



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Relación entre el consumo de cannabis en  
la adolescencia y la conducta suicida***

Alumna: Sara Hurtado Guarde

Directora: Raquel Rebollo Berlana

**Madrid, mayo de 2024**



## **Índice:**

1.	Resumen:.....	6
	Abstract:.....	7
2.	Presentación: .....	8
3.	Estado de la cuestión: .....	9
3.1	Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema. ....	9
3.1.1	Cannabis, conceptos generales y efectos en el organismo.....	10
3.1.2	Consumo de cannabis en la adolescencia.....	11
3.1.3	Trastornos asociados al consumo de cannabis. ....	12
3.1.4	Conducta suicida. ....	15
3.1.5	Consumo de cannabis agudo y crónico; y comportamiento suicida.....	16
3.1.6	Percepción de riesgo de consumo de cannabis. ....	17
3.1.7	Prevención de consumo de cannabis en la adolescencia. ....	18
3.1.8.	Abordaje enfermero en el consumo de cannabis.....	19
3.1.9.	Abordaje enfermero en la conducta suicida.....	21
3.2	Justificación:.....	23
4.	Objetivos e hipótesis: .....	24
4.1	Objetivos: .....	24
4.1.1	Objetivo general. ....	24
4.1.2	Objetivos específicos. ....	24
4.2	Hipótesis.....	24
5.1	Diseño del estudio. ....	25
5.2	Sujetos de estudio. ....	25
5.3	Variables.....	27
5.4	Procedimiento de recogida de datos. ....	30
5.5	Fases del estudio. Cronograma.....	31
5.6	Análisis de datos.....	33
6.	Aspectos éticos: .....	34
7.	Limitaciones del estudio: .....	35
8.	Bibliografía: .....	36
9.	Anexos: .....	40
	Anexo 1: Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994 -2001. ....	40
	Anexo 2: Cuestionario CAST (cannabis abuse screening test).....	40

<b>Anexo 3: Estadísticas de defunciones por suicidio según edad y sexo. ....</b>	<b>41</b>
<b>Anexo 4: Ficha técnica de recogida de datos. ....</b>	<b>41</b>
<b>Anexo 5: Cuestionario para los participantes del estudio. ....</b>	<b>43</b>
<b>Anexo 6: Hoja informativa del consentimiento informado. ....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo 7: Consentimiento informado. ....</b>	<b>46</b>

## **Glosario de abreviaturas:**

- THC:  $\Delta^9$ -tetrahidrocanabinol.
- CBD: Cannabidiol.
- FC: Frecuencia cardiaca.
- TA: Tensión arterial.
- GC: Gasto cardiaco.
- PIO: Presión intraocular.
- SNC: Sistema nervioso central.
- CAST: "Cannabis abuse screening test".
- OMS: Organización mundial de la Salud.
- IAMS: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- CIE: Consejo internacional de Enfermería.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- Ho: Hipótesis nula.
- H1: Hipótesis alternativa.
- DGPNSD: Delegación de gobierno para el plan nacional sobre drogas.

# 1. Resumen:

**Introducción:** El cannabis es en la actualidad la droga ilegal más consumida a nivel mundial. También es la droga ilegal más consumida en la adolescencia; siendo 14.9 la media de edad en la que se comienza a consumir dicha sustancia. En esta edad, los adolescentes no suelen ser conscientes de la gravedad del consumo del cannabis; ya que no conocen sus riesgos, peligros y consecuencias.

A su vez, preocupa que haya relación tanto directa como indirecta entre el consumo de cannabis en la adolescencia y la ideación o conducta suicidas; lo cual es un grave problema en nuestra sociedad en la actualidad, al que se le da una menor importancia de la que realmente tiene.

**Objetivos:** El principal objetivo de este proyecto de investigación es establecer si existe relación entre el consumo de cannabis en la adolescencia y la conducta suicida. Ver si influye el consumo de esta sustancia en la salud mental de la población que puedan llevar a conductas suicidas. Y, más concretamente ver si la relación que hay entre estas dos variables es únicamente en un consumo problemático de cannabis o si podría ser también un factor de riesgo en un consumo menos problemático.

**Metodología:** Se realizará un estudio analítico observacional descriptivo, de carácter transversal, cogiendo como muestra población que haya consumido cannabis durante su adolescencia y se les entregará una batería de preguntas relacionadas con el consumo de dicho tóxico y la salud mental.

**Implicaciones para la práctica de la Enfermería:** El consumo de cannabis es un problema generalizado y que se tiende a omitir, así como el problema de las conductas suicidas. Cabe destacar que este es cada vez más frecuente en nuestra sociedad. Es por ello que es necesario conocer unos resultados descriptivos que permitan a los diferentes profesionales tomar conciencia sobre la situación actual; pudiendo actuar en base a esta.

**Palabras clave:** Consumo de cannabis, adolescencia, conducta suicida, ideación suicida, intento suicida, salud mental.

## **Abstract:**

**Introduction:** Nowadays, cannabis is the most consumed illegal drug worldwide. It is also highly consumed by teenagers with an average of 14.9 years old as the age when they start to consume this substance. At that age, teenagers do not tend to be concerned about the serious dangers after consuming cannabis due to their lack of information regarding risk, hazard, and consequences.

In addition, there is a direct and indirect relation between the consumption of cannabis during adolescence and the suicidal behaviour that concerns society, which is a serious problem in our current community that does not receive the importance that it actually deserves.

**Objectives:** The main aim of this investigation project is to uncover if it exists a relation between the consumption of cannabis during adolescence and suicidal behaviours. To prove if the consumption of this substance influences mental health among population that could lead to suicidal attempts. And, more specifically, to see whether the relation between these two variables is only in problematic cannabis use or whether it could also be a risk factor in less problematic use.

**Methodology:** A descriptive observational study with a transverse nature will be developed using population that has consumed cannabis during adolescence as sample. They will be given a variety of questions related to the consumption of this toxic substance and to the mental health.

**Implications for the practice of Nursing:** The consumption of cannabis is a generalized problem commonly ignored along with the suicidal behaviours that it produces. It is also important to highlight that this problem is increasing in our society. For this reason, it is necessary to uncover certain descriptive results that allow experts and professionals to become aware about the current situation in order to take action.

**Key words:** Consumption of cannabis, adolescence, suicidal behaviour, suicidal ideation, suicidal attempt, mental health.

## 2. Presentación:

El consumo de drogas de abuso ha sido a lo largo de la historia un problema para las diferentes sociedades. En algunas ocasiones preocupante y en muchas otras omitido o normalizado. Se ha demostrado que el cannabis es la primera droga ilegal que se comienza a consumir y su inicio suele ser en la adolescencia.

El consumo de esta droga es un problema actual, para el cual se ponen pocas medidas; y que en muchas ocasiones supone la entrada al consumo de otras drogas.

Por otro lado, la conducta suicida aumenta rápidamente en nuestra sociedad; sobre todo en población joven y adolescente; debido a múltiples factores. Y también, es un tema al que se le tiene cierto rechazo y miedo, considerándolo en numerosas ocasiones como un tabú.

Es importante la formación de los profesionales sanitarios en estos temas; principalmente a nivel de enfermería; ya que en muchas ocasiones la enfermera es la primera en tener contacto con el paciente, por lo que debe ser capaz de controlar la situación y saber actuar frente a esta. Cabe destacar también que entre las funciones de enfermería también se engloban áreas como la salud mental o la promoción de la salud; las cuales no debemos ignorar.

En mi caso particular, la motivación que tengo para la realización de este proyecto de investigación es una motivación personal, ya que he estado en contacto con gente que ha consumido cannabis, y por lo tanto he podido ver el efecto que esta droga produce a corto y largo plazo. Además, hace alrededor de un año viví en un entorno cercano al problema del suicidio; también habiendo tenido entre otros factores el consumo de cannabis.

Siendo el objetivo de este estudio investigar si existe alguna relación entre el consumo de cannabis en la adolescencia y la conducta suicida; y conseguir que en algún momento se aborden estos dos temas tan serios y en ocasiones olvidados desde la prevención, minimizando así las consecuencias.

Agradecer a mis padres y a mi hermana por siempre haberme apoyado y ayudado, a mis abuelos por confiar y creer en mí; y conseguir que yo misma lo haga. A mi amiga Coral por estar siempre a mi lado, y a Carlos por aguantarme en los buenos momentos y en los malos. Agradecer a todos aquellos que confiaban en que lo conseguiría, pero sobre todo a aquellos que no creían en mí y me hicieron más fuerte.

A mis amigas, a mis profesores, a mi familia, y a todo aquel que ha conseguido que todo fuera más fácil y llevadero.

Gracias.



### 3. Estado de la cuestión:

#### 3.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.

Este trabajo está fundamentado en el estudio de la relación entre el consumo de cannabis en la adolescencia y la conducta suicida. Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Scielo, Pubmed, Medline, Elsevier o Google Académico; utilizando los términos DeCS y MeSH que podemos encontrar en la tabla 1.

Este proyecto de investigación comienza exponiendo el conocimiento actual acerca del cannabis, así como los datos científicos y estadísticos recabados acerca de su consumo, la percepción de riesgo de este que tienen los adolescentes y, los trastornos asociados al consumo de esta sustancia. Posteriormente, se continuará explicando la conducta suicida, mediante la referenciación de datos estadísticos; y la necesidad de prevenir la aparición de esta. Y, en otro apartado, relacionaremos los datos obtenidos; para posteriormente mencionar la necesidad de la prevención de consumo de cannabis en la adolescencia y hablar acerca del abordaje enfermero de la conducta suicida.

<b>Términos DeCS</b>	<b>Términos MeSH</b>
Consumo de cannabis	Cannabis use
Adolescencia	Adolescence
Conducta suicida	Suicidal behavior
Ideación suicida	Suicidal ideation
Intento suicida	Suicide attempt
Salud mental	Mental health

**Tabla 1.** Términos DeCS y MeSH. Tabla de elaboración propia a partir de Pub Med.

### **3.1.1 Cannabis, conceptos generales y efectos en el organismo.**

El cannabis es una sustancia obtenida de la planta *Cannabis sativa*; que se utiliza para elaborar las drogas ilegales más consumidas en nuestro país; el hachís y la marihuana. Estas tienen consecuencias sobre el cerebro debido al  $\Delta 9$ -tetrahidrocanabinol (THC); uno de sus principios activos; el cual se acumula en el cerebro y se elimina muy lentamente a lo largo de aproximadamente siete días, produciendo diferentes efectos como somnolencia, desinhibición, sensación de lentitud en el paso del tiempo e incluso dificultades para pensar y solucionar problemas. (1)

Otros de los principios activos más importantes de la *Cannabis sativa* por sus efectos psicoactivos, de entre los 400 componentes químicos que contiene, son el cannabinoles; el cual es diez veces menos activos que el THC y el cannabidiol (CBD); que tiene un perfil distinto, presentando actividad ansiolítica y sedante. (2)

Cabe destacar que existen datos que indican que, en personas con un consumo crónico de esta sustancia, podría haber un aumento de la incidencia de depresiones y psicosis. Además, el impacto psicológico del consumo de esta sustancia es muy relevante ya que, principalmente es consumido entre la población joven; afectando a su nivel cognitivo; provocando distracciones, falta de concentración y memoria, y obstaculizando el aprendizaje. Todo esto da lugar a reacciones agudas de ansiedad; y en los casos de personas que ya padecían previamente algún trastorno mental, se ha visto que, con el consumo de esta sustancia, estos trastornos se pueden ver agravados. (1)

Además, el Cannabis puede producir otros efectos en el organismo. A nivel cardiovascular, puede aumentar la frecuencia cardíaca (FC), la tensión arterial (TA) o el gasto cardíaco (GC); a nivel respiratorio todos aquellos trastornos o problemas secundarios a la exposición del humo y sustancias cancerígenas del tabaco. A nivel ocular puede provocar una reducción de la presión intraocular (PIO) y el enrojecimiento de la conjuntiva. A nivel digestivo tiene propiedades antieméticas y da lugar a la sequedad de boca; a nivel inmunológico altera la inmunidad celular. Y, a nivel endocrino disminuye las hormonas sexuales y aumenta la prolactina y los riesgos tanto obstétricos como de tumores testiculares. Sin embargo, cabe destacar que los efectos más preocupantes de esta sustancia son los que provoca en el Sistema Nervioso Central (SNC); los cuales se explican en la tabla 2. (2)

Efectos del cannabis en el SNC	
Efectos	Consecuencias clínicas
Psicológicos	Bienestar, relajación, ansiedad, euforia, síntomas paranoides, pánico, esquizofrenia, psicosis.
Cognitivos	Dificultad en la concentración, aumento de la conflictividad y alteración de la memoria a corto plazo.
Rendimiento psicomotor	Empeoramiento de tiempo de reacción y de atención.
Función motora	Actúa como relajante muscular, provoca incoordinación motora, debilidad, temblores, ataxia y espasmos musculares.
Conducción de vehículos	Aumento de riesgo de accidentes.
Sedativos	Depresor del SNC. Somnolencia.
Conducta alimentaria	Aumento del apetito.
Sensibilidad	Disminución del dolor.
Percepción sensorial	Aumento de la percepción sensorial; tanto visual como auditiva o táctil. Distorsión en la percepción del espacio y tiempo. Alucinaciones.

**Tabla 2.** Efectos del cannabis en el SNC y consecuencias clínicas. Tabla de elaboración propia a partir de Comisión Clínica de la DGPNSD, 2009 (2).

### 3.1.2 Consumo de cannabis en la adolescencia.

El cannabis es la droga ilícita más consumida en el mundo; siendo un 3,8% de toda la población mundial quienes han consumido cannabis en el último año. Hay que destacar que el consumo de esta droga durante el periodo de la adolescencia es un problema social por el cual debemos preocuparnos; lo cual se puede ver en el anexo 1; ya que el uso de esta sustancia entre los adolescentes está asociado a una mayor probabilidad de consecuencias perjudiciales. (3)

Otro aspecto a destacar es que en la adolescencia el cerebro continúa en pleno desarrollo; por lo que es más vulnerable al efecto del consumo de cannabis. Además, si este consumo es continuado, al menos semanalmente se ha visto que el riesgo se ve incrementado. (2)

Cuando se examinan los datos sobre el uso de cannabis en adolescentes, destaca que esta sustancia es la droga ilegal más popular entre los estudiantes de Enseñanza Secundaria, abarcando los años entre 1994 y 2021. Entre los jóvenes de 14 y 18 años, la prevalencia de consumo de al menos una vez en la vida alcanzó un 28.6 % en 2021; un 22.2% quienes lo

habían consumido en el último año, un 14.9% en los últimos 30 días. Y, por último, el 1.6% se declararon consumidores diarios de cannabis. Todo esto, podemos verlo reflejado más en detalle en el anexo 2. (2)

En conclusión, a numerosos estudios que podemos encontrar, parece probable que la edad de exposición al consumo de cannabis module los resultados de adicción y salud mental relacionados con el consumo de dicha droga. Aunque, si bien como hemos mencionado, algunos estudios muestran que el uso de cannabis en el periodo de la adolescencia aumenta el riesgo de padecer esquizofrenia u otros trastornos; resulta muy complicado establecer una causalidad directa entre estos. (5,15)

Sin embargo, sí que se ha visto que los efectos adversos a largo plazo tendieron a ser por lo general peores en los adolescentes que comenzaron el consumo de cannabis a edades tempranas. Por lo tanto, podemos afirmar que retrasar el inicio de consumo de cannabis a lo más tarde posible y limitar su consumo disminuye el riesgo de consecuencias del consumo de esta droga. (5)

### **3.1.3 Trastornos asociados al consumo de cannabis.**

El consumo de cannabis se ha visto que puede estar asociado a numerosos tipos de trastornos mentales; entre estos, los trastornos psicóticos. Siendo mayor el riesgo cuanto antes se comience a consumir dicha droga y cuanto más frecuente sea su consumo; además esta aumenta en cinco veces el riesgo de padecer psicosis a lo largo de la vida. (1)

Hay muchos estudios que demuestran la relación del consumo de esta sustancia con la aparición de algunos trastornos como la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar o la esquizofrenia entre otros. Es destacable que la prevalencia de consumo de cannabis es muy alta en jóvenes y adultos jóvenes; y se ha planteado la hipótesis de que el comenzar con el consumo de cannabis de manera temprana, cuando el cerebro todavía está en desarrollo, suponga una predisposición clara a efectos perjudiciales y aumente el riesgo de padecer estos problemas de salud mental. (5)

Cuando una sustancia psicoactiva causa un daño evidente, tiene consecuencias negativas para el usuario, o bien hay un elevado riesgo de sufrir daños; como en los casos anteriormente mencionados, estaríamos hablando de un consumo problemático de la sustancia; en este caso del cannabis. Para evaluar si el consumo es problemático o no, se han creado varias escalas de 'screening'; determinando que la más adecuada es la escala CAST (anexo 2); la cual consta de 6 ítems que buscan detectar patrones o comportamientos de riesgo relacionados al consumo de cannabis durante el último año. Es importante señalar que esta escala ha sido aplicada tanto en población adolescente como en población general y ha sido adecuada para estos fines. (2)

En referencia a los trastornos asociados al consumo de esta sustancia, se pueden destacar los siguientes:

- **Trastorno bipolar:** es el responsable de la tasa más alta de suicidio entre todos los trastornos mentales; y a menudo se complica por el uso de estas sustancias. Cabe destacar también que el abuso de cannabis es particularmente alto entre pacientes bipolares jóvenes; y el consumo crónico de esta sustancia está asociado al aumento de la gravedad de la enfermedad y al incumplimiento del tratamiento. (6)
- **Depresión y ansiedad:** No solo existe una relación entre el consumo de cannabis y estos problemas; sino que también se ha demostrado que los pacientes que están intentando finalizar su consumo y presentan síndrome de abstinencia, experimentan también ansiedad y depresión, aparte de cierta irritabilidad, ira, disminución del apetito o dificultades para dormir. Es destacable también que desde el ámbito de investigación se están intentando aplicar estrategias para abordar la fisiología de la abstinencia y con esto conseguir tratar trastornos comórbidos como la depresión o la ansiedad. (7, 9)
- **Psicosis:** Ha de mencionarse que también se han realizado numerosos estudios que consideran el cannabis como un factor de riesgo establecido para el desarrollo de psicosis. Es fundamental distinguir entre diferentes condiciones relacionadas con el cannabis, como la psicosis inducida por esta sustancia, la esquizofrenia en combinación con el abuso o dependencia de cannabis, y la esquizofrenia sin ningún historial de abuso o dependencia de cannabis. En la tabla 3 se pueden ver algunas diferencias. (8,9)

