por qué inició a consumir cannabis?
- Siendo usted consumidor de cannabis, explíqueme qué tipo de consumo hace (cantidad, método de consumo).
- ¿De qué manera le influye en sus actividades de vida diaria el consumo de Marihuana?
- Actualmente se asocia el consumo del cannabis como algo perjudicial para la salud, ¿podría decirme en que le beneficia a usted?
- El hecho de consumir cannabis, ¿le ha llevado a un abandono del tratamiento farmacológico? En caso de ser afirmativo, es porque puede considerar el cannabis como un sustituto terapéutico, ¿por qué?
- ¿Qué beneficios encuentra usted en la Marihuana a diferencia a la farmacología habitual?
- ¿Cuénteme una experiencia desagradable que haya sufrido al consumir cannabis?
- ¿Podría hablarme sobre las ventajas que usted obtiene al consumir Marihuana?
- ¿En qué momento decide no querer consumir cannabis?
- ¿Qué efectos negativos ha sufrido fumando Cannabis?

Anexo 7 Guion para el grupo focal

Para la correcta realización del grupo focal es imprescindible la presencia de la investigadora principal que actuará como mediadora y un soporte por parte de otro profesional (enfermería) que facilitará las notas de campo, mediante la observación del comportamiento de los participantes durante el grupo focal.

Primero de todo, haríamos una ronda de presentación, nos ayudará a establecer un vínculo entre los participantes. Aunque la mayoría de ellos ya se conocen por hacer actividades conjuntas en el Centro de Salud Mental.

Inicialmente haremos preguntas que permitan al usuario hablar de alguna experiencia pasada que todos puedan compartir y que sirva de unión entre los participantes.

- ¿En qué situaciones consumen cannabis?

Seguidamente se realizarán preguntas sobre la experiencia del Cannabis en los usuarios, para conectar a los participantes en el tema y poder iniciar una conversación.

- ¿Tras consumir cannabis, qué mejoría sienten?
- ¿Qué usos les dais al cannabis con respecto a la medicación antipsicótica actual?
- ¿En qué situaciones creéis que no deberíais consumir cannabis?
- ¿Qué sensaciones experimentan cuando consumen cannabis tras un episodio psicótico?

Se realizarán preguntas que inviten a los participantes a la reflexión del contenido de la entrevista.

- ¿Qué cambios han experimentado con su entorno social tras consumir Cannabis?

Para concluir con el grupo focal, la investigadora realizará un breve resumen de lo comentado, y preguntando a los usuarios si consideran que es un buen resumen para lo hablado hoy en día. Finalmente, la investigadora realizará una última pregunta al aire (¿Se nos ha quedado algo por decir?).