

Lucía Casanova Cháfer

**EL CONSUM DE CÀNNABIS I EL RISC DE PSICOSIS EN ADOLESCENTS I
ADULTS JOVES: UNA REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Dra. Georgina Casanova Garrigós

Infermeria



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

Facultat d'Infermeria

TORTOSA 2018

Agraïments

A la meva tutora, la Dra. Georgina Casanova per guiar-me i ajudar-me en tot moment en aquest treball.

A la meva mare i el meu germà pel seu suport incondicional durant aquests anys.

A Santi pel seu suport i motivació durant aquest any.

A les meves amigues i companyes de carrera, en les quals he creat uns records meravellosos.

Glossari

OEDA	Observatori Espanyol de les Drogues i les Addiccions
OMS	Organització Mundial de la Salut
THC	Tetrahidrocannabinol
CBD	Cannabidiol
VIH	Virus de Immunodeficiència Humana
EMAR	Estats Mentals d'Alt Risc
MeSH	Medical Subject Headings
AAO	Age At Onset of psychosis
CUD	Cannabis Use Disorder
NCUD	No Cannabis Use Disorder
TRAILS	TRacking Adolescents' Individual Lives' Survey
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
FEP	First- Episode Psychosis
CSM	Centres de Salut Mental
CAP	Centre d'Atenció Primària

ÍNDEX

1.	Justificació.....	5
2.	Marc conceptual	6
2.1.	El cànnabis	6
2.2.	La psicosis.....	8
2.2.1.	La psicosis incipient.....	11
2.3.	La importància de la prevenció del consum de substàncies.....	13
2.4.	El rol de la infermera en l'abordatge de persones amb una malaltia mental i consum de substàncies	14
3.	Objectius	17
4.	Material i mètode.....	17
5.	Resultats	18
6.	Discussió	28
7.	Conclusions.....	32
8.	Limitacions de l'estudi	33
9.	Propostes de millora.....	33
10.	Bibliografia	34

Índex de Taules

Taula 114

Taula 218

Taula 321

Taula 423

Taula 524

Taula 626

Índex de Figures

Figura 112

Figura 219

Resum

El cànnabis és una droga àmpliament consumida tant en adolescents com en adults i els seus efectes sobre la salut mental segueixen generant controvèrsia dins de l'àmbit científic tot i haver estat estudiats durant molts anys.

Objectiu. Analitzar l'evidència científica al respecte del consum de cànnabis i la seva relació amb l'aparició de psicosis en adolescents i adults joves.

Material i mètode. Es va realitzar una revisió bibliogràfica, a través d'una recerca estructurada en diverses bases, portals de salut i buscadors, des de desembre del 2017 a febrer del 2018.

Resultats. S'han analitzat un total de 13 articles sobre la relació entre el consum de cànnabis i l'aparició de psicosis en adolescents i adults joves. A partir d'aquests, s'ha trobat evidència de que el consum habitual de cànnabis en l'adolescència avança l'edat del primer brot psicòtic i a més, augmenta la vulnerabilitat de sofrir psicosis i els símptomes negatius, afectius, depressius i l'ansietat.

Discussió i conclusions. La investigació realitzada durant els últims anys proporciona evidències sobre els efectes perjudicials del consum habitual de cànnabis i sobre l'aparició i evolució de la psicosis, a més de suposar un incentiu imprescindible per fomentar programes de prevenció entre joves i adolescents.

Paraules clau: psicosis, cànnabis, THC, esquizofrènia, adolescents, adults joves.

Abstract

Cannabis use is widely spread among teenagers and its effects on mental health keep providing reasons for debate within the scientific community, even though it has been studied for many years.

Objective. To analyse the recent scientific evidence with respect to the cannabis use and its relation with the first episode of psychosis in teenagers and young adults.

Method. Bibliography review through a structured search in several databases, health websites and other search websites, from December 2017 to February 2018.

Results. 13 articles have been analysed in total. From these, it has been found evidence that frequent cannabis use speeds the onset of the first episode of psychosis and, in addition, it increases vulnerability towards psychosis and the negative, affective, depressive and anxiety symptoms.

Discussion and conclusions. the conducted research during the last years gives evidences about the prejudicial effects of frequent cannabis use in the onset and evolution of psychosis and it provides further support to promote prevention programmes among teenagers and young people.

Key words: psychosis, cannabis, THC, schizophrenia, teenagers and young adults.

1. Justificació

Actualment segons l'Observatori Espanyol de les Drogues i les Addiccions (OEDA) el cànnabis és la substància psicoactiva il·legal més consumida a Espanya i ocupa el segon lloc d'ingressos a urgències hospitalàries (40%) després de la cocaïna. El 31,5% de persones de 15 a 64 anys han provat el cànnabis alguna vegada en la seva vida i un 20% l'han consumit en el darrer any. Dintre d'aquest grup, la població que consumeix més cànnabis està compresa entre els 15 i 34 anys, amb una mitjana d'edat del primer consum de 18,3 anys.

Cal destacar que hi ha una diferència entre els sexes, ja que aquesta droga és consumida més per homes que per dones. Entre el grup de 15 a 24 anys, 1 de cada 4 nois afirma haver consumit en l'últim any (25,4%) en comparació a l'1 de cada 9 noies (14,2%). El número de “porros” consumits per homes joves és de 2,6 al dia i 2,1 en dones. A més a més, 1 de cada 10 consumidors de més de 2 “porros” diaris afirmen haver tingut problemes psicològics o psiquiàtrics alguna vegada (1).

Cal afegir que segons el Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya, al voltant dels 21 anys, més de la meitat dels joves han pogut experimentar un o diversos símptomes psicòtics. A més, l'esquizofrènia i les diferents formes de la psicosis són una de les principals causes de discapacitat a nivell mundial (2).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) referencia que més de 21 milions de persones al món sofreixen esquizofrènia afectant més a homes (12 milions) que a dones (9 milions) (3).

Considerem que gran part de la població no és conscient de la repercussió que té per a la seva salut mental el consum de cànnabis i per això, veiem important revisar les últimes evidències científiques al respecte. Concretament, esbrinar quin és l'efecte d'aquesta substància sobre el cervell dels adolescents i adults joves i la seva relació amb l'aparició de la psicosis en aquest grup de població.

Pensem que els resultats obtinguts poden ser interessants per a la ciència infermera ja que ens poden servir de guia per emprendre programes de prevenció tant del consum de substàncies tòxiques com també de la malaltia mental.

2. Marc conceptual

2.1. El cànnabis

El cànnabis és una planta d'origen indoeuropeu que es cultiva des de l'antiguitat. És un arbust verd de fulles perennes que s'ha usat durant milers d'anys pel seu contingut en fibres vegetals que són fàcilment filades i treballades per al seu ús en tèxtils o pasta de paper, entre d'altres. La planta és dioica i, per tant, hi ha exemplars mascles y femelles. Són els exemplars femella els que produeixen els anomenats "cogolls" (inflorescència tipus cim) rics en olis essencials i resinosos (4).

Hi ha evidències de que cap a la meitat segle XIX ja s'utilitzava el cànnabis al món occidental per a tractar malalties com el tètanus o altres malalties convulsives. Tot i això, degut a l'increment d'inquietuds pel contingut en substàncies tòxiques dels productes derivats del cànnabis, en especial el tetrahidrocannabinol (THC), el cànnabis està classificat com a substància prohibida per les Convencions Mundials de les Nacions Unides de 1961, 1971 i 1998 ja que pot causar dependència i està relacionada amb malalties mentals greus. L'estat Espanyol, ha subscrit i ratificat les Convencions Mundials citades anteriorment, essent penats com a delicte el tràfic il·legal del cànnabis y dels seus derivats, incloent el cultiu il·lícit, tot i que el consum privat no està penat (4,5).

Actualment el cànnabis s'utilitza per a fins recreatius, religiosos o medicinals. El més comú es consumir-lo en cigarrets, mesclat amb tabac o directament sols marihuana, tot i que també pot ser ingerit o inhalat.

A Espanya, el cànnabis representa la droga més consumida entre la població, especialment entre els adolescents. La edat mitjana d'inici del consum es troba entre els 14,6 anys i és similar en ambdós sexes, encara que el consum és més freqüent en homes que en dones segons les dades del OEDA (4).

El principal component psicotròpic del cànnabis és el THC, el qual s'associa a alteracions mentals. El THC estimula certes cèl·lules receptores provocant efectes com alteració dels sentits, canvis d'estat d'ànim, dificultat de moviments corporals, problemes respiratoris, pèrdues de la capacitat cognitiva, paranoies, al·lucinacions i també pot tenir repercussions per al fetus en dones embarassades.

El temps que triga el THC en fer efecte depèn en gran mesura de la forma en que s'ha consumit. Quan una persona fuma marihuana, el THC passa directament al corrent sanguini i aquest el distribueix ràpidament al cervell i la resta d'òrgans. Si la marihuana

és ingerida a través del menjar, el ritme d'absorció a la sang és molt més lent, trigant entre 30 i 60 minuts des de la ingesta.

Un cop arriba al cervell, el THC sobreestimula les regions del cervell més riques en cèl·lules receptores generant una sensació d'eufòria, comunament coneguda com a "*colocón*", a més de provocar altres símptomes com els anteriorment descrits (4,5).

El segon component més important del cànnabis és el Cannabidiol (CBD), el qual no té les propietats psicotròpiques del THC ja que té una baixa afinitat per les cèl·lules receptores del cervell. A més a més, té propietats antioxidants i antiinflamatòries que fan que es pugui usar per a pal·liar el dolor i els símptomes de diversos desordres neurològics com pot ser l'epilèpsia (5).

El sistema endocannabinoid està format per una sèrie de receptors cannabinoides, els principals dels quals són els anomenats CB1 i CB2. El receptor CB1 es troba al llarg del sistema nerviós central i en menor quantitat al sistema nerviós perifèric mentre que el receptor CB2 es localitza principalment en les cèl·lules del sistema immunològic. Aquests receptors s'ubiquen a la membrana d'algunes cèl·lules actuant com a sistema de transducció. Es creu que el sistema endocannabinoid pot influir en una sèrie de funcions fisiològiques entre les quals destaquen l'aprenentatge, la memòria, les emocions, el dolor o la conducta motriu, entre d'altres.

Alguns compostos endocannabinoids, com el THC s'uneixen a aquests receptors actuant com a reguladors presinàptics de neurotransmissors i regulant l'excitabilitat postsinàptica, la qual cosa pot limitar la plasticitat neuronal necessària per afrontar situacions vinculades a experiències traumàtiques i agudes, contribuint a l'aparició de simptomatologies psiquiàtriques. A més, en neurones dopaminèrgiques, activen els receptors CB1 per bloquejar temporalment l'alliberació de neurotransmissors, fet que potencia la desorganització comportamental, la qual ha estat proposta com un mecanisme que augmenta el risc de sofrir símptomes psicòtics aguts. (4,6).

D'aquesta manera, el consum habitual de cànnabis a llarg termini influeix en el desenvolupament del cervell. Un consum perllongat des de l'adolescència pot induir a una reducció de la capacitat de raonament, de memòria i d'aprenentatge, ja que pot afectar a les connexions entre les regions del cervell que s'encarreguen d'aquestes funcions. A més, també està associat amb símptomes com al·lucinacions, paranoia i la intensificació dels símptomes en pacients amb esquizofrènia (7,8).

2.2. La psicosis

La psicosis és una sèrie de símptomes caracteritzats per l'alteració del pensament i de la percepció de la realitat durant un període de temps, a més a més d'una alteració de les emocions (apatia, incoherències d'expressions facials i llenguatge corporal), conducta i llenguatge. Aquests solen anar acompanyats d'al·lucinacions (escoltar veus o veure coses inexistents), i/o deliris (idees persistents irrealment que la persona està convençuda de que es troben dins de la realitat). Aquesta irrealitat els genera angoixa, nerviosisme i malestar, provocant que estiguin alerta amb tot el seu voltant, arribant a l'aïllament tant emocional com social. També, hi ha una conducta desorganitzada, excitació, agitació i activitat que pot ser tan excessiva com nul·la (9,10).

Les causes que poden provocar un brot psicòtic són diverses. Els principals factors que poden desencadenar en una psicosis són l'alcohol, la marihuana i altres drogues il·lícites durant el consum i/o durant l'abstinència; malalties cerebrals com parkinson o demència, algun tipus d'epilèpsia, virus de immunodeficiència humana (VIH), tumors o quists cerebrals, accidents cerebrovasculars o alguns fàrmacs com esteroides i estimulants, tot i que també hi ha una predisposició genètica, ja que l'herència es considera un factor de risc d'alguns trastorns mentals. A més a més, els símptomes es poden trobar majoritàriament en persones amb esquizofrènia, algunes amb trastorn bipolar, depressió greu o trastorn de la personalitat (10–12).

Els símptomes de la psicosis són únics per a cada persona, depenent de les circumstàncies particulars de qui ho desenvolupa. Hi ha quatre símptomes principals que són associats a un trastorn psicòtic anomenats símptomes positius. Aquests són:

- **Al·lucinacions:** és una alteració de la percepció. Pot afectar a tots els sentits però majoritàriament els pacients escolten veus, veuen formes o persones, oloren i noten presències que no existeixen.
- **Deliris:** és una alteració del pensament. Són creences falses basades en la temor o sospita d'algun fet o cosa que no és real. Solen ser idees fixes, no negociables i que cap altra persona pot comprendre. Els deliris es divideixen en dos tipus. Per una banda els deliris paranoides que es basen en la desconfiança excessiva de persones o organitzacions, afirmant que conspiren en contra d'ell/a mateixa. I per altra banda, els deliris de grandesa que són les creences de que es té una autoritat o un poder especial diferent als altres.

- **Pensaments confusos:** és una desorganització del pensament que provoca que el malalt quan parla, ho faci de forma ràpida i sense parar, que hi hagi canvis de tema de cop i volta i sense cap relació o pèrdues sobtades del pensament, fent pauses entre la conversa i dificultant la capacitat de comunicació de la persona que sofreix la patologia.
- **Alteracions del comportament:** són les conductes estranyes que adquireix la persona, normalment afectades per les al·lucinacions i els deliris.

També estan els símptomes negatius que es manifesten com una carència, abans inexistent, que afecta al món social i emocional de la persona. Dins d'aquest grup es troben:

- **L'associabilitat:** és la falta d'interès per a relacionar-se amb altres persones, disminuint així el contacte amb la família, amics, lloc de treball, entre altres, i provocant un risc d'aïllament social.
- **Anhedònia:** és la disminució de l'activitat, aficions o interessos d'una persona per una falta d'estímuls habitualment plaents.
- **Abolició:** és una falta de voluntat per a realitzar activitats i la seva continuïtat, arribant fins i tot, a descuidar la pròpia persona.
- **Aplanament afectiu:** és la indiferència d'establir o mantenir les relacions afectives amb el seu entorn.
- **Alògia:** és l'absència o la disminució del llenguatge espontani, fent converses pobres de contingut i disminució del temps de la parla.

A més a més, recentment també s'ha investigat sobre els anomenats símptomes cognitius i els afectius. Els primers, es caracteritzen per una pèrdua de la capacitat d'atenció, pèrdues de memòria, especialment de memòria episòdica, pèrdua de funcions executives que dificulten considerablement el dia a dia del malalt. Els símptomes afectius consisteixen en estats d'ànim depressius i ansietat, i poden influir a tenir pensaments suïcides.

La psicosis és un conjunt de símptomes i no una malaltia per sí mateixa, tot i què sol estar relacionada amb alguna. La psicosis afecta de forma diferent a cada persona i en un primer diagnòstic no sempre s'associa a una malaltia mental específica. Cal tenir en compte els diferents tipus de psicosis:

- **Esquizofrènia:** és una alteració constant durant mínim 6 mesos que inclou símptomes actius com deliris, al·lucinacions o llenguatge desorganitzat, i símptomes negatius, entre altres, durant almenys un mes. Dins d'aquesta malaltia també estan els subtipus que són la paranoide, la desorganitzada, la catatònica, la indiferenciada i la residual.
- **Trastorn esquizoafectiu:** és quan apareix un episodi maníac o major (període persistent en el qual hi ha un estat d'ànim elevat, eufòria, on és menys freqüent el depressiu) i els símptomes de la fase activa de la esquizofrènia alterant l'estat d'ànim. Com a subtipus està el tipus bipolar i el tipus depressiu.
- **Trastorn delirant:** és quan el pacient sofreix d'una o més idees delirants durant al menys un mes sense que siguin estranyes i sense cap altre tipus de símptoma per a poder diferenciar-ho de l'esquizofrènia. Com a subtipus està l'erotomaníac (té la creença que una altra persona està enamorada d'ella), el celotípic (creu tenir proves de que la parella o amant li és infidel), el de grandesa (narcisista, egoista, amb creences de què té un poder i uns privilegis diferents de la resta de la població), el persecutori (creu que l'estan perseguint, enganyant, espiant o ridiculitzant), el somàtic (creu que té algun defecte físic o malaltia que li podria provocar la mort), el mixt (consisteix en més d'un deliri sense que en predomini cap), el de control (els seus actes, pensaments, sentiments són imposats per una persona o una força desconeguda) i el no específic (els quals són deliris que no encaixen en les altres categories).
- **Trastorn psicòtic breu:** és una alteració de la realitat que dura més d'un dia però desapareix abans d'un mes sofrint al menys un símptoma positiu.
- **Trastorn psicòtic compartit:** és l'alteració que apareix quan la persona està influenciada per una altra persona en el context d'una relació estreta amb aquesta que està tenint una idea delirant similar i la comparteix en part o en la seva totalitat.
- **Trastorn psicòtic degut a una malaltia mèdica:** és el conjunt de símptomes com deliris i al·lucinacions com a conseqüència directa de la malaltia.
- **Trastorn psicòtic induït per substàncies:** és el conjunt de símptomes degut directament a una droga, medicació o exposició a un tòxic.
- **Trastorn psicòtic no especificat:** s'inclouen les psicosis que no compleixen els criteris de cap tipus de trastorn específic o en la qual hi ha informació contradictòria (10,12,13).

Per al seu tractament, es realitza psicoteràpia per a que la persona sigui capaç de distingir si el que veu o escolta és real o imaginari, de manera que aprengui a conviure amb la psicosis. També es recepta medicació antipsicòtica i es posa especial èmfasi en l'adherència al tractament, per tal d'aconseguir que el pacient es prengui la dosi adequada, a l'horari indicat, tingui la informació dels efectes secundaris i vagi a les revisions necessàries. Per últim, es troba la teràpia familiar, que consisteix en reunions durant un període de temps mínim de 3 mesos en les quals es parla de la psicosis, com afecta al pacient, com podria millorar, el seu tractament i com resoldre problemes bàsics (10,13,14).

2.2.1. La psicosis incipient

La psicosis precoç o psicosis incipient representa les fases inicials de la psicosis que comprèn des de que els individus experimenten els primers símptomes psicòtics aïllats i no suficientment intensos per considerar-se psicosis, fins al diagnòstic específic del primer episodi psicòtic. En aquesta etapa resulta primordial evitar o minimitzar el risc de transició cap a una psicosis més severa. El procés de transició fins al primer episodi psicòtic consta de les següents fases:

- **Fase 0 o premòrbida:** sense aparició de símptomes, però és possible començar a identificar els individus amb risc de sofrir una psicosis més severa a partir d'antecedents familiars. En aquesta fase és important promocionar l'educació en l'àmbit familiar i la prevenció del consum de drogues en els individus identificats com a d'alt risc.
- **Fase 1 o símptomes prodròmics:** es caracteritza per l'aparició de símptomes lleugers o intermitents, incloent pèrdues funcionals i cognitives, però que encara no poden considerar-se símptomes psicòtics. En aquesta fase és possible identificar a individus amb estats mentals d'alt risc (EMAR). El Pla Director de Salut Mental i Addiccions considera individus amb EMAR aquells que compleixen un dels següents criteris:
 1. Individus que presenten símptomes positius que no són suficientment intensos o persistents com per complir els criteris de primer episodi psicòtic o trastorn psicòtic breu.
 2. Individus amb historial familiar de trastorn psicòtic en familiars de primer grau o que presenten un trastorn esquizotípic i un empitjorament funcional durant l'últim any.

3. Individus que presenten símptomes psicòtics breus o limitats amb una duració inferior a una setmana i que han remès espontàniament.
- **Fase 2 o símptomes psicòtics:** és el primer episodi psicòtic amb símptomes afectius o no afectius però sí severos com poden ser al·lucinacions o deliris a més a més, de dèficits funcionals severos i/o crònics.
 - **Fase 3 o primer tractament:** durant la fase aguda del primer brot, l'objectiu del tractament consisteix en resoldre els símptomes que presenta el pacient, estabilitzar-lo i començar la recuperació psicològica i funcional. A continuació, cal ajudar al pacient a entendre el trastorn que ha sofert i a desenvolupar hàbits i costums per millorar. Per això, és necessari establir una bona relació terapèutica amb el pacient i transmetre-li confiança, esperança i ajudant-lo a tenir un millor control sobre la malaltia.
 - **Fase 4 o recuperació i símptomes residuals:** els següents 5 anys després del primer brot esdevenen un període crític en el qual el pacient és més vulnerable i les recaigudes són freqüents (s'estima que entre un 72 i un 80% dels pacients amb un primer episodi psicòtic pateixen almenys una recaiguda durant els següents 5 anys). El tractament, tant psicològic com psicosocial, durant aquest període crític ha d'estar centrat en minimitzar els símptomes positius, negatius i afectius, promovent la recuperació i una actitud positiva (2,15–17).

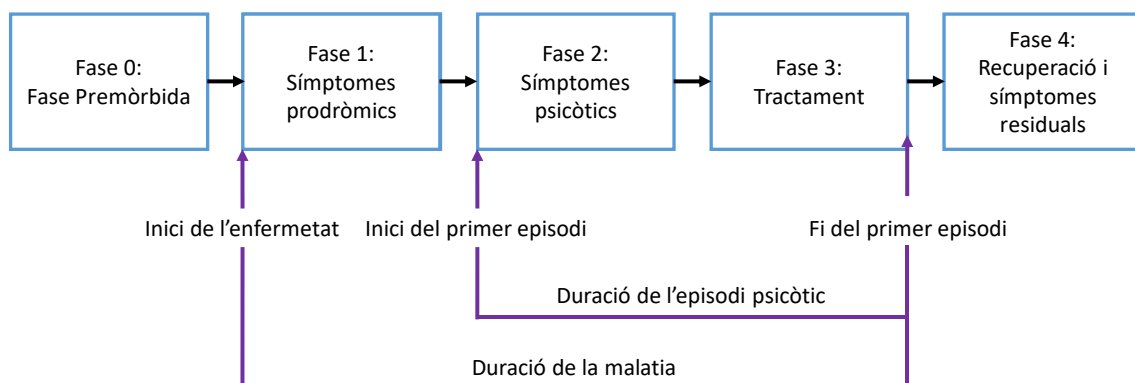


Figura 1. Esquema del procés de transició cap al primer episodi psicòtic (18).

2.3. La importància de la prevenció del consum de substàncies

Segons la OMS la prevenció es defineix com “les mesures destinades no solament a prevenir l’aparició de la malaltia, tals com la reducció de factors de risc, sinó també a parar l’avanç i disminuir les conseqüències una vegada establertes” (19).

Des de les administracions públiques hi ha multitud de programes amb informació i pautes sobre estils de vida saludables, que expliquen els símptomes a llarg termini, les conseqüències de l’abús de substàncies tòxiques i la dependència a aquestes. Un paper important de la infermeria és fomentar la prevenció del consum de drogues, entre elles el cànnabis, especialment abans del primer consum per evitar addiccions, tenint en compte el grup destinatari del programa.

En la prevenció hi trobem tres tipus: prevenció primària o universal, prevenció secundària o selectiva i prevenció terciària o indicada. La prevenció primària està orientada a tota la població sense cap tipus de distinció i es basa en informació i conseqüències sobre la malaltia per tal de disminuir-ne la incidència. La prevenció secundària està orientada a un subgrup de la població amb major risc per tal de descobrir un diagnòstic precoç d’alguna malaltia incipient. Per últim, la prevenció terciària s’indica per a aquella població d’alt risc, és a dir, amb una malaltia existent, i està orientada cap a la reducció del consum de la/les substàncies, motivació per al canvi i millorar el seu estat de salut i reduir la malesa relacionada amb el consum (19–21).

En qualsevol programa de prevenció cal tenir en compte els factors de risc i de protecció. Els primers fan referència a una característica interna o externa de la persona, l’existència de la qual augmenta la probabilitat o predisposició del problema, situant a l’individu en una situació de vulnerabilitat. Per contra, l’existència de factors de protecció redueix la probabilitat de sofrir el problema. Segons la OMS alguns dels principals factors de protecció i de risc són:

Taula 1. Factors de protecció i risc per al consum de drogues i la salut mental (22,23).

Factors de protecció	Factors de risc
Suport social	Aïllament social
Autoestima i autocontrol	Facilitat d'accés a drogues
Relacions interpersonals positives	Rebuig
Coneixements i educació	Falta d'educació
Responsabilitat social i tolerància	Violència, delinqüència i guerres
Integració de minories i ètnies	Discriminacions ètniques
Estabilitat personal	Pobresa
	Estrès

2.4. El rol de la infermera en l'abordatge de persones amb una malaltia mental i consum de substàncies

Una correcta relació infermera – pacient és una part molt important per al bon tractament de qualsevol malaltia i resulta especialment crítica en el cas de les malalties mentals ja que és la base en la qual es fonamenta el tractament. Per tal d'establir una bona relació terapèutica, la infermera ha d'utilitzar les seves habilitats interpersonals a l'hora de centrar la conversa i conseqüentment la relació, solament en les necessitats del pacient. Cal també, que la infermera sigui conscient en tot moment de que el principal objectiu és la millora del pacient i que estableixi els límits necessaris per a tal de veure les necessitats del pacient de forma objectiva.

Per construir una bona relació terapèutica, la infermera ha de desenvolupar una sèrie de factors amb el pacient:

- **Confiança:** qualsevol relació necessita confiança mútua. Quan es treballa en pacients amb malalties mentals, és probable que aquests tinguin dificultats per expressar-se o no siguin receptius des d'un principi. La infermera ha de mostrar-

se simple, clara i coherent, expressant-se amb la major simplicitat possible de manera que transmeti confiança i seguretat al pacient.

- **Empatia:** l'habilitat de la infermera de posar-se dins de la pell del pacient i entendre els seus sentiments ja que resulta de vital importància per establir una unió que serveixi de base de la relació terapèutica.
- **Acceptació:** consisteix en acceptar el pacient i la seva malaltia, sense realitzar jutjaments personals.
- **Conèixer-se a si mateix:** quan la infermera és conscient dels seus valors i creences i és capaç d'adaptar-los a les necessitats de cada pacient, pot utilitzar-los per millorar la relació terapèutica i promoure valors positius en el pacient (24).

La infermera ha de parlar de manera clara, directa i entenedora, a més de tenir cura de la comunicació no verbal. També és important escoltar activament, intentant entendre tot el que el pacient vol expressar i demanant aclariments si és necessari. Aconseguir crear aquests vincles requereix passar temps amb els pacients i la infermera ha de saber ser pacient.

Entendre un trastorn o una malaltia no sempre és senzill i en el cas dels malalts mentals resulta especialment important ja que les necessitats que tenen són variades i complexes i la pròpia malaltia pot alterar la percepció sobre el trastorn. Ajudar al pacient a entendre i acceptar la malaltia a través del suport i formació és una de les tasques essencials per a la infermera. Aquesta pot aportar informació sobre la malaltia, explicar factors de risc, ajudar a controlar les situacions d'estrès o ensenyar a identificar els símptomes inicials d'una possible recaiguda i desenvolupar un pla de contenció dels mateixos.

L'adherència al tractament és vital per a una recuperació favorable de les persones amb una malaltia mental. Els pacients que segueixen el tractament prescrit poden viure una vida adaptada amb alguna recaiguda puntual. Per contra, aquells que no segueixen el tractament presenten major recurrència de símptomes psicòtics i hospitalitzacions. Les raons per les quals un pacient no segueix el tractament poden ser molt variades, des de no poder recordar quins medicaments i quan se'ls ha de prendre, fins a efectes secundaris negatius o la creença de que no necessita el tractament. La infermera ha d'emfatitzar la importància del tractament al pacient i sigui quin sigui el motiu pel qual el

pacient no el segueix, la infermera ha de ser capaç d'identificar-lo per tal d'ajudar al pacient a reprendre'l.

Els individus amb malalties mentals sovint presenten poca motivació envers la seva pròpia higiene i alimentació. La infermera pot dirigir el pacient cap a una correcta higiene a través de rutines per a que el pacient esdevingui paulatinament més independent. Pel que fa a l'alimentació, és molt important que el pacient no sofreixi dèficits de nutrients o fluids. La infermera ha d'avaluar si el pacient té algun dèficit i si necessita ajuda. D'aquesta manera, la infermera pot donar suport al pacient orientat a millorar gradualment el seu estat i a que el pacient es pugui valdre per sí mateix com més aviat millor.

Els malalts mentals amb un trastorn de consum de substàncies sovint desconeixen les conseqüències derivades del consum i creuen que tenen el control sobre la substància i que poden deixar-la quan vulguin. Conseqüentment, tenen una visió distorsionada de quines són les necessitats bàsiques humanes i no practiquen hàbits de vida saludables. Els programes de tractament de drogodependència tenen dos objectius: promocionar l'abstinència o reduir els danys o el consum en aquells individus que no són capaços de deixar-ho completament. En cada cas un equip de professionals interdisciplinari avalua aspectes com el deteriorament del pacient, la motivació al tractament, el tipus de substàncies i la quantitat que se'n consumeix. D'aquesta manera es poden planificar activitats específiques per a cada pacient però sempre emfatitzant un millor coneixement sobre les substàncies i els símptomes que podrien patir en cas de continuar consumint, a més de millorar la capacitat del pacient a afrontar situacions crítiques o de frustració. Així, es pot ajudar al pacient a prendre decisions responsables i saludables i a identificar estratègies per reduir l'estrès en lloc de recórrer al consum de la droga. Finalment, cal destacar i alabar els èxits aconseguits pel pacient per reforçar la motivació envers el tractament i evitar recaigudes. (24,25)

3. Objectius

Objectiu general

- Analitzar l'evidència científica al respecte del consum de cànnabis i la seva relació en l'aparició de psicosis en adolescents i adults joves.

Objectius específics

- Identificar si el consum de cànnabis afavoreix la manifestació precoç del primer brot psicòtic.
- Esbrinar si el consum de cànnabis augmenta la vulnerabilitat a patir una psicosis.

4. Material i mètode

Disseny: per a dur a terme aquest treball es va realitzar un revisió bibliogràfica de documents de societats científiques, així com revisions bibliogràfiques i estudis científics. La cerca es va realitzar des del mes de desembre de 2017 fins a febrer de 2018.

Pregunta d'investigació: la pregunta d'investigació que ha orientat la recerca ha estat: segons l'evidència científica, hi ha relació entre el consum de cànnabis i l'aparició de la psicosis entre els adolescents i els joves?

Estratègia de cerca: la recerca es va realitzar consultant diferents bases de dades, portals i buscadors, amb els següents recursos:

1. Bases de dades: Pubmed, Scielo, Cuiden, Scopus
2. Buscadors: Google i Google Academic
3. Portals de salut: Dialnet, OMS, OEDA

Per completar la cerca es van utilitzar paraules específiques mitjançant llenguatges controlats tipus MeSH (Medical Subject Headings). Les paraules clau (termes MeSH) utilitzades van ser: psicosis, cànnabis, THC, esquizofrènia, adolescents i joves adults en castellà i anglès. Per a unir aquets termes es va utilitzar l'operador booleà AND.

Els algoritmes de cerca implicats van ser:

- Cannabis and psychosis
- Cannabis and psychosis and teenagers
- Cannabis and psychosis and young adults
- Cannabis and schizophrenia

Al Google Academic es va haver de fer una cerca avançada especificant que les paraules clau “cannabis and psychosis” només apareguessin al títol de l'article ja que si fèiem la cerca com als altres buscadors, ens sortien 54.600 resultats.

Criteris d'inclusió: articles en text complet, publicats dintre dels últims 10 anys i centrats en la població de l'estudi (adolescents i adults joves), idioma castellà, català o anglès.

Criteris d'exclusió: articles que no estaven disponibles en text complet i publicats fa més de 10 anys.

5. Resultats

Mitjançant la primera recerca es van obtenir un total de 2010 articles, distribuïts de la següent manera: 623 a PubMed, 665 a Google Academic, 8 a Scielo, 1 a Cuiden, 685 a Scopus i 28 a Dialnet.

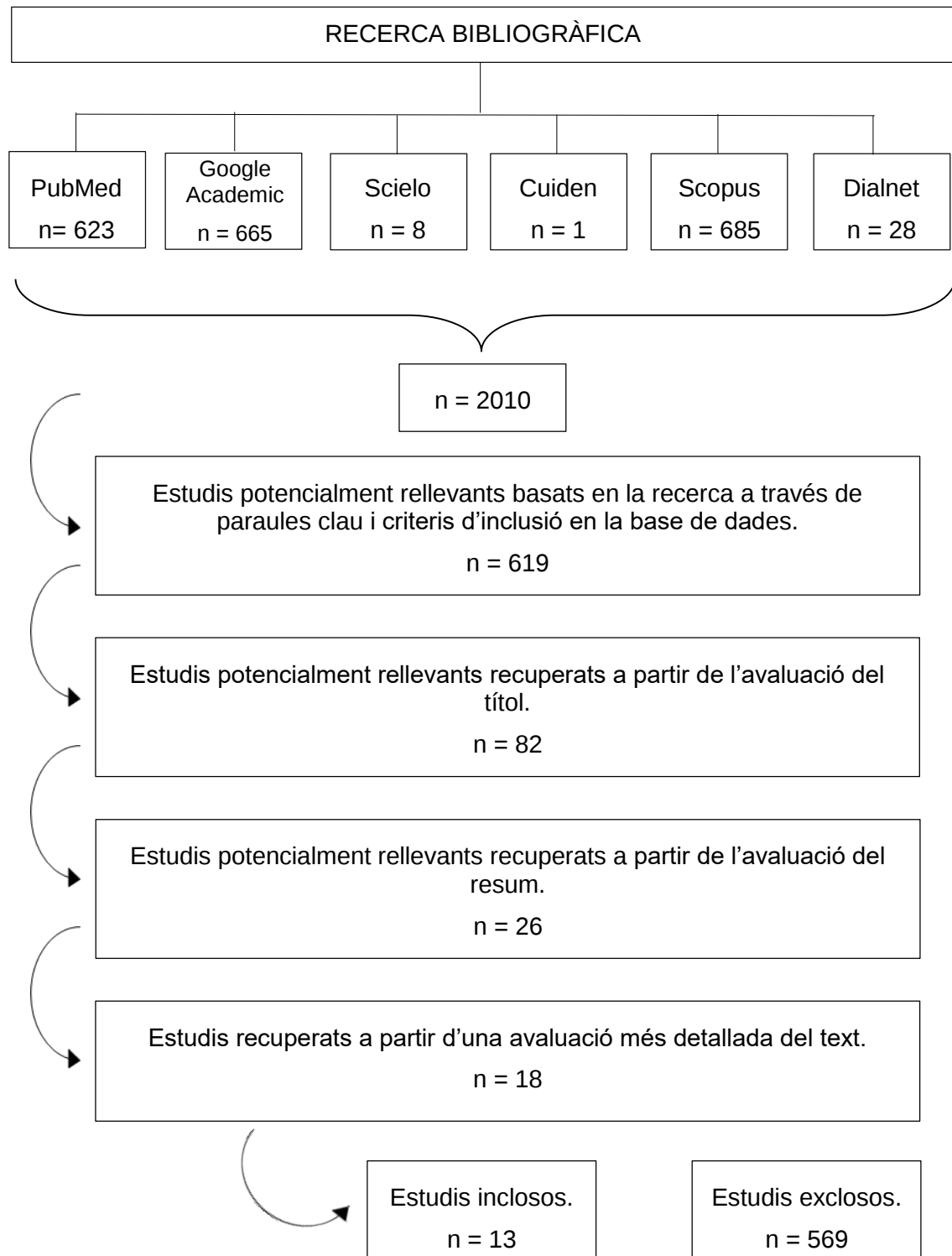
A continuació es va realitzar una cerca mitjançant les paraules claus i aplicant els criteris d'inclusió i exclusió en els diferents recursos, obtenint un total de 619 articles.

Després d'una lectura més detallada mitjançant el títol i el resum, el nombre d'articles es va quedar en 26, dels quals al dur a terme una lectura crítica del text complet es van reduir a 18 i finalment es van descartar 5 articles ja que exposaven una discussió que estava fora de l'abast d'aquest treball. Així doncs, el nombre final d'articles escollits és de 13 articles (Figura 2), els quals estan dividits en quatre temàtiques més específiques (Taula 2).

Taula 2. Classificació de les temàtiques específiques.

Estudis sobre la relació entre el consum de cànnabis i l'edat del primer brot psicòtic	4
Estudis sobre la relació entre el cànnabis i la vulnerabilitat	2
Estudis generals sobre els efectes psiquiàtrics del cànnabis en adolescents	3
Estudis sobre la relació entre el cànnabis i l'augment de símptomes	4

Figura 2. Esquema – procés de la recerca bibliogràfica.



Des de la Taula 3 fins a la Taula 6 es mostra l'anàlisi dels diferents articles, cada taula representa una temàtica amb les dades principals, tipus d'estudi, mostra, seguiment i els principals resultats que arriben els autors.

Taula 3. Estudis sobre la relació entre el consum de cànnabis i l'edat del primer brot.

LA RELACIÓ ENTRE EL CONSUM DE CÀNNABIS I L'EDAT DEL PRIMER BROT					
Títol, autor/s, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n)	Seguiment	Principals resultats
Cannabis use disorder and age at onset of psychosis — A study in first-episode patients Schimmelmann BG, et al. 2011. Suïssa (26).	Valorar si l'edat d'inici de la psicosis (AAO) pot ser abans en pacients amb trastorn de consum de cànnabis (CUD) en comparació amb aquells sense CUD (NCUD).	Estudi cas - control	n= 358 pacients ingressats per haver tingut un primer episodi de psicosis entre 14 i 29 anys els quals: CUD n= 201 NCUD n= 157 sense cap altra addicció.	L'estudi es realitza mitjançant el seguiment retrospectiu de l'expedient mèdic de cada pacient.	No hi ha diferència entre l'edat d'inici de la psicosis en els pacients amb trastorn de consum de cànnabis i els que no tenen trastorn de consum. Tot i això, es troba relació de que un inici primerenc del consum de marihuana pot accelerar l'aparició del primer episodi psicòtic però no representa una part important de la població estudiada.
The effect of cannabis use and cognitive reserve on age at onset and psychosis outcomes in first-episode schizophrenia Leeson VC, et al. 2011. Regne Unit (27).	Esbrinar el paper de la marihuana en l'edat d'inici de la esquizofrènia i el seu pronòstic en pacients diagnosticats amb un primer brot psicòtic.	Estudi cas - control	n= 99 pacients diagnosticats amb algun episodi psicòtic entre 16 i 60 anys dels quals 65 eren consumidors habituals de marihuana i 34 eren no consumidors.	Una única avaluació transversal.	El consum de cànnabis avança l'edat d'inici de la psicosis en individus que consumeixen cànnabis, tant habitualment com esporàdicament. La psicosis és més difícil de tractar en individus que continuen consumint cànnabis.

Taula 3. (Cont.) Estudis sobre la relació entre el consum de cànnabis i l'edat del primer brot.

LA RELACIÓ ENTRE EL CONSUM DE CÀNNABIS I L'EDAT DEL PRIMER BROT					
Títol, autor/s, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n)	Seguiment	Principals resultats
Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis Dragt S, et al. 2011. Països Baixos (28).	Conèixer si el consum de cànnabis a una edat jove té relació amb l'aparició de símptomes psicòtics més aviat.	Estudi de cohort	n= 245 individus en alt risc de psicosis entre 16 i 35 anys.	Seguiment durant 18 mesos realitzant avaluacions cada 9 mesos.	Es troba la relació que com abans s'inicia el consum de cànnabis abans apareixen els símptomes psicòtics en individus d'alt risc, especialment, ansietat, pèrdua de la realitat i problemes de pensament i concentració.
Cannabis use and non-clinical dimensions of psychosis in university students presenting to primary care Skinner R, et al. 2010. Irlanda (29).	Explorar la relació del consum de cànnabis (freqüència d'ús i edat del primer consum) i la psicosis, ansietat, i símptomes depressius en estudiants universitaris d'Irlanda.	Estudi cas - control	n= 1049 estudiants amb una mitjana d'edat de 21'2 anys.	Mitjançant un únic estudi demogràfic i una única avaluació del consum de substàncies tòxiques i d'experiències psicòtiques.	El consum de cànnabis augmenta el risc de sofrir símptomes psicòtics i quan més prompte sigui l'edat d'inici del consum de cànnabis major és el risc de desenvolupar símptomes psicòtics.

Taula 4. Estudis sobre la relació entre el cànnabis i la vulnerabilitat.

LA RELACIÓ ENTRE EL CÀNNABIS I LA VULNERABILITAT					
Títol, autor/s, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n)	Seguiment	Principals resultats
Concurrent and sustained cumulative effects of adolescent marijuana use on subclinical psychotic symptoms Bechtold J, et al. 2016. EEUU (30).	Avaluar si els adolescents que prenen regularment cànnabis són més vulnerables a desenvolupar una simptomàtica psicòtica i si aquesta és persistent amb els períodes d'abstinència.	Estudi de cohort	n= 1.009 nois de 1r i de 7é curs de primària.	Per als estudiants de 1r: Cada 6 mesos durant 4 anys. Després una vegada a l'any durant els següents 9 anys i finalment una última entrevista quan tenen de mitja entre 26 i 29 anys. Per als estudiants de 7é curs: Cada 6 mesos durant 30 mesos. Després una vegada a l'any durant 10 anys i una última entrevista als 36 anys de mitjana.	Per cada any addicional de consum setmanal de marihuana augmenta la quantitat de símptomes psicòtics en un 21%, la probabilitat de sofrir paranoia en un 133% i un 92% d'experimentar futures al·lucinacions. El consum de marihuana no es va associar a variacions en els pensaments estranys. A més, en cas de llargs períodes d'abstinència, per cada any de consum de marihuana augmenta la quantitat de símptomes psicòtics un 29% i la probabilitat d'experimentar paranoia i al·lucinacions en un 112% i 158% respectivament. No es troba evidència de què els participants consumeixen marihuana a causa dels símptomes psicòtics.
Cannabis use and vulnerability for psychosis in early adolescence—a TRAILS study Griffith-Lendering MFH, et al. 2012.Països Baixos (31).	Examinar si hi ha relació entre la vulnerabilitat a la psicosis i el consum de cànnabis durant l'adolescència.	Estudi de cohort	n= 2120 nens i adolescents.	S'utilitzen les entrevistes TRAILS ¹ en quatre mitjanes d'edat: als 11'09, 13'6, 16'3 i 19'1 anys on la primera entrevista s'utilitza com a punt de partida.	El individu que consumeixen cànnabis als 16 anys són vulnerables a sofrir psicosis als 19 anys. Els individus que són vulnerables a la psicosis als 13 i als 16 anys consumeixen cànnabis als 16 i 19 anys, respectivament.

¹ TRacking Adolescents' Individual Lives' Survey, Països Baixos, 2008

Taula 5. Estudis generals sobre els efectes psiquiàtrics del cànnabis en els adolescents.

ELS EFECTES PSIQUIÀTRICS DEL CÀNNABIS EN ELS ADOLESCENTS					
Títol, autor/s, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n)	Seguiment	Principals resultats
Cannabis use during adolescent development: susceptibility to psychiatric illness Chadwick B, et al. 2013. EEUU (32).	Avaluar els coneixements actuals que hi ha sobre el consum de cànnabis en adolescents i els seus efectes psiquiàtrics.	Revisió sistemàtica	-	-	Existeix evidència de que el consum de cànnabis durant l'adolescència augmenta el risc de desenvolupar malalties mentals. D'altra banda, degut a que en aquest tipus de malalties intervenen molts factors diferents, no hi ha evidència de l'existència d'una causa directa entre quins consumidors desenvoluparan psicosis i quins no.
Adolescent cannabis consumption and schizophrenia: epidemiological and experimental evidences Parolaro D. 2010.Italia (33).	Resumir les últimes investigacions sobre el risc de sofrir trastorns psicòtics per el consum de marihuana.	Revisió sistemàtica	-	-	El neurodesenvolupament que té lloc durant l'adolescència augmenta la vulnerabilitat dels adolescents a tenir símptomes similars als psicòtics i causants de l'esquizofrènia al consumir cànnabis ja que afecta a la maduració cerebral. El consum de cànnabis és un factor de risc per a sofrir el primer brot psicòtic més aviat. Les persones que consumeixen marihuana amb predisposició per a la esquizofrènia tenen una exacerbació dels símptomes i un empitjorament de la malaltia.

Taula 5. (Cont.) Estudis generals sobre els efectes psiquiàtrics del cànnabis en els adolescents.

<i>ELS EFECTES PSIQUIÀTRICS DEL CÀNNABIS EN ELS ADOLESCENTS</i>					
Títol, autor/s, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n)	Seguiment	Principals resultats
Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models Malone DT, et al. 2010. Regne Unit (34).	Revisar la relació que hi ha dels símptomes psicòtics i neurològics amb el consum de cànnabis i els mecanismes pels quals els consumidors adolescents són més susceptibles a sofrir psicosis.	Revisió sistemàtica	-	-	Hi ha evidència de que la marihuana és un factor de risc per a la esquizofrènia, especialment en els individus amb predisposició. Els mecanismes pels quals el cànnabis afecta al desenvolupament del cervell en els adolescents poden influir a augmentar la vulnerabilitat a sofrir psicosis en els adolescents que la consumeixen.

Taula 6. Estudis sobre la relació entre el cànnabis i l'augment de símptomes.

LA RELACIÓ ENTRE EL CÀNNABIS I L'AUGMENT DE SÍMPTOMES					
Títol, autor/s, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n)	Seguiment	Principals resultats
The impact of cannabis use in recent onset psychosis Barrowclough C, et al. 2014. Regne Unit (35).	Investigar la relació entre el consum de cànnabis i l'evolució clínica, a més de si un canvi amb el consum de cànnabis afecta als símptomes psicòtics, afectius, el correcte funcionament cognitiu i la recaiguda psicòtica en pacients amb 3 anys de diagnòstic psicòtic.	Estudi de cohort	n= 110 pacients entre els 16 i 35 anys.	Avaluació als 4'5, 9 i 18 mesos.	El consum de cànnabis s'associa als símptomes negatius, depressió i ansietat al igual que un major consum del tòxic provoca major gravetat d'aquests símptomes en les primeres fases de la malaltia. No es troba relació amb els símptomes positius. L'abstinència al cànnabis millora el funcionament global però no hi ha canvis en els símptomes positius i negatius (PANSS).
Prospective study of cannabis use in adolescents at clinical high-risk for psychosis: Impact on conversion to psychosis and functional outcome Author AM, et al. 2012. EEUU (36).	Determinar si el consum de substàncies en la mostra i l'ús del cànnabis de forma continuada augmenta els símptomes prodròmics i l'aparició de la psicosis.	Estudi de cohort	n= 160 dels quals 101 eren pacients d'alt risc i 59 eren pacients sans de control entre els 12 i 22 anys.	Cada 6 mesos durant una mitja de 3 anys.	Ni el consum de cànnabis a llarg termini ni el seu abús en adolescents d'alt risc de la mostra influeix en l'aparició de la psicosis ni en l'augment dels símptomes positius. Els individus d'alt risc que consumien cànnabis mostren un funcionament social millor que els no consumidors.

Taula 6. (Cont.) Estudis sobre la relació entre el cànnabis i l'augment de símptomes.

LA RELACIÓ ENTRE EL CÀNNABIS I L'AUGMENT DE SÍMPTOMES					
Títol, autor/s, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n)	Seguiment	Principals resultats
Cannabis with high cannabidiol content is associated with fewer psychotic experiences Schubart CD, et al. 2011. Països Baixos (37).	Estudiar la relació del contingut de CBD del cànnabis amb els símptomes psicòtics en els consumidors d'aquesta droga.	Estudi transversal	n= 1877 dirigit a persones entre 18-25 anys.	Diversos qüestionaris entre l'abril del 2008 fins al març del 2010.	El CBD redueix lleugerament els símptomes psicòtics associats al cànnabis.
Social functioning trajectories of Young first- episode psychosis patients with and without cannabis misuse: A 30 month follow up study González-Blanch C, et al. 2015. EEUU (38).	Investigar el funcionament social en els joves amb un primer episodi de psicosis (FEP) segons si hi ha abús o no de cànnabis.	Estudi de cohort	n= 81 dels quals 42 amb FEP i consumidors de cànnabis i 39 amb FEP no consumidors de cànnabis entre 15 i 25 anys.	Sis avaluacions. A l'inici, als 7, als 12, als 18, als 24 i als 30 mesos.	Els pacients que fumaven quan van tenir el primer episodi psicòtic no han millorat les seues funcions socials mentre que els que no han fumats mostren una milloria.

6. Discussió

La creixent controvèrsia generada pels possibles efectes del consum de cànnabis sobre la salut mental ha incentivat la investigació dins l'àmbit científic, generant una sèrie d'arguments que es descriuen a continuació.

Un factor molt important és el moment del desencadenament del primer brot psicòtic i la seva relació amb el consum de cànnabis. En l'estudi realitzat per Leeson VC, et al., els autors troben evidències de que l'edat del primer brot psicòtic es redueix més en aquells individus que comencen abans a consumir cànnabis de manera habitual i, a més a més, els consumidors habituals també presenten símptomes prodròmics en antelació. Els autors també troben que en els consumidors habituals, tot i tenir millors funcionaments cognitius i socials a l'inici del primer brot, el pronòstic es veu afectat negativament a curt termini. Específicament, els consumidors que abandonen el cànnabis a l'inici de la malaltia presenten menys símptomes positius, menys desorganització, menys hospitalitzacions i menys temps d'hospitalització durant els primers 2 anys de psicosis però no s'aprecien diferències en les avaluacions de seguiment posteriors. Això pot ser degut a que els efectes positius de l'abstinència són més evidents a l'inici de deixar de consumir, mentre que els danys causats pel consum anterior esdevenen més importants posteriorment.

Per contra, Schimmelmann BG, et al., no troben una relació directa entre l'edat d'inici de consum de marihuana i l'edat del primer brot psicòtic general, excepte en una petita part de la mostra sense diferències estadístiques significatives. La diferència entre els resultats obtinguts per aquest article i els obtinguts per Leeson VC, et al. no es poden atribuir a co-morbiditats degudes al consum d'altres drogues, ja que ambdós estudis exclouen els individus que consumeixen una altra droga que no sigui el cànnabis. Tot i això, sí que existeixen diferències entre les definicions de consumidors que fan ambdós estudis. Schimmelmann BG, et al. consideren consumidors habituals als individus que consumeixen freqüentment de forma provada o amb abús, mentre que encasella a consumidors esporàdics i no consumidors en el mateix grup. D'altra banda, Leeson VC, et al. fan una distinció clara entre consumidors habituals, ocasionals i no consumidors, i els arguments respecte l'edat d'inici del primer brot i el consum de cànnabis estan basats en evidències entre el grup de consumidors habituals i els no consumidors. Finalment, la relació trobada per Schimmelmann BG, et al. sobre una petita part de la mostra es pot explicar per la hipòtesis que el cànnabis pot tenir un efecte solament en aquells individus amb una predisposició genètica a sofrir malalties mentals (26,27).

Diversos estudis han mostrat que hi ha un augment de la vulnerabilitat en persones d'alt risc de sofrir psicosis. Tant Bechtold J, et al. com Griffith-Lendering MFH, et al. troben evidència entre les seves mostres de nens i adolescents consumidors de cànnabis que un consum regular d'aquest augmenta el risc d'experimentar símptomes psicòtics de forma persistent. Per una banda, Bechtold J, et al. extrauen els percentatges de l'augment dels símptomes psicòtics (21%), probabilitats de sofrir paranoia (133%) i al·lucinacions (92%) aclarint que el consum de cànnabis setmanal augmenta la quantitat i probabilitat de tenir aquests símptomes en la adolescència, mentre que Griffith-Lendering MFH, et al. troben relació entre el consum als 16 amb vulnerabilitat a sofrir psicosis als 19 anys. A més a més, aporta evidències a la hipòtesi de que el consum de cànnabis durant l'adolescència afecta al creixement natural del cervell adolescent augmentant així la predisposició a la psicosis. Cal destacar que ambdós estudis també avaluen la relació bilateral entre cànnabis i psicosis, però arriben a conclusions diferents. Per una banda, Griffith-Lendering MFH, et al. mostren una predicció de consum de cànnabis als 16 i 19 anys en aquells individus que tenen vulnerabilitat a la psicosis als 13 i 16 anys, respectivament. Per contra, Bechtold J, et al. no troben evidències de que la vulnerabilitat a la psicosis indueixi a consumir cànnabis. Aquesta disparitat de resultats pot ser deguda a una definició de categories del consum diferent. Griffith-Lendering MFH, et al. utilitzen 4 categories diferents on la màxima categoria està definida com a més de 7 consumicions durant el últim any, mentre que Bechtold J, et al. solament consideren no consumidors i consumidors habituals, on aquesta última està definida com a més de 52 vegades en el darrer any. Així doncs, cal interpretar aquests resultats tenint en compte que la causalitat trobada per Griffith-Lendering MFH, et al. està basada en una definició del consum del cànnabis molt menys estricta que en l'estudi Bechtold. J, et al. (30,31)

Altres estudis com el de Chadwick B, et al. i el de Parolaro D. arriben a la conclusió que fumar marihuana durant l'adolescència és un factor de risc per avançar l'edat del primer brot psicòtic i acabar sofrint malalties mentals en un futur. Ambdós autors coincideixen en que el consum d'aquesta substància influeix en el neurodesenvolupament perquè afecta a la maduració cerebral que té lloc durant l'adolescència, fent-lo més vulnerable a tenir símptomes psicòtics i causants de l'esquizofrènia. Primer, Parolaro D. considera que els consumidors de cànnabis amb predisposició a sofrir esquizofrènia tenen una exacerbació dels símptomes i un empitjorament de la malaltia degut a que el cànnabis afecta al sistema endocanabinoid, el qual té un paper important al desenvolupament del cervell durant l'adolescència. D'altra banda, Chadwick B, et al. afirmen que un consum

de cànnabis augmenta la predisposició a consumir altres drogues il·legals augmentant també el risc i els intents de suïcidi, però no troben una causa directa entre els consumidors que desenvoluparan en el futur psicosis i quins no, degut a la complexitat de les malalties mentals i a la diversitat de factors que hi influeixen. Per últim, ambdós estudis recorden que es necessiten més estudis per a conèixer millor el vincle entre l'ús del cànnabis entre els adolescents i la esquizofrènia i així com el mecanisme pel qual augmenta el risc (32,33).

La relació entre el consum de cànnabis i l'aparició de símptomes psicòtics ha estat estudiada àmpliament durant molts anys, tant des del punt de vista clínic com del mecanisme a través del qual el cànnabis afecta al cervell. Els autors Barrowclough C, et al. i Dragt S, et al. troben evidència de que un major i longeu consum indueix a un major nombre de símptomes negatius, així com més depressió i ansietat, però no troben relació amb els símptomes positius. A més, Barrowclough C, et al. mostren que l'abstinència del cànnabis ajuda a millorar el funcionament global i redueix l'ansietat, aportant més suport a la hipòtesis de que el consum de cànnabis durant l'adolescència afecta al sistema neurotransmissor augmentant els símptomes afectius. En aquesta direcció, la revisió duta a terme per Malone DT, et al. mostra que els adolescents amb predisposició a la esquizofrènia i consumidors de marihuana presenten una exacerbació dels símptomes i un empitjorament de la malaltia, possiblement degut a que el desenvolupament neurològic que té lloc durant l'etapa adolescent fa més vulnerable el cervell dels adolescents consumidors a sofrir símptomes psicòtics (28,34,35).

D'altra banda, Skinner R, et al. troben major nombre de símptomes positius, negatius i afectius en aquells individus que són consumidors freqüents, respecte als no consumidors. Aquest està en concordança amb els estudis de Barrowclough C, et al. i Dragt S, et al. pel que fa als símptomes negatius i afectius, però difereix amb els positius. Aquesta discrepància pot ésser deguda a la diferència entre metodologies dels tres estudis. Barrowclough C, et al. i Dragt S, et al. utilitzen un estudi longitudinal realitzant avaluacions al llarg de l'estudi, mentre que Skinner R, et al. es basen en una única autoavaluació dels propis individus, i per tant la representativitat dels símptomes reportats no és igual (28,29,35).

És important tenir en compte l'impacte social que té la psicosis en els adolescents degut a que l'estigma social i els prejudicis poden afavorir una deterioració social i l'aparició de símptomes negatius o afectius. En aquest sentit, González-Blanch C, et al. mostren que els pacients amb un trastorn del consum de cànnabis no milloren els funcionaments

socials, mentre que els no consumidors milloren significativament la seva condició social. González-Blanch C, et al. enfatitzen la importància de la prevenció i el suport a aquells pacients amb abús de cànnabis per tal de poder tenir un pronòstic més favorable i una millor reinserció social (38).

A diferència dels estudis anteriors, Auther AM, et al. no troben cap relació entre el consum de cànnabis i l'aparició de símptomes psicòtics en adolescents d'alt risc. A més, mostren que els consumidors de marihuana presenten funcionaments socials millors que els no consumidors. Aquestes discrepàncies poden ésser degudes a que en l'estudi d'Auther AM, et al. els individus d'alt risc que són consumidors habituals o que presenten un trastorn d'abús representen una petita part de la mostra i que la mostra de l'estudi va excloure als individus que tenien una dependència demostrada a qualsevol substància (incloent el cànnabis) al moment de l'inici de l'estudi. D'aquesta manera, les diferències en la mostra utilitzada per Auther AM, et al. poden induir a resultats diferents que els estudis anteriors (36).

Finalment, l'efecte del segon component majoritari del cànnabis, el cannabidiol, pot tenir un paper positiu tal i com mostra l'estudi de Schubart CD, et al. Aquests autors troben que la marihuana amb alts continguts de CBD s'associa a una lleugera reducció dels símptomes positius, tot i que no hi ha massa diferències entre els símptomes negatius i depressius. Així doncs, Schubart CD, et al. suggereixen que el cànnabis amb alts continguts de CBD és menys propens a provocar símptomes psicòtics, però conclouen que degut a que la quantitat de cannabidiol que hi ha al "porro/canut" és relativament baixa no es pot esperar un impacte més gran sobre els símptomes (37).

7. Conclusions

Els estudis recents mostren evidència de que com més aviat s'inicia el consum habitual de cànnabis més risc i més jove es sofreix del primer brot psicòtic.

Es troba evidència de que fumar cànnabis augmenta la vulnerabilitat de sofrir psicosis en els anys posteriors en persones d'alt risc degut a que el cànnabis afecta a la maduració del cervell adolescent incrementant el risc de sofrir símptomes esquizofrènics i empitjorant el pronòstic.

Un consum de cànnabis continu s'associa a un augment dels símptomes negatius, afectius, la depressió i l'ansietat. Per contra, no es troba relació evident amb símptomes positius. De fet, el CBD, segon component majoritari del cànnabis, s'associa a una lleugera reducció dels símptomes positius, tot i que l'impacte no pot compensar als efectes negatius del cànnabis degut a la reduïda quantitat de CBD present en un "canut". Cal mencionar que els pacients amb símptomes psicòtics que deixen de consumir cànnabis presenten una milloria del seu funcionament social.

A pesar de l'evidència existent, es necessiten més estudis per a conèixer amb més detall l'impacte del consum de cànnabis sobre l'edat d'inici de la psicosis i la seva evolució al llarg del temps, així com per entendre millor el mecanisme a través del qual el cànnabis afecta al cervell augmentant el risc a sofrir malalties mentals.

8. Limitacions de l'estudi

Algunes de les principals limitacions han estat la dificultat en la cerca d'articles al llarg dels diferents recursos degut a la diferència d'objectius en comparació als nostres proposats, la mostra de diferents estudis els quals tenien una franja d'edat superior a la que necessitàvem, estudis realitzats amb rates de laboratori i els pocs resultats que van aparèixer en alguns portals de salut i bases de dades.

9. Propostes de millora

Tenint en compte la creixent incidència del consum de cànnabis entre els adolescents, resulta d'especial importància fomentar programes de prevenció del consum de tòxics per a nens i adolescents, per tal d'evitar addiccions futures i advertint dels riscos d'augmentar la possibilitat de sofrir símptomes psicòtics.

Seguint aquesta línia, la realització de programes a les escoles i instituts promocionant hàbits de vida saludables, posant a disposició coneixements bàsics i científics sobre diferents tipus drogues i les seves repercussions, mostrant amb exemples simples els primers símptomes de malalties mentals per a que ells s'hi puguin sentir identificats i puguin contactar amb els CSM o amb el CAP.

A més a més, els pares tenen un paper fonamental en la salut de les futures generacions i resulta especialment útil que disposin d'informació per a detectar el consum de tòxics dels fills, per tal de fer una detecció precoç dels símptomes i així poder iniciar el tractament aviat, tot plegat per pal·liar l'impacte de la malaltia mental en la qualitat de vida dels adolescents i joves. Per això, es proposen xerrades informatives dutes a terme pel personal d'infermeria dels CAP i CSM dirigides a pares i mares.

Finalment, la infermeria és una ciència que està present al llarg de vida de les persones, des del naixement fins la mort, i com a tal ha de prestar especial atenció als adolescents i adults joves, especialment aquells amb un risc més elevat, mitjançant qüestionaris en col·legis i instituts en la franja d'edat dels 11 als 17 anys per a avaluar els coneixements que tenen sobre drogues, els quals poden incloure els seus efectes, la tolerància, l'abstinència, les repercussions a llarg termini així com fomentar hàbits de vida saludables com poden ser una dieta equilibrada o exercici físic, entre d'altres, per crear un vincle que pot perdurar amb el pas del temps.

10. Bibliografia

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. INFORME 2017: Alcohol, Tabaco y Drogas ilegales en España. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
2. Pla director de salut mental i adiccions. Consens per a la millora de l'atenció a persones amb Trastorns Psicòtics Incipients. Barcelona; 2017.
3. Esquizofrenia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [Consultat el 13 d'abril del 2018]. Disponible a: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
4. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Cannabis II. Madrid; 2009.
5. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids. Washington DC: The National Academies Press; 2017.
6. Casas M, Bruguera E, Roncero C, San L. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre el consumo de cannabis. Barcelona: Glosa; 2007.
7. Gutiérrez L, Martínez JM, Martínez MA. Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. Navarra: Revista Medicina Universitaria; 2006; 50(1):3–10.
8. La marihuana [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2017 [Actualització agost 2017; Consultat el 5 de diciembre del 2017]. Disponible a: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>
9. Trastornos mentales [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [Actualització abril 2017; Consultat el 3 de diciembre del 2017]. Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
10. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Vol. 6. Barcelona: ELSEVIER; 2006.
11. Psicosis [Internet]. MedlinePlus enciclopedia médica. 2017 [Actualització febrer 2016; Consultat el 15 de diciembre del 2017]. Disponible a: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001553.htm>
12. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Editorial Médica Panamericana. 2014.
13. Bobes J, Bousoño M, González MP, López JL, PA Sáiz. Enfermería psiquiátrica. Madrid; Síntesis; 2002.
14. López J MG. Mini- Examen Cognoscitivo (MEC). Revista Española Medicina Legal. 2011; 37(3):122–7.
15. Orygen, National Centre of Excellence in Youth Mental Health. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis. 2ª ed. Melbourne; 2016.
16. Departament de Salut. Guia de desenvolupament del programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients del Pla director de salut mental y adiccions. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2011.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. 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; 2009.

18. Labad J. Retos y perspectivas en la psicosis incipiente. *Informaciones Psiquiátricas*. 2016; 226: 105-126.
19. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna* 2011; XXXIII (1):11-14.
20. Zarco J, Caudevilla F, López A, Apolinar J, Martínez S. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007.
21. Gutiérrez S, Vicente A, García N, Salgado N, Chicharro JF, Coca VD, et al. Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias [Internet]. Edición Digital. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. 2015 [Consultat el 12 de febrer del 2018]. Disponible a: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos-/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf>
22. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas. Ginebra: Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud; 2004.
23. Peñafiel E. Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso Rev Educ*. 2009; 32:147–173.
24. Videbeck SL. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 5ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2011.
25. Fornés J. *Enfermería de salud mental i psiquiátrica. Planes de cuidados*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
26. Schimmelmann BG, Conus P, Cotton SM, Kupferschmid S, Karow A, Schultze-Lutter F, et al. Cannabis use disorder and age at onset of psychosis - A study in first-episode patients. *Schizophr Res*. 2011; 129(1):52–6.
27. Leeson VC, Harrison I, Ron MA, Barnes TRE, Joyce EM. The effect of cannabis use and cognitive reserve on age at onset and psychosis outcomes in first-episode schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2012; 38(4):873–80.
28. Dragt S, Nieman DH, Schultze-Lutter F, van der Meer F, Becker H, de Haan L, et al. Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 125(1):45–53.
29. Skinner R, Conlon L, Gibbons D, McDonald C. Cannabis use and non-clinical dimensions of psychosis in university students presenting to primary care. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 123(1):21–7.
30. Bechtold J, Hipwell A, Lewis DA, Loeber R, Pardini D. Concurrent and sustained cumulative effects of adolescent marijuana use on subclinical psychotic symptoms. *Am J Psychiatry*. 2016; 173(8):781–9.
31. Griffith-Lendering MFH, Wigman JTW, van Leeuwen AP, Huijbregts SCJ, Huizink AC, Ormel J, et al. Cannabis use and vulnerability for psychosis in early adolescence-a TRAILS study. *Addiction*. 2012; 108(4):733–40.
32. Chadwick B, Miller ML, Hurd YL. Cannabis use during adolescent development: Susceptibility to psychiatric illness. *Front Psychiatry*. 2013; 4(10):1–8.
33. Parolaro D. Adolescent cannabis consumption and schizophrenia:

- epidemiological and experimental evidences. *Adicciones Rev socidrogalcohol*. 2010; 22(3):185–90.
34. Malone DT, Hill MN, Rubino T. Adolescent cannabis use and psychosis: Epidemiology and neurodevelopmental models. *Br J Pharmacol*. 2010; 160(3):511–22.
 35. Barrowclough C, Gregg L, Lobban F, Bucci S, Emsley R. The impact of cannabis use on clinical outcomes in recent onset psychosis. *Schizophr Bull*. 2015; 41(2):382–90.
 36. Auther AM, McLaughlin D, Carrión RE, Nagachandran P, Correll CU, Cornblatt BA. Prospective study of cannabis use in adolescents at clinical high-risk for psychosis: Impact on conversion to psychosis and functional outcome. *Natl Inst Heal*. 2012; 42(12):2485–97.
 37. Schubart CD, Sommer IEC, van Gastel WA, Goetgebuer RL, Kahn RS, Boks MPM. Cannabis with high cannabidiol content is associated with fewer psychotic experiences. *Schizophr Res*. 2011; 130(1–3):216–21.
 38. González-Blanch C, Gleeson JF, Koval P, Cotton SM, McGorry PD, Alvarez-Jimenez M. Social functioning trajectories of young first-episode psychosis patients with and without cannabis misuse: A 30-month follow-up study. *PLoS One*. 2015; 10(4):1–14.