	<b>Psicosis inducida por cannabis</b>	<b>Esquizofrenia con abuso o dependencia de cannabis</b>	<b>Esquizofrenia sin abuso o dependencia de cannabis</b>
<b>Resolución</b>	Antes de un mes	Depende de otros factores	Depende de otros factores
<b>Edad de inicio</b>	Más precoz	Precoz	Menos precoz
<b>Características clínicas</b>	Menor frecuencia de alucinaciones auditivas y de desorganización. Sintomatología neurótica y depresiva.	Desorganización, conductas heteroagresivas.	Desorganización.
<b>Consecuencias</b>	Afecciones psicóticas crónicas (50% de los casos)	Depresión, aislamiento social, mayor abuso de la sustancia, conducta suicida, otros trastornos derivados.	Depresión, aislamiento social, conducta suicida, otros trastornos derivados
<b>Tratamiento</b>	Antipsicótico y abstinencia de consumo.	Antipsicóticos y abstinencia de consumo.	Antipsicóticos

**Tabla 3.** Diferencias entre psicosis inducida por cannabis y esquizofrenia con o sin abuso o dependencia de cannabis a partir del DSM V. Tabla de elaboración propia a partir del DSM V (9).

### 3.1.4 Conducta suicida.

La conducta suicida puede entenderse como una continuidad; que abarca desde los aspectos tanto cognitivos como por ejemplo la ideación suicida; hasta los conductuales como el intento de suicidio o el suicidio consumado. Esto se ha convertido en la actualidad en un importante problema de salud pública (anexo 3), ya que, según la OMS el suicidio se ha convertido en una de las tres causas de muerte más frecuentes en personas jóvenes (15 – 24 años). Por otro lado, en cuanto a los aspectos cognitivos y conductuales de la conducta suicida, se han de destacar tres grados como ya he mencionado anteriormente; en primer lugar, el suicidio; que es la muerte causada por una conducta autoinfligida. En segundo lugar, el intento autolítico; también una conducta autoinfligida con carácter pernicioso, con una intencionalidad de quitarse la vida, pero en este caso puede no causar daño. Y, por último, la ideación suicida; el pensar, planear o considerar suicidarse. (10,11)

Cabe destacar que la conducta suicida en personas jóvenes se suele dar con mayor frecuencia en jóvenes provenientes de familias desestructuradas, con carencias económicas, sociales y culturales. (12)

En cuanto a la conducta suicida en la adolescencia, hay que destacar que esta es una época de muchos cambios; en la que se da el proceso de transformación de niño a adulto. Y, debido a esto, aumentan los factores asociados a esta conducta; los cuales podemos ver en la tabla 4 a continuación; entre ellos, los factores biológicos y sociales; entre los cuales podemos encontrar el alcoholismo, el tabaquismo y otras drogas. (12,13)

Factores de riesgo de conducta suicida			
Sociales	Familiares	Psicológicos	Biológicos
Tensión social, consumo de drogas, pérdidas personales, aislamiento, exposición al suicidio de otras personas, violencia ambiental, de género o intergeneracional.	Violencia doméstica, abandono afectivo, funcionamiento familiar problemático, abuso sexual.	Pérdidas familiares, sentimientos de ansiedad, depresión, falta de confianza en uno mismo, trastornos del sueño, descuido personal.	Trastornos psiquiátricos, deterioro cognitivo, enfermedades, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas.

**Tabla 4.** Factores de riesgo de la conducta suicida. Tabla de elaboración propia a partir de (12).

### **3.1.5 Consumo de cannabis agudo y crónico; y comportamiento suicida.**

La literatura sobre el consumo de cannabis agudo y su relación con el comportamiento suicida es escasa; y abarca algunos países. La gran mayoría incluyen series de casos o informes toxicológicos descriptivos con los que una prueba positiva pueden indicar que el último consumo fue semanas antes de la conducta suicida. (4)

Es por esto por lo que actualmente se carece de evidencia para afirmar que el consumo agudo de cannabis aumente el riesgo inminente de la conducta suicida. Sin embargo, la evidencia tiende a respaldar que el consumo crónico de cannabis sí que puede estar relacionado. (4) Se ha observado que la tasa de suicidio entre aquellos que consumen cannabis es de dos a cuatro veces mayor que la de las personas con trastornos afectivos no relacionados con el cannabis. Además, se ha confirmado que el uso crónico de esta sustancia puede tener un fuerte impacto sobre las habilidades cognitivas y el comportamiento de la persona. (14)

El uso diario y crónico de cannabis puede producir un deterioro en el funcionamiento social y ocupacional, así como un aumento de conductas de riesgo; como pueden ser la desinhibición. (14)

Como conducta de riesgo que puede producir el consumo del cannabis también encontramos el síndrome amotivacional. Y es que, el THC es una sustancia depresora del sistema nervioso central; por lo que el consumo crónico de este puede dar lugar a un estado apático y con esto a un cuadro de síndrome amotivacional. Aunque existen muchos debates entre los científicos acerca de que esto también podría deberse a una tendencia previa a la pasividad anterior al inicio del consumo. Las características clínicas de este síndrome son de índole depresiva; como por ejemplo la apatía, desinterés, tristeza o el abandono del cuidado personal. Destacando que todo esto puede llegar a afectar en las habilidades comunicativas y provocar un retraimiento social del paciente. Y pudiendo estar todo ello relacionado con un aumento de la tasa de suicidio en consumidores crónicos de cannabis como ya se ha mencionado anteriormente. (14)



### **3.1.6 Percepción de riesgo de consumo de cannabis.**

En la actualidad están presentes una serie de mitos entre la juventud acerca del cannabis que disminuyen la percepción del riesgo de esta droga; los cuales se encuentran desarrollados a continuación en la tabla 5. (1)

Por otro lado, la disminución de la percepción de riesgo de esta droga en el mundo se debe a que en numerosos países y cada vez más está siendo legalizada; de tal forma que se confunde el que esta sustancia se legalice con que sea inocua. Con esta legalización, también surgen numerosas variedades de cannabis modificadas extraídas del THC; el destacado cannabinoide psicoactivo de la planta; aumentando en numerosas ocasiones la cantidad de THC y disminuyendo la cantidad de otros cannabinoides como el CBD; los cuales se ha visto que podrían tener algunas propiedades protectoras. Es por esto, que mientras que la percepción de riesgo disminuye, aumenta consigo el riesgo del consumo de esta sustancia. (16)

Por otro lado, se debe destacar que se han realizado estudios analizando la percepción que tienen los usuarios de esta sustancia desde diferentes dimensiones; la cognitiva, la afectiva y la comportamental. Hay que tener en cuenta, que entre algunos adolescentes se puede haber convertido el cannabis en un producto sociocultural; afectando así a la esfera actitudinal de estos y a la percepción de los riesgos derivados de su consumo. Además, en vista a lo anteriormente mencionado, algunos investigadores han señalado el consumo del cannabis como puerta de entrada al consumo de otras drogas; mediante la llamada 'teoría de la escalada'. (17)

Es por esto, que sería necesario analizar las percepciones de riesgo del consumo de cannabis entre los adolescentes; para lo cual algunos estudios han utilizado diferentes cuestionarios como el 'Cuestionario de actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas'; obteniendo los resultados anteriormente reflejados. (17)

<b>Mitos y realidades del cannabis</b>	
<b>Mitos</b>	<b>Realidades</b>
Es natural y ecológica, y por lo tanto inofensiva	Natural e inocuo no son sinónimos. El consumo de cannabis provoca alteraciones en el funcionamiento cerebral.
Tiene efectos terapéuticos y por lo tanto es inocuo	Los usos médicos del cannabis están controlados y no tienen relación con el uso recreativo de la sustancia; el cual es perjudicial.
No crea adicción	Está demostrado que el consumo continuado de esta droga, principalmente en la adolescencia, crea adicción.
Fumar cannabis es menos perjudicial que fumar tabaco.	El cannabis contiene muchas sustancias carcinógenas que contiene también el tabaco; tiene a su vez efecto broncodilatador que favorece la absorción de estas sustancias y además tiene efectos a nivel cerebral.

**Tabla 5.** Mitos y realidades del consumo de cannabis. Tabla de elaboración propia a partir del Plan Nacional de Drogas (1).

### **3.1.7 Prevención de consumo de cannabis en la adolescencia.**

El consumo de alcohol y cannabis en la adolescencia; más concretamente en jóvenes de 14 a 18 años, muestra una prevalencia e incidencia alta y estable. Es por esto que el Instituto de Adicciones de Madrid Salud (IAMS) realiza una estrategia de prevención de consumo dirigida a los adolescentes de la Comunidad de Madrid. Para ello el IAMS realiza 3 sesiones en las que evalúa la efectividad desde la Teoría de la Conducta Planificada, de Azjen y Fishbein. Esta teoría incluye tanto factores cognitivos, como actitudinales que estén directamente relacionados con el inicio de consumo de drogas. De acuerdo con esto, el uso experimental de ciertas sustancias es el resultado de la intención de consumirlas; lo cual a su vez depende de la actitud que tenga la persona hacia el consumo de drogas, las creencias que tenga acerca de esta droga y el enfrentamiento a la presión social. Viendo que este último aspecto; el control de la conducta con respecto a la presión social es la variable con más peso predictivo. (18,19)

El programa del IAMS mencionado anteriormente trata de detectar precozmente a los adolescentes que puedan requerir actuaciones de prevención selectiva; aquella prevención que se dirige a individuos de áreas de población en las que el riesgo al consumo de cannabis es superior a la media. Además, en las sesiones se proporciona información sobre la adicción, cómo se percibe el riesgo del consumo durante la adolescencia, los mitos y las realidades sobre el cannabis, la toma de decisiones y las creencias comunes acerca del consumo de esta sustancia; con el objetivo principal de aumentar la percepción de riesgo asociado al consumo de cannabis. (18,20)

### **3.1.8. Abordaje enfermero en el consumo de cannabis.**

El abordaje enfermero en el consumo de cannabis en el periodo de la adolescencia debería de centrarse dentro de lo posible en el ámbito de la prevención; lo cual se ha concluido en numerosas ocasiones que es el arma más eficaz; existiendo numerosos modelos para la prevención en los ámbitos familiar y escolar. (21)

Dentro de la prevención es destacable que se debe, en primer lugar, desde el equipo de enfermería promover una conciencia social acerca de la gran importancia de los daños y los costes personales y sociales asociados al consumo de las drogas; así como concienciar de la posibilidad real de evitarlos y crear conciencia en la sociedad de la necesidad de su participación activa para conseguir la solución a este problema. (22)

En segundo lugar, se debe promover el desarrollo de recursos que faciliten las conductas de rechazo hacia las drogas. Y, por último, conseguir retrasar la edad de inicio de contacto con las drogas; ya que cuanto más tarde se inicie el contacto con las drogas, menor es la probabilidad de desarrollar problemas de adicción. (22)

Es destacable que estas estrategias deben estar presentes a la hora de actuar en los distintos sectores de salud de la población; adaptándose de la mejor manera posible a cada uno de ellos. (22)

Por otro lado, centrándose en los cuidados e intervenciones, en caso de una dependencia establecida, se pueden encontrar cuatro tipos de abordaje complementarios; siendo el tratamiento de elección aquel que combina dos o más de los siguientes abordajes: (21)

- Abordaje clásico. Es el abordaje que sigue las pautas tradicionales de desintoxicación, deshabitación y reinserción.
  - Desintoxicación en caso de que la sustancia genere síndrome de abstinencia.
  - Deshabitación con el fin de eliminar la dependencia psíquica.
  - Reinserción, en numerosas ocasiones controlada en centros específicos, con el fin de conseguir una readaptación a la vida cotidiana y laboral.

- Abordaje psicosocial. Es aquel abordaje que se suele realizar en comunidades terapéuticas; donde se suele ofrecer tratamiento psicológico orientado a la deshabituación de la sustancia; tanto en terapias individuales como grupales. Así como actividades de ocio y tiempo libre alternativas al consumo de sustancias, asesoramiento familiar y atención por parte de profesionales de enfermería y medicina.
- Abordaje rehabilitador. Este abordaje tiene el objetivo de que el paciente vuelva a la sociedad y consiga adaptarse de una manera correcta. Esto suele completarse con formación académica y profesional; así como con ayuda de Educadores Sociales, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.
- Abordaje con farmacoterapia. Este abordaje es función básica del equipo de enfermería; y muy necesario en aquellas ocasiones en las que el paciente no puede abandonar el consumo de la sustancia sin una ayuda farmacológica. Para ello, el personal de enfermería se encarga de la administración de fármacos como ansiolíticos, estabilizadores del ánimo o antidepresivos entre otros. Y a su vez, se encarga de implementar la adherencia terapéutica y complementarla con la educación y promoción de la salud; así como la motivación al paciente para la abstinencia.

Finalmente se ha de destacar que el papel del equipo de enfermería dentro del ámbito del consumo de sustancias; entre ellas el cannabis es primordial en todo el proceso; comenzando por la prevención y siguiendo por el propio proceso de desintoxicación y deshabituación; lo cual en numerosas ocasiones es olvidado por gran parte de la población, así como por los propios profesionales de la salud; dejando de intervenir en situaciones primordiales como estas. (21)

### **3.1.9. Abordaje enfermero en la conducta suicida.**

El abordaje enfermero en la conducta suicida es un tema bastante omitido en la sociedad actual. Desde el punto de vista de enfermería se necesita una mayor información del problema actual de la conducta suicida; y una mejor información para poder combatir el estigma creado acerca de esta. Así como una mayor formación en herramientas de detección de estas conductas suicidas y en las estrategias terapéuticas. Por otro lado, se ha de destacar que la literatura afirma que la enfermería juega un papel primordial en las personas con conducta suicida; a través de la educación, de la prevención y del cuidado.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), el rol de los profesionales de enfermería en el ámbito de la salud mental está poco desarrollado; pero, a su vez asegura que estos son personal indispensable en el tratamiento y cuidado de las personas que padecen alteraciones de la salud mental; sobre todo los relacionados con la conducta suicida. (23)

Es relevante señalar que a través de investigaciones cualitativas se sabe que los pacientes con comportamientos suicidas reconocen la importancia de recibir cuidados de enfermería que les brinden seguridad, respeto, aceptación; así como que transmitan confianza y esperanza al paciente. (23)

Por otro lado, hay que tener en cuenta que entre los escenarios para la prevención de la conducta suicida podemos encontrar la familia y la escuela; y para ello es fundamental el papel de la enfermera comunitaria; quienes son capaces de desarrollar estrategias de prevención con el fin de proporcionar a padres y profesores educación acerca de estas conductas. Además, otra función importante de la enfermería comunitaria, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado es propiciar la búsqueda activa de adolescentes en situación de riesgo; y conectarles con los servicios de salud; previniendo así las conductas de riesgo. (23,24)

Cabe destacar que hay diferentes actuaciones preventivas que el personal de enfermería puede realizar en la población adolescente para la prevención de la conducta suicida; tanto en el ámbito escolar como en el familiar; las cuales podemos ver en la tabla 6. (24)

Y, a partir de estas actuaciones podemos destacar tres tipos de programas de prevención y educación sobre el riesgo de suicidio en adolescentes. En primer lugar, los programas basados en los currículos; donde se aumenta la conciencia sobre el problema de la conducta suicida. En segundo lugar, se encuentran los programas de entrenamiento destinados a grupos de profesionales educativos; donde se informa sobre los posibles riesgos de conducta suicida, signos de alerta y los recursos disponibles de salud mental fuera del entorno escolar. Por último, se lleva a cabo el tamizaje o la identificación potencial de adolescentes en riesgo de conducta suicida. (24)

<b>Actuaciones preventivas en la conducta suicida</b>	
<b>Ámbito escolar</b>	<b>Ámbito familiar</b>
Facilitar una respuesta positiva en el desarrollo de los niños y adolescentes.	Involucrar a la familia en el cuidado tanto de la salud como de la vida.
Promover la salud y seguridad.	Proporcionar recursos e información necesarios para abordar problemas psicosociales, emocionales y conflictos familiares.
Intervención en problemas potenciales y reales de salud, mediante la conformación de equipos interdisciplinarios.	Dar información a los miembros de la familia para que estén preparados para identificar y responder ante posibles cambios en la salud mental y la manifestación de señales de alerta que puedan indicar un riesgo de conducta suicida.
Colaborar con otros profesionales del equipo interdisciplinar para empoderar tanto al adolescente como a la familia.	Equilibrar el triángulo entre el individuo, la familia y el entorno.

**Tabla 6.** Actuaciones preventivas de la conducta suicida en el ámbito escolar y familiar.  
 Tabla de elaboración propia a partir de la revista sanitaria de investigación, 2022 (24).

### **3.2 Justificación:**

Se ha decidido realizar este estudio ya que nos encontramos en la actualidad ante un incremento de casos de conducta suicida, y a su vez, ante un incremento de casos de consumo de cannabis, cada vez en edades más tempranas según vemos reflejado en el Instituto Nacional de Estadística (INE) (25,26)

A su vez es un tema omitido por la mayor parte de la sociedad; ya sea por miedo o por desconocimiento. Por lo que, no se hace especial hincapié en la prevención de estas conductas; ya que al omitir el tema no se ve como un problema de la sociedad actual.

Como se ha podido recoger en este trabajo, la figura del personal de enfermería en el ámbito de la salud mental y de las drogodependencias no está muy desarrollado; y sin embargo está demostrado que su papel es esencial. Esto a su vez provoca una desinformación y una disminución de la calidad de los cuidados que estos pacientes requieren, aumentando con esto las conductas de riesgo.

La información recogida en este trabajo refleja la relación que hay entre un consumo crónico de cannabis con un comienzo en la etapa de adolescencia; lo cual es una conducta evitable, con la conducta suicida; siendo una variable más de todas las que afectan en esta conducta.

El objetivo de este trabajo es estudiar la relación del consumo de cannabis en la adolescencia y la conducta suicida; mediante cuestionarios; utilizando el CAST (anexo 2) y pudiendo ver si la relación que hay entre estas dos variables es únicamente en un consumo problemático de cannabis o podría también ser un factor de riesgo en un consumo menos problemático. Sabiendo así cuándo, dónde y cómo se debe prevenir esta conducta; y consiguiendo que se traten estos dos temas tan importantes desde la enfermería; en el cual no debemos olvidar que una de sus funciones, a veces olvidadas pero muy importante es la salud mental, y la prevención de conductas de riesgo.

## **4. Objetivos e hipótesis:**

### **4.1 Objetivos:**

#### **4.1.1 Objetivo general.**

El principal objetivo de este estudio es determinar la relación que hay entre el consumo de cannabis en el periodo de la adolescencia; tanto de manera puntual como de forma crónica o problemática; con la conducta suicida en la edad adulta (25 -64 años).

#### **4.1.2 Objetivos específicos.**

- Determinar la prevalencia del consumo puntual de cannabis durante la adolescencia en la población a estudio.
- Analizar los factores que aumentan el riesgo de consumir cannabis durante la adolescencia.
- Investigar la relación entre el consumo problemático de cannabis durante la adolescencia y la aparición de conductas suicidas en la edad adulta.
- Analizar la influencia de diferentes variables como el sexo, nivel socioeconómico y entorno familiar en relación al consumo de cannabis en la adolescencia y la conducta suicida en la edad adulta.
- Determinar las variables diferenciales del consumo de cannabis (frecuencia de consumo de cannabis, cantidad, modo de consumo) y su relación con la conducta suicida en la edad adulta.
- Determinar los posibles efectos del consumo de cannabis durante la adolescencia a largo plazo, en la salud mental y los trastornos asociados a esta, así como la incidencia de la conducta suicida.
- Evaluar la eficacia de intervenciones preventivas dirigidas a la disminución del consumo de cannabis en la adolescencia en relación a la prevención de la conducta suicida en la edad adulta.

### **4.2 Hipótesis.**

- Hipótesis nula (H0):

El consumo de cannabis en la adolescencia de manera puntual o crónica no influye en la conducta suicida durante la edad adulta.

- Hipótesis alternativa (H1):

El consumo de cannabis en la adolescencia de manera puntual o crónica si influye en la conducta suicida durante la edad adulta.



## **5. Metodología:**

### **5.1 Diseño del estudio.**

El tipo de estudio seleccionado es un estudio analítico observacional de tipo casos y controles con carácter retrospectivo.

Este estudio es un estudio observacional ya que se pretende recoger información acerca de la relación del consumo de cannabis con la conducta suicida, pero sin interferir en ella. En este caso se trata de un estudio con carácter retrospectivo ya que se toma para este, dentro de la población escogida, una muestra de personas con conducta suicida y se examina dentro de este grupo el factor de consumo de cannabis; analizando quienes han consumido esta sustancia durante el periodo de la adolescencia y quienes no; estudiándolo así mediante un muestreo por conveniencia.

El tema de este trabajo ha sido elegido debido a la falta de información acerca de la relación de este factor de riesgo con la conducta suicida; y a la importancia que tiene este en el ámbito de la salud; pudiendo mediante esta investigación obtener conclusiones y poder conseguir un abordaje más amplio desde el campo de la enfermería en el ámbito del consumo de cannabis y la prevención de este.

La duración de este estudio se estima que sea de un año y medio desde que se presente el proyecto hasta que posteriormente se analicen y publiquen los datos definitivos como un artículo de investigación.

### **5.2 Sujetos de estudio.**

El estudio en cuestión se desarrollará en el ámbito de los servicios de salud; ya sea hospitales, centros de especialidades o centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid.

La población que se va a estudiar engloba toda la población adulta (entre 25 y 64 años) de la Comunidad de Madrid. Dentro de esta población, la población diana está compuesta por aquellas personas, pertenecientes a la Comunidad de Madrid, que han experimentado el consumo de cannabis durante la adolescencia; ya sea de manera puntual, crónica o problemática y que se encuentran ahora en la edad adulta.

Por otro lado, la población accesible es aquella que acude a los centros donde se lleva a cabo la investigación, que están dispuestos a facilitar información sobre su consumo de cannabis y su salud mental y que cumplen con los criterios de inclusión del estudio.

Con respecto a la población elegible, esta engloba dentro de la población accesible, las personas de edad adulta que, sin importar el tipo de consumo, han consumido cannabis durante la adolescencia. Y, por último, la muestra final será aquella dentro de la población elegible que cumpla con los criterios de inclusión y que por lo tanto represente adecuadamente a la población elegible; cabe destacar que estas personas serán quienes participen en el estudio.

- **Criterios de inclusión:**

- Mujeres y hombres que acudan a los servicios de salud anteriormente indicados.
- Personas que hayan consumido cannabis durante la adolescencia; ya sea de manera puntual, crónica o problemática.
- Pacientes con conductas suicidas; ya sea ideación suicida, pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Pacientes con edades comprendidas entre los 25 y 64 años.
- Consentimiento informado y voluntad de participación en el estudio.
- Comprensión, expresión y habla fluida del castellano.
- Pacientes con capacidad de comprender y responder a preguntas.

- **Criterios de exclusión:**

- Menores de 25 años.
- Mayores de 64 años.
- Pacientes que no comprendan o hablen la lengua española.
- Personas que no hayan consumido cannabis durante la adolescencia.
- Personas sin ningún tipo de conducta suicida en la edad adulta.
- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
- Pacientes a quienes según una valoración previa les pueda suponer el estudio un daño en su integridad física o psicológica.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

El tipo de muestreo empleado será un muestreo por conveniencia; no probabilístico ni aleatorio ya que se seleccionará el grupo de personas que cumpla los criterios de inclusión, dentro de todos aquellos que acudan a los centros de la Comunidad de Madrid donde se va a llevar a cabo este estudio. Aun así, se intentará que en todo momento la muestra sea representativa, aunque no sea aleatoria. Es por esto por lo que el tamaño de la muestra tiene que ser significativo.

Por otro lado, se ha empleado un procedimiento para calcular el tamaño muestral estimado y hemos obtenido los resultados expresados a continuación.

Para el cálculo del tamaño muestral, se determina una seguridad del 95%, una precisión del 3% y una proporción esperada del 5%. Se ha tenido a su vez en cuenta un intervalo de confianza del 95% que corresponde a un valor  $\alpha=0,05$ , y un valor de  $Z_{\alpha}= 1,96$ ; obteniendo un tamaño muestral estimado de 406 sujetos, con un 20% de pérdida de sujetos, lo que dará lugar a 507 sujetos.

### 5.3 Variables.

Como ya se ha mencionado anteriormente, este estudio tiene como población de interés un grupo de personas que acuden a los centros donde se va a realizar el estudio y que cumplen con los criterios de inclusión.

La selección de las variables, las cuales figuran en la Tabla 7 a continuación, se ha realizado a partir de los objetivos generales y específicos del estudio. Y las siguientes serán recogidas a través de cuestionarios y de la Historia Clínica de los diferentes pacientes.

En primer lugar, se van a estudiar las variables sociodemográficas, económicas y relacionadas con la salud mental; las cuales controlan posibles factores de confusión, pudiendo seleccionar un grupo de personas con las mismas características. Y además proporcionan un contexto más completo para poder llevar a cabo la interpretación de los resultados.

En segundo lugar, se estudian las variables relacionadas con el consumo de cannabis en el periodo de la adolescencia y las relacionadas con la conducta suicida en la etapa adulta; las cuales nos van a mostrar la relación que existe entre el consumo de cannabis en la adolescencia y la conducta suicida en la etapa adulta; pudiendo llevar a cabo posteriormente diversas intervenciones preventivas en aquellas personas con conducta suicida.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Herramienta de medición	Categorías posibles de la variable
<b>Edad</b>	Cuantitativa discreta	Ficha de recogida de datos	<25 años 25 -64 años >64 años

<b>Sexo</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Ficha de recogida de datos	Masculino Femenino
<b>Estado civil</b>	Cualitativa nominal policotómica	Ficha de recogida de datos	Soltera/o Casada/o Viuda/o Divorciada/o Conviviente
<b>Lugar de residencia</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Ficha de recogida de datos	Urbano Rural
<b>Nivel de estudios</b>	Cualitativa nominal policotómica	Ficha de recogida de datos	Ninguno Educación primaria Educación secundaria Educación técnica o profesional Educación universitaria Educación postgrado
<b>Nivel económico</b>	Cualitativa nominal policotómica	Ficha de recogida de datos	Bajo Medio Alto
<b>Empleo actual</b>	Cualitativa nominal policotómica	Ficha de recogida de datos	Empleado Desempleado Estudiante
<b>Acceso a servicios de salud mental</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	Si No
<b>Historial de trastornos mentales</b>	Cualitativa nominal policotómica	Historia clínica	Ninguno Ansiedad Trastorno bipolar Depresión Psicosis Otros

<b>Antecedentes familiares de enfermedad mental</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	Si No
<b>Uso de servicios de salud mental</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	Si No
<b>Consumo de cannabis en la adolescencia</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	Si No
<b>Tipo de consumo de cannabis en la adolescencia</b>	Cualitativa nominal policotómica	Escala CAST	Experimental Ocasional Habitual Problemático
<b>Edad de inicio del consumo</b>	Cualitativa ordinal	Cuestionario	12-14 años 15-17 años >18 años
<b>Presencia o ausencia de conducta suicida en edad adulta</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	Presencia Ausencia
<b>Gravedad de conducta suicida</b>	Cualitativa nominal policotómica	Cuestionario	Ausencia de conducta suicida/ Ideación suicida leve/ Ideación suicida moderada/ Ideación suicida grave/ Intento suicida leve Intento suicida grave

**Tabla 7.** Variables incluidas en el estudio. Tabla de elaboración propia.

La medición de las variables se llevará a cabo mediante la Historia clínica de los pacientes que van a participar en el estudio, mediante una entrevista y ficha técnica de recogida de datos (anexo 4) y por último mediante un cuestionario de elaboración propia que figura en el anexo 5 y que se les facilitará a los participantes para poder llevar a cabo el estudio.

Más concretamente, los datos recogidos a través de la ficha de recogida de información son las variables sociodemográficas.

Por otro lado, la variable de tipo de consumo de cannabis será recogida mediante una escala específica, la escala CAST; cuya estructura se muestra en el anexo 2.

A través de la historia clínica se va a recoger la información referente a los trastornos mentales previos diagnosticados, ya que mediante esta se pueden obtener datos verídicos.

Y, por último, a través del cuestionario de elaboración propia se recogerán todas las variables relacionadas con el consumo de cannabis en la adolescencia y la conducta suicida en la edad adulta.

## **5.4 Procedimiento de recogida de datos.**

El procedimiento de recogida de datos se va a realizar en los diferentes centros de atención primaria y hospitales de la Comunidad de Madrid. Este proceso sigue unas instrucciones estrictas de tal forma que la recogida de datos se lleve a cabo con la mayor exactitud posible, previniendo todos los sesgos que puedan alterar los resultados del estudio.

De esta forma, tras obtener las solicitudes firmadas de los centros que van a participar en la recogida de datos, se dará una formación a los profesionales que van a participar en este proceso como investigadores de tal forma que se lleve a cabo la recogida de la mejor manera posible, estando el personal formado acerca de la metodología del estudio.

Por otro lado, para que los pacientes que acuden a los centros de recogida de datos puedan participar en el estudio, deberán de ser correctamente informados acerca del procedimiento que se va a llevar a cabo mediante una hoja informativa (Anexo 6), tener todas sus dudas resueltas y por último firmar el consentimiento informado (Anexo 7).

En primer lugar, una vez ya hayan sido captados los pacientes que van a participar en el estudio, se les hará acudir diferentes días para rellenar algunas fichas técnicas, formularios y realizar una entrevista.

Durante una primera entrevista, en la que el profesional fomentará una conversación en la que el paciente se sienta cómodo, seguro y tranquilo; se solucionarán todas las dudas que tenga el paciente, se le explicará más en detalle el proceso al que va a someterse y se le proporcionará más información acerca del estudio y de la importancia que tiene que participe en él.

Cabe destacar que las variables sociodemográficas serán recogidas a partir de una ficha técnica de recogida de datos; la cual figura en el anexo 4; mediante una entrevista con el profesional formado en la metodología del estudio previamente.

Posteriormente se le pasará al paciente la escala CAST para poder ver el tipo de consumo de cannabis que lleva a cabo. Y, por último, el paciente rellenará un cuestionario de

elaboración propia (anexo 5); en el cual se recogerá información acerca de sus hábitos, su consumo de cannabis y la conducta suicida.

Finalmente, el investigador se mostrará accesible para poder solucionar cualquier duda que tenga el paciente, y en el último encuentro el investigador agradecerá la participación y colaboración a los sujetos, despidiéndose de ellos.

Posteriormente, los datos recogidos se introducirán en una base de datos creada en Microsoft Excel <sup>TM</sup> para su posterior análisis y tratamiento estadístico con el programa IBM SPSS <sup>TM</sup> Statistics.

Y, una vez estos datos sean contrastados y expresados, se redactará un informe oficial con los datos obtenidos en el estudio; se publicará y se presentará de manera oficial.

## **5.5 Fases del estudio. Cronograma.**

Este estudio se divide en tres etapas; desde el planteamiento del problema de investigación hasta la publicación de los resultados del estudio una vez concluido. Estas etapas son la fase conceptual, la metodológica y la fase empírica.

La primera fase es la fase conceptual en la que se va a formular el problema de investigación; teniendo la necesidad de investigar acerca de la relación del consumo de cannabis en la adolescencia con la conducta suicida en la edad adulta. Tras plantear esta pregunta de investigación, se realiza una búsqueda bibliográfica completa a partir de términos DeCS y MeSH; tanto en español como en inglés acerca del tema; utilizando diferentes bases de datos y otras fuentes bibliográficas.

Posteriormente se realiza la fundamentación acerca del tema escogido y la justificación de este proyecto como un proyecto observacional de investigación; así como la especificación del objetivo general y los objetivos específicos del mismo.

La segunda fase es la fase metodológica; en el cual se diseña la metodología que se quiere emplear para el estudio; en este caso, un proyecto de investigación observacional; la cual tendrá una duración de dos meses. Para ello se seleccionan hombres y mujeres en etapa adulta que durante su etapa de adolescencia hayan consumido cannabis; y paralelo a esto, se presenta el proyecto en los centros sanitarios, se presenta a los Comités de Ética de Investigación Clínica y se busca la manera de financiar el estudio.

Finalmente, la tercera fase del estudio es la fase empírica; la cual consiste en la recogida de datos, análisis de estos, redacción de los resultados obtenidos en el estudio y discusión de estos. Así como la conclusión y difusión de los resultados tanto en un informe oficial como a través de otros medios.

A continuación, se realiza un cronograma para que el investigador pueda visualizar de manera más gráfica las diferentes fases del estudio.

FASES												
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
<b>FASE CONCEPTUAL</b>												
Formulación del problema de investigación												
Búsqueda bibliográfica												
Fundamentación y justificación												
Formulación de objetivos												
<b>FASE METODOLÓGICA</b>												
Elección del diseño de estudio												
Selección de sujetos												
Presentación de proyecto												
Financiación del estudio												
<b>FASE EMPÍRICA</b>												
Recogida de datos												
Análisis de datos												
Redacción de resultados												
Discusión y conclusiones												
Difusión de resultados												

**Tabla 8.** Cronograma de las fases del estudio. Tabla de elaboración propia.



## 5.6 Análisis de datos.

Tras la recogida de datos mediante el proceso anteriormente indicado y realizándolo de manera cronológica como se explica detalladamente en el cronograma, se introducirán los datos obtenidos en una base de datos creada con el programa EXCEL y posteriormente estos serán exportados al programa IBM, SPSS Statistics para poder llevar a cabo un análisis estadístico de los datos.

Para el análisis de los datos hay que diferenciar entre las variables cualitativas y las cuantitativas; ya que el tratamiento de cada una de ellas será diferente.

En el caso de las variables cuantitativas se utilizarán medidas de dispersión y de posición central; las más frecuentes la media, la mediana y la moda.

En el caso de las variables cualitativas; ya sean de tipo nominal u ordinal, utilizaremos la estadística descriptiva mediante las frecuencias absolutas o relativas. Y para representar los resultados de estas variables se utilizarán diagramas de barras y diagramas de sectores.

Para la comparación de las variables cualitativas se utilizará la prueba estadística Chi Cuadrado; comprobando si hay relación entre las variables o no. Cabe destacar que todas las variables serán volcadas en el programa SPSS; pudiendo volcar directamente las variables cuantitativas y teniendo que codificar las variables cualitativas para poder transcribirlas al programa en cuestión.

En el caso de la comparación de variables cualitativas, se crearán dos tablas; una de ellas de la relación esperada y la otra de la relación observada. Posteriormente se observarán los datos obtenidos de estas; y, en caso de haber diferencias significativas se crearán dos hipótesis para confirmar si las diferencias se deben al azar o a una diferencia realmente significativa. En este caso, la Hipótesis nula ( $H_0$ ) significará que no hay relación significativa entre las variables; mientras que la Hipótesis alternativa ( $H_a$ ) significará que existe una relación significativa entre las dos variables en estudio.

Para poder rechazar o aceptar una hipótesis se deberá tener en cuenta el p-valor obtenido mediante el programa de SPSS; el cual será comparado con el valor establecido de  $\alpha = 0,05$ . Si el p-valor del estudio es mayor que  $\alpha = 0,05$ , significaría que los datos no son significativos y entonces se debe aceptar la hipótesis nula; es decir, no existe relación entre las dos variables de estudio. Mientras que si el p-valor es menor que  $\alpha = 0,05$  significa que la relación no se debe al azar, que los datos son significativos y se acepta la hipótesis alternativa; las dos variables de estudio si tienen relación significativa.

## 6. Aspectos éticos:

El Comité de Ética de Investigación Clínica de la Comunidad de Madrid revisará este proyecto de investigación de estudio observacional sobre la relación entre el consumo de cannabis durante la adolescencia y la conducta suicida en la etapa adulta para otorgar su aprobación y permitir la continuación del mismo.

Es importante destacar que este estudio cumple con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica; bajo la regulación de ámbito nacional del RD 561/93 y de ámbito internacional, Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95).

Por otro lado, el principio de autonomía y dignidad de las personas será respetado en todo momento como figura en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ya que todo sujeto que participe en el estudio lo realizará de manera voluntaria, pudiendo revocar su participación cuando lo desee.

Además, se les entregará una hoja de consentimiento informado (anexo 7), tras entregar la hoja informativa (anexo 6) y facilitando a los participantes todo el tiempo necesario como para que lo lean detenidamente y resuelvan todas sus dudas.

En los documentos de información y en el consentimiento informado se menciona la Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, que asegura la confidencialidad y la participación anónima en este estudio.

Tal y como también se detalla en el documento informativo, se asegura que los datos serán tratados con absoluta confidencialidad y de únicamente por el equipo de investigadores del estudio; de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Además, se designará un delegado de Protección de Datos dentro del equipo, cuya función será proteger los datos de los pacientes y garantizar la confidencialidad de estos.

Por último, destacar que la participación en este estudio no supone el riesgo de la integridad física ni psíquica de los pacientes; ya que no se van a llevar a cabo procesos ni técnicas invasivas. Y sin embargo supone un gran avance en investigación para poder remodelar los programas de prevención en el ámbito de la enfermería.

## **7. Limitaciones del estudio:**

Tras el planteamiento del estudio de investigación es necesario detectar las limitaciones que presenta; tanto a nivel de validez interna como validez externa.

En cuanto a la validez externa, una de las limitaciones es que el estudio solo será realizado por población que acceda a los centros sanitarios en cuestión a realizarlos; quedando fuera población en riesgo que probablemente tengan un consumo problemático de cannabis que de manera habitual no acuden a los centros sanitarios. Otra limitación es la edad; ya que se minimiza el grupo en estudio a personas de edad adulta que han consumido cannabis en la adolescencia; es por esto que descartamos tanto a la población que sale del rango de edad de 25 a 65 años, como a aquellos pacientes que no hayan realizado ningún tipo de cannabis durante su época de adolescencia.

También es destacable la limitación del contexto socio- cultural y la época en la que se lleve a cabo el estudio. Ya que las actitudes hacia el consumo de cannabis varían a lo largo del tiempo y es por esto por lo que los resultados del estudio podrían no reflejar la realidad actual o futura del consumo de cannabis y su relación con la conducta suicida.

Por otro lado, en cuanto a la validez interna, existe el sesgo de selección, ya que los participantes pueden ser seleccionados de manera no representativa e incluso auto – seleccionarse.

También podría haber un sesgo de información ya que los datos están determinados por la memoria de los participantes, o por la tendencia de estos a proporcionar datos socialmente aceptables.

Y, por último, otra limitación con respecto a la validez interna es que al tratarse de un estudio observacional y al no ser experimental; no se puede establecer una relación causal entre el consumo de cannabis en la adolescencia y la conducta suicida; pudiendo tan solo establecer asociaciones correlacionales.

## 8. Bibliografía:

- (1) Portal Plan Nacional sobre Drogas - Cannabis [Internet]. Gob.es. [citado el 27 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/home.htm>
- (2) Observatorio E. Gob.es. [citado el 29 de diciembre de 2023]. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2022\\_OEDA\\_Monografia\\_Cannabis.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2022_OEDA_Monografia_Cannabis.pdf)
- (3) Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry [Internet]. 2019 [citado el 4 de enero de 2024];76(4):426. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>
- (4) Borges G, Bagge CL, Orozco R. A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. J Affect Disord [Internet]. [citado el 8 de enero de 2024]; 2016;195:63–74. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715310004>
- (5) Kaur N, Bastien G, Gagnon L, Graham J, Mongeau-Pérusse V, Bakouni H, et al. Variations of cannabis-related adverse mental health and addiction outcomes across adolescence and adulthood: A scoping review. Front Psychiatry [Internet]. 2022 [citado el 10 de enero de 2024];13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2022.973988>
- (6) Leite RTP, Nogueira S de O, Nascimento JPR do, Lima LS de, Nóbrega TB da, Virgínio M da S, et al. The use of cannabis as a predictor of early onset of bipolar disorder and suicide attempts. Neural Plast [Internet]. 2015 [citado el 11 de enero de 2024];2015:1–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/434127>
- (7) Budney A, Roffman R, Stephens R, Walker D. Marijuana dependence and its treatment. Addict Sci Clin Pract [Internet]. 2007 [citado el 11 de enero de 2024];4(1):4–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1151/ascp07414>

- (8) Martín DR, Arias F, Sánchez-Romero S, Rubio G, Rodríguez-Jiménez R. Psicosis inducida por cannabis: características clínicas y su diferenciación con la esquizofrenia con y sin consumo de cannabis asociado. *Adicciones* [Internet]. 2020 [citado el 11 de enero de 2024];33(2):95–108. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1251/1122>
- (9) Diagnósticos C. Guía de consulta de los [Internet]. Edu.co. [citado el 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- (10) Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes [Internet]. Edu.pe. [citado el 15 de enero de 2024]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1539/1567>
- (11) Campillo Serrano C, Fajardo-Dolci G. Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gac Med Mex* [Internet]. 2021 [citado el 15 de enero de 2024];157(5). Disponible en: [https://www.gacetamedicademexico.com/frame\\_esp.php?id=640](https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=640)
- (12) Cortés Alfaro A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. 2014 [citado el 18 de enero de 2024];30(1):132–9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252014000100013&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252014000100013&script=sci_arttext&tlng=en)
- (13) Hernández Soto PA, Villarreal Casate RE. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan* [Internet]. 2015 [citado el 18 de enero de 2024];19(8):1051–8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192015000800014&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192015000800014&script=sci_arttext)
- (14) Tziraki S. Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis [Internet]. Gob.mx. 2012 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/EfectosMentales.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/EfectosMentales.pdf)

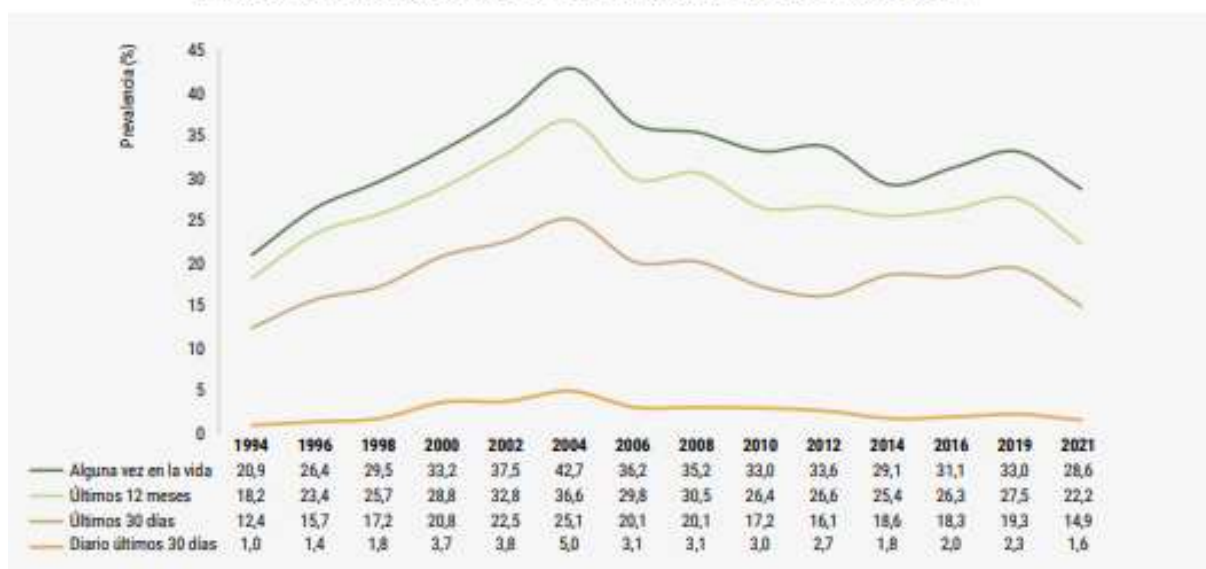
- (15) Del Bosque J, Fernández C, Huesca RS, Díaz DB, López ADG, Mairena AF, et al. El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud [Internet]. Medigraphic.com. 2013 [citado el 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam132h.pdf>
- (16) Hurd YL. Cannabis and the developing brain challenge risk perception. J Clin Invest [Internet]. 2020 [citado el 13 de enero de 2024];130(8):3947. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1172/jci139051>
- (17) De la Villa Moral Jiménez M, Ovejero Bernal A, Sirvent Ruiz C, Rodríguez Díaz FJ, Pastor Martín J. Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. Salud Ment (Mex) [Internet]. 2009 [citado el 15 de enero de 2024];32(2):125–38. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000200005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200005)
- (18) Lloret Irlles D, Perona C, Franco O, Galnares G, Civantos I, León M. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES [Internet]. Gob.es. [citado el 18 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdr\\_om/VOL96/ORIGINALES/RS96C\\_202201004.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL96/ORIGINALES/RS96C_202201004.pdf)
- (19) Rodríguez-Kuri SE, Díaz-Negrete DB, Gracia-Gutiérrez de Velasco SE, Guerrero-Huesca JA, Gómez-Maqueo EL. Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. Salud Ment (Mex) [Internet]. 2007 [citado el 18 de enero de 2024];30(1):68–81. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252007000100068](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252007000100068)
- (20) Vázquez N, Muñoz L, Juárez y Carles Ariza O. ¿QUÉ FUNCIONA EN LA PREVENCIÓN SELECTIVA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y CÁNNABIS EN JÓVENES VULNERABLES? (\*) [Internet]. Gob.es. [citado el 18 de enero de 2024]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdr\\_om/VOL92/ORIGINALES/RS92C\\_201810070.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL92/ORIGINALES/RS92C_201810070.pdf)

- 21) Mercedes Lupiani Giménez. Fco. Javier Gala León. ABORDAJE E INTERVENCIÓN MÉDICO-ENFERMERA EN LAS ADICCIONES. [citado el 4 de marzo de 2024] Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Gala/publication/320419191\\_ABORDAJE\\_E\\_INTERVENCION\\_MEDICO-ENFERMERA\\_EN\\_LAS\\_ADICCIONES/links/5a035a25aca272b06ca244ca/ABORDAJE-E-INTERVENCION-MEDICO-ENFERMERA-EN-LAS-ADICCIONES](https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Gala/publication/320419191_ABORDAJE_E_INTERVENCION_MEDICO-ENFERMERA_EN_LAS_ADICCIONES/links/5a035a25aca272b06ca244ca/ABORDAJE-E-INTERVENCION-MEDICO-ENFERMERA-EN-LAS-ADICCIONES).
- 22) De Drogodependencias y Adicciones CE. Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024. 2024. [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209\\_ESTRATEGIA\\_N\\_ADICCIONES\\_2017-2024\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N_ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf)
- 23) Carrascal GC, Virginia C, Castillo C. Index-f.com. [citado el 19 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.index-f.com/rae/303pdf/102117.pdf>
- 24) Investigación RS. Papel de enfermería en el riesgo de suicidio en niños y adolescentes [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 19 de enero de 2024]. Disponible en: [https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-de-enfermeria-en-el-riesgo-de-suicidio-en-ninos-y-adolescentes/?utm\\_content=cmp-true](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-de-enfermeria-en-el-riesgo-de-suicidio-en-ninos-y-adolescentes/?utm_content=cmp-true)
- 25) Tasa de mortalidad por suicidio por capital de provincia, sexo y periodo [Internet]. INE. [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?tpx=61796>
- 26) Informe edades 2022 [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022\\_Informe\\_EDADES.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf)
- 27) Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Boe.es. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/>

## 9. Anexos:

### Anexo 1: Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994 -2001.

**Figura 5.1.1. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2021.**



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

### Anexo 2: Cuestionario CAST (cannabis abuse screening test)

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	Nunca Raramente De vez en cuando Bastante a menudo Muy a menudo
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	
4. ¿Le han dicho los amigos o miembros de su familia que debería reducir el consumo de cannabis?	
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral) ¿Cuáles?	

Fuente: Traducción realizada por el OEDA. DGPNSD.



### Anexo 3: Estadísticas de defunciones por suicidio según edad y sexo.



### Anexo 4: Ficha técnica de recogida de datos.

FICHA TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS		
Código identificativo del investigador		
Código identificativo del paciente		
Fecha de la primera entrevista		
Fecha de firma de consentimiento informado		
1. Edad		
<25 años <input type="checkbox"/>	25-64 años <input type="checkbox"/>	>64 años <input type="checkbox"/>
2. Género		
Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	

<b>3. Estado civil</b>					
Soltera/o <input type="checkbox"/>	Casada/o <input type="checkbox"/>	Viuda/o <input type="checkbox"/>	Divorciada/o <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/>	
<b>4. Lugar de residencia</b>					
Urbano <input type="checkbox"/>			Rural <input type="checkbox"/>		
<b>5. Nivel de estudios</b>					
Ninguno <input type="checkbox"/>	Educación primaria <input type="checkbox"/>	Educación secundaria <input type="checkbox"/>	Educación técnica profesional <input type="checkbox"/>	o Educación universitaria <input type="checkbox"/>	Educación postgrado <input type="checkbox"/>
<b>6. Nivel económico</b>					
Bajo <input type="checkbox"/>		Medio <input type="checkbox"/>		Alto <input type="checkbox"/>	
<b>7. Empleo actual</b>					
Empleado <input type="checkbox"/>		Desempleado <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/>	

**Tabla 9.** Ficha técnica de recogida de datos. Tabla de elaboración propia.

## Anexo 5: Cuestionario para los participantes del estudio.

CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS PERTINENTES DEL ESTUDIO		
Código identificativo del investigador		
Código identificativo del paciente		
Fecha de la realización del cuestionario		
Fecha de firma de consentimiento informado		
1. Indique su género:		
Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
2. Marque su rango de edad en la casilla correspondiente:		
<25 años <input type="checkbox"/>	25-64 años <input type="checkbox"/>	>64 años <input type="checkbox"/>
3. Escriba su edad en la casilla a continuación:		
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		
4. En su día a día, ¿tiene acceso a servicios de salud mental?		
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
5. ¿Tiene algún antecedente familiar de enfermedad mental?		
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

<b>6. ¿Utiliza los servicios disponibles de salud mental; como por ejemplo psicólogos, psiquiatras, terapias, etc.?</b>						
SÍ <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>			
<b>7. Durante su adolescencia, ¿consumió cannabis alguna vez?</b>						
SÍ <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>			
<b>8. ¿Con qué edad inició el consumo de cannabis?</b>						
12 – 14 años <input type="checkbox"/>		15 - 17 años <input type="checkbox"/>		> 18 años <input type="checkbox"/>		
<b>9. ¿Ha tenido alguna vez algún tipo de conducta suicida; ya sea ideación, planificación o intentos suicidas?</b>						
SÍ <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>			
<b>10. ¿Cuál de los siguientes tipos de conducta suicida ha tenido?</b>						
Ausencia de conducta suicida <input type="checkbox"/>	Ideación suicida leve <input type="checkbox"/>	Ideación suicida moderada <input type="checkbox"/>	Ideación suicida grave <input type="checkbox"/>	Planificación suicida <input type="checkbox"/>	Intento suicida leve <input type="checkbox"/>	Intento suicida grave <input type="checkbox"/>

**Tabla 10.** Cuestionario de recogida de datos. Tabla de elaboración propia

## **Anexo 6: Hoja informativa del consentimiento informado.**

Desde el equipo de investigadores del estudio titulado “La relación del consumo de cannabis en la adolescencia con la conducta suicida” nos dirigimos a usted con el propósito de proporcionarle información detallada acerca del estudio en cuestión.

Es importante que reciba toda la información necesaria para poder tomar una decisión acerca de su participación en el estudio. Es por esto que le recomendamos que lea este documento y que posteriormente consulte todas sus dudas con los profesionales e investigadores.

El objetivo de este estudio es explorar la relación entre el consumo de cannabis en la adolescencia y la relación con la conducta suicida; llegando al máximo número posible de población para poder así realizar un estudio representativo. No se prevé ningún riesgo asociado a su participación ni se llevarán acciones que puedan perjudicarle. Y, de acuerdo a la ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información, tiene la posibilidad de abandonar el estudio y revocar el consentimiento informado en cualquier momento sin dar explicaciones.

En caso de aceptar participar, se le solicitará que firme el Consentimiento Informado, que le será proporcionado tras la lectura de este documento; del cual conservará una copia usted y otra se la quedará el investigador para cumplir con los requisitos del estudio.

Dicho estudio tiene una duración de un año, aunque la participación de los sujetos será de seis meses aproximadamente. Y, es importante destacar que ha sido evaluado por los Comités de Ética de Investigación Clínica de la Comunidad de Madrid.

Finalmente, en lo referente a sus datos personales y la información proporcionada para el proyecto de investigación, teniendo en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Esta ley garantiza la protección de sus datos personales y le otorga el derecho a conocer en qué medida se están utilizando.

Para cualquier otra duda que le pueda surgir al respecto, estamos a su disposición.

Firmado, el equipo investigador:

## Anexo 7: Consentimiento informado.

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./ Dña....., con fecha de nacimiento el ...../...../..... Y con DNI .....

Declaro haber revisado y comprendido el documento informativo proporcionado anteriormente; así como haber planteado todas las preguntas pertinentes acerca del proyecto y haber recibido la información necesaria al respecto. Reconozco que mi participación en el siguiente estudio es totalmente voluntaria, y que tengo total libertad de retirarme del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificación.

Otorgo mi consentimiento libremente y de manera voluntaria para participar en el Proyecto de Investigación titulado “Relación del consumo de cannabis en la adolescencia y la conducta suicida”. Además, he sido informado correctamente de la protección de mis datos y el tratamiento de estos conforme al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), en sustitución de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, en lo referente a la protección de los datos personales de los individuos.

Por lo tanto, otorgo mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el estudio y accedo a que se recojan mis datos según lo explicado anteriormente en la Hoja Informativa.

Madrid, a ..... de..... de 2024

Firma del participante:

Firma del Investigador:

