

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Nafarroako Unibersitate Publikoa

Grado de Enfermería

Grada Erizaintzan

**ESQUIZOFRENIA Y CANNABIS: ¿RELACIÓN ESTRECHA?
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA GRUPAL**

TRABAJO FIN DE GRADO



Autora: Alba Uriz Garralda

Directora: Victoria Esther Beaumont

Pamplona- Iruña, Mayo 2019

RESUMEN

Últimamente, la tendencia del consumo de tóxicos está aumentando, y, entre ellos, el cannabis es la droga ilegal más consumida en la sociedad actual. En los últimos años se ha estado relacionando el consumo de cannabis con la esquizofrenia. Este trastorno mental afecta a 21 millones de personas en el mundo, que suponen 1-2% de la población mundial. Este trabajo tiene como objetivos principales estudiar la relación existente entre el consumo de cannabis y la esquizofrenia mediante una revisión bibliográfica y, según los resultados que se obtienen, proponer una intervención psicoeducativa en pacientes con patología dual, es decir, en este caso, que presenten esquizofrenia y consumo de cannabis. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura y evidencia científica actual existentes sobre este tema. Así, se han empleado bases de datos científicas como Sirius, Dialnet y Medline, entre otras, además de páginas de organizaciones sanitarias. Se concluye que el consumo de cannabis afecta de manera negativa a las personas con esquizofrenia en sus diferentes dimensiones, conformando un agravante de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia, consumo de cannabis, psicosis, intervención grupal.

- El número total de palabras presentes en este trabajo (sin incluir índices, tablas, figuras y anexos) es 12.832.

ABSTRACT

Lately, toxic consumption tendency is increasing, and, among them, cannabis is the illegal one most used nowadays. During the last years, cannabis use has been related with schizophrenia. This mental disorder affects to 21 millions people around the world, what means about 1-2% of the total population. The main objectives of this work are to study the relationship between cannabis use and schizophrenia through a literature review and, according to the results obtained, propose a psycho educational intervention in patients with dual pathology, that is, in this case, that present schizophrenia and cannabis use. To this end, a literature review of the current literature and scientific evidence on this subject has been carried out. Thus, scientific databases, such as Sirius, Dialnet and Medline, among others, have been used, as well as pages of health organizations. It is concluded that cannabis use affects in a negative way people with schizophrenia in its different dimensions, being, thus, an aggravating factor for this disorder.

KEY WORDS

Schizophrenia, cannabis use, psychosis, group intervention

1. Introducción	Pg. 1
2. Justificación personal	Pg. 5
3. Objetivos	
3.1. Objetivo general	Pg. 6
3.2. Objetivos específicos	Pg. 7
4. Materiales y métodos	Pg. 8
5. Resultados	
5.1. Prevalencia del consumo de cannabis en personas con esquizofrenia.....	Pg. 13
5.2. Efectos del consumo de cannabis en relación a un primer episodio de psicosis	Pg. 15
5.3. Efectos del consumo de cannabis en relación a la esquizofrenia	Pg. 17
5.4. Factores neuroquímicos y cerebrales	Pg. 21
5.5. Factores genéticos	Pg. 23
5.6. Factores ambientales, motivaciones para el consumo y cannabis como factor de riesgo.....	Pg. 25
6. Discusión	Pg. 27
7. Conclusiones	Pg. 30
8. Propuesta teórica	
8.1. Introducción	Pg. 31
8.2. Grupo diana	Pg. 33
8.3. Objetivos.....	Pg. 34
8.4. Cronograma	Pg. 34
8.5. Lugar	Pg. 35
8.6. Agentes de salud	Pg. 35
8.7. Recursos.....	Pg. 36
8.8. Metodología y contenido de las sesiones	Pg. 36
8.9. Evaluación	Pg. 41
9. Referencias bibliográficas	Pg. 45
10. Anexos	Pg. 51

1. INTRODUCCIÓN

Como todos sabemos, la salud se define como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”, definición aportada por la Organización mundial de la salud (OMS) en 1948. El bienestar físico siempre se contempla y es lo que más preocupa a la población, sin embargo, los aspectos mental y social no se tienen tanto en cuenta. Así, revisando algunos datos que publicó la OMS encontramos que:

- Se estima que un 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales
- Los trastornos mentales y los ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo, provocando el 23% de años perdidos por discapacidad
- Cada año se suicidan más de 800.000 personas, siendo esta la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15-29 años. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a muchos de ellos.
- Los trastornos mentales aumentan el riesgo de contraer otras enfermedades como la infección por VIH, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, y viceversa.

De este modo, queda vislumbrado que para la consecución de la salud integral se debe poner atención a la salud mental, por lo que la OMS indica la importancia de desarrollar estrategias de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación en el Plan de Acción elaborado por esta organización para los años 2013-2020.

Para esclarecer algunos conceptos que aparecerán a lo largo de este trabajo, conviene conocer la diferencia entre síntomas psicóticos y un desorden psicótico, como puede ser la esquizofrenia. El primer concepto consiste, básicamente, en alteraciones de la percepción, pensamiento desorganizado, alucinaciones, alusiones, etc. y sin embargo, el segundo concepto incluye, además, déficits

funcionales en varios ámbitos de la vida provocados por dichos síntomas. (Sewell, Skosnik, García-Sosa, Ranganathan y D'Souza, 2010)

Respecto a la esquizofrenia, uno de los puntos centrales de este trabajo junto al consumo de cannabis, se puede definir, según la OMS, como un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo (1-2% de la población total) aunque no es el trastorno más común. Es más habitual en hombres que en mujeres (OMS, 2018). El curso de esta enfermedad puede ser continuo o episódico. En la primera opción, la continuidad puede ser estable (no hay variaciones importantes en la clínica) o progresivo (avanzar de menos gravedad a más). En el otro caso, los episodios pueden ser únicos o múltiples, y estos pueden remitirse de manera completa o incompleta. El tratamiento principal es farmacológico, mediante fármacos antipsicóticos. (Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, 2000)

Los síntomas y/o signos más comunes de la esquizofrenia, expuestos de manera resumida y breve, según el Manual Diagnóstico CIE-10 (Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, 2000), son:

- I. Eco, robo, difusión o inserción del pensamiento; ideas delirantes (creencias erróneas y persistentes) de ser controlado, de pasividad o de influencia; voces alucinatorias (realmente inexistentes) discutiendo o comentando sobre el paciente en tercera persona.
- II. Trastornos del pensamiento (neologismos, interceptación o bloqueo del mismo); síntomas negativos (apatía, pobreza del discurso, embotamiento o incongruencia de las emociones); alucinaciones persistentes.

Es preciso que el paciente presente al menos 1 síntoma del grupo I, o dos del grupo II durante la mayor parte del tiempo en un mes para ser diagnosticado de: F20. Esquizofrenia.

Respecto al consumo de tóxicos, tanto la última Encuesta Navarra de Juventud y Salud realizada en 2013-2014 sobre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, como la Estrategia Nacional Sobre Adicciones del 2017-2024 o el Plan de Acción de

Drogodependencias 2018-2020 del Ministerio de Sanidad, coinciden en que la tendencia del consumo de tóxicos está aumentando y así, también está disminuyendo la edad de inicio y la percepción de riesgo que conlleva esta práctica. De todas, el cannabis es la primera droga ilegal más consumida en España (9,5% de la población, pero a diario un 2,5%) seguida por la cocaína (2%). (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024).

El cannabis, comúnmente denominado, procede de la planta Cannabis Sativa. Esta planta contiene más de 70 componentes, siendo los más importantes y abundantes el Tetrahidrocannabinol [THC] y el Cannabidiol [CBD]. Los efectos que esta sustancia produce en el ser humano son (Lorenzo, Madero, Leza y Lizasoain, 2003):

- En el sistema cardiovascular, se puede producir una taquicardia sinusal (120-140 lpm)
- En el aparato respiratorio, el Δ^9 -THC tiene efecto broncodilatador
- En el aparato digestivo puede producir diarrea
- Enrojecimiento del ojo característico y vasodilatación de vasos conjuntivales
- En cuanto a los efectos psicológicos, duran aproximadamente hora u hora y media y consisten en euforia y bienestar y percepción temporal, de los colores y música alterada. Episodio de bulimia tras finalizar el episodio tóxico.
- Los efectos psiquiátricos pueden concurrir en crisis de ansiedad o ataques de pánico de corta duración. Son urgencias psiquiátricas ya que son reacciones anormales a la sustancia, en una intoxicación normal no suele ocurrir ni tiene riesgos graves para la persona.
- También pueden aparecer sequedad de boca, sed y aumento del apetito con predilección por los dulces.

En el CIE-10 (Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, 2000), se clasifica el consumo de cannabis como intoxicación aguda, consumo perjudicial, síndrome de dependencia o síndrome de abstinencia. El diagnóstico F12.1. Consumo perjudicial de cannabinoides se define como forma de consumo que causa un daño a la salud, que puede ser físico y/o mental. Para ello, se debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- Debe haber pruebas claras de que el consumo de la sustancia ha provocado o contribuido de manera importante al daño físico o psicológico, incluyendo el deterioro de capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento
- La naturaleza del daño debe ser identificable y especificada
- La forma de consumo ha permanecido 1 mes, mínimo, o se ha presentado de manera reiterada en los últimos 12 meses
- El trastorno en cuestión no cumple criterios para ser diagnosticado como otro trastorno mental o del comportamiento.

Cuando se combina un trastorno mental con un trastorno por abuso de tóxicos, en este caso la esquizofrenia y el consumo perjudicial de cannabis, aparece el concepto de patología dual, que aunque no resulta un diagnóstico como tal en las herramientas diagnósticas actuales (CIE-10 y DSM-V), es ampliamente conocido en el mundo de la psiquiatría. Se puede definir como “enfermedad que designa la existencia de forma simultánea de un trastorno adictivo y un trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones” (Esquej, 2017)

Los efectos negativos del cannabis en la salud se comenzaron a percibir hace ya más de 780 años, en 1235, y más tarde, en 1845, el psiquiatra francés Moreau de Tours describió la relación del consumo de cannabis con síntomas psicóticos que podían durar desde unas horas hasta una semana. (Sewell et al, 2010)

En consecuencia, resulta interesante consultar la existencia de estudios e investigaciones, relativamente recientes, sobre la posible relación entre esquizofrenia y consumo de cannabis y sus consecuencias, con el objetivo de poder realizar una propuesta de intervención de educación para la salud en este grupo de personas.

2. JUSTIFICACIÓN PERSONAL

Como mencionan fuentes del Ministerio de Sanidad y Gobierno de Navarra, la edad de inicio del consumo de tóxicos, en los que se incluye el cannabis, se está adelantando. Tomando en consideración este dato y, en base a mi experiencia personal, en la que he conocido a personas de mi entorno que han llegado a sufrir las consecuencias negativas del consumo de cannabis cuando “solo fumo porros, no me va a pasar nada” era su frase estrella, me he cuestionado el posible grado de relación entre los trastornos mentales y el consumo de drogas.

Asimismo, al realizar mi rotatorio en un centro de salud mental percibí que muchas de las personas con esquizofrenia que atendíamos contaban con una historia previa o actual de consumo de cannabis. Me impactó y sorprendió también que el consumo de esta droga pasara desapercibido para los profesionales del centro de salud mental y no se concediera especial atención a ello, ni en el caso de ser un consumo aislado ni en el caso de estar en relación con una patología.

Por estos motivos, me pareció interesante y positivo revisar la evidencia científica que existe actualmente respecto a la posible relación del consumo de cannabis y la esquizofrenia, y además plantear una propuesta de intervención psicoeducativa para hacer frente a este problema.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos principales:

- ✓ Realizar una revisión bibliográfica de los estudios y artículos que existen en la actualidad acerca de la relación existente entre el diagnóstico de esquizofrenia y consumo de cannabis.
- ✓ Elaborar una propuesta de intervención en modo de terapia grupal dirigido a pacientes diagnosticados de esquizofrenia que a su vez consuman tóxicos, en concreto cannabis, con el fin de evitar el consumo del mismo.

3.2. Objetivos secundarios:

- ✓ Identificar los beneficios de realizar una terapia grupal de educación para la salud frente a la modalidad individual.
- ✓ Adquirir conocimientos sobre la relación entre el consumo de cannabis y la esquizofrenia con el fin de transmitirlos a personas que se vean afectadas.
- ✓ Remarcar los efectos negativos que tiene el consumo de cannabis en la esquizofrenia, erradicando con la idea de que es una sustancia inocua.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Para realizar la revisión bibliográfica sobre el tema de mi trabajo, es decir, la relación existente entre la enfermedad de la esquizofrenia y el consumo de cannabis, y así poder justificar mi propuesta de intervención he seguido una metodología concreta en la que comienzo revisando las fuentes que abarcan más información y son más generales, y posteriormente aquellas que son más concretas, definidas y pertinentes.

Por ello, para introducir el tema en cuestión he consultado la página web de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** en la que encontramos definiciones relacionadas, así como la situación mundial actual y el último Plan de Salud Mental realizado por la OMS. Además, he tenido en cuenta la herramienta diagnóstica CIE-10 para aclarar los conceptos de esquizofrenia y consumo perjudicial de cannabis.

Prosiguiendo con mi búsqueda bibliográfica, he consultado la Estrategia Nacional sobre Adicciones del **Plan Nacional de Drogas del Ministerio de Sanidad**, dónde he podido leer la tendencia del consumo de estupefacientes en general, y de cannabis en concreto, entre otros datos, en España.

A continuación, me he dirigido al **Instituto de Salud Pública de Navarra** para poder informarme acerca de consejos y elementos útiles de educación para la salud según desee. Encuentro, entre otros documentos, el plan foral de drogodependencias, que incluye información sobre todo tipo de tóxicos, y de cada uno de ellos, la normativa, mitos, consejos y efectos que produce. Además de todo tipo de materiales direccionales, propuestas de intervención, manuales y formación para la promoción y educación para la salud.

Además, en el nuevo **Plan Estratégico de Salud Mental (2019-2024)** también se puede observar la situación actual tanto de la enfermedad mental propiamente dicha como de trastornos adictivos, y las líneas de actuación que se seguirán de hoy en adelante. A esto se añade la Memoria del Salud Mental de Navarra (2017) en el que podemos encontrar los resultados y valoración global del anterior Plan Estratégico de Salud Mental (2012-2016).

En el Ministerio de Sanidad están disponibles las **Guías de Práctica Clínica** en la que se contemplan dos que pueden ser de interés para este trabajo: Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, y Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave.

En cuanto al aspecto teórico y de investigación de la relación entre esquizofrenia y consumo de cannabis, he realizado una búsqueda exhaustiva empleando el servicio de Colecciones y Recursos de la Biblioteca virtual de la UPNA. En él, he buscado tanto artículos de revista, como libros (electrónicos y en papel) o documentos de interés relacionado con el tema de mi trabajo, que reflejaré en la [Tabla 1](#), incluyendo la fuente en cuestión, filtros que he introducido, los artículos encontrados, excluidos e incluidos. Del mismo modo, durante la realización del trabajo se han incluido artículos que se han considerado relevantes pertenecientes a las diferentes referencias bibliográficas de los artículos consultados.

Fuente	Filtros	Artículos encontrados	Artículos excluidos	Artículos incluidos
Sirius	<u>Palabras clave:</u> TI Esquizofren* AND TI Cannab*	30	19	11
	Palabras clave: TI Esquizofren* AND TI Consumo NOT TI Cannab* NOT TI Sustancia	12	11	1
	Palabras clave: TI Esquizofren* AND TI Sustancia NOT TI Cannab* NOT Consumo	5	5	0
	Palabras clave: TI Esquizofren* AND TI Abuso	3	2	1
	Palabras clave: TI schizophrenia AND TI cannabis AND TI use	97	90	7
	TI "patología dual" AND AB Esquizofren* AND AB Cannab*	12	11	1
Google académico	<u>Palabras clave:</u> allintitle: esquizofrenia cannabis <u>Año de publicación:</u> 2008-2019 <u>Idioma:</u> español, portugués	18	14	4
Portal de revistas	Esquizofren* O Cannab*	2	2	0
Trabajos fin de estudios	Esquizofrenia AND cannabis	17	17	0

Tabla 1. Motores de búsqueda. *Fuente: Elaboración propia*

Los principales motivos de **exclusión** son que el artículo en cuestión no se ajuste al tema de interés, que no pueda acceder al texto completo del mismo o que estos hayan sido revisados ya en anteriores búsquedas.

Además, he investigado si se ha realizado algún plan de intervención en la línea que propongo, y si éste ha sido evaluado para comprobar su efectividad. Para ello, accedo a **Cuiden, Dialnet y Medline**.

En **Cuiden** empleo como motor de búsqueda: “Plan (AND) educa (AND) palabra clave “esquizofrenia””. Aparecen 11 resultados, de los cuales la mayoría se refieren a un plan de intervención en pacientes con esquizofrenia y síndrome metabólico, diabetes, adherencia terapéutica, familiares, etc. No encuentro ninguno relacionado con consumo de sustancias. Seleccione un artículo que trata de la efectividad de la terapia grupal en pacientes con esquizofrenia que podrá servirme para mi propuesta de intervención.

En **Dialnet**, realizo la búsqueda avanzada incluyendo en el apartado de “Contiene” la palabra “educa*”, y en el de Título, “esquizofrenia”. Encuentro 35 resultados. Muchos de ellos se relacionan con ejercicio, cuidados, violencia de género, cuidador informal, metabolopatías, estigma, medicación, etc. No localizo ninguno relacionado con consumo de tóxicos.

Por último, en **Medline** comienzo la búsqueda avanzada con las palabras clave TI=esquizofren* AND TI=cannab* AND TI=interv*. No hay resultados. Modifico las palabras a: TI=esquizofren* AND TI=cannab* AND TI=plan, en la que tampoco me devuelve ningún resultado. Pruebo con “educación”: TI= esquizofren* AND TI=cannab* AND TI=educ*. No encuentro ningún resultado. Omito la última palabra de mi búsqueda, y solo aparece 1 artículo que ya tengo incluido en mi revisión.

He revisado también la **biblioteca del Centro de Salud Mental de San Juan**. La mayoría de libros están desactualizados (son anteriores al año 2000).

Para organizar toda la información y documentos, he empleado el gestor bibliográfico **Mendeley**, en el que puedo recalcar las partes que me interesen de los diferentes artículos y ordenarlos por temas. ([Figura 1](#))

Una vez realizada la revisión bibliográfica pertinente, en lo relacionado al consumo de cannabis en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y en la educación para la salud de manera grupal, comenzaré a elaborar la propuesta de intervención.

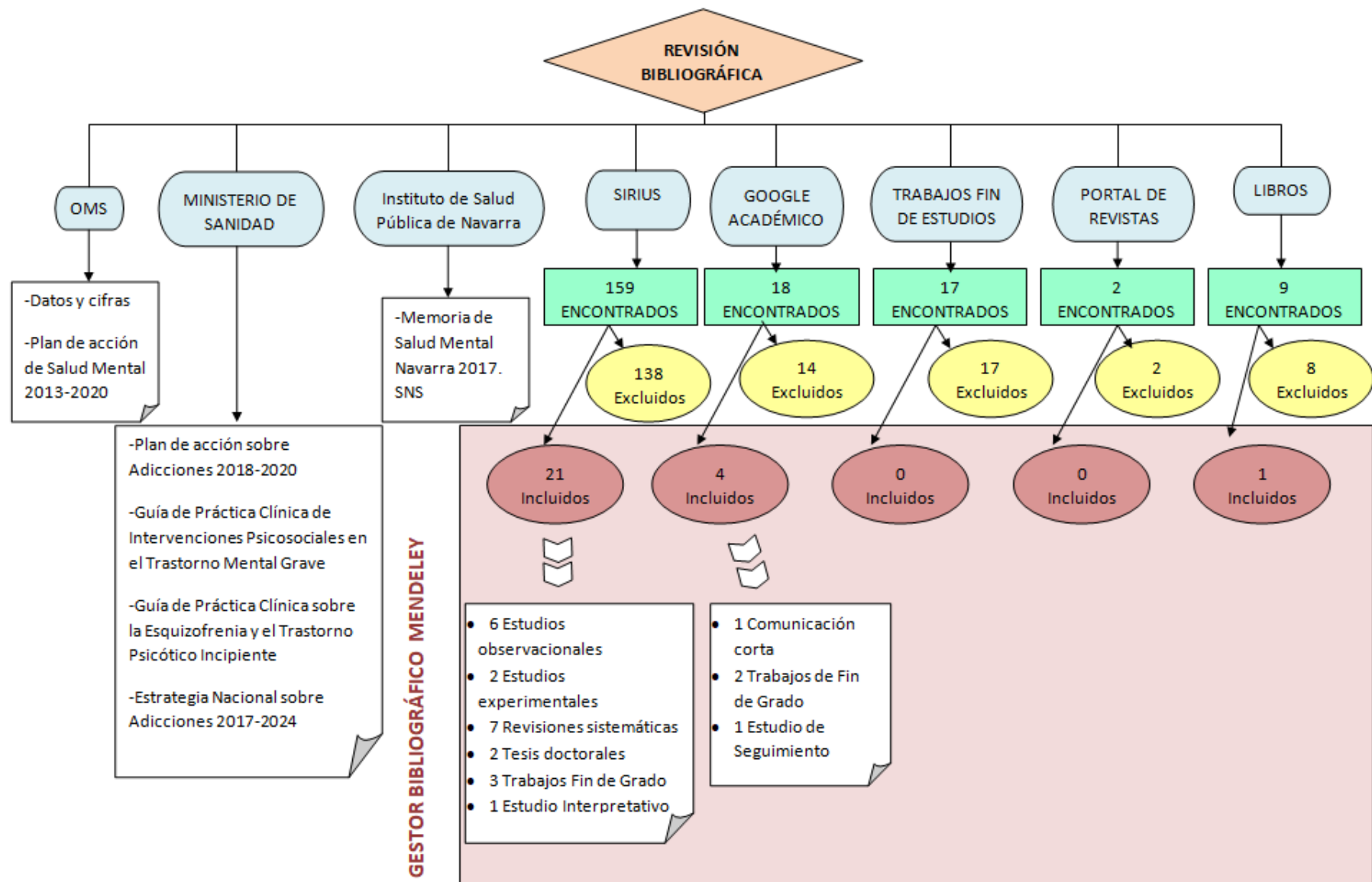


Figura 1. Revisión bibliográfica. Diagrama de flujo. *Fuente: elaboración propia*

5. RESULTADOS

5.1. Prevalencia del consumo de cannabis en personas con esquizofrenia

Un porcentaje elevado de personas con esquizofrenia consume cannabis (aproximadamente un 40%). (Torales et al, 2007; Arias, 2007; Erdozain, Muguruza, Meana y Callado, 2009). Se aproxima, según un Ensayo Clínico Aleatorizado [ECA], que un 47% de pacientes diagnosticados de esquizofrenia tienen asociada una drogodependencia, en la que se incluye como drogas más habituales la nicotina, el alcohol y el cannabis. (Arias, 2007; Magalhaes, 2012). Igualmente, Luque y Rodríguez (2018) llevaron a cabo un estudio experimental que se fundamentaba en una muestra de 325 pacientes diagnosticados de patología dual grave (es decir, además de presentar trastorno por abuso de sustancias, presentan un trastorno mental). De estos 325 individuos, 99 padecían esquizofrenia. Fueron sometidos a una entrevista clínica semi-estructurada, diseñado en una comunidad terapéutica, y a entrevistas de cribaje psiquiátrico. Se encontró que la prevalencia de dependencia al cannabis es más frecuente en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia (60,6%). Del mismo modo, Torales et al. indican que el consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia se traduce en una prevalencia de estas adicciones 4.6 veces más alta en personas con esquizofrenia que en la población general. (Torales et al., 2007)

Para explicar el consumo de cannabis en estas personas que padecen esquizofrenia, se han descrito 3 modelos: *modelo causal*, en el que el consumo de cannabis es previo al comienzo de signos y síntomas de esquizofrenia, y por lo tanto supondría la causa de la enfermedad; *modelo variable-variable*, en el que se supone un factor ajeno que pueda afectar al inicio de ambos; y *modelo de asociación*, en el que el consumo de esta droga es posterior debido, hipotéticamente, a una mayor tendencia al consumo de cannabis por las personas con esquizofrenia. (Magalhaes, 2012)

Respecto a la teoría de que el consumo de cannabis es posterior a la aparición de la esquizofrenia porque se hace con intención de mejorar los síntomas psicóticos existentes en esta enfermedad, se han realizado estudios de primeros episodios de

psicosis que la podrían descartar puesto que ya existe un consumo de cannabis previo al inicio de la psicosis. (Arias, 2007; Erdozain et al, 2009; Sugranyes et al, 2009). De igual modo, hay autores que afirman que la mayoría de personas con un primer episodio de psicosis eran consumidores diarios de cannabis y que habían consumido esta sustancia durante más de 5 años. (Magalhaes, 2012; Torales et al, 2017). No solo se aprueba que el consumo de cannabis es habitual en personas con un inicio de psicosis, sino que también se afirma que son hasta 6 los años de media que se puede adelantar la aparición de los primeros síntomas de la esquizofrenia en los casos que consumen cannabis a diario. (Torales et al, 2017).

Además de que el consumo de cannabis aparece en la mayoría de personas con un primer episodio psicótico, éste supone 4 veces más riesgo en los consumidores importantes, y 2 en los moderados, de desarrollar en algún momento de su vida un episodio de psicosis. No solo la dosis de cannabis que se consume, sino la edad a la que se empieza a consumir juegan un importante papel en el desarrollo de psicosis (Torales et al, 2017; Magalhaes, 2012). Así, aquellos individuos que presentan un trastorno por consumo de cannabis entre los 18-21 años tienen mayores tasas de psicosis, y se encontró también que los que comienzan este hábito a los 15 presentan mayor riesgo de padecer un trastorno esquizofreniforme a la edad de 26. (Magalhaes, 2012).

Según Barrigón (2013), cuando el consumo frecuente e importante de cannabis comienza en la adolescencia, la edad de inicio de psicosis es más baja que en las personas que comienzan este consumo frecuente más tarde o simplemente no presentan consumo de esta droga. (Barrigón, 2013) La adolescencia es un período especialmente vulnerable a los efectos de esta droga por lo que se señala la importancia de la implementación de estrategias preventivas en este grupo de edad. (Magalhães, 2012).

A pesar del elevado número de consumidores actual de cannabis, pocos desarrollan patología psiquiátrica por lo que se entiende que el consumo de cannabis no es factor necesario ni suficiente para desarrollar esquizofrenia. (Magalhaes, 2012; Khokhar, Dwiel, Henricks, Doucette y Green, 2017). Mas, tanto sujetos sanos como pacientes con esquizofrenia, indistintamente, pueden experimentar un amplio

abanico de síntomas positivos, negativos y cognitivos tras el consumo de cannabis. (Magalhães, 2012).

5.2. Efectos del consumo de cannabis en relación a un primer episodio de psicosis

Numerosos autores (Erdozain et al, 2009; Zubiaguirre, 2018; Arias, 2007; Cotta et al, 2015 y Sugranyes et al, 2009; Neyra, 2015) han indicado que el consumo de cannabis puede desencadenar un episodio de psicosis incluyendo ideas delirantes, paranoides, alucinaciones auditivas y visuales, ideas de persecución, etc. Erdozain et al encontraron mediante un seguimiento de las personas que sufrían este primer episodio de psicosis que éstas fueron diagnosticadas de un trastorno del espectro de la esquizofrenia en los próximos 9 años, entendiendo que esto forma parte de los síntomas prodrómicos de la enfermedad. (Erdozain et al, 2009; Zubiaguirre, 2018). Sin embargo, no se puede afirmar que el consumo de cannabis per sé induzca una psicosis, ya que la psicosis aguda producida por cannabis no se distingue de una psicosis funcional. No obstante, se habla de psicosis tóxicas cuando estas se dan en un contexto de consumo de cannabis elevado y potente. El concepto de psicosis cannábica se describe como una psicosis tras un consumo importante de cannabis con, aparentemente, unas características diferenciales de otras psicosis que se marcarían por presencia de más alucinaciones visuales y no tanto auditivas. Pero clínicamente no resulta fácil distinguirla de una psicosis producida por más drogas que no sean cannabis y por un brote psicótico de esquizofrenia habitual (factores de confusión) (Arias, 2007)

En relación a síntomas psicóticos en personas consumidoras de cannabis, se estima que el 15% de consumidores de este tóxico que no padecen esquizofrenia presentan dichos síntomas. Esto se corrobora con estudios en los que el uso de cannabis se emplea como método terapéutico antiemético. Los pacientes que lo empleaban presentaron alucinaciones (6%) e ideas delirantes (5%) y, sin embargo, los que recibieron placebo no presentaron ninguno de estos síntomas. (Arias, 2007; Sewell et al, 2010).

Cotta y colaboradores añaden que si, además, la edad de inicio del consumo de cannabis es baja (18 años) el riesgo de sufrir un episodio psicótico aumenta. Aunque los adolescentes consuman cannabis sin aparentemente ningún daño, una minoría más vulnerable, por algún motivo que no se especifica, sí experimenta sensaciones desagradables relacionadas con psicosis. El comienzo temprano de su consumo está relacionado además de con el riesgo de sufrir psicosis con un inicio más precoz de ésta, por lo que el cannabis podría jugar un papel considerable en el desarrollo de psicosis en individuos vulnerables. (Cotta et al, 2015)

Siguiendo con la hipótesis de que la edad de inicio del primer episodio psicótico es menor en personas consumidoras de cannabis, Sugranyes et al. (2009), realizaron un estudio con 116 sujetos menores de 35 años, que hubieran recibido el primer tratamiento antipsicótico hace menos de una semana, y que en el seguimiento de 1 año a posteriori fueran diagnosticados de esquizofrenia. De ellos, 46 nunca han consumido cannabis (49,7%), 23 lo han hecho de manera esporádica (19,9%) y 47 lo consumen a diario (40,5%). Esto se podría explicar por el simple hecho de que se trata de una población joven. Sin embargo, las tasas de consumo en este mismo rango de edad en la población general son menores. Así, se demostró que el hecho de fumar o consumir cannabis a diario hace rebajar la edad de inicio del primer episodio de psicosis en 1,93 años. (Sugranyes et al, 2009). En cuanto al sexo, se observa un adelanto de la edad de inicio de la esquizofrenia en personas consumidoras de cannabis mayor en hombres, lo que puede explicarse por el comienzo más temprano del consumo de cannabis en este género. (Erdozain et al, 2009). Este hallazgo de que el consumo de cannabis adelanta la edad de inicio de psicosis que puede desencadenar una esquizofrenia lo comparten otros autores como Zubiaguirre (2018).

Sugranyes y sus colaboradores encontraron también relación entre la frecuencia del consumo del cannabis y la edad a la que recibieron el primer tratamiento antipsicótico: a mayor frecuencia de consumo, menor edad del tratamiento. Este resultado nos lleva a considerar el cannabis como un factor precipitante en el desarrollo de la esquizofrenia. (Sugranyes et al, 2009)

Si bien se encontraron resultados respecto a la frecuencia del consumo de cannabis, Magalhaes apunta también diferencias según la dosis consumida. En consecuencia, alteraciones visuales, auditivas y de la percepción temporal tienden a aparecer con consumos de dosis más bajas, mientras que despersonalización, ilusiones, pérdida de asociaciones, ansiedad, tensión, distorsión de la realidad y alucinaciones tienden a aparecer con una dosis más alta. Aparecen además alteraciones cognitivas cuya gravedad dependerá de si la exposición a la droga es puntual o mantenida (Magalhaes, 2012).

Por su parte, García, Saldívar, Moreno y Flores (2013) llevaron a cabo un estudio experimental en el cual participaron un total de 308 estudiantes universitarios sanos (sin patología alguna, ni psiquiátrica ni otras) con el objetivo de establecer una relación entre el abuso de drogas (alcohol, cannabis y cocaína) y algunas variables de riesgo para padecer trastornos psicóticos. Para ello emplearon 4 cuestionarios que los estudiantes universitarios completaron. Los resultados arrojados son que el 7,8 % de los participantes padece dependencia al cannabis y que el consumo de esta droga se relaciona con una tendencia a las alucinaciones auditivas según los resultados extraídos de otro cuestionario empleado. Estas alucinaciones aumentan con la duración del consumo de la sustancia que sea, e incluso pueden permanecer una vez cesado dicho consumo. (García, Saldívar, Moreno y Flores, 2013)

Algunos autores hablan de 1-3 meses para la recuperación completa de estos deterioros provocados por el consumo de cannabis (Sewell et al, 2010), y otros hasta de 2 años, aunque lo que está claro es que cuanto antes se abandone el consumo más rápida será la recuperación. (Magalhaes, 2012)

5.3. Efectos del consumo de cannabis en relación a la esquizofrenia

Cotta y colaboradores introducen su revisión sistemática afirmando que el riesgo de esquizofrenia en personas con un importante consumo de cannabis es significativamente mayor que en los que no consumen. Sin embargo, al existir esa asociación en otras alteraciones psiquiátricas se entiende que es un factor

independiente, y que aunque no sea el elemento causal de la enfermedad, sí es un agravante de la misma. (Cotta et al, 2015).

En cuanto a la **sintomatología positiva** (ideas delirantes, alucinaciones auditivas o visuales...) de la esquizofrenia, se comprueba una exacerbación de la misma con el consumo de cannabis. (Erdozain et al, 2009). Mientras que estos estudios marcan el aumento de delirios y alucinaciones en pacientes con esquizofrenia consumidores de cannabis, Arias opina que también se debería tener en cuenta el efecto concomitante de otras drogas (factores de confusión) (Arias, 2007)

En la línea de que el consumo de cannabis exagera los síntomas positivos de la esquizofrenia, García y Pérez (2010) llevaron a cabo un estudio durante 5 meses de 48 pacientes de edad media de 31,7 años ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario de San Juan de Alicante con diagnóstico de esquizofrenia. 25 de estos se consideraron pacientes duales por presentar en el momento de ingreso trastorno por abuso o dependencia a sustancias (47% a cannabis). El resto, 23, fueron denominados no duales. Se aplicó la PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) para determinar los síntomas positivos y negativos. Se concluyó que los pacientes duales presentan una mayor sintomatología positiva y más intensa que los no duales, independientemente de la sustancia consumida, aunque no hay diferencias significativas en la sintomatología negativa.

Sewell et al., por su parte, estudiaron los efectos del Δ^9 -THC respecto a la **sintomatología negativa** y deterioro cognitivo. Destacaron que el Δ^9 -THC provocaba efectos similares a los síntomas negativos de la esquizofrenia, como son el efecto embotado, relaciones sociales escasas, falta de espontaneidad, retraso psicomotor, etc. En el aspecto cognitivo ocurre lo mismo: el déficit cognitivo más importante en la esquizofrenia se da también con la administración de Δ^9 -THC. (Sewell et al, 2010)

Así, aunque existe controversia puesto que hay estudios que afirman que hay un empeoramiento de los síntomas negativos con el consumo de cannabis (Sewell et al, 2010), también hay autores que refieren que el consumo del mismo reduce y

mejora el número de síntomas negativos en personas con esquizofrenia (Arias, 2007; Erdozain et al, 2009).

En cuanto a los **efectos transitorios de la cognición y comportamiento** provocados por cannabis se destacan despersonalización, desrealización, paranoia, ideas de referencia, fuga de ideas, pensamiento desorganizado, delirios persecutorios, delirios grandiosos, alucinaciones auditivas y visuales y deficiencias en la atención y la memoria. (Sewell et al, 2010).

Respecto a estos **efectos cognitivos** que el consumo de cannabis acarrea en las personas con esquizofrenia, Magalhaes indica en su revisión sistemática que el consumo de esta droga podría tener beneficios en la función cognitiva, basándose en un estudio realizado por Coulston et al. en 2007, que concluyó que el uso de cannabis podría tener un papel importante en el tratamiento de los procesos cognitivos de orden superior (análisis, evaluación y creación de conocimientos). No obstante, se remarca la importancia de verificar cómo afecta este tóxico en otros procesos cognitivos, al igual que en el resto de sintomatología de la enfermedad esquizofrénica, antes de emplear el cannabis como tratamiento de la disfunción cognitiva. (Magalhaes, 2012; Coulston, Perdices y Tennant, 2007)

Aunque realmente la relación entre el consumo de cannabis y la esquizofrenia no ha sido aclarada en su totalidad, sí que se señala que el uso de esta sustancia provoca en el paciente con dicha patología periodos más largos y en más cantidad de hospitalización, mayor tasa de desempleo, más riesgo de recaídas en la enfermedad y de suicidio, menor adherencia al tratamiento prescrito, etc. (Torales et al., 2007)

El consumo de cannabis en personas con esquizofrenia aumenta el riesgo de **recaídas e ingresos** por psicosis (Arias, 2007; Luque y Rodriguez, 2018; Erdozain et al, 2009) en parte debido a que el consumo de cannabis en estas personas se traduce en un peor progreso de la enfermedad y menor adherencia terapéutica, como indican Luque y Rodriguez y Erdozain y colaboradores. Así, en pacientes que tienen muy buena adherencia es todavía más marcado el empeoramiento en recaídas por consumo de cannabis. (Arias, 2007).

Para explorar los ingresos hospitalarios en el contexto de consumo de cannabis, se hizo un reanálisis de un estudio de seguimiento en Suecia en el que se vio que personas que realizaban un consumo muy excesivo de cannabis a los 18 años tenían un 6.7 más de probabilidad de ser ingresados en el hospital por esquizofrenia en los próximos 27 años. (Sewell et al, 2010)

En esta línea, Schmidt, Hesse y Lykke (2011) compararon dos grupos de personas durante 15 años retrospectivamente para comprobar el número de recaídas e ingresos: el primero con patología dual (esquizofrenia + abuso de sustancias) y el segundo sólo con diagnóstico de esquizofrenia. En lo referente a sustancias, en la muestra del estudio había un 23% adictos al alcohol, 9% al cannabis, 2% a opioides, 6% a otras drogas y un 60% eran policonsumidores. Se encontró que los pacientes con patología dual tenían aproximadamente el doble de ingresos con motivo psiquiátrico por persona y por año (esquizofrenia: 0.6 p/a, patología dual: 1.3 p/a). Además también tienen más atenciones en urgencias (1.3 en duales frente a 0.4 en no duales), pero de duración más corta. En hospitalizaciones por otro motivo que no sea psiquiátrico, no se encuentran grandes diferencias entre un grupo y otro. (Schmidt et al, 2011)

Schmidt y colaboradores compararon la **edad media de muerte** en su estudio de seguimiento de 15 años, en el cual fallecieron 68 personas. 31 personas formaban parte del grupo de esquizofrenia, y 37 del grupo de patología dual (esquizofrenia + consumo de sustancias). En los pacientes con esquizofrenia la media de edad fue 62.2 años, pero en los duales es de 49.2 años. Como causa de muerte, el suicidio fue más frecuente en el grupo de patología dual. (Schmidt et al, 2011).

Explorando los efectos de dos de los principales componentes del cannabis, García y colaboradores encuentran que en un estudio realizado por Morgan y Curran (2008), se habla de que el Cannabidiol parece tener efectos neuroprotectores que son conocidos incluso como “antipsicóticos”. Por otro lado, se señala que el Δ^9 -THC conlleva un aumento del riesgo de síntomas positivos, como alucinaciones, presentes también en trastornos del espectro de la esquizofrenia. (García et al, 2013) No obstante, el meta-análisis realizado por Guinguis, Ruiz y Rada (2017) desmiente esta afirmación con una certeza de la evidencia moderada, remarcando

que el cannabidiol probablemente no disminuye los síntomas en la esquizofrenia, y que los cannabinoides producen efectos adversos en pacientes con esta enfermedad.

Por último, en el estudio que realizó Stone et al en 2014, en el que se valoraron el consumo de cannabis, la edad de primer contacto con sistemas sanitarios, el funcionamiento diario y síntomas tanto positivos, maníacos como negativos en el momento de inicio del estudio y al año, los consumidores de cannabis que redujeron o interrumpieron su uso después del contacto con los servicios tuvieron una gran mejora de los síntomas de la esquizofrenia en ese año. (Cotta et al, 2015)

5.4. Factores neuroquímicos y cerebrales

Respecto a la morfología cerebral, se han visto cambios de la misma en personas con esquizofrenia debido al uso del cannabis. El patrón de consumo y los síntomas psicóticos en personas con esquizofrenia que consumen esta sustancia se asocian a mayores alteraciones en la forma del hipocampo (estructura que forma parte del sistema límbico y tiene un importante papel en la memoria) (Torales et al, 2017) y a una neurotoxicidad en esta parte (Sewell et al, 2010). Se ha observado también una pérdida de materia gris cerebral marcada a lo largo del tiempo, que se asocia con el consumo de cannabis (Torales et al, 2017) y cambios en la densidad de la sustancia gris y de la blanca (Sewell et al, 2010). Sin embargo el grosor de la corteza cerebral no varía entre personas que consumen y las que no lo hacen. (Torales et al, 2017)

Haciendo referencia al modelo explicativo de asociación, Erdozain et al (2009) sugieren que las personas con esquizofrenia podrían tener alterado el sistema de recompensa del cerebro (encargado de realizar asociación de una situación con sensación de placer), lo que conllevaría un mayor riesgo de consumo de cannabis al percibir en menor medida el riesgo de consumir esta sustancia. En cuanto a la memoria y aprendizaje, los pacientes con esquizofrenia tienen mayor sensibilidad a los efectos negativos del THC presente en el cannabis. Además en algunos estudios de neuroimagen se muestra que la red funcional afectada en la esquizofrenia es

similar a la que se afecta en personas consumidoras de cannabis. (Erdozain et al, 2009)

En un estudio piloto, Whitfield-Gabrieli et al. investigaron la conectividad funcional de la Red Neuronal por Defecto (red que actúa cuando la mente está en reposo, cuando no hay una tarea cognitiva a realizar) en pacientes con esquizofrenia y trastorno por consumo de Cannabis, así como los efectos que produce en dicha red la administración de cannabis. La metodología empleada se muestra en la [Figura 2](#). Para ello, consideraron una muestra de 24 personas: 12 de ellas con Esquizofrenia y Trastorno por uso de Cannabis (tanto abuso como dependencia) y 12 individuos sanos. De la muestra se excluyeron a los que sufrían de otras adicciones (excepto tabaco, por su alta prevalencia 90%) y los que tomaban clozapina como antipsicótico. En principio, los antipsicóticos en personas con esquizofrenia no suelen reducir el consumo de sustancias. Sin embargo, se ha encontrado que la clozapina sí, debido a su capacidad para modular las señales de atención a las drogas y sus acciones para reducir la activación dentro del circuito cerebral de recompensa. (Whitfield-Gabrieli et al., 2018; Khokhar, Dwiel, Henricks, Doucette y Green, 2017)

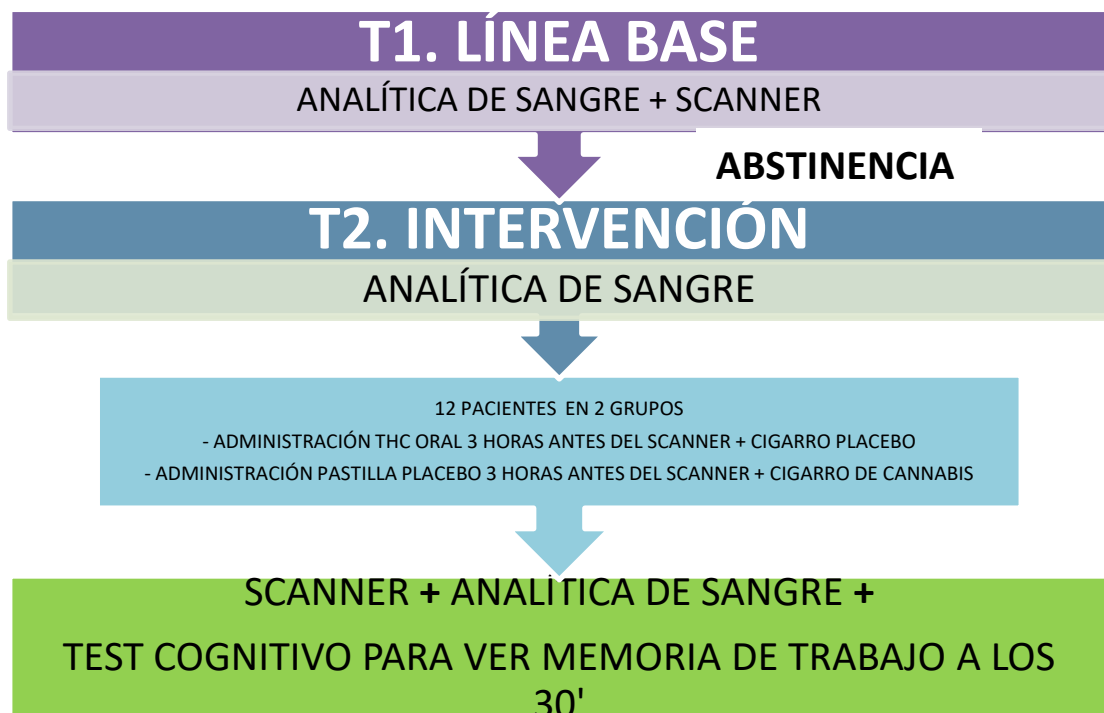


Figura 2. Metodología del estudio de Whitfield-Gabrieli et al (2018). *Fuente: elaboración propia.*

Los resultados que arrojó este estudio fueron que los pacientes duales presentaron hiperactividad de la Red Neuronal por Defecto, que se relaciona con una focalización intensa en los pensamientos y sentimientos propios al igual que una confusión entre los pensamientos de uno mismo y lo que sucede a su alrededor. Si nos referimos a las dosis administradas de THC, se encontró que dosis bajas reducen esta hiperactividad de la red y dosis altas la empeoran. No se vieron diferencias entre el cannabis fumado y el THC oral. Otro resultado es que la administración de THC no mejoró la Memoria de Trabajo, que incluye las estructuras y procesos involucrados en el almacenamiento temporal y elaboración de la información. (Whitfield-Gabrieli et al., 2018)

En la revisión que realizaron Erdozain y colaboradores, muestran que la actividad dopaminérgica aumenta con el consumo de cannabis, y que este aumento puede significar un incremento de los síntomas positivos psicóticos. Los autores sugieren que alteraciones en el sistema cannabinoide endógeno pueden conducir a situaciones de hiperdopaminergia e hiperglutamatergia, presentes en la esquizofrenia, lo que conformaría la “hipótesis cannabinoide de la esquizofrenia”. De igual modo, las personas con esquizofrenia tendrían una disfunción en el sistema cannabinoide endógeno por lo que el consumo de cannabis afectaría de manera diferente que en sujetos sin la enfermedad. (Erdozain et al, 2009).

En lo referente a los cambios del sistema endocannabinoide en personas con esquizofrenia, tanto Magalhaes como Erdozain et al, indican que se encontró un aumento de los principales ligandos de los receptores de este sistema (Anandamida y Araquidonilglicerol) en estas personas. Asimismo, existe una analogía de la modificación de dichos receptores en personas con esquizofrenia y personas consumidoras de cannabis. En las primeras se descubrió un aumento de los receptores CB1 en determinadas partes del cerebro y en las segundas se apreció este mismo aumento pero en otras áreas cerebrales. (Magalhaes, 2012; Erdozain et al, 2009).

5.5. Factores genéticos

Se describen 3 tipos de genes que podrían estar involucrados en la aparición de la esquizofrenia y el consumo de sustancias: el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), la catecol-O-metil transferasa (COMT) y la proteína kinasa B (AKT) (Gutierrez et al, 2009; Khokhar, Dwiel, Henricks, Doucette, Green, 2017). Algunos de estos genes pueden verse alterados por el consumo de cannabis durante la maduración de la red neuronal en la adolescencia puesto que esta droga podría interaccionar con la dopamina y modificar determinadas funciones de ésta. (Torales et al, 2017) Por ello, el consumo de cannabis en la etapa de la adolescencia podría estar relacionado con el desarrollo de la esquizofrenia en personas que estén predispuestas genéticamente. (Torales et al, 2017; Hernández, 2014)

Como señala Gutiérrez et al. en su estudio realizado en 2009, algunos autores anteriores habían descubierto la relación positiva entre el gen COMT (enzima encargada en la neurotransmisión de la dopamina) y el consumo de cannabis en el origen de la esquizofrenia. No obstante, muchos otros autores no habían encontrado esta interacción. Por ello, el objetivo de este estudio fue explorar la interacción entre el consumo de cannabis, el gen COMT y el riesgo de sufrir esquizofrenia. La población participante fueron 283 españoles, 91 con esquizofrenia (pacientes) y 192 sanos (controles), todos en equilibrio respecto a dicha carga genética. Respecto al consumo de cannabis se vio que un 58.6% de los pacientes llevaron a cabo esta práctica, frente al 13 % de los controles, y que esto no variaba por sexo. Sin embargo, lo que confiere a la variabilidad del gen, no se vieron grandes diferencias entre pacientes y controles. Es decir, el desarrollo de la esquizofrenia y el consumo de cannabis son variables independientes del gen COMT. (Gutiérrez et al, 2009)

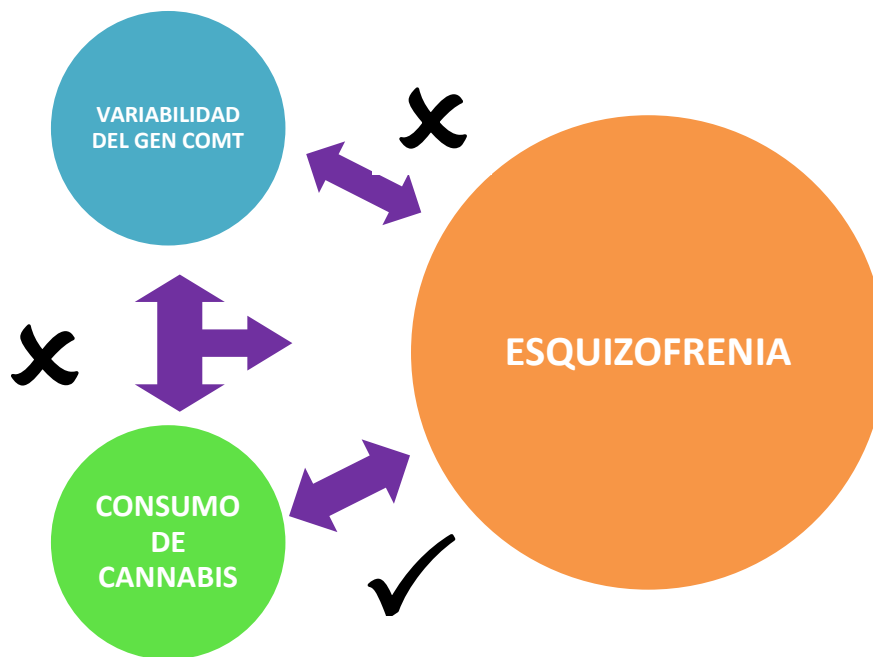


Figura 3. Objetivo y resultados del estudio “Variabilidad en el gen COMT y modificación del riesgo de esquizofrenia conferido por consumo de cannabis”.
Fuente: elaboración propia.

5.6. Factores ambientales, motivaciones para el consumo y cannabis como factor de riesgo

En lo referente al estrés, controlado, en parte, por el eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal, y éste a su vez influenciado por el consumo de cannabis, se puede ver involucrado en la aparición de psicosis y recaída de la enfermedad esquizofrénica ya estabilizada. Incluso se contempla la posibilidad de que los factores estresantes ambientales con los que convivimos muchas veces la población general tengan que ver con la etiología de la esquizofrenia. (Torales et al, 2017)

Gómez y colaboradores realizaron una revisión sistemática de los estudios existentes acerca de las motivaciones de las personas con trastorno mental para consumir cannabis. Las razones que más abundan, en orden descendente son: para sentirse intoxicado (alrededor del 80-90%); para aumentar bienestar, relajarse y tener sensaciones positivas; para disminuir ansiedad y tristeza (aproximadamente el 70%); para mejorar socialización y pertenecer a un grupo (60-70%); para disminuir el aburrimiento (20%); y, minoritariamente, para contrarrestar los efectos

secundarios de los antipsicóticos (como máximo un 15%). También queda plasmado en los diferentes estudios que el consumo de cannabis empeora los síntomas positivos. (Gómez, Mané, Bergé, Vaquero y Perez, 2014). Según Gascón (2016), las motivaciones son similares a las de la población general, añadiendo que buscan sensaciones placenteras, aliviar el malestar psíquico y la presión que sienten. (Gascón, 2016).

Si el consumo de cannabis supone un factor de riesgo de la esquizofrenia, es algo que no está totalmente esclarecido. Para definir un factor de riesgo hay que tener en cuenta la fuerza de asociación, la cual en nuestro caso es leve o moderada por presentar una Odds Ratio [OD] de 2; la secuencia temporal, descrita desde el consumo de cannabis hacia la psicosis; el efecto dosis-respuesta: el consumo más precoz de esta sustancia supone mayor riesgo de psicosis; existe consistencia en diferentes estudios; plausibilidad biológica: el THC aumenta la actividad dopaminérgica, y el sistema dopaminérgico está relacionado con la psicosis; especificidad de la asociación y la evidencia experimental. (Arias, 2007; Sewell et al, 2010). En este aspecto hay bastante controversia puesto que, aunque parece haber una relación entre consumo de cannabis y esquizofrenia, muchos estudios muestran que la mayoría de consumidores de cannabis no desarrollan esquizofrenia, y que la mayoría de personas con esquizofrenia no consumen cannabis. Así, también hay que tener en cuenta los posibles elementos confusionales de los estudios, como el hecho de que se consuman más drogas, el estatus socio-económico, etc. Sin embargo, también se considera que aún no se puede conocer el efecto del consumo de cannabis totalmente porque es la generación actual en el momento del artículo la que comenzó con esta práctica y, por tanto, en un futuro se podrá comprobar si están relacionados o no. (Sewell et al, 2010)

Se llega, por tanto, de nuevo, a la conclusión de que el consumo de esta sustancia no es hecho suficiente ni necesario para el desarrollo de la enfermedad, pero como se ha observado, si supone un factor de riesgo y puede afectar en el pronóstico y síntomas de la misma. (Erdozain et al, 2009)

6. DISCUSIÓN

El presente trabajo tenía como uno de los objetivos principales revisar la actual evidencia científica para conocer qué tipo de relación existe entre el consumo de cannabis y la esquizofrenia. Para ello se habla de tres modelos explicativos: modelo de asociación (consumo de cannabis posterior a diagnóstico de esquizofrenia), modelo causal (consumo de cannabis previo a diagnóstico de esquizofrenia, actuando como causa) y modelo variable-variable (otro factor externo promueve tanto el consumo de cannabis como el desarrollo de la esquizofrenia). (Magalhaes, 2012).

Tanto Arias (2007), como Erdozain et al (2009) o Sugranyes et al (2009) consideran que el modelo de asociación no es posible ya que existe un consumo de cannabis previo al inicio de un primer episodio de psicosis. Además, para Magalhaes, Khokar y colaboradores y Erdozain y colaboradores, el modelo causal tampoco se puede demostrar ya que no todas las personas que consumen cannabis desarrollan esquizofrenia, ni viceversa, por lo que se entiende que el consumo de cannabis no es factor necesario ni suficiente para que una persona padezca esquizofrenia. (Magalhaes, 2012; Khokhar et al, 2017; Erdozain et al, 2009). Sin embargo, no he encontrado autores que hayan estudiado el modelo variable-variable.

Un aspecto en el que hay concordancia entre los diferentes autores es en la prevalencia del consumo en personas con esquizofrenia. Muchos de los revisados (Torales et al, 2007; Arias, 2007; Erdozain et al, 2009; Magalhaes, 2012; Luque y Rodriguez, 2018; Neyra, 2015) están de acuerdo en que la prevalencia de personas que consumen cannabis es notablemente más alta en el grupo de personas que padecen esquizofrenia que en el grupo de personas que no la padecen.

Respecto a la edad de inicio del primer episodio psicótico (que Erdozain et al y Zubiaguirre consideran como pródromo de sufrir un trastorno del espectro de la esquizofrenia en un futuro), estos autores junto con Sugranyes y colaboradores concluyen que el consumo de cannabis puede adelantar la edad de inicio de

estos primeros síntomas psicóticos. (Erdozain et al, 2009; Zubiaguirre, 2018; Sugranyes, 2009)

Introduciéndonos ya en la esquizofrenia, los síntomas positivos de ésta (alucinaciones, ideas delirantes...) se ven afectados de manera negativa por el consumo de cannabis. Arias, Erdozain et al o García y Pérez apuntan que el consumo de este tóxico provoca una exacerbación de los síntomas mencionados. (Arias, 2007; Erdozain et al, 2009; García y Pérez, 2010).

En cuanto a la otra parte de la enfermedad, los síntomas negativos, que incluyen aislamiento, apatía, pérdida de interés..., Sewell y colaboradores señalan un empeoramiento de los mismos con el consumo de cannabis. (Sewell et al, 2010) Frente a esta afirmación, Arias y Erdozain y colaboradores concluyen de manera opuesta: el consumo de cannabis puede ayudar a mejorar los síntomas negativos presentes en la esquizofrenia. (Arias, 2007; Erdozain et al, 2009)

En lo que refiere a la cognición y pensamiento, Sewell et al apunta que el consumo de cannabis puede provocar despersonalización, paranoia, ideas de referencia, fuga de ideas, pensamiento desorganizado, delirios, alucinaciones auditivas y visuales y deficiencias en la atención y la memoria. (Sewell et al, 2010) A su favor, Torales et al también consideran que el consumo de cannabis puede producir deterioro cognitivo. (Torales et al, 2007). Sin embargo, afirmando cosas contrarias, Magalhaes y Coulston et al, opinan que el consumo de cannabis podría incluso tener efectos beneficiosos en este ámbito. (Magalhaes, 2012; Coulston et al, 2007)

Otro aspecto en el que varios autores están de acuerdo (Arias, 2007; Erdozain et al, 2009; Sewell et al, 2010; Luque y Rodríguez, 2018; Schmidt et al, 2011) es que el consumo de cannabis en personas con esquizofrenia aumenta el número de recaídas e ingresos hospitalarios por motivos psiquiátricos.

En cambio, respecto a las afirmaciones de que la edad media de muerte sea más baja en personas con esquizofrenia que consuman cannabis y que el suicidio es más común en este grupo, sólo encontramos a Schmidt y

colaboradores que lo afirman. (Schmidt et al, 2011) El resto de autores no hacen referencia a este dato.

Por último, solo dos autores ponen atención a qué motivos llevan a las personas con esquizofrenia a consumir cannabis. Por su parte, Gómez y colaboradores concluyen que las motivaciones más frecuentes en este grupo de personas son: para sentirse intoxicado, sentir los efectos que produce el cannabis; para aumentar el bienestar, relajarse; y para disminuir la ansiedad y tristeza. (Gómez et al, 2014). Por otro lado, Gascón no considera que los motivos por los que se consume cannabis sean diferentes en personas con esquizofrenia que en la población general. (Gascón, 2016)

Por tanto, teniendo en cuenta estos efectos negativos que produce el consumo de cannabis en personas con esquizofrenia, se concluye que, aunque no es factor necesario ni suficiente para desarrollar la enfermedad, sí es un agravante de la misma. (Cotta et al, 2015; Erdozain et al, 2009).

Como **fortalezas** de este trabajo, la variedad de estudios y fuentes escogidas permite comparar diferentes países y si, por tanto, el problema estudiado es universal o únicamente de una determinada área geográfica. Así, encontramos que los resultados obtenidos, en su mayoría, están dirigidos hacia una misma conclusión: existe una relación negativa entre la esquizofrenia y el consumo de cannabis.

Por otro lado, las **debilidades** son que se han tenido en cuenta revisiones bibliográficas o Trabajos Fin de Grado que no aportan información nueva, si no que resumen los datos existentes. Además, los estudios analizados proceden de lugares geográficos considerablemente diferentes, por lo que podría cambiar el estilo de vida de sus participantes, el nivel cultural y socioeconómico, la educación sanitaria recibida y el tipo de cobertura de la sanidad.

7. CONCLUSIONES

Como conclusión de la anterior revisión bibliográfica realizada podemos sacar en claro los siguientes enunciados respecto a la correlación de la esquizofrenia con el consumo de cannabis:

- 1) Hay una **alta prevalencia** de consumidores de cannabis entre los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, aunque no todas las personas que consumen este tóxico tienen esquizofrenia, ni todas las personas con esquizofrenia consumen cannabis.
- 2) Está demostrado que el consumo de cannabis **repercute negativamente en la edad de inicio de la psicosis**, adelantándola, aunque no está esclarecido si es elemento causal, precipitante o incluso si forma parte de los síntomas prodrómicos de un futuro trastorno del espectro de la esquizofrenia.
- 3) En personas con esquizofrenia el consumo de cannabis **empeora el pronóstico** de la enfermedad y **exacerba sus síntomas positivos**, como alucinaciones o delirios.
- 4) En cuanto a los **síntomas negativos** de la esquizofrenia, como son la apatía, aislamiento, etc., las líneas generales apuntan a una **mejoría** con el uso de esta droga, aunque es uno de los puntos que más genera controversia.
- 5) Se **descarta** que el consumo de cannabis viene motivado como **método paliativo de los secundarismos** de los fármacos antipsicóticos empleados en el tratamiento de las personas con esquizofrenia.
- 6) En los pacientes duales de los que estamos hablando, es decir, pacientes con esquizofrenia y consumo de cannabis, es **mayor el número de recaídas e ingresos hospitalarios** por motivo psiquiátrico, ya que existe una menor adherencia terapéutica en este grupo.

8. PROPUESTA TEÓRICA

8.1. Introducción

Como se ha mencionado en los apartados anteriores, y como conclusiones de la revisión bibliográfica realizada, el consumo de cannabis es más habitual en el grupo de personas diagnosticadas de esquizofrenia. (Arias, 2007; Erdozain et al, 2009; Magalhaes, 2012; Luque y Rodríguez, 2018) Con ello, se ha visto que esta droga puede adelantar la edad de inicio de psicosis que posteriormente puede resultar en una esquizofrenia (Sugranyes et al, 2009; Erdozain et al, 2009; Zubiaguirre, 2018) , empeorar el pronóstico de la enfermedad (incluso incidir en el número de suicidios en personas duales) (Cotta et al, 2015; Schmidt et al, 2011, Erdozain et al, 2009), promover una exacerbación de los síntomas positivos de la esquizofrenia (García y Pérez, 2010; Erdozain et al, 2009; Arias, 2007), disminuir la adherencia terapéutica y aumentar el número de ingresos hospitalarios. (Arias, 2007; Luque y Rodriguez, 2018; Erdozain et al, 2009; Torales et al, 2007).

Por tanto, podemos afirmar que el consumo de cannabis genera una serie de consecuencias negativas en los pacientes con esquizofrenia que se podrían evitar o mejorar si se realiza educación sanitaria en este grupo de pacientes con el fin de evitar este consumo. Esta educación puede ser individual o grupal. Aunque lo ideal sería complementarlas según el momento, la situación y necesidades del paciente, el tiempo del que dispone enfermería es limitado. Ambos tipos de intervención tienen ventajas e inconvenientes, como se indica en el Manual de Educación para la Salud del Gobierno de Navarra, y que se exponen a continuación.

La educación individual se emplearía en el inicio del proceso de cambio, en periodos de descompensación o para lograr conocimientos imprescindibles básicos. Lo positivo de esta modalidad es que el plan puede ser adaptado a las circunstancias personales, tipo y momento evolutivo del problema, por tanto es más flexible y abierta a modificaciones y además favorece la bidireccionalidad en la comunicación. Por otro lado, se puede producir un cansancio tanto del paciente como del educador, se aísla el problema al no comentarlo con personas en la misma situación

que el paciente, resulta más difícil integrar a miembros del entorno del paciente, consume mucho tiempo de consulta de enfermería y exige preparación y entrenamiento por parte de los educadores. (Pérez, Echauri, Ancizu y Chocarro, 2006)

Por otro lado, respecto a la educación grupal, lo ideal sería que ocurriera tras la educación individual, y supone un elemento motivador y reforzador importante para el paciente. Ésta favorece la comunicación interpersonal entre los diferentes miembros, la implicación del entorno, toman una actitud activa frente a su autocuidado, se refuerza el cambio de comportamiento, es más fácil para ellos aceptar los problemas y además los objetivos que se consiguen perduran más en el tiempo. Por el contrario, resulta complicado que el grupo sea homogéneo y coincidir en horarios (tanto los participantes como los profesionales). Además, la accesibilidad a la formación según el nivel de instrucción de los integrantes también puede variar. (Pérez, Echauri, Ancizu y Chocarro, 2006)

Un estudio llevado a cabo por Medina, Gómez, Acosta y González (2017), encontró que la intervención grupal en personas con esquizofrenia puede ser una opción muy eficaz. Su muestra consistía en 15 pacientes y 15 familiares en la que estudiaron la satisfacción global; creencias sobre la importancia de que las habilidades sociales, autoestima, buenos hábitos alimenticios e higiénicos, relación terapéutica son importantes para el manejo de la enfermedad; y beneficio subjetivo de pacientes, familiares y profesionales acerca de la intervención grupal. Hallaron que hubo gran efectividad en la relación terapéutica, y por lo tanto una mejor adherencia terapéutica, habilidades sociales, que se traducen en un mejor funcionamiento social, menos recaídas e ingresos y mayor calidad de vida, y autoestima, que conlleva el mantenimiento de relaciones interpersonales efectivas y una clínica más estabilizada.

Además, la “Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente”, del Ministerio de Sanidad y Consumo, indica que la intervención grupal ofrece un espacio donde pueden expresarse libremente, donde se promueve que los pacientes se hagan cargo de su propio sufrimiento y del de los demás, y donde

se establece un vínculo con el terapeuta que se comparte con el resto del grupo. Añade que en el grupo de personas de esquizofrenia, el abordaje grupal aporta un contexto realista, donde se favorece el autoconocimiento y el conocimiento de los demás, promoviendo las relaciones interpersonales y la capacidad de hacer frente a los síntomas psicóticos y mejorando las habilidades sociales. (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009)

En cuanto a la dimensión social, encontramos que la “Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave”, del Ministerio de Ciencia y Política Social, recomienda que en personas con patología dual (sin especificar qué trastornos) deben tratarse con programas intervención psicosocial y programas de tratamiento de drogodependencias de modo integrado o paralelo, garantizando una continuidad de cuidados y coordinación eficaz entre servicios sociales y sanitarios. (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009)

Por ello, recogiendo estos datos, y remarcando la importancia de intentar evitar el aislamiento del problema por lo que ello puede suponer para el paciente y todo lo positivo que aportan las ventajas de la educación grupal, decido realizar mi intervención en esta modalidad.

8.2. Grupo diana

Como todo taller de educación grupal para la salud, es necesario delimitar un grupo diana al que irá dirigido. En este caso, al haber estado de prácticas en el Centro de Salud Mental y comprobar que no se están realizando ahora mismo ningún taller dedicado a personas con esquizofrenia y consumo de cannabis, decido que mi grupo diana pertenezca al cupo de pacientes que acoge este centro (barrios San Juan, Sarriguren, Mendillorri e Iturrama). Los requisitos a cumplir serán estar diagnosticados de Esquizofrenia y estar consumiendo actualmente cannabis, ya sea de modo esporádico o continuo.

La estrategia de captación de pacientes para este taller se realizará durante 3 meses para poder ofrecérselo a pacientes que tengan inyectables y acudan con esta distancia de tiempo al centro. Se comentará en las reuniones de equipo para que el resto de profesionales también puedan ofrecerlo a quien consideren oportuno. Además, si hay algún paciente que pueda encajar con estas características que no acuda regularmente al centro, se le enviará una carta de invitación para el taller.

8.3. Objetivos

El objetivo principal de esta propuesta de intervención es:

- ✓ Lograr el estado de abstinencia de cannabis en los participantes del taller.

Los objetivos secundarios son:


- ✓ Analizar el cannabis como droga: qué es, qué efectos produce, qué contiene, normativa, mitos y consejos.
- ✓ Explicar la esquizofrenia y su proceso fisiopatológico, para aclarar dudas y eliminar mitos que existen sobre ella.
- ✓ Proporcionar conocimientos al grupo diana sobre los prejuicios, aunque muchas veces desconocidos, que esta droga tiene para su enfermedad.
- ✓ Administrar herramientas de afrontamiento y gestión emocional que puedan favorecer la abstinencia.
- ✓ Proporcionar estrategias de manejo de la ansiedad y estrés, a tenor de controlar el impulso o deseo de consumir cannabis.

8.4. Cronograma

Octubre -- Noviembre – Diciembre de 2019: Captación de pacientes

Enero 2020

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2

 Sesiones del taller. Duración: 60' (11:30 – 12:30)

Febrero 2020

3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

En el plazo de 3 meses se realizará seguimiento telefónico a los participantes del taller para ver si ha cesado el consumo o se ha producido algún cambio en él. Además, al año de finalizar el taller se realizará una **sesión de recuerdo**.

8.5. Lugar

El lugar en el que se llevará a cabo el taller será en las salas destinadas a ello del Centro de Salud Mental de San Juan por ser el centro de referencia de los barrios incluidos.

8.6. Agentes de salud

Los agentes de salud que formarán parte del taller son:

- ✓ Dos enfermeros: serían los organizadores del taller y coordinadores de los demás agentes de salud

- ✓ Un psiquiatra: tiene la base teórica y práctica para exponer el tema en cuestión y responder dudas sobre las consecuencias del consumo de cannabis en el organismo
- ✓ Un psicólogo: encargado de proporcionar herramientas válidas para llevar a cabo un cambio de conducta.

8.7. Recursos materiales

- Pegatinas blancas + bolígrafos
- Ordenador portátil con las presentaciones de Power-point
- Proyector
- Pizarra + rotulador
- Altavoces
- Actividades a realizar impresas
- Cuestionarios de evaluación

8.8. Metodología y contenido de las sesiones

❖ *CONTENIDOS TEÓRICOS*

Los contenidos a impartir en el taller se clasifican por temas principales. Así, primero se hablará del cannabis, después de la esquizofrenia, más tarde de la relación entre ambos encontrada en la revisión bibliográfica, y por último, se dedicarán dos sesiones a ofrecer herramientas de afrontamiento para la vida diaria.

1. CANNABIS: ¿droga blanda?
2. ESQUIZOFRENIA: una gran desconocida
3. ESQUIZOFRENIA Y CANNABIS
4. ¿Qué puedo hacer para ayudarme?
5. Manejar mi ansiedad y estrés día a día

❖ *METODOLOGÍA:*

Al tratarse de una intervención grupal, resulta necesario llevar a cabo una metodología bidireccional en la que exista feedback de los participantes hacia los profesionales y viceversa, es decir, que la comunicación vaya en los dos sentidos, y eliminemos por lo tanto el modelo tradicional de educación para la salud en el que sólo se informaba desde un rol experto sin tener en cuenta la utilidad del taller en los miembros del mismo.

Así, los contenidos del taller irán enfocados a tratar tanto los conocimientos, como las actitudes y habilidades del grupo diana, con el fin de atender de manera holística a las personas participantes. Para ello, se realizarán 5 sesiones ([Tabla 2](#))

Se tomarán en consideración los siguientes métodos y técnicas:

- **Método de investigación:** con el objetivo de que los participantes del taller expresen su situación, experiencias previas, anécdotas, conocimientos, creencias, problemas... Son, por ejemplo, las técnicas de tormenta de ideas, rejilla, Philips 66, cuestionario o fotopalabra.
- **Método expositivo:** consiste en añadir, aclarar, organizar o reorganizar la información relativa al contenido en concreto. Para ello se emplean las técnicas de exposición, lectura o vídeo con discusión o lección participada.
- **Método de análisis:** útil para reflexionar y analizar la información impartida, dedicar tiempo al área emocional e introspección y asumir los conocimientos nuevos. Las técnicas más utilizadas son: un caso práctico, análisis de un texto con determinadas preguntas guiadas al logro del objetivo que se plantee, plantear una discusión o debate, o realizar ejercicios sobre el tema.
- **Método de desarrollo de habilidades:** tras haber trabajado los campos anteriores, es importante desarrollar recursos y habilidades para afrontar los problemas y tomar decisiones de manera adecuada. Algunas técnicas que trabajan esto son la demostración con entrenamiento, rol-playing, ayuda a la toma racional de decisiones o simulación operativa.

	OBJETIVO	CONTENIDO	METODOLOGIA	AGENTE
SESIÓN 1	✓ Analizar el cannabis como droga: qué es, qué efectos produce, qué contiene, normativa, mitos y consejos.	1. CANNABIS: ¿droga blanda?	Técnica de presentación Método de investigación – Cuestionario de frases incompletas Método expositivo – Exposición con discusión	Enfermeros y psiquiatra
SESIÓN 2	✓ Explicar la esquizofrenia y su proceso fisiopatológico, para aclarar dudas y eliminar mitos que existen sobre ella.	2. ESQUIZOFRENIA: una gran desconocida	Método de investigación – Rejilla Método expositivo – Exposición con discusión	Enfermeros y psiquiatra
SESIÓN 3	✓ Concienciar al grupo diana de los prejuicios, aunque muchas veces invisibles, que esta droga tiene para su enfermedad.	3. ESQUIZOFRENIA Y CANNABIS	Método de investigación – Tormenta de ideas Método expositivo – Exposición con discusión Método de análisis – Ejercicios	Enfermeros y psiquiatra
SESIÓN 4	✓ Administrar herramientas de afrontamiento y gestión emocional que puedan ayudar a evitar el consumo	4. ¿Qué puedo hacer para ayudarme?	Método expositivo – Lección participada Método de desarrollo de habilidades – Ayuda a la toma racional de decisiones	Enfermeros y Psicólogo
SESIÓN 5	✓ Aprender estrategias de manejo de la ansiedad y estrés, a tenor de controlar los impulsos o ganas de consumir cannabis.	5. Manejar mi ansiedad y estrés día a día	Método expositivo – Vídeo con discusión Método de desarrollo de habilidades – Demostración con entrenamiento	Enfermeros y Psicólogo

Tabla 2. Resumen de las sesiones. *Fuente: elaboración propia.*

SESIÓN 1:

- Presentación del taller: se explicará el cronograma planteado, los horarios de las sesiones, los contenidos a impartir en ellas y la metodología de manera breve. Duración aproximada: 5'
- Presentación del grupo: cada uno escribe su nombre en una pegatina y nos la colocamos. A continuación, nos presentamos con nuestro nombre, cómo queremos que se nos llame y una actividad de ocio que nos guste realizar. Duración aproximada: 10'
- Cuestionario de frases incompletas (Anexo 1): se repartirá la actividad de manera individual con frases para completar acerca del cannabis de manera anónima. Al finalizar, se pone en común, se realiza un resumen y se devuelve al grupo. Duración aproximada: 15'
- Exposición con discusión: se explicará el power-point sobre el cannabis en el que se incluirán los siguientes contenidos → Qué es, qué contiene, de dónde procede, qué efectos produce, normativa, consejos, mitos. Se contará con la presencia de un psiquiatra. Duración aproximada: 20'
- Se retomará la tormenta de ideas para ver si algunos conceptos que han comentado han cambiado después del power-point. Dudas y sugerencias. Duración aproximada: 10'

SESIÓN 2

- Repaso breve de los contenidos de la sesión anterior y presentación de la sesión 2. Duración aproximada: 10'
- Actividad rejilla (Anexo 2): se divide al grupo grande en grupos pequeños (dependiendo del número de asistentes que haya se harán más grupos o menos). Cada grupo se encarga de rellenar la actividad, consistente en un enunciado y dos o tres apartados. Se recoge y se devuelve al grupo grande un resumen. Duración aproximada: 20'

- Exposición con discusión: se explicará el power-point sobre la fisiopatología de la esquizofrenia, que incluirá: Prevalencia, Definición, Síntomas principales, Tratamiento, Efectos secundarios, Mitos. Se contará con la presencia de un psiquiatra. Duración aproximada: 20'
- Dudas y sugerencias. 10'

SESIÓN 3

- Repaso breve de los contenidos de la sesión anterior y presentación de la sesión 3. Duración aproximada: 10'
- Tormenta de ideas: cada uno dirá una expresión o palabra que considere oportuna sobre el cannabis y su relación con la esquizofrenia. Al finalizar esta actividad, las leeremos en conjunto para sintetizar 2-3 conceptos claves para ellos. Duración aproximada: 15'
- Exposición con discusión: se expondrán de manera resumida y clara los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica sobre la relación que existe entre el consumo de cannabis y la esquizofrenia. Duración aproximada: 15'
- Ejercicios: se repartirán varias oraciones sobre el tema en cuestión para que analicen y reflexionen. Duración aproximada: 10'
- Dudas y sugerencias. Duración aproximada: 5'

SESIÓN 4

- Repaso de la sesión anterior y presentación de la sesión 4. Duración aproximada: 10'
- Lección participada: se expone el tema del que se va a hablar y se pide que cada miembro del grupo aporte lo que conoce o sabe por experiencia personal. Después, se completa la información que ha salido. Duración aproximada: 20'
- Ayuda a la toma racional de decisiones (Anexo 3): descubrir cómo afronta cada uno las dificultades que se les presentan a la hora de consumir cannabis para reforzarlas, y ver en qué situaciones se les presentan estas dificultades para

evitarlas. Para ello, se contará con la asistencia de un profesional de psicología.

Duración aproximada: 20'

- Dudas y sugerencias. Duración aproximada: 10'

SESIÓN 5

- Repaso de la sesión anterior y presentación de la sesión 5. Duración aproximada: 10'
- Vídeo con discusión: sobre la ansiedad y estrés que pueden estar constantemente en nuestra vida, y están incluidas como motivaciones para el consumo según la revisión realizada. Para ello se contará con la ayuda de un profesional de psicología. Duración aproximada: 15'
- Demostración con entrenamiento: relajación de Jacobson. Duración aproximada: 20'
- Dudas y sugerencias. Duración aproximada: 5'
- Realizar cuestionario de evaluación final de las sesiones ([Anexo 4](#)). Duración aproximada: 10'

8.9. Evaluación

En esta propuesta se contempla la metodología cualitativa. Se tendrá en cuenta tanto de qué conocimientos, actitudes y habilidades cuentan al comienzo, como lo comprendido y asimilado al finalizar. Se emplearán entrevistas abiertas al grupo diana antes de comenzar las sesiones para estudiar qué saben ellos sobre el tema a tratar, qué quieren saber y cómo lo viven. Del mismo modo al finalizar todos los talleres, se explorará el nivel de comprensión de los participantes.

- **¿Quién va a evaluar?**

Se realizará una evaluación por parte de los enfermeros docentes encargados de llevar a cabo las sesiones así como por los participantes de cada una de las mismas.

- **¿Qué se va a evaluar?**

- Evaluación de la ESTRUCTURA del Programa

Se evaluarán los recursos empleados, especialmente los técnicos. Para ello valoraremos si el material fue suficiente, funcionó correctamente y si elegimos el más adecuado.

- Evaluación del PROCESO de Desarrollo

Se valorará el cumplimiento de las sesiones, así como las características de comunicación de los docentes (claridad, uso del lenguaje adaptado, puntualidad, capacidad de interacción...)

- Evaluación de los RESULTADOS

Se evaluará si se han cumplido los objetivos, es decir, si los participantes han adquirido conocimientos, actitudes y habilidades, así como el impacto social que ha tenido nuestro programa de educación sanitaria.

- **¿Cómo vamos a evaluar?**

La evaluación se llevará a cabo mediante preguntas breves abiertas al final de cada sesión, un cuestionario al final del programa ([Anexo 4](#)) y una llamada telefónica de seguimiento a los 3 meses. Por su parte, los profesionales completarán también otro cuestionario de evaluación. ([Anexo 5](#))

- **¿Cuándo vamos a evaluar?**

Después de cada sesión se preguntará qué conocimientos y competencias han adquirido durante dicha sesión de forma breve.

Además, al finalizar el programa se pasará un cuestionario para valorar la satisfacción y resultados de los participantes y docentes respecto al mismo.

A los 3 meses de finalizar el taller, se realizará una llamada de seguimiento telefónico para ver si han cesado el consumo y si el taller les ha servido para algo.

Al año de finalizar, se hará una sesión de recuerdo y se pasará de nuevo un cuestionario para ver que conocimientos, actitudes y habilidades tienen en ese momento.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO APA)

- Arias Horcajadas F. (2007). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones*. Vol 19(2), pp. 191-204. Madrid, España. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/316>
- Barrigón Estévez M.L. (2013). Consumo de cannabis y otros factores ambientales en el primer episodio de psicosis. Universidad de Granada. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=58760>
- Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE10-CDI10. Ed. Médica Panamericana. 2000. Pg. 60, 70-71.
- Cotta do Nascimento I., Zocante A., Mendes Braide S., Fernandes Chaves F., de Oliveira Ferreira G. L. y Ferreira Rezende L. (2015). Relação entre cannabis e psicose. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*. Vol 13(1), pp. 186-189. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106755>
- Coulston CM., Perdices M. y Tennant CC. (2007) The neuropsychological correlates of cannabis use in schizophrenia: Lifetime abuse/dependence, frequency of use, and recency of use. *Schizophrenia Research*. Vol. 96. Pg. 169–184. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996407003623>
- Erdozain, A.M., Muguruza, C., Meana, J.J. y Callado, L.F. (2009). ¿Es realmente el consumo de cannabis un factor de riesgo para la esquizofrenia?. *Norte de Salud Mental*. Vol. 8 (34), pp. 23-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830216>
- Esquej Bona, A. (2017). Consumo de cannabis y debut en esquizofrenia en la población de 15-34 años. Universitat de Vic. Disponible en: http://repositori.umanresa.cat/bitstream/handle/1/124/2017-519_Alba_Esquej_Bona_-_Memoria_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- García Fernández, L. y Pérez Gálvez, B. (2011). Asociación entre síndrome esquizofrénico positivo y abuso de sustancias. *Revista española de drogodependencias*. Vol. 36(1), pp. 95-100. Disponible en: http://www.academia.edu/2541428/Asociaci%C3%B3n_entre_el_s%C3%ADndro me_esquizofr%C3%A9nico_positivo_y_los_trastornos_por_abuso_de_sustancias
- García Montes J. M., Zaldívar Basurto F., Moreno Montoya M. y Flores Cubos P. (2013). Relationship between drug use and psychopathological variables of risk in university students. *Psicothema*. Vol. 25(4). pp. 433-439. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24124774>
- Gascón Izcue, M. (2016). Evaluación de la relación entre el consumo de cannabis y el pronóstico de personas con esquizofrenia paranoide. Universidad de la Rioja. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002070.pdf
- Gómez Pérez L., Mané Santacana A., Bergé Baquero D. y Pérez-Solá V. (2014). Reasons and subjective effects of cannabis use among people with psychotic disorders: a systematic review. *Actas Españolas Psiquiatría*. Vol. 42(2), pp. 83-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24715366>
- Guinguis, R., Ruiz, M. I. y Rada, G. (2017). Is cannabidiol an effective treatment for schizophrenia? *Medwave*. Vol. 17 (7), e7010. Doi: 10.5867. Disponible en: <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.07.7010>
- Gutiérrez, B., Rivera, M., Obel, L., McKenney, K., Martínez-Leal, R., Molina, E. y Cervilla, J. (2009). Variabilidad en el gen COMT y modificación del riesgo de esquizofrenia conferido por consumo de cannabis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)*. Vol. 2 (2), pp. 89–94. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S18889891\(09\)72250-5](https://doi.org/10.1016/S18889891(09)72250-5)
- Hernández Fumero, A. (2009). Predisposición al consumo de alcohol y drogas en personas vulnerables a la esquizofrenia. *Revista de Neurología*. Vol. 49(1), pp. 8-12. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2008672>

- Hernández Rodríguez, J. (2014). Revisión sobre la comorbilidad psiquiátrica del consumo de cannabis y la esquizofrenia. Universitat Internacional de Catalunya. Disponible en: https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/229341/J%C3%BAlia_Hern%C3%A1ndez_Rodr%C3%ADguez.pdf?sequence=1
- Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Boletín de Salud Pública. Encuesta navarra de juventud y salud 2013-2014: consumo de alcohol, tabaco y cannabis. 2016. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CA39B09E-9972-4B56-9441-0B65C0D35145/359223/BOL8916.pdf>
- Khokhar J. Y., Dwiel L. L., Henricks A. M., Doucette W.T. y Green A. I. (2017). The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. Schizophrenia Research. Vol. 194, pp. 78–85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28416205>
- Lorenzo P., Madero JM., Leza JC. y Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 2ª Ed. Ed. médica panamericana. 2003.
- Luque Fuentes E. y Rodríguez-Contreras Pelayo R. (2018) Diferencias epidemiológicas entre dos grupos de pacientes con patología dual grave, unos con esquizofrenia y otros con psicopatologías diferentes. Actualidad médica. Vol. 98 (790), pp. 150-153. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4874519&orden=1&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4874519>
- Magalhães Ribeiro Fitas, C. D. (2012). Cannabis e Esquizofrenia. Universidade Do Porto. Disponible en: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/71876/2/29308.pdf>
- Medina Rodríguez A.M., Gómez Pérez M.C., Acosta Artiles F.J. y González Martín J.M. (2017). Efectividad de la terapia grupal en pacientes con esquizofrenia. Vol. 108, pp. 7-11. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/403>

- Ministerio de Ciencia y Política Social (2009). Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (2018). Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017-2018). Estrategia nacional sobre Adicciones 2017-2024.
- Morgan C.J.A. y Curran H.V. (2008). Effects of cannabidiol on schizophrenia-like symptoms in people who use cannabis. The British Journal of Psychiatry. Vol 192 (4). Pg. 306–307. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/effects-of-cannabidiol-on-schizophrenialike-symptoms-in-people-who-use-cannabis/895562C31FA106A611EBBA8F2181ECC7>
- Neyra del Rosario A. (2015). Transición a trastorno mental grave y consumo de sustancias en primeros episodios psicóticos. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154397>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Impreso en Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Datos y cifras. Actualizado el 9 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>

- Pérez Jarauta M.J., Echauri Ozcoidi M., Ancizu Irure E. y Chocarro San Martín J. Gobierno de Navarra. (2006). Manual de Educación para la Salud. Sección de Promoción de la salud. Instituto de salud pública de Navarra. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A7EBFCE1-89F0-4406-81A7-7786919A25F7/260756/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
- Pérez Mesa, I. (2018). Influencia del cannabis en el desarrollo de la esquizofrenia. Universidad de la Laguna. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9157/Influencia%20del%20cannabis%20en%20el%20desarrollo%20de%20la%20esquizofrenia%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Schmidt L. M., Hesse M. y Lykke J. (2011). The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia: A 15-year follow-up study. Dual diagnosis over 15 years. Schizophrenia Research. Vol. 130, pp. 228-233. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592731>
- Servicio Navarro de Salud (2017). Memoria Salud Mental Navarra.
- Sewell, R.A., Skosnik, P.D., Garcia-Sosa, I., Ranganathan, M. y D'Souza, D.C. (2010). Behavioral, cognitive and psychophysiological effects of cannabinoids: relevance to psychosis and schizophrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol 32, pp. 15-32. Disponible en; <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.079851503776&origin=inward&txGid=5fdd017c0bf292c99db054142353aa4f>
- Sugranyes G., Flamarique I., Parellada E., Baeza I., Goti J., Fernandez-Egea E. y Bernardo M. (2009) Cannabis use and age of diagnosis of schizophrenia. European Psychiatry. Vol. 24, pp. 282-286. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19324529>
- Torales J., Ventriglio, A., Vitrano, G., Barrios, I., Medina, A., Ruiz Diaz, C., Gonzalez, I. y Arce, A. (2017). Uso de cannabis y desarrollo de esquizofrenia: ¿cuáles

son los vínculos? Anales. Vol 50 (2). Disponible en:
<http://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/1440>

Whitfield-Gabrieli, S., Fischer, A. S., Henricks, A. M., Khokhar, J. Y., Roth, R. M., Brunette, M. F. y Green, A. I. (2018). Understanding marijuana's effects on functional connectivity of the default mode network in patients with schizophrenia and cooccurring cannabis use disorder: A pilot investigation. *Schizophrenia Research*. Vol. 194, pp. 70–77.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.029>

Zubiaguirre Telleria, I. (2018). Psicosis inducida por cannabis y su evolución a un trastorno del espectro de la esquizofrenia. Universidad Pública de Vitoria. Disponible en:
https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/30863/TFG_Zubiaguirre_Telleria_Re v.pdf?sequence=4&isAllowed=y

10. ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario de frases incompletas sobre el cannabis

Fuente: Manual de Educación para la salud. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública. Adaptación propia desde “Nuestra situación respecto al tabaco” a “Nuestra situación respecto al Cannabis”.

NUESTRA SITUACIÓN RESPECTO AL CANNABIS.

Frases incompletas

Consumir cannabis es para mí...

Consumir cannabis me ayuda a...

Cuando fumo cannabis siento...

Creo que el cannabis...

Pensar en dejar de fumar cannabis me supone...

ANEXO 2. Rejilla sobre cómo les afecta la esquizofrenia

Fuente: Manual de Educación para la salud. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública. Adaptación propia desde “Hablando de la Diabetes” a “Hablando de la esquizofrenia”

REJILLA: HABLANDO DE LA ESQUIZOFRENIA

El diagnóstico de una enfermedad crónica mental como la esquizofrenia siempre crea una cierta ansiedad y nos provoca diferentes reacciones: desorientación, negación, tristeza, incertidumbre...

Si os parece y en la medida que cada cual quiera, vamos a reflexionar y compartir algunos aspectos de nuestra experiencia. Comentad algunas cosas sobre cómo os ha afectado, cómo lo vivís día a día, qué os cuesta más y qué ha cambiado...

En vuestro entorno de amistades

-
-
-
-
-

En vuestra familia

-
-
-
-
-

En vosotros mismos

-
-
-
-
-

ANEXO 3. Ayuda a la toma racional de decisiones.

Fuente: Manual de Educación para la salud. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública. Adaptación propia desde “Los primeros días sin fumar” a “Ayuda a la toma racional de decisiones”

AYUDA A LA TOMA RACIONAL DE DECISIONES

- 1- Vamos a explorar qué situaciones de nuestra vida no nos ayudan a dejar de consumir cannabis, cómo nos enfrentamos a ellas y cómo nos deberíamos enfrentar de manera efectiva.

<i>SITUACIONES QUE FAVORECEN QUE CONSUMA CANNABIS</i>	<i>CÓMO LAS AFRONTO</i>	<i>CÓMO LAS DEBERÍA AFRONTAR</i>

- 2- ¿Qué otras actividades podríamos realizar para evitar estas situaciones?

- 3- ¿Qué dificultades se nos presentarían?

- 4- Piensa algunas alternativas para esas dificultades

ANEXO 4. Cuestionario de evaluación para participantes

Fuente: Manual de Educación para la salud. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

1. Por favor, señala con una X el número que consideres en relación con el trabajo realizado: 1=muy mala / 5=muy buena

<i>OPINIÓN GENERAL</i>	1	2	3	4	5
<i>TEMAS TRABAJADOS</i>	1	2	3	4	5
<i>FORMA DE TRABAJO</i>	1	2	3	4	5
<i>ADECUACIÓN A TUS NECESIDADES</i>	1	2	3	4	5
<i>UTILIDAD PARA TU VIDA</i>	1	2	3	4	5
<i>TU IMPLICACIÓN</i>	1	2	3	4	5
<i>GRADO DE SATISFACCIÓN</i>	1	2	3	4	5

2. Di 3 cosas que te han gustado

3. Di 3 cosas que añadirías o cambiarías

ANEXO 5. Cuestionario de evaluación para profesionales.

Fuente: Manual de Educación para la salud. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA PROFESIONALES

OBJETIVOS Y CONTENIDOS:

PROCESO:

¿Se han realizado las actividades en la forma y tiempo previsto?

¿Las técnicas utilizadas han sido útiles?, ¿eran adecuadas al grupo?, ¿se han presentado y gestionado adecuadamente?

Clima (tipo de comunicación / estilo personal / técnicas de gestión por parte del educador/a)

Participación (nº y tipo)

ESTRUCTURA:

Espacio:

Horario:

Materiales:

OBSERVACIONES: