

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**REPRESENTACIONES SOCIALES DEL USO DE
CANNABIS MEDICINAL EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE
LA SALUD.**

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado en Farmacia para optar al grado y título de Maestría Académica en
Farmacodependencia

MÓNICA HIDALGO RIVERA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020

Dedicatoria

A la memoria de mi padre por su ejemplo de trabajo y por todo su amor.

Agradecimientos

A Dios por permitirme conquistar esta meta.

A mi esposo e hijos Gabriel y Christian, mi madre, mis hermanos por su cariño, apoyo, paciencia, comprensión, ánimo y motivación constante.

A los doctores Jaime Caravaca Morera, Angie León Salas y M,Sc. Ernesto Cortés Amador, como miembros del Comité Asesor, por el trabajo en equipo, la orientación, el seguimiento continuo y las recomendaciones del proyecto.

A la Dra. Sandra Badilla, quien estuvo encargada del área de Farmacodependencia al iniciar la maestría, por inspirarme a seguir su vocación. Y a mis jefes y compañeros del Departamento de Farmacología, Toxicología y Farmacodependencia de la Facultad de Farmacia por el apoyo y el estímulo a seguir adelante.

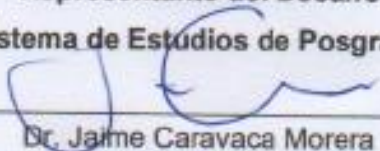
Al Sistema de becas SEP CONARE y la Vicerrectoría de Docencia de la Universidad de Costa Rica por permitirme como parte de sus becarias desarrollar la maestría con éxito.

A la población objeto de estudio que con su participación permitieron hacer realidad y crecer este proyecto.

"Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Farmacología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Académica en Farmacodependencia."



MSc. Juan José Mora Román
**Representante del Decano
Sistema de Estudios de Posgrado**



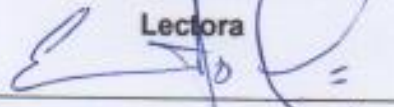
Dr. Jaime Caravaca Morera

Profesor Guía



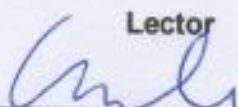
M.Sc. Angie León Salas

Lectora



M.Sc. Ernesto Cortés Amador

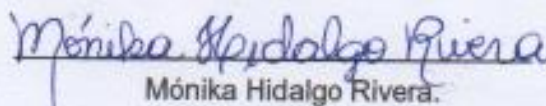
Lector



M.Sc. Andrea Melissa Mora Umaña

Representante

Programa de Posgrado en Farmacia



Mónica Hidalgo Rivera.

Sustentante

Tabla de contenido

Portada.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	ii
Hoja de aprobacion.....	iii
Tabla de contenido	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
Lista de tablas.....	viii
Lista de figuras.....	ix
Lista de ilustraciones	x
Lista de abreviaturas	xi
Introducción	1
Justificación	4
Marco referencial	7
Referente Teórico	17
Diseño de investigación.....	22
Metodología	26
Descripción y Análisis de los Resultados.....	39
Condiciones de producción de las Representaciones Sociales	39
Campo de Información	41

Campo de Representación.....	99
Campo de actitud.....	128
Conclusiones.....	138
Recomendaciones.....	141
Anexos.....	155
Anexo 1. Instrumentos para recolección de datos.....	155
Anexo 2. Tabla 5. Título de noticia, resumen y fuente de información para noticias en Costa Rica del 2018 y del 2019 con la palabra cannabis medicina.....	158
Anexo 3 Diagrama de flujo de medicamentos a base de cannabis NICE.....	161

RESUMEN

Esta investigación fue cualitativa de tipo analítico-descriptivo y corte procesual se llevó a cabo con el objetivo de analizar las representaciones sociales de estudiantes de noveno y undécimo ciclo respectivamente de las carreras de Licenciatura en Enfermería, Licenciatura en Farmacia y Licenciatura en Medicina y Cirugía de la Universidad de Costa Rica sobre el cannabis medicinal. De este conjunto de estudiantes la población voluntaria que participó en esta investigación conformó la población sujeta de estudio. A su vez el objeto de la representación fue cannabis medicinal y el contexto fue el ámbito universitario en el primer ciclo de 2019 (comprendido entre los meses de marzo y julio).

Gracias a una metodología en tres fases: recolección de datos, análisis del material empírico y redacción de resultados; comprendió los hechos particulares que inciden en la elaboración de una representación específica, donde los significados que se asignan al cannabis medicinal están íntimamente ligados a la historia, el contexto y la cultura, además justo en el momento en que se presenta en Costa Rica la potencialidad de cambios en la legislación referente al uso medicinal del cannabis.

Por ello se profundizó en las representaciones sociales como producto de construcciones a partir de elementos de contexto y condiciones socioculturales, bajo la influencia de lo que ha vivido la población sujeta de estudio y bajo la premisa de investigación de que el tipo de conocimiento que posea el estudiantado del área de la salud sobre el cannabis medicinal no condiciona su actitud. Según la revisión de literatura académica existen algunos trabajos finales de graduación, sin embargo, no hay proyectos desde ninguna escuela o instituto de investigación. Precisamente la relevancia de la investigación en el ámbito docente universitario radica en la existencia de limitadas referencias a nivel nacional sobre la temática propuesta. Por sí mismo, el tema controversial del cannabis genera una serie de prejuicios que podrían incidir en la actitud del estudiantado del área de la salud y esta a su vez en el desempeño profesional como educadores en salud. Los resultados de la investigación sirven para conocer si la formación Universitaria tiene incidencia en la construcción de la Representación Social del tema en cuestión y si es necesario o no, alguna transformación de esas representaciones con la finalidad de incidir positivamente en la prestación de servicios de salud a las personas.

Conocer desde la academia las representaciones sociales entre la nueva generación de profesionales que defenderán la Salud Pública permite comprender si se dispone del recurso humano capacitado en caso de que se implemente un marco regulatorio para uso de cannabis medicinal e investigación, por lo que se conoce en esta investigación cuál es la información, objetivación y actitud de las personas que serán profesionales al cuidado de la salud en relación con el tema.

Descriptores: Marihuana Medicinal. Cannabis Medicinal. Representaciones Sociales. Estudiantes Universitarios. Salud Pública.

ABSTRACT

This research was qualitative, analytical-descriptive and procedural, it was carried out with the objective of analyzing the social representations of students in the ninth and eleventh cycle respectively of the Bachelor of Nursing, Bachelor of Pharmacy and Bachelor of Medicine and Surgery career from the University of Costa Rica on medicinal cannabis. Of this group of students, the volunteer population that participated in this research made up the population subject to study. In turn, the object of the representation was medicinal cannabis and the context was the university environment in the first cycle of 2019 (between the months of March and July).

Thanks to a methodology in three phases: data collection, analysis of empirical material and writing of results; understood the particular facts that influence the elaboration of a specific representation, where the meanings assigned to medicinal cannabis are intimately linked to history, context and culture, also just at the moment when potential changes in the Costa Rican legislation regarding the medicinal use of cannabis are presented.

For this reason, social representations as a product of constructions based on elements of context and sociocultural conditions were studied in depth, under the influence of what the population under study has experienced and under the research premise that the type of knowledge possessed by the the student body in the health area on medical cannabis does not condition their attitude. According to the review of academic literature, there are some final graduation projects, however, there are no projects from any school or research institute within the University of Costa Rica. Precisely the relevance of the research in the university teaching field lies in the existence of limited references at the national level on the proposed topic. By itself, the controversial issue of cannabis generates a series of prejudices that could affect the attitude of students in the health area and thus in their professional performance as health educators. The results of the research serve to know wether the University education has an impact on the construction of the Social Representation of the subject in question and if it is necessary or not, some transformation of these representations in order to positively influence the provision of health services to the people.

Knowing from the academy, the social representations among the new generation of professionals who will defend Public Health allow us to understand if trained human resources are available in the event that a regulatory framework for the use of medicinal cannabis and research is implemented, for which it is known In this research, what is the information, objectification and attitude of the people who will be health care professionals in relation to the subject.

Descriptors: Medical Marijuana. Medical Cannabis. Social representations. University students. Public Health

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Áreas de estudio de las representaciones sociales</i>	21
Tabla 2. <i>Distribución de estudiantes participantes por característica</i>	40
Tabla 3. <i>Algunas aplicaciones terapéuticas de cannabis y sus derivados</i>	95
Tabla 4. <i>Ejemplos ilustrativos de conceptos que evocan imágenes sobre el campo de representación</i>	121
Tabla 5. <i>Título de noticia, resumen y fuente de información para noticias</i>	158

Lista de figuras

Figura 1 <i>Pasos para reclutamiento de las personas participantes en el estudio</i>	28
Figura 2 <i>Bosquejo de enlaces entre medios de comunicación referidos por el estudiantado</i>	47
Figura 3. <i>Canales de comunicación según cantidad de estudiantes que los refirieron</i>	51
Figura 4 <i>Comparativo de canales más mencionado</i>	53
Figura 5 <i>Conceptos técnicos científicos mencionados por el estudiantado</i>	96
Figura 6 <i>Esquema de categorías y subcategorías de la representación social</i>	100
Figura 7 <i>Flujograma de ruta sobre pasos a seguir en la prescripción de productos basados en cannabis medicinal</i>	109
Figura 8 <i>Nube de palabras Objetivación y anclaje</i>	122

Lista de ilustraciones

Imagen 1. <i>Folleto Fundación Sulára</i>	57
Imagen 2. <i>Testimonio de paciente, en Facebook</i>	58
Imagen 3. <i>Testimonio paciente y médico</i>	60

Lista de abreviaturas

CBD:	Cannabidiol
CICAD:	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIMED®:	Centro Nacional de Información de Medicamentos
DECS:	Descriptores en Ciencias de la Salud
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
ICD:	Instituto Costarricense sobre Drogas
INIFAR®:	Instituto de Investigaciones Farmacéuticas
FDA:	Food and Drug Administration
GRADE:	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
JIFE:	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
NICE:	National Institute for Health and Care Excellence
OMS:	Organización Mundial de la Salud
THC:	Tetrahidrocannabinol



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Mónica Hidalgo Rivera, con cédula de identidad 303230063, en mi condición de autor del TFG titulado Representaciones sociales del uso de cannabis medicinal en estudiantes del área de salud

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Mónica Hidalgo Rivera

Número de Carné: 896057 Número de cédula: 303230063

Correo Electrónico: monika.hidalgo@ucr.ac.cr

Fecha: 09 de octubre 2020 . Número de teléfono: 83163095

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Jaime Caravaca Morera

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Introducción

Las primeras descripciones de los usos medicinales del cáñamo¹, se ubican en la farmacopea del emperador chino Shen Nung, hace más de 4000 años, allí se recomendaba para el tratamiento del dolor, el resfriado o los trastornos menstruales, entre muchos otros. Por su parte la población japonesa, influenciada por la medicina china, fue la primera en introducir el cáñamo como medio para la meditación. ((Raquel Peyraube & Bouso, 2015), 2015; Escohotado, 1998,p.61).

En la historia de la humanidad también se hace mención del uso lúdico del haschish entre grecorromanos de clases acomodadas, de donde uso lúdico se refiere al consumo con fin de recreación. En África, Oriente extremo y Asia menor, el cáñamo representaba uno de los principales recursos medicinales. Y en India e Irán se utilizaba en ritos religiosos y como droga para socializar (Escohotado, 1998).

Es decir, se visualiza evidencia de larga data sobre el uso, tanto medicinal como lúdico, sobre este último las estimaciones de las Naciones Unidas en el 2012, fueron que *aproximadamente* 177 millones de personas entre 15 y 64 años, declararon haber consumido marihuana² en el año anterior a la ejecución del estudio. Por otra parte, dado

¹ Cáñamo variedad para uso industrial para fibra y alimento.(R. Peyraube & Bouso, 2015).

² Marijuana o cannabis—también conocida como "mota", "hierba", "pasto", "porro", "cacho", "peta" ("pot", "weed", "grass")—es una mezcla de color verde, café o gris de hojas trituradas, tallos, semillas y flores secas del cáñamo—la planta *Cannabis sativa*.(National Institute on Drug Abuse, 2013) La utilización de forma medicinal se hace principalmente por vía oral, y en menor frecuencia por vía endovenosa. Con la inhalación su absorción es rápida y la alta liposolubilidad de sus componentes permite que ingrese rápido a la circulación sistémica y al sistema nervioso central. Las vías ocular, sublingual, dérmica, oral y rectal se han estudiado con propósitos medicinales (Isorna, 2017). Existen tres tipos de cannabinoides: los cannabinoides presentes en las plantas, o fitocannabinoides; los cannabinoides sintéticos; y los cannabinoides presentes en el organismo de los animales, o endocannabinoides. (Peyraube & Bouso, 2015)(Isorna, 2017) En forma general, se denominan cannabinoides a los componentes o principios activos de la planta *cannabis sativa*. Todos estos cannabinoides son moléculas que contienen dentro de su estructura 2 o 3 anillos terpenofenólicos y cerca de 21 átomos de carbono.(Tellez, 2013) El Tetrahidrocanabinol (THC) por si solo ha demostrado tener beneficios médicos para ciertos usos específicos. Existen dos medicamentos a base del THC, dronabinol (Marinol®) y nabilone

que 243 millones de personas usaron al menos una droga ilícita en el mismo periodo, es posible estimar que el consumo de cannabis representa aproximadamente al 73% de los usuarios de drogas ilícitas (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], 2015).

Conviene señalar, que esta investigación se enfocó en el uso medicinal y en 2020 el uso medicinal de la marihuana ha sido evidenciado a través de varios estudios que destacan sus beneficios para distintas condiciones de salud, algunos de ellos también señalan las consecuencias sociales a las que se exponen las personas usuarias.

Siendo que el estudiantado que cursa carreras de las Ciencias de la Salud sería quien atendería a las personas usuarias del cannabis medicinal en caso de que se regularizara el uso legal en Costa Rica, fue de vital importancia conocer el tipo de información que poseen, la forma en la que se comprenden los conceptos científicos, cómo afectan los saberes que poseen en su ámbito personal y su actitud ante el posible uso del cannabis medicinal.

Para poder interpretar y analizar los datos se utilizó el enfoque de la Teoría de las Representaciones Sociales propuesta por Moscovici, de tipo procesual y análisis de contenido de Bardin, con un software para facilitar la codificación de la información.

La asociación de un estigma respecto al uso medicinal del cannabis por parte de las personas profesionales del área de la salud puede incidir en su desempeño profesional para la atención de los pacientes. Comprender cómo perciben y responden al uso medicinal

(Cesamet®) aprobados por la FDA, prescritos en forma de pastilla para las náuseas en pacientes que están recibiendo quimioterapia y para estimular el apetito en pacientes con síndrome consuntivo por el SIDA. También existen varios medicamentos a base de cannabis que han sido aprobados o que están en el proceso de ensayos clínicos. Nabiximol (Sativex®), que combina THC con cannabidiol está disponible en Reino Unido, Canadá y varios países europeos. Adicionalmente Epidiolex, a base de cannabidiol también está siendo investigada para epilepsia en niños (National Institute on Drug Abuse, 2013)(Isaac et al., 2016).

de cannabis sirvió como insumo en el planteamiento de estrategias destinadas a disminuir el estigma, reducir barreras para la atención en salud en caso de que fuera aprobada una ley para su uso, así como mejoras en la preparación académica o el fortalecimiento de las buenas prácticas en la formación universitaria del gremio.

Justificación

Esta investigación se originó en un momento en el que existe polémica social y científica con relación al uso medicinal del cannabis en Costa Rica. Analizar la representación social del cannabis medicinal entre estudiantes de Ciencias de la Salud, permitió obtener un diagnóstico como punto de partida para estudios posteriores y simultáneamente, establecer cuál sería la relación de esa representación en su práctica y potencial desempeño como profesional que prescribe, dispensa o administra cannabis con uso medicinal.

Cabe destacar, que el tener una imagen o impresión del conocimiento se aprovechó de insumo para generar recomendaciones sobre los contenidos en los cursos de farmacología, o redirigir el enfoque sobre eficacia y seguridad del cannabis medicinal a la luz de investigaciones internacionales.

Al mismo tiempo su divulgación permitirá mejorar y fortalecer la atención a pacientes libre de estigmas, dado que, como mencionan Isaac, Saini, & Chaar, (2016) existe estigma incluso en personas consumidoras de opioides bajo prescripción y en personas usuarias de cannabis con fines medicinales; como sucede en Canadá de acuerdo con los hallazgos de Bottorff et al., (2013) en cuyo estudio las personas entrevistadas manifestaron sentirse estigmatizadas por su elección de terapia tanto por sus pares que son personas "sanas" como por el sistema médico en general.

Partiendo de la premisa que la representación social del cannabis medicinal integra elementos del contexto, de condiciones sociohistóricas y culturales y que dicha representación orienta las prácticas de las personas, la investigadora logró dilucidar qué el tipo de conocimiento no condiciona la actitud hacia el uso medicinal del cannabis.

En definitiva, al disponer de insumos para mejorar las políticas de atención, a través del análisis de las representaciones sociales de potenciales profesionales al cuidado de la salud, personas usuarias bajo prescripción de este producto serían las beneficiadas directas de los resultados de esta investigación.

En Costa Rica en 2014, se presentó en la Asamblea Legislativa el proyecto de Ley No.19256 para la “Investigación, regulación y control de las plantas de cannabis para uso medicinal, alimentario e industrial” el cual fue archivado en el mes de octubre del 2018 por mociones de forma.

Para el año 2018 se presentó otro proyecto impulsado por la diputada Zoila Rosa Volio, al mes de setiembre de 2020 no ha sido aprobado y expira en noviembre para su discusión en el plenario.

Por otra parte, y como resultado de la investigación generada por la Comisión Interinstitucional sobre Cannabis Medicinal coordinada por el Ministerio de Salud de Costa Rica, que estuvo en vigencia para estudiar el tema entre el año 2018 e inicios del 2019 se determinó por recomendación de la JIFE la necesidad de crear un órgano interinstitucional que regule el tema, dentro de un marco controlado para personas con padecimientos severos o medicación que afecte la calidad de vida, de acuerdo con los fines indicados en el artículo 2 de la ley 8204.

Dicha comisión determinó que no es necesario una ley nueva, sino un reglamento donde incluya definiciones, disposiciones generales, recurso humano, materiales y equipo, documentación, registro, manejo de la información entre otras.

En el ámbito internacional la literatura consultada, muestra que existe evidencia sobre el nivel conocimiento que tienen personas estudiantes universitarias y proveedoras de servicio de salud en relación con el cannabis medicinal (Peyraube & Bouso, 2015; Brooks

et al., 2017; Amell et al., 2013; Acevedo Urrego, 2009; Roca, Aguirre, & Castillo, 2001; Santos & Oliveira, 2009). Por lo que la investigación aporta una referencia sobre la representación social de estudiantes del área de salud en Costa Rica sobre Cannabis medicinal para comprender mejor la realidad y tratar de transformarla como estudiantes de la Universidad de Costa Rica.

Entre las inquietudes de la investigadora se encontraba indagar ¿qué tipo de conocimiento tienen los estudiantes y las estudiantes del área de la salud respecto al cannabis medicinal? ¿dónde lo han adquirido? y ¿cuál es su actitud? frente al uso medicinal de la misma, toda esta información se logró obtener como parte de la investigación.

Debido a que, aunque existe evidencia histórica que posiciona al cannabis como producto medicinal para algunas dolencias, su uso medicinal no había generado tanta discusión pública como a partir de finales del año 2018. Y considerando que lo que hace falta en Costa Rica es la regulación para su uso medicinal, es pertinente abrir espacios de conversación y explorar las necesidades de capacitación en el tema, desde los estudios de grado y hasta la necesidad de programas de educación continua para profesionales.

Marco referencial

Antecedentes recientes del estudio

Para contextualizar el tema desde lo normativo, conviene subrayar que el marco regulatorio en materia de drogas, se instaura a nivel mundial a partir de las convenciones internacionales conocidas como Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, el Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas, de las cuales se hará mención adelante; y la Convención de 1988 que norma lo relativo al Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias psicotrópicas.

La labor de fiscalización del cumplimiento de los acuerdos de estas convenciones está a cargo de la Junta Internacional Fiscalizadora de Estupefacientes conocida como JIFE. De acuerdo, a las convenciones se clasifican 100 sustancias controladas en cuatro listas, de acuerdo con su valor medicinal percibido y riesgo potencial de abuso, de estas sustancias, la marihuana es la más consumida en el mundo.

Con referencia al consumo a nivel nacional de acuerdo con el Informe sobre Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas del 2015, las personas atendidas por consumo problemático de cannabis han ido *in crescendo*. Proponen en el informe una posible correlación causal entre tres variables los efectos sobre la percepción de riesgo e inocuidad del cannabis, el movimiento “pro cannabis medicinal” y el aumento del consumo.

Al mismo tiempo en este informe el Instituto Costarricense sobre Drogas ([ICD], 2016) incluye una nota aclaratoria indicando que “... el cannabis per se no es medicinal sino algunos de sus cannabinoides (extractos de la planta) que han mostrado potencial medicinal y que hay distintos protocolos de investigación biomédica para evaluar su efectividad en algunas patologías” (ICD, 2016, p.5).

Vinculado al concepto uso medicinal, objeto de estudio de esta investigación, para el año 2020 en América Latina, según Aguilar et al., (2018) la tendencia es hacia normas menos restrictivas. En América está legalizado y regularizado en Canadá, Colombia, Chile, Ecuador, México y Uruguay, así como en 23 estados de Estados Unidos y el Distrito de Columbia (Pearson et al., 2017)

El primer país latinoamericano en permitir el uso de cannabis fue Uruguay, a través de un proceso que inició en junio del 2012 impulsado por José Mujica, el que era en ese momento el presidente de Uruguay. A pesar de encuestas con no tan buenos resultados su propuesta de legalización de la marihuana de una forma controlada y regularizada considerando puntos importantes como la producción y distribución del cannabis fue aprobado en 2013, con el objetivo de aumentar la seguridad ciudadana y proteger la salud pública (Ramsey, 2016).

A través de la Ley N° 19.172, (2014) el Parlamento Legislativo del Gobierno de Uruguay dicta el control y regulación de la marihuana y de sus derivados. Y le corresponde al Estado a través del Instituto de Regulación y Control de Cannabis (IRCCA) controlar y regular todas las actividades relacionadas con el cannabis. Entre ellas la "... importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, comercialización y distribución de cannabis y sus derivados..." (artículo 2).

Con respecto a Costa Rica, se debe mencionar que es signatario de la Convención Única de Estupefacientes de 1971, ratificado en la Ley 7786 del 30 de abril de 1998 y sus reformas, incluida la ley 8204 "Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo" en su artículo 2 señala que:

el comercio, expendio, la industrialización, la fabricación, la refinación, la transformación, la extracción, el análisis, la preparación, el cultivo, la producción, la importación, la exportación, el transporte, la prescripción, el suministro, la distribución, el almacenamiento, la venta de drogas sustancias o productos definidos en esta Ley, así como de sus derivados y especialidades, serán actividades limitadas estrictamente a las cantidades necesarias para el tratamiento médico, los análisis toxicológicos y químicos, el entrenamiento de los animales detectores utilizados por los cuerpos de policía y los análisis fármaco-cinéticos en materia médica o deportiva; para elaborar y producir legalmente medicamentos y otros productos de uso autorizado, o para investigaciones. Solo las personas legalmente autorizadas podrán intervenir en todo lo relacionado con tales sustancias (Ley 8204, 1998).

Aunque, todas las actividades mencionadas según este artículo serán limitadas estrictamente al uso para el tratamiento médico, para elaborar y producir medicamentos y otros productos de uso autorizado o en investigación; a falta de un reglamento que señale la ruta para ejecutarlas con esos fines no ha sido posible implementarlo de una forma regulada en Costa Rica.

En relación con la información circulante sobre cannabis medicinal, se puede afirmar que no toda cuenta con los parámetros de rigurosidad y fidelidad científica. Es ampliamente difundida por lo que la recibe tanto el estudiantado como las personas usuarias del sistema de salud y público en general.

Por un lado, el nivel de conocimiento como indican Navia-Bueno et al., (2011) es de suma importancia para garantizar la competencia y preparación de los futuros profesionales de salud para el enfrentamiento de este fenómeno. Por otra parte, como señala Vargas,

(2007) la dinámica de las actitudes en el contexto de sus interrelaciones con el conocimiento y las prácticas de las personas está determinada por estos dos elementos, actitud y comportamiento.

Sin embargo, no es usual que se aborde este tema en la malla curricular de las carreras del área de la salud, aunque existen conocimientos en farmacología, fisiopatología, psicología médica y psiquiatría con los cuales se espera afrontar el fenómeno de las drogas.

En este sentido es necesario, dotar de herramientas al estudiantado para que los usuarios medicinales que hacen consultas sobre el tema cuenten con el respaldo profesional que le permita solventar esas inquietudes y así evitar la automedicación sin supervisión profesional, por una información errónea o por miedo la desaprobación médica o por su ligamen a estigmas.

Sobre la automedicación o el uso sin prescripción de cannabis, Brands et al., Brands y colaboradores (2017) obtuvieron los siguientes resultados de su investigación 115 personas de 405 que habían consumido en los últimos 12 meses lo hizo con propósitos medicinales. Sin embargo, solamente el 15,3% tenían aprobación médica para usarlo, es decir 98 pacientes lo consumían por automedicación.

Durante la revisión bibliográfica realizada para esta investigación a continuación se describen algunos otros hallazgos que fungen como antecedentes de esta investigación y que relacionan la sustancia cannabis, su uso terapéutico, los usuarios terapéuticos, la percepción de estudiantes universitarios y la percepción de profesionales en salud, en sus descriptores validados por la lista oficial de descriptores en Ciencias de la Salud de la Biblioteca Virtual de Salud de la Organización Mundial de la Salud (DeCS/BVS/OMS).

se obtuvo información de estudios donde se evalúa el nivel de conocimientos sobre drogas psicoactivas lícitas e ilícitas en términos de la comprensión y experiencia para la atención, diagnóstico y tratamiento de pacientes que sufren la adicción de las drogas entre los profesores y los alumnos; como por ejemplo la investigación de Maria Magosso Takayanagui et al., (2011) realizada en la Universidad Mayor de San Andrés, cuyos resultados revelaron desconocimiento sobre drogas lícitas e ilícitas, consecuencias y efectos adversos y la necesidad de mejorar la enseñanza de esos contenidos en las escuelas de salud.

Santos & Oliveira, (2009) investigaron, el conocimiento de universitarios en relación con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y drogas, en un estudio con estudiantes universitarios ingresando o por salir de varias carreras. Los resultados demostraron que los alumnos poseían conocimientos sobre SIDA y drogas. Sin embargo, este era insuficiente, demostrando falta de información y vacíos en la enseñanza, con disociación de contenidos interdisciplinarios e intercurriculares (p. 522).

En otra investigación de Amell et al., (2013) en la que se busca determinar el conocimiento que poseen los estudiantes de enfermería, de una institución privada, respecto a las sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, se contó con la participación de 220 estudiantes elegidos por muestreo simple y a los que se les aplicó un instrumento para obtener la información sobre conocimientos respecto a los órganos afectados y sustancias perjudiciales. Como conclusión, se determinó que los estudiantes reconocen las sustancias psicoactivas como perjudiciales para la salud, pero pocos muestran conocimientos sobre su clasificación, lo cual es sorprendente tratándose de estudiantes del área de la salud.

Ahora bien, en relación con el conocimiento de cannabis medicinal, tema de la presente investigación. Se encontró el estudio de Moeller & Woods, (2015) en el cual con

la finalidad de determinar si es necesario reforzar este tema a lo largo de las carreras de licenciatura en Farmacia en la Universidad de Kansas, realizaron una encuesta a estudiantes de diferentes años de carrera. Ellos abordaron específicamente el tema del nivel de conocimiento en los diferentes niveles de carrera, en relación con el cannabis medicinal. Para ello, consultaron tanto indicaciones aprobadas como no aprobadas en Estados Unidos y efectos secundarios, así como su posición de regular el uso medicinal y el uso recreativo.

En dicha investigación, que podría considerarse estudio marco a la presente propuesta, 311 estudiantes completaron una encuesta. El 58% del estudiantado consideró que el cannabis medicinal debería estar legalizada en todos los estados. Sin embargo, la mayoría de la población sujeta de estudio, no se sentían cómodos respondiendo a las preguntas de los consumidores con respecto a la eficacia, la seguridad o las interacciones medicamentosas relacionadas con la sustancia.

Se demostró, en la investigación supracitada, respuestas precisas para enfermedades o condiciones del uso permitido de cannabis medicinal como cáncer (91%) y glaucoma (57%) identificados por más de la mitad del estudiantado así como conocimiento mayor en niveles superiores dentro de la carrera, razón por la cual en esta investigación se eligió población de estudio al estudiantado de noveno y undécimo ciclo, quienes tienen una perspectiva más amplia en cuanto a terapéutica y tópicos vinculados con la salud.

Como conclusión Moeller & Woods (2015) destacan, la necesidad en las escuelas de farmacia, de evaluar la adecuación de la educación sobre el cannabis medicinal en su plan de estudios; que se aborde el tema en materias como farmacognosia y terapia

oncológica, por ejemplo. Sería interesante contrastar los hallazgos de la presente investigación con estos.

Como antecesores de este tipo de estudio, en 1971 Burke y Marx, realizaron una investigación, que registró las actitudes del estudiantado de Medicina, Derecho y Farmacia con respecto al control legal de sustancias psicoactivas. Ellos encontraron que el 70% del estudiantado de Farmacia apoyaban la prohibición de cannabis en comparación con el 29% entre el estudiantado de Medicina y Derecho. Sin embargo, no lograron establecer la casuística para justificar tal distribución.

Continuando con personal al cuidado de la salud, se encontró varias publicaciones con resultados similares a lo largo del tiempo. Relacionado con conocimiento técnico y necesidades de capacitación, se puede mencionar el trabajo de Ziemianski et al., (2015a) en el que utilizaron un instrumento con escala Likert en 426 médicos canadienses para determinar las necesidades educativas con respecto a cuatro aspectos del cannabis medicinal: conocimiento, experiencia, actitudes y barreras. Sobre conocimiento los participantes indicaron que el más deseado era sobre los "riesgos potenciales, seguridad, señales de advertencia y precauciones para los pacientes que la usan".

Dos años más tarde Brooks et al., (2017a) en Estados Unidos mediante encuesta a enfermeras y médicos, les consulta sobre las necesidades de capacitación y el resultado reveló que requerían capacitación para mejorar sus conocimientos sobre los riesgos de cannabis y aprender cómo comunicar esta información a los pacientes.

Sobre este mismo tópico Zylla et al.,(2018) encuestaron a 163 médicos oncólogos, enfermeras y asistentes en Minnesota, que ejercían en el ámbito comunitario sobre patrones de práctica, barreras y necesidades educativas, llegaron a la misma conclusión, la clara necesidad de brindar a la población participante tanto datos como educación para

orientar sus discusiones sobre los riesgos y beneficios así como consideraciones de costo del uso de cannabis medicinal para los síntomas relacionados con el cáncer.

Mientras Brooks et al., (2017a), recomiendan ofrecer capacitaciones tanto durante estudios de grado como posgrado para solventar esos hallazgos, Ware & Ziemianski, proponían desde 2015 un plan de estudios de cannabis basado en la evidencia. Además que se utilizara tecnologías interactivas para facilitar la transferencia efectiva de conocimientos, como un marco sobre el cual construir esfuerzos educativos e identificar brechas para futuras investigaciones.

En otro sentido, desde el papel del farmacéutico en la dispensación de cannabis con fines medicinales, Isaac et al., (2016) mediante entrevistas semiestructuradas para explorar puntos de vista sobre cannabis medicinal y su papel en el suministro de la misma. Indagaron en cinco aspectos, en las entrevistas se indicó la presencia de estigma social relacionado con cannabis medicinal, sobre todo por ser una sustancia ilícita, en el estudio participaron 34 farmacéuticos australianos.

Finalmente, el tema de drogas y estudiantado universitario, en los últimos cinco años ha sido abordado a nivel internacional básicamente estudiando patrones de consumo en diferentes recintos, así como estilos de vida y en algunos casos su actitud frente a drogas.

Específicamente, se encontró la investigación realizada por (Montalvo & Castillo, 2013) en estudiantado de enfermería en Cartagena, Colombia, para describir los conocimientos, actitudes y prácticas frente al consumo de sustancias lícitas e ilícitas. Los hallazgos de la investigación indicaron que los conocimientos del estudiantado de enfermería sobre sustancias psicoactivas (SPA) lícitas e ilícitas no fueron satisfactorios, aunque mostraron actitudes favorables para su prevención y control.

Concluyen, Montalvo y Castillo (2013) que el consumo de sustancias psicoactivas, por el estudiantado universitario, merece atención de los organismos encargados. A su vez, las autoras recomiendan fortalecer los contenidos curriculares sobre el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas de los futuros enfermeros.

De las investigaciones más recientes al momento de realizar este estudio, con estudiantes universitarios costarricenses y drogas fue la realizada por Morera et al., (2015), donde describen la influencia que tienen ciertos factores socioculturales (entretenimiento, espiritualidad, relaciones familiares) moderando la relación grupo de pares, consumo de drogas lícitas e ilícitas entre jóvenes universitarios en la ciudad de San José.

Dentro de los hallazgos de dicha investigación el 98,4% de los estudiantes reportaron tener por lo menos un amigo que consumía drogas, las más consumidas fueron alcohol, tabaco y cannabis. Se estableció asociación significativa entre algunos factores académicos y culturales con el consumo de drogas legales e ilegales.

Las conclusiones del estudio de Montalvo y Castillo (2013) y Morera, et al (2015) coinciden en que deben implementarse estrategias preventivas considerando la influencia de los factores culturales entre el estudiantado universitario. Sin embargo, estas investigaciones no tuvieron relación directa con esta investigación, aunque evidencian elementos contextuales en común.

Por su parte en específico sobre cannabis medicinal, la falta de investigación fue señalada por M. Hidalgo Rivera (comunicación personal, 24 de febrero, 2020) en Simposio sobre Investigación y Cannabis medicinal en Costa Rica, donde indicó que resultado de investigación de grado o posgrado dentro de la universidad se ha generado de 1968 a la fecha, únicamente ocho investigaciones. Tres desde el ámbito jurídico, una desde la antropología, dos revisiones bibliográficas y dos estudios relacionados con efectos

terapéuticos en modelos animales, ambas en grado de licenciatura en Farmacia y Psicología.

Adicionalmente al hacer uso de palabras claves como *cannabis medicinal*, *estudiantes universitarios* y *representaciones sociales* en el catálogo y bases de datos del Sistema de Bibliotecas Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica; que no se habían combinado en la búsqueda preliminar con los DECS se encontró información insuficiente, por lo que se detectó la necesidad de generar información sobre el tema desde la perspectiva nacional, específicamente la vinculación con representaciones sociales y los otros dos elementos no era visible.

En referencia a los antecedentes de esta investigación y considerar la historia de los usos del cannabis, debemos tener en cuenta que a lo largo de la relación entre el ser humano y la planta se han dado diferentes dinámicas, como medio de satisfacción o como medicina. Es por esto que como indica Tellez (2013), que el cannabis se ha institucionalizado regulando la conducta de las personas en contradicción con otras instituciones.

Ante todos los elementos que configuran el contexto de esta investigación se hace necesario abordar, todo ese entramado que el uso del cannabis establece, en sus diversas formas de interacción social por medio de la Teoría de las representaciones sociales, cuyo referente teórico se explica a continuación.

Referente Teórico

Teoría de las Representaciones Sociales

La Teoría de las Representaciones Sociales según Accorssi, (2014) nace a partir de Serge Moscovici, quien investigó en diferentes grupos, cómo se producía la apropiación del saber y cómo el conocimiento científico, influenciaba la cultura y el pensamiento del sentido común. Posteriormente en su doctorado intentó entender, a través de lo que llamó saber consensual y científico, el pensamiento social, en su dinámica y diversidad. A partir de esta reflexión, fundamentó una consistente crítica al modelo cartesiano de ciencia, hasta el momento basado en la lógica funcionalista.

Moscovici, (2001) confiere una función de colectividad de las representaciones sociales, puesto que el comportamiento no solo es influido por ellas, sino por una especie de “contrato social” que existe en la colectividad donde se desenvuelve.

El mismo autor indica que este contrato social se establece y refuerza constantemente en esa determinada sociedad gracias a los líderes de opinión (políticos, curas, educadores, medios de comunicación, entre otras instituciones) (Moscovici, 2001)

Para Jodelet (1989) la representación social se define como:

una modalidad del conocimiento común que orienta la conducta y la comunicación de los individuos en el mundo social, una representación de alguna cosa (el objeto O) para alguien (el sujeto S). De este modo, la RS está en el lugar del O, “al que restituye simbólicamente, y a la vez porta las marcas de la actividad del S social”

El triángulo psicosocial entre ego (sujeto), álder (las fuentes de información) y objeto (alrededor de lo que se construye) es la base para explicar junto a la comunicación, la construcción y reconstrucción de las representaciones sociales (Araya, 2002).

Para la Teoría de las Representaciones Sociales el sujeto es un grupo social influenciado por un contexto histórico, ideológico y cultural donde el individuo construye sus conocimientos de manera colectiva, inconsciente de su origen y función social (Castorina & Barreiro, 2014).

En resumen, la representación social es una forma de saber práctico que vincula el sujeto con el objeto, nace de experiencias de interacción, de intercambio comunicativo entre instituciones y las prácticas sociales. Son a su vez condiciones de las representaciones sociales que llevan a la formación a los actores; siendo utilizadas por los sujetos para actuar sobre otros miembros de la sociedad (Jodelet 1989, p.43).

Para entender detalladamente el proceso de construcción de la representación social se debe identificar los dos fenómenos involucrados que acontecen de forma simultánea. En primer lugar el proceso de objetivación debe entenderse como la capacidad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra, de proporcionar sentido de realidad a conceptos no comunes para el sujeto (Mora, 2002). Para Jodelet es una operación formadora de imagen y estructurante (pp.481) y para Moscovici (1976) objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos.

La objetivación según Jodelet, (1986) consta de tres etapas:

1. Construcción selectiva: se seleccionan elementos que se ajustan con el sistema ambiente de valores.
2. Esquema figurativo o núcleo figurativo: se asigna una imagen a las ideas abstractas que se trate de objetivar.
3. Naturalización se les aplican figuras “naturales” que constituyen la realidad cotidiana.

Según Jodelet (1986) "...las representaciones sociales siempre representan un objeto tienen carácter de imagen, simbólico y significativo, autónomo y creativo y la capacidad de intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto. Pero sobre todo siempre conllevan algo social" (p.478).

Por otro lado, el anclaje consiste en enraizar socialmente la representación y el objeto. Ese enraizamiento social para Jodelet (2008) consiste en darle significado y utilidad al objeto. Y lleva implícita la integración cognitiva del objeto, condicionada tanto por esquemas de pensamiento preexistentes como por la posición social de las personas y de los grupos.

En resumen, las representaciones en la primera fase le dan sentido a lo desconocido, convierten lo extraño en familiar y en la segunda fase o anclaje, se integran al pensamiento existente a través de la comunicación y la discusión propiciando un pensamiento colectivo de lo correcto o incorrecto, en consecuencia, permiten la justificación de decisiones y acciones (Winfield et al., 2017)

Para Castorina (2016) las representaciones sociales no son un reflejo de la realidad, sino su estructuración significativa. Estructuración que depende de factores vinculados al contexto social, así como la posición del individuo en la organización social.

En este estudio se articuló las representaciones con los elementos actitudinales, las atribuciones de causalidad, los pensamientos estereotípicos y las relaciones intergrupales, que tanto ayudan a situar la Teoría de las Representaciones Sociales en el cuidado en salud (Caravaca, 2017) y los elementos explicados de objetivación y anclaje como parte del abordaje procesual sobre el consumo terapéutico de cannabis en las estudiantes y los estudiantes del área de salud.

Las representaciones sociales se producen para otorgar significado a situaciones sociales extrañas o incomprensibles que al ocurrir generan un “vacío” de sentido social (Moscovici, 2001) como la enfermedad mental o el SIDA donde el grupo crea una “realidad” para comprender.

La Teoría de las Representaciones Sociales puede ser abordada a través de uno de los siguientes enfoques: procesual, estructural o societal. El primero parte de la complejidad de las representaciones (Banchs, 2000) y es liderado por Jodelet en concordancia por lo propuesto por Moscovici. El segundo se centra en procesos cognitivos y su estructura, siendo uno de sus principales exponentes Abric, (2004) y el último fue desarrollado por William Doise y enfatiza las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales (Caravaca, 2017).

En el abordaje estructural, el conjunto de ideas, creencias, actitudes e informaciones que componen las representaciones sociales de un objeto social se organizan en torno de una estructura y constituyen un sistema socio-cognitivo. Mientras que en el societal de acuerdo con algunos investigadores el objetivo es enlazar el plano individual al plano colectivo (Caravaca, 2017).

Jodelet menciona que las representaciones pueden analizarse desde diferentes ópticas, pero este análisis no se debe realizar de forma aislada ya que la interacción entre ellas permite comprender de manera integral dichas representaciones sociales. En la tabla adjunta procedo a sintetizar esas ópticas, las cuáles permiten la aplicación en diferentes áreas de estudio.

Tabla 1*Áreas de estudio de las representaciones sociales*

Óptica	Síntesis
Cognitiva	<i>Contexto</i> como estímulo social del Sujeto <i>Pertenencia</i> Elaboración de ideas interviene valores y modelos del grupo de pertenencia.
Sentido	Sujeto expresa en su representación el sentido que da a su experiencia social a través de códigos proporcionados por la sociedad.
Discurso	Situación de comunicación Pertenencia social (sujetos que hablan) Finalidad del discurso.
Práctica Social	Refleja las normas institucionales derivadas de su posición o del lugar social que ocupa.
Interacciones	Entre los grupos modifican las representaciones.
Representaciones	De esquemas socialmente establecidos por las ideologías dominantes.

Nota. Elaboración propia, con base en La representación social: Fenómenos, concepto y teoría.

Moscovici explica como lo social transforma el conocimiento en representación y como esta representación transfigura lo social mediante los procesos de objetivación y el anclaje. Jodelet a su vez menciona, la pertinencia de este análisis de las representaciones y fenómenos socio cognitivos. (p.481)

Al respecto, y como lo menciona (Morera, Padilha, et al., 2015) la representación funciona como un sistema para interpretar la realidad, a través de la construcción del conocimiento común y colectivo, que incita las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, determinando sus comportamientos, conductas y prácticas. A su vez las representaciones sociales tienen funciones de identidad, orientación y justificación. De identidad porque define a los grupos específicos permitiendo su protección y ubicación en el contexto social. Orientativa al preceder una acción sobre la realidad que determina lo que es legal, ilegal, permitido o no y por último justificativa al permitir entender y evidenciar conductas en situaciones específicas.

Diseño de investigación

Planteamiento del Problema de Investigación

Como se mencionó en el apartado de introducción el cannabis como otras plantas ha estado relacionado con usos lúdicos y medicinales a lo largo de la historia de la humanidad. Durante la última década se ha posicionado como una opción terapéutica y los cambios en la legislación a nivel mundial han generado controversia.

En Costa Rica según IAFA (2016) en su sitio de datos abiertos se reporta una disminución de 18 puntos porcentuales entre el año 2006 al 2015, respecto a la percepción de riesgo de consumir frecuentemente cannabis, entre estudiantes de secundaria.

Sobre este particular el ICD giró una recomendación en 2016 en el Informe de Situación Nacional de Drogas y Actividades Conexas, para abordar el tema del uso de cannabis de manera que se logre prevenir y tratar el problema de consumo problemático, en personas jóvenes que al asociarlo con el uso medicinal o la posibilidad de regulación perciben que no es dañino. Cuando en realidad puede generar consecuencias negativas para la salud pública como lo hacen a pesar de su legalidad: el alcohol y el tabaco. (ICD, 2016).

Se sabe que en Costa Rica el cultivo de cannabis es ilegal, así como lo relacionado con tráfico y almacenamiento de acuerdo con la Ley No. 8204. Sin embargo, el acceso regulado a cannabis para uso medicinal o en investigación no es factible aún mediante cultivo o compra porque ambos procedimientos no se han definido por parte de las autoridades reguladoras.

Por otra parte, ante la ola de información imperante sobre el uso y beneficio medicinales de cannabis, ya el colectivo de pacientes organizados ha empezado a utilizarlo

y elaborarlo de forma artesanal (Soto, 2018), por lo que se podría inferir que hay presión mediática en cuanto a la función estatal de regulación.

Adicionalmente, a nivel legislativo se ha presentado el segundo proyecto dirigido a resolver el tema de ese vacío legal, con la aprobación del proyecto denominado “Ley de producción de cannabis y cáñamo para fines medicinales expediente 21388 “dentro de la corriente legislativa, o en su defecto se logre el fin mediante la elaboración de una guía o protocolo que delimite lo necesario para implementar la norma.

Ante estas situaciones relacionadas al consumo problemático de cannabis y la preocupación manifiesta de las autoridades nacionales por la corriente en pro de la “cannabis medicinal”, desde la perspectiva de la investigadora, se consideró relevante conocer la información y la posición imperante que, sobre el tema, tiene el estudiantado de ciclos avanzados de salud y de donde han obtenido los elementos para elaborar dicha representación.

Sumado a lo expuesto el pensamiento de una universidad que intenta visibilizar la humanidad, en cada uno de los seres, no debería justificarse ni permitirse que el estudiantado de licenciatura se gradúe con desconocimiento y acentuación de estigmas y prejuicios en torno al uso medicinal del cannabis.

A través de esta investigación se identificó el papel de la academia en la elaboración de la representación social, su función como canal de comunicación y conocimiento, y su responsabilidad en la formación de la población estudiantil en estos temas, así como la actualización a los profesionales que están en ejercicio.

Por otra parte, se logró reconocer la actitud, percepción y qué conocen sobre el uso del cannabis medicinal, permitiendo establecer un punto de partida para determinar las necesidades de abordar el tema en la malla curricular a nivel universitario.

Siendo los estigmas un elemento, de construcción social, se consideró la Teoría de las Representaciones Sociales, como la idónea para abordar este tipo de conceptos, aportar elementos, reflexionar, elaborar y reelaborar el proceso de construcción del conocimiento sobre el objeto en cuestión.

Lo anterior debido a que las representaciones sociales, permitieron obtener una impresión más integral que solamente cuantificar conocimientos la reconstrucción por el sujeto de acuerdo a su contexto y sistema de valores, de lo aprehendido en relación al objeto de representación (Mora, 2002; Jodelet, & Hewstone, 1988).

Además, analizar el tipo de conocimiento que tiene el grupo participante de esta investigación sobre el cannabis medicinal sirvió para generar recomendaciones sobre la necesidad de capacitación en el tema, así como insumo de la implementación de estrategias para responder a dichas necesidades.

La relevancia de esta investigación es que permitió presentar y visibilizar un tema que en nuestra sociedad requiere un impulso en el acceso a conocimiento y una actitud que facilite la toma de decisiones informadas como profesionales guías del cuidado de la salud pública.

Pregunta de investigación

En atención a la problemática expuesta, se planteó como pregunta de investigación:

¿Cuál es la representación social en torno al cannabis medicinal entre voluntarios miembros del colectivo que cursa las carreras de Licenciatura en Enfermería, Licenciatura en Farmacia y Licenciatura en Medicina y Cirugía de noveno y undécimo ciclo respectivamente durante el primer semestre del 2019 (mar-Jul) de la Universidad de Costa Rica*?

Objetivos

Objetivo general

Comprender la representación social en torno al cannabis medicinal entre estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Licenciatura en Farmacia y Licenciatura en Medicina y Cirugía³ de noveno y undécimo ciclo respectivamente durante el primer semestre del 2019.

Objetivos específicos

Identificar el tipo de información que tienen sobre el cannabis medicinal el estudiantado de Enfermería, Farmacia y Medicina de la UCR.

Analizar la objetivación del cannabis medicinal que hace el estudiantado de Enfermería, Farmacia y Medicina de la UCR.

Examinar la actitud sobre cannabis medicinal entre el estudiantado de Enfermería, Farmacia y Medicina de la UCR.

Premisa

En esta investigación se consideró como premisa que el tipo de conocimiento que posean las personas estudiantes del área de la salud sobre el cannabis medicinal, no interfiere con la actitud ante dicho objeto.

³ En adelante solo se indicará la abreviatura de Universidad de Costa Rica (UCR) también de manera resumida Enfermería, Farmacia, Medicina en lugar del nombre completo de cada carrera.

Metodología

Tipo de estudio

La investigación siguió un abordaje cualitativo analítico descriptivo con la finalidad de analizar la representación social que poseen estudiantes de último año de la carrera de Licenciatura en Enfermería, Farmacia, Medicina y Cirugía de la Universidad de Costa Rica (UCR), respecto a el cannabis medicinal.

Es pertinente aclarar que los procedimientos cualitativos demuestran un enfoque diferente en la investigación académica que los métodos de investigación cuantitativa. Aunque el proceso es similar los métodos se basan en resultados de textos e imágenes con pasos de análisis únicos. (Creswell, 2014)

Este estudio permitió examinar el tema propuesto sobre la representación social del cannabis medicinal, desde el campo de la psicología social propuesto por Moscovici de la Teoría de las Representaciones Sociales, empleando el enfoque procesual defendido por Denise Jodelet (Caravaca, 2017).

En el enfoque procesual Cuevas,(2016) indica el interés, se concentra en entender hechos que dan lugar a la elaboración de una representación específica, en el que los significados que se asignan a ese objeto están entrañablemente unidos a la historia, el contexto y la cultura.

Esta investigación se llevó a cabo en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica, cita en San Pedro de Montes de Oca durante los meses comprendidos entre agosto 2018 y agosto del 2020.

La Universidad de Costa Rica es una de las cuatro Universidades públicas de Costa Rica con una tradición casi centenaria, imparte las carreras de Licenciatura en Enfermería,

Farmacia, Medicina y Cirugía. Carreras de las cuales se reclutó voluntarias y voluntarios para el desarrollo de esta investigación.

La Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica fue la primera en ofrecer la carrera de Licenciatura en Farmacia del país. Es pionera en las carreras del área de salud y como tal mantiene estándares de calidad en enseñanza superior. En la actualidad cuenta con una población de 617 estudiantes distribuidos en cinco niveles o años de carrera y 70 funcionarios docentes y administrativos. Se gestionó el permiso para realizar en esta institución y mostraron apertura e interés, sin embargo, no se cuenta con oficio formal donde den aval a la investigación.

Selección e inclusión participantes de la investigación

Criterios de selección

Los criterios de inclusión para elegir a las personas participantes del estudio fueron:

- a. Cualquier género. Este estudio fue de carácter inclusivo, por lo tanto, incluyó personas que se auto percibían como pertenecientes al género masculino, femenino, transgénero, travestis, género fluido, entre otros.
- b. Pertenecer a las carreras de licenciatura en Enfermería, Farmacia o Medicina y Cirugía. Es importante aclarar que se seleccionó al estudiantado de estas tres carreras porque su desempeño tiene incidencia en lo relativo a prescripción, dispensación y administración de medicamentos. Además, que la injerencia en el tema e interacción con el paciente tiende a ser más estrecha, que algunas otras carreras del área de la salud.
- c. Contar con matrícula vigente en décimo o undécimo ciclo para el periodo comprendido entre marzo y julio del año 2019. Lo anterior se justifica, debido a que estas y estos estudiantes estaban cercanos a insertarse en el ámbito laboral y ya

habían aprobado más del 75% de las materias por lo que se esperaba tuvieran más conocimientos con relación a la temática.

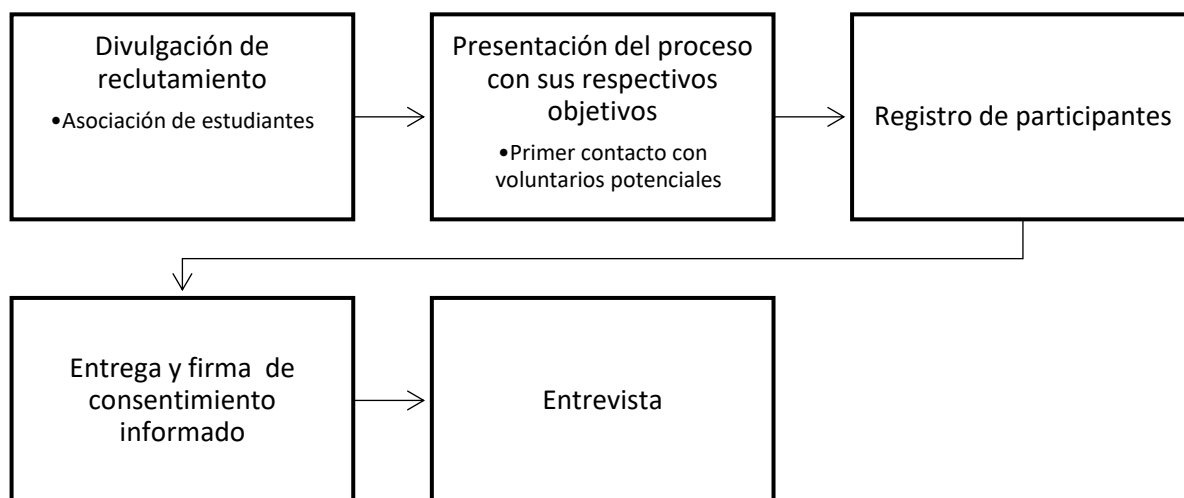
Por otra parte, como criterio de exclusión para esta investigación se aplicó que debía ser persona estudiante que estuviera en noveno ciclo para la carrera Licenciatura en Enfermería o undécimo ciclo en el caso de las otras dos carreras que no hubiera llevado el curso de farmacología, es requerido que lo hubiera llevado debido a que se comparó el conocimiento adquirido en este curso como parte de los obligatorios de la malla curricular de las tres carreras.

Reclutamiento de las y los voluntarios para participar en la investigación.

En la siguiente figura se muestra el proceso que se llevó a cabo para la selección de las personas participantes de esta investigación:

Figura 1

Pasos para reclutamiento de las personas participantes en el estudio



Nota: Elaboración propia a partir de la metodología de la investigación.

Antes de iniciar con la convocatoria para reclutamiento, entre los meses de marzo y abril del año 2019, se procedió a presentar el proyecto de investigación, a la Directora de la Escuela de Enfermería, a la Decana de la Facultad de Farmacia y a la Directora de la Escuela de Medicina y Cirugía de la Universidad de Costa Rica para que lo conocieran y estuvieran enteradas de la posterior convocatoria del estudiantado a su cargo a través de las Asociaciones de Estudiantes.

Posterior a esta divulgación se envió afiches para su publicación en redes sociales de las Asociaciones de Estudiantes de Enfermería, Farmacia, Medicina y Cirugía de la UCR convocando a las y los interesados a una sesión para establecer un contacto donde se les presentó la propuesta de investigación, los objetivos del proyecto y el interés que motivó la realización del estudio. En esta misma sesión se les entregó a las estudiantes y los estudiantes el documento de consentimiento informado y posteriormente se programaron las entrevistas entre los voluntarios en el lugar y fecha seleccionados por ellas y ellos, en su mayoría en la Facultad de Farmacia, Escuela de Enfermería y en la Escuela de Medicina.

Tipo de muestreo cualitativo

Para determinar el tipo de muestra respecto a las participantes y los participantes del estudio, se trabajó con una muestra por conveniencia⁴ de personas voluntarias, en este caso, quienes cumplieron con los criterios de inclusión expuestos anteriormente. Además, se incluyó la cantidad de participantes hasta saturar teóricamente informaciones.

⁴ Se suele utilizar sobre todo al principio una muestra por conveniencia que se denomina muestra de voluntarios, y se utiliza si el investigador necesita que los posibles participantes se presenten por sí mismos. Este muestreo es fácil y económico que permite pasar a otros métodos a medida que se colectan los datos. (Martin-Crespo & Salamanca, 2007)

La saturación teórica de informaciones es una técnica de investigación que hace referencia al momento en el cual después de la realización de un número específico de entrevistas, el material recolectado deja de aportar datos nuevos y se torna innecesario continuar con la recolección. Es importante aclarar que, en el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación, el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Sin embargo, como señala Denzin (2010), la realidad en su complejidad no puede ser completamente capturada.

Procedimientos de recolección de información

Las fuentes primarias de esta investigación fueron las personas estudiantes entrevistadas, docentes de las tres unidades académicas, artículos científicos disponibles en las bases de datos de la Universidad de Costa Rica relacionados directamente al tema de investigación; de donde se obtuvo la información que permitió la triangulación de datos. Así como una especialista en Farmacología y Farmacodependencia que realizó la validación de instrumentos de recolección y listas de categorización de los datos recolectados. Un especialista en derecho al cual se le interrogó sobre las bases legales e información suministrada por los expositores del Simposio sobre Investigación y cannabis medicinal en la Universidad de Costa Rica.

Como fuentes secundarias se utilizaron algunas noticias nacionales y libros del referente teórico. Mientras que las personas entrevistadas no hicieron una diferenciación de sus fuentes primarias y secundarias.

La recolección de la información se realizó en dos fases, en la primera fase, se procedió a realizar la revisión documental de antecedentes tanto nacionales como

internacionales, así como del marco referencial. Esto con el fin de conocer los aspectos teóricos que intervenían en el abordaje de la temática de conocimientos y actitudes.

Como segunda fase se realizaron entrevistas semiestructuradas al estudiantado participante, con la finalidad de acceder por medio del lenguaje hablado al pensamiento de cada sujeto y a la representación social considerando tiempo, espacio y lugar. (Díaz-Bravo et al., 2013). Esta fase se efectuó durante los meses de mayo y junio del 2019.

La entrevista ofreció la posibilidad de averiguar hechos no observables como indagar sobre hechos pasados y también por situaciones planeadas para el futuro. (Díaz-Bravo et al., 2013)

Instrumento

Se diseñaron tres instrumentos para la entrevista semiestructurada para el estudiantado (Anexo 1) se sometió a revisión para su respectiva validación y se eliminó la pregunta “¿posee para usted algún significado?” porque no fue validada por la especialista a quien se recurrió dada la intencionalidad fenomenológica que esta pregunta poseía. También se diseñó un instrumento para el cuerpo docente del curso de Farmacología el cual se envió por correo electrónico (Anexo 1) y un último para la indagatoria con el especialista en Derecho (Anexo 1).

Procedimientos y técnicas para la organización y análisis de la información

Se utilizó el análisis de contenido Bardin, (2011) lo define como un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones, buscando obtener mediante procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes indicadores, la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (variables inferidas) de esos mensajes.

Estas técnicas, según Kondracki et al., (2002), se usan más convenientemente con tipos de datos textuales como preguntas de encuestas abiertas o medios impresos de diversa índole proporcionando un método para la evaluación de los datos recopilados utilizando una variedad de enfoques de investigación cualitativa.

Para realizar la sistematización de los datos, tras cada entrevista, se procedió a transcribir literalmente cada una de las grabaciones, recogiendo con exactitud las palabras y frases utilizadas, así como las opiniones expresadas por las participantes y los participantes.

Posteriormente para familiarizarse con la información se hizo relectura del material y anotación de ideas generales, organizándolas para obtener cada unidad de análisis, decidiéndose de esta manera sobre el análisis de contenido ya sea manifiesto o latente.

A continuación, con la información transcrita, se elaboró una matriz para la posterior importación al software para datos cualitativos ATLAS.Ti versión 8 para Windows el cual es un programa para el análisis de datos de audio, gráficos, texto y video.

Una vez que los documentos fueron introducidos al software se realizó la generación de códigos iniciales, donde un código es un segmento o elemento básico de información en crudo, que se puede considerar como significativo en relación con el tema de estudio, el software ATLAS.Ti permitió crear 119 códigos en total y analizar toda la información en las 30 entrevistas.

Este proceso de generación de códigos iniciales, para Braun & Clarke, (2006) puede realizarse de dos formas una codificación inductiva, que se hace partiendo de los datos sin codificación previa y la otra deductiva, que ya parte de intereses basados en el marco teórico, el estado del arte ya con palabras claves predeterminadas. En esta

investigación se usó la codificación deductiva de acuerdo con los ejes de la representación social.

La duración de esta fase de la investigación fue alrededor de dos meses después de la transcripción, en total todo este proceso de analizar las entrevistas transcribirlas y codificarlas fue un proceso de aproximadamente cuatro meses de duración.

Para esta investigación, se utilizaron las siguientes herramientas del ATLAS.Ti: (1) nube y lista de palabras, (2) reporte de códigos y (3) tabla de código documento, cuyos conceptos se describen a continuación:

1. Nube y lista de palabras: permitió mostrar de manera visual la frecuencia de las palabras presentes en los documentos primarios, lo que facilitó el análisis de contenido. Facilitó visualizar los principales conceptos utilizados por las personas entrevistadas

2. Reporte de códigos: Presenta una lista de todos los códigos creados en la unidad hermenéutica. Permitted una sistematización de las respuestas de las personas participantes agrupadas bajo su respectiva unidad conceptual o código.

3. Tabla de código de documento: en esencia permitió generar un conteo de palabras, códigos y citas contenidos en todos los documentos.(Abarca & Ruiz, 2014) Esta última se utilizó, para conocer cuáles eran los códigos que tenían mayor

cantidad de citas, con la finalidad de fundamentar, porque se iban a establecer como prioritarios durante la redacción de este informe.

Por otra parte, del software mencionado también, se implementó la función de grupos para subdividir la información y facilitar el análisis de los insumos, algunos de los grupos utilizados fueron: carrera de procedencia; grupos de códigos y documentos; lugar de procedencia y sexo, por objetivos de investigación.

Una vez realizada la codificación se procedió a sistematizar la información en categorías de análisis, tipo de información, fuente de Información, conocimiento científico, objetivación, anclaje, actitud creadas por la investigadora y se procedió a la interpretación de los resultados.

Criterios para garantizar la calidad de la información

En análisis cualitativo se han utilizado varios criterios para evaluar la calidad de los resultados, en esta investigación se aplicaron los siguientes:

Dependencia

La dependencia o consistencia lógica, es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes (Rojas & Osorio, 2017).

Credibilidad

Se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con el colectivo participante en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten (Castillo & Vásquez, 2003).

Transferibilidad

Con este criterio se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados en otro contexto. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos (Rojas & Osorio, 2017) y depende de la descripción rica y profunda de cada fenómeno en su contexto (Martínez-Salgado, 2012).

Auditabilidad

Este criterio permite acercar al investigador a percibir cada suceso desde distintos puntos de vista, comprenderla e interpretarla inmerso en su propio contexto. Se logra a través de la observación participativa y la triangulación.

Relevancia

Permite evaluar el logro de los objetivos planteados y saber si se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno de estudio.

Adecuación epistemológica

Es la coherencia entre el tema a investigar y la teoría existente (X. Rojas & Osorio, 2017).

Estos criterios fueron incorporados a lo largo del proceso investigativo mediante estrategias sugeridas tanto por Creswell (2014) como por Rojas & Osorio(2017) entre ellas; triangulación de los resultados en contraposición y comparación con distintas fuentes y canales, por medio de la descripción detallada del contexto, del colectivo participante y del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos; así como, por la revisión por parte de investigadores pares y ajenos a la investigación.

En ese mismo sentido la correspondencia entre la justificación de la investigación y los resultados obtenidos permite valorar la relevancia como criterio.

Consideraciones éticas

El consentimiento, se firmó por la investigadora y su tutor reiterando de esta forma el compromiso de cumplir con los propósitos éticos y legales propios de su formación profesional y humana. Para conservar el anonimato se utilizó codificación en las entrevistas y se procederá a la destrucción de estas de acuerdo con lo establecido en la ley.

Se consideró los elementos éticos según Kumar (2011) como un eje transversal de la investigación desde el inicio, al empezar al recoger datos o resultados, al analizarlos, reportarlos y se hará al publicarlos:

Antes de iniciar: Considerar códigos de ética consultar tempranamente en el desarrollo de su propuesta el código de ética de su colegio profesional. Aplicar para la revisión de la propuesta por el Comité ético científico institucional, el cual se encarga de evaluar para los participantes en un estudio los posibles riesgos físicos, psicológicos, sociales, económicos o legales. Estos también consideran las necesidades especiales de población vulnerable. Hacer que los participantes firmen un consentimiento informado. Obtener los permisos necesarios. Escoger un lugar sin intereses creados. Negociar la autoría de la publicación. (pp.95-96)

Al iniciar el estudio se identificó el beneficio del problema de investigación, se reveló el objetivo de estudio, y de ninguna forma se presionó a participantes en la firma del consentimiento informado (Creswell, 2014). Se veló que los participantes recibieran beneficios que en términos generales consistió en compartir enlaces sobre información de interés del tema. Se evitó la explotación de los participantes o recoger información peligrosa.

En la parte de análisis de datos la investigadora evitó revelar solamente resultados positivos. Además, respetó la privacidad de los participantes (Kumar, 2011).

El reporte *imparcial* de los hallazgos se llevó a cabo como una importante característica de la práctica ética de la investigación (Creswell, 2014).

En conclusión, es importante reiterar que durante todas las etapas de esta investigación se procedió de acuerdo con lo establecido con el Código de Ética del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, dado que tanto la investigadora principal

como su tutor cuentan con el curso de buenas prácticas en investigación y con la certificación del Consejo Nacional de Investigaciones en Salud.

Aspectos administrativos

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica el 27 de marzo de 2019 en la sesión 137 comunicado mediante oficio VI-2386-CEC-0159-2019.

Limitaciones

El diseño del instrumento limitó el acceso a información más detallada, por ejemplo que permitiera identificar el canal específico de información o bien información de mayor alcance dado que no era el objeto de este estudio en particular. Por lo tanto, futuros estudios deberán utilizar preguntas cerradas para abarcar cierta información y profundizar en aspectos como creencias religiosas, predilección política, consumo o no consumo recreacional y su efecto dentro de la representación social.

Dificultad para la interpretación de información disponible sobre Teoría de las Representaciones Sociales en otros idiomas como francés, portugués en formatos que impidieron el uso de aplicaciones para su traducción automática

Al tratarse de un tema poco explorado y rodeado de estigma social, el reclutamiento de personas voluntarias se tornó complejo. De hecho, algunas personas participantes que habían confirmado y asentido previa firma del Consentimiento Informado dimitieron antes de realizar la entrevista.

La elección del enfoque cualitativo y del fundamento teórico de las Representaciones Sociales mostraron desafíos para la investigación, primero el predominio de investigación cuantitativa en el área de desempeño de la persona investigadora privilegia la implementación desde ese enfoque en relación al cualitativo y en segundo; la Teoría de

las Representaciones Sociales requiere un esfuerzo integrativo desde lo social que no es tan bien desarrollado desde la formación de Licenciatura en Farmacia como se mostró en los resultados de la investigación. Sin embargo, tanto el enfoque cualitativo como la Teoría de las Representaciones Sociales se visualizan como idóneos para explorar otros prismas vivenciales dentro de la Maestría de Farmacodependencia de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica.

Descripción y Análisis de los Resultados

A lo largo de este capítulo se describe y analiza la información obtenida en la fase de recolección de datos la cuál fue obtenida por medio de entrevistas y revisión documental, tal como se indicó en el capítulo metodológico.

La información recolectada se presenta por medio de cuatro apartados: el primero, tiene un carácter orientador respecto a las condiciones de producción de las representaciones sociales; el segundo, describe y analiza el campo de información; el tercer apartado se relaciona al campo de representación y, finalmente, el cuarto es respecto al campo de actitud. Cabe destacar que, a través del análisis de contenido que se presenta en los apartados dos a cuatro, se da respuesta a los objetivos específicos en el orden que fueron establecidos.

Condiciones de producción de las Representaciones Sociales

En este apartado, se presentan las características sociodemográficas de la población sujeto de estudio. Es importante conocer las similitudes en cuanto a estas características, debido a que las representaciones sociales refieren a formas de conocimiento elaboradas y compartidas al interior de un grupo que participa de prácticas sociales comunes y que tiene una determinada inserción en la estructura social (Moscovici, 1984; Jodelet, 1986). Por lo tanto, este apartado ayuda a comprender particularidades del grupo, considerando su sexo, carrera, lugar de residencia y lugar de procedencia.

En la entrevista participaron 30 personas, cantidad que fue determinada mediante un proceso de saturación de datos, de acuerdo con lo establecido en el protocolo de investigación. Todos estos sujetos de estudio fueron estudiantes activos de las carreras de Enfermería, Medicina o Farmacia en la Universidad de Costa Rica. Específicamente quienes estudiaban Enfermería cursaban el plan de estudios correspondiente al quinto año,

mientras que aquellas personas de la carrera de Farmacia y Medicina con una edad promedio de 25 años se encontraban realizando el internado.

En la siguiente tabla se presentan las características sociodemográficas de las personas participantes:

Tabla 2

Distribución de estudiantes participantes por característica

Característica	Número de estudiantes participantes			Total (n = 30)
	Licenciatura Enfermería (n = 10)	Licenciatura Farmacia (n = 12)	Licenciatura Medicina y Cirugía (n = 8)	
Sexo				
Femenino	4	6	6	16
Masculino	6	6	2	14
Lugar de residencia actual				
Alajuela	1	2	2	5
Cartago	0	2	0	2
Heredia	2	3	5	10
San José	7	5	1	13
Lugar de procedencia				
Alajuela	2	1	3	6
Cartago	0	3	0	3
Colombia	1	0	0	1
Guanacaste	1	0	0	1
Heredia	1	4	3	8
Puntarenas	1	1	0	2
San José	4	3	2	9

Nota. Elaboración propia a partir de la información proporcionada por las personas participantes

La distribución de la totalidad de las personas participantes según la carrera que cursaban corresponde 27% estudiantes de Medicina, 33% a estudiantes de Enfermería y 40% a estudiantes de Farmacia.

Tal como se observa en la Tabla 2, todas son personas participantes fueron mayores de edad y con una proporción similar entre hombres y mujeres. Al dividir la carrera por sexo y carrera, se nota una mayoría en la participación femenina en la carrera de Medicina (n =

6), mientras que en Enfermería esta población es menor ($n = 4$). En el caso de la carrera de Farmacia, la cantidad de personas de sexo femenino y masculino fue idéntica.

El promedio de edad de las personas entrevistadas fue de 25 años, con un rango de edad entre los 22 y los 30 años y una distribución mayor en el rango de edad entre los 22 y los 24 años. El grupo femenino de la carrera de Enfermería, conformado por cuatro personas para quienes el promedio de edad fue 22 años, mientras que el valor más alto lo presentó el grupo femenino de Farmacia, conformado por seis personas quienes contaban con un promedio de edad de 26 años.

Por otro lado, 23 personas del total de la población participante en el estudio, al momento de levantamiento de la información, vivían en San José o Heredia, mientras que el resto vivía en Alajuela o Cartago. Adicionalmente al ahondar en posibles movilizaciones entre su zona de procedencia y actual zona de residencia, se registraron 13 personas con cambio de domicilio, de estas personas que se trasladaron a vivir de Colombia o desde alguna de las siete provincias excepto Limón, hacia San José, Alajuela o Heredia.

Campo de Información

Este apartado explora la identificación del tipo de información que tienen las personas participantes sobre el cannabis medicinal. Los resultados del colectivo fueron triangulados entre ellos para buscar similitudes y diferencias por carrera.

Para delimitar el término información como elemento de la representación social, se debe entender como una dimensión relacionada con la forma en que se organizan los conocimientos y nociones que un grupo social tiene en relación con el objeto o situación social, en este caso, el cannabis medicinal. Aún más, la cantidad y calidad de la información que maneja una persona está definida por su pertenencia a un determinado grupo social (Moscovici, 1979).

Las condiciones que debe tener el conocimiento, de acuerdo con el referente en cuestión, son las siguientes:

- a. El conocimiento reposa en el pensamiento simbólico: la capacidad de representar una cosa mediante otra y que esa cosa a su vez represente algo más que a sí misma
- b. La comunicación es el origen del conocimiento
- c. La elaboración de conceptos tiene una naturaleza social que reagrupa los objetos y símbolos
- d. Los conceptos simbolizan sistemas de organización social (Moscovici, 1984)

A través de la interacción de la persona dentro de los grupos sociales, esta toma como insumo la información y también la emite. En ese ciclo de comunicación, cuando existe un conocimiento externo que no es comprendido por la persona receptora, este conocimiento debe ser captado a través de los saberes ya interiorizados por ella para poder comprenderlo. Lo anterior, puede ocasionar que para algunos fenómenos haya escasez de información y en otros se cuente con mucha de ella (Mugny & Papastamou, 1986).

En los siguientes tres subapartados se aborda, en ese orden, la relación entre canales de comunicación utilizados por el estudiantado, la cantidad y calidad de la información, y el tipo de información.

Relación entre canales de comunicación

Por medio del estudio de las representaciones sociales se explica cómo los sujetos sociales interactúan con su medio más cercano. Esto permite exponer, de distintas maneras, cómo vive la sociedad y lo necesario para vivir en ella. De igual forma se considera cómo se ve el mundo y los fenómenos que en él subyacen.

Dentro de dichas formas de manifestación social se encuentra la comunicación, la cual permite transmitir un mensaje de una persona o institución, *fuentes*, a una persona o

institución, conocida como *destinatario*. En efecto, la fuente se comunica gracias al lenguaje con el destinatario con el soporte de un *canal de comunicación*. La fuente es entonces “la sede de un mensaje que pretende dirigir al segundo (Mugny & Papastamou, 1986), p.535)

Es importante tener claro que en el diálogo las personas actúan definidas por su rol, convirtiéndose en una especie de reflexión en voz alta, determinada por el contexto, los roles particulares y el contenido de la interacción entre las partes. (Moscovici, 1986)

En detalle, por medio del lenguaje vuelto *producto* en forma de figuras, sonidos, imágenes, letras; se reproduce la representación de los fenómenos estáticos en el tiempo, y las nuevas interpretaciones, construidas con el avance tecnológico y científico. Ese producto se envía por medio de un *canal de comunicación* que alimenta las representaciones de los fenómenos y de forma gradual permean a quien tiene acceso a esa información.

Sin embargo, dentro de las atribuciones de las fuentes, el referente teórico sostiene que “la fuente de información, como lugar de mediación de diferentes tipos de comunicaciones, también toma el sentido de canal de comunicación porque es, a la vez, punto de partida de la información y sostén de su comunicación.” (Moscovici, 1979 p.63)

Adicional para el fin que ocupa esta investigación, cabe aclarar que la comunicación es más que un proceso de codificación y descodificación a partir de un lenguaje común, ya que la forma en la que se expresa una persona es resultado de un conjunto de factores sociales y determinada por situaciones del momento en que se ejecuta; a su vez, la forma de expresión de quien emite tiene un impacto sobre quien recibe y sobre el rumbo de la comunicación. (Moscovici, 1986)

Entonces, para que se dé la comunicación, una fuente genera un mensaje que transmite en forma de producto, ese producto lo comparte por medio de un canal de

comunicación. Hay canales digitales (podcasts, transmisión en vivo por la red, videos, blogs, plataformas de mensajería, videollamada, históricas gráficas, entre otros.) y otros físicos (periódico, carta o revista impresa, comunicación en persona, por ejemplo).

Al mismo tiempo, la elaboración e interpretación de un mensaje se da en tres modalidades según las relaciones que intervienen entre quien emite y quien recibe el mensaje. Estas son, la *difusión* que intenta llegar a todas las personas para que puedan acceder a la información, la *propagación* entendida como la comunicación dentro del grupo social y en él se encarga de reforzar la cohesión con la finalidad de formar actitud y, la *propaganda* que se encarga de crear o mantener las diferencias en los grupos sociales como forma de incitar la acción. (Mugny & Papastamou, 1986)

El estudiantado ha estado expuesto a diversidad de fuentes de información, productos y canales de comunicación durante su formación académica, por lo que su conocimiento ha sido formado no solo por lo recibido en sus cursos académicos. Esto quiere decir que para poder comprender el tipo de información que poseen acerca del uso medicinal del cannabis, es importante conocer los canales que identifican, en ese proceso de construcción.

La comunicación puede ser clasificada de diversas formas, Moscovici propone dos clasificaciones una relacionada a las fuentes y otra relacionada a los canales de comunicación, una se enfoca en el origen de la información y la otra en la interacción social de emisor y receptor, en ese orden.

Por su parte las fuentes se pueden categorizar como fuentes primarias o secundarias (1986a). Las primarias, son aquellas en donde se obtiene la información de primera mano, provienen de una fuente directa como, por ejemplo, una persona o

institución. Las secundarias permiten conocer hechos o fenómenos a partir de información recogida por otros, esta fuente es de segunda mano.

Por otro lado los canales se tipifican según su función social o su reciprocidad, de acuerdo a la función social como de comunicación institucional (los estudios) o no institucional y “según la reciprocidad o no reciprocidad de los intercambios” (Moscovici, 1979) como comunicación de impacto o direccional. La de impacto o transitiva se obtiene a través de la conversación y la comunicación direccional que es la que llega a partir de medios de comunicación masiva o en las que no hay posibilidad de una conversación directa.

En este sentido, el grado de detalle con el que se refirió el estudiantado respecto a la comunicación recibida, fue a partir de los canales, ya que la imprecisión de la información brindada por ellos no permite reconocer todas las fuentes ni todos los productos. Por ejemplo, se presenta el siguiente caso “En realidad hace mucho tiempo recuerdo haber leído en algún momento para una clase, pero hace mucho tiempo o sea no me acuerdo mucho de qué.” (participante 1, Medicina). En particular, esa imprecisión en el detalle se dio porque no recordaron nombres particulares de productos, incluso quienes no recordaron el canal.

Por ello, para efectos de ordenamiento de los datos de esta investigación, se utilizó la categorización de los canales por su reciprocidad. Para los casos en los que la persona participante utilizó a una etiqueta general como “medios de comunicación masiva” o “Internet”, o indicaron “no recuerdo” (participantes 5, 8, 21, 27, 28), se consideró dichos conceptos como si fueran el canal de comunicación.

Así mismo, es importante tener presente que quienes utilizaron el concepto *academia* para referirse al canal, lo hicieron como sinónimo de aquella información que han

recibido en su proceso educativo por medio de su formación dentro de la Universidad de Costa Rica. Por otro lado, se presenta también, de forma independiente a este concepto, las lecturas de contenido científico. Para ilustrar esa diferencia, se incluye la siguiente cita que se obtuvo como respuesta ante la pregunta ¿A través de qué medios se enteró del uso terapéutico del cannabis?, “en la Universidad y por medios, internet o lecturas de artículos.” (participante 5, Medicina)

Sobre el particular, redes sociales fueron consideradas, como canal de comunicación direccional para efectos de este estudio. Es importante destacar que fueron tipificadas de esta forma, debido a que el uso aludido por los participantes se relaciona con la recepción de información compartida masivamente; no obstante, a su función de comunicación de impacto

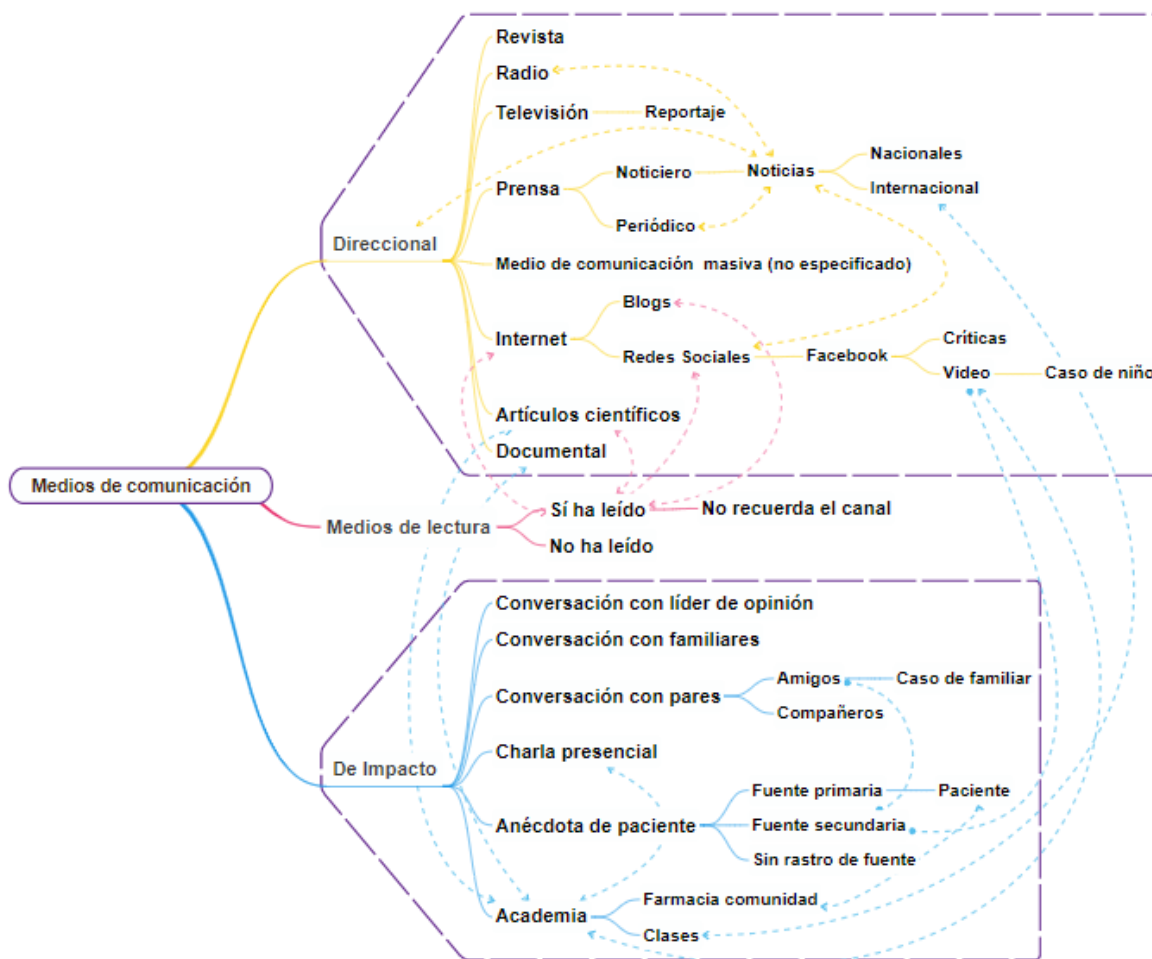
Lo anterior es el caso de las siguientes manifestaciones en respuesta a la interrogante sobre de donde conocen del tema: “En redes sociales sobre el cannabis terapéutico usado en niños en Canadá y Estados Unidos.” (participante 6, Medicina), “Más que todo he visto varias críticas en Facebook de personas que tal vez buscan alguna noticia o algo así por el estilo, de cannabis terapéutico que están a favor o en contra de.” (participante 4, Medicina), “Donde más he visto es en redes sociales me viene al a mente el video de un chiquito que tenía convulsiones refractarias” (participante 3, Medicina)

En la Figura 2 se presentan todos los canales por los que el estudiantado ha recibido información del uso medicinal del cannabis. Cada uno de los canales es enlazado con otros conceptos que fueron referidos, como algunos productos y unas fuentes. Es importante considerar que los conceptos ligados no son solo los que componen los conceptos de mayor tamaño como medios de comunicación, pero el estudiantado ha indicado ese en específico;

es decir que no es exhaustivo en el detalle del contenido consultado en cada canal. Estos medios de comunicación a su vez han sido agrupados por tipo de comunicación.

Figura 2

Bosquejo de enlaces entre medios de comunicación referidos por el estudiantado



Nota. Elaboración propia a partir de la información proporcionada por las personas participantes

En específico, las personas participantes aluden que han recibido comunicación direccional y de impacto, por medio de diversidad de canales de comunicación, lo que permite al colectivo acceder a una amplia variedad de productos y por ende a multiplicidad

de fuentes. De hecho, a nivel individual todas las personas han tenido acercamiento con al menos un canal de información. Solamente un participante no hizo referencia a haber recibido comunicación direccional, mientras que 10 personas no han recibido o leído información sobre el uso medicinal del cannabis por medios de comunicación de impacto.

Respecto a la comunicación direccional, una característica particular de estos canales es que la versatilidad permite tener acceso a productos distintos, con amplia gama de calidad y en abundante cantidad. La mayoría de los canales permiten tener acceso a productos de comunicación sincrónica o asincrónica es decir en el momento de la transmisión, en directo como la presentación de noticieros o seminarios web, mientras que otros o los mismos productos son ofrecidos de manera asincrónica para evitar barreras temporales en la difusión de la información como por ejemplo los videos, publicaciones en blogs y documentales.

Según la situación descrita estos funcionan como un canal transmisor de información de fuentes primarias y también de fuentes secundarias ofreciendo facilidades de acceso múltiples y no sorprende que hayan sido los mencionados con mayor frecuencia.

Esta accesibilidad a múltiples canales es una fortaleza para el colectivo de Ciencias de la Salud porque la ausencia de ella podría significar barreras para informarse. En cambio, esta fortaleza permite, como indica el referente, que el refuerzo de cada uno de los temas termine por fijar una especie de signo que pertenece tanto al psicoanálisis como a la comunicación, puesto que es su producto. La diversidad de las fuentes, su grado de extensión, contribuyen a esbozar una estructura, un halo, un modelo, un núcleo de representación que sobrentiende el uso de este signo. (Moscovici, 1979, p.242)

Para tener una imagen más amplia de las dinámicas de la población, también se compararon los datos generales con los resultados específicos por características

sociodemográficas distribuidas por carrera, sexo, lugar de residencia actual y edad. Como se había indicado, es importante conocer las similitudes y diferencias, debido a que las representaciones sociales refieren a formas de conocimiento elaboradas y compartidas al interior de un grupo que participa de prácticas sociales comunes y que tiene una determinada inserción en la estructura social.

De ello se obtuvo que, por carrera, todo el estudiantado de Medicina y Enfermería ha tenido acceso a medios direccionales y que solo la mitad de Enfermería han recibido información por medio de comunicación de impacto. Sin embargo, el estudiantado de la Licenciatura en Farmacia tiene un mayor balance, si bien se ubica una persona por debajo de la media en comunicación direccional, ésta es la única carrera con comunicación de impacto mayor a la media.

Al observar los datos por lugar de residencia, se obtuvo que todas las personas de Alajuela han tenido acceso al menos a un canal de información de impacto, caso distinto a la población proveniente de las provincias de Heredia y Cartago para quienes solo la mitad lo había accedido. En cuanto a la población que habita en San José, esta cuenta con promedios mayores a la media y es la que tiene un mayor balance.

La población femenina exhibió un mayor balance en cuanto a la utilización simultánea de un canal de impacto y uno direccional, por su parte casi la mitad de la población masculina mantuvo ese mismo balance y el total de ellos reportó únicamente el uso de un canal direccional.

Seguidamente, al analizar la edad del estudiantado la población de 22 a 24 añosdenotó de manera equitativa el uso de ambos tipos de comunicación, sin embargo, en la población de 25 a 27 años predominó un solo tipo, el tipo direccional, en segundo lugar, el de impacto y por último el uso de combinado en un cuarto de esta población.

Por consecuencia, se puede crear un perfil con las características sociodemográficas correspondientes a todos los grupos identificados como “con mayor balance de accesibilidad” entre ambas categorías, estando por encima de la media en todas las distribuciones de la población participante excepto en las correspondientes a *comunicación direccional por sexo* y *por carrera*. Dicho perfil es: femenina con edad de 22 a 24 años, vecina de San José, que cursaba la carrera de Farmacia.

Bajo ese perfil solo se encuentra una participante, y si bien ella efectivamente ha tenido acceso por medio de ambas categorías de información, refiere que no recuerda adónde ha leído y que ha escuchado del uso medicinal del cannabis gracias a noticias, anécdotas y la academia.

El mismo ejercicio se hizo para comparar con el perfil que menos accesibilidad tendría de acuerdo con los grupos que pertenece, es decir, masculino con edad de 25 a 27 años, vecino de Cartago o Heredia que se encontraba cursando Enfermería. Ante ello se obtuvo que solo una persona cuenta con ese perfil, y ha recibido información por medio de redes sociales y blogs, por lo que no cuenta con fuentes provenientes de la comunicación de impacto.

Dado ese análisis de diversidad de canales y del comparativo por agrupamiento por características sociodemográficas de cada uno, se encontró que la mayor diferencia se da según la carrera que cursan los participantes, por lo que se procede a priorizar este agrupamiento para la triangulación de los datos recibidos.

Conociendo el contexto general tanto de la población como de los enlaces entre los canales de comunicación, es importante revisar el detalle de los 19 canales a los que se hace referencia en la Figura 2. Por lo que a continuación, se presenta la Figura 3, en la cual

se puede ver cada canal dentro de un rectángulo del cual su tamaño es proporcional a la cantidad de veces referido.

Figura 3

Canales de comunicación según cantidad de estudiantes que los refirieron

Academia 14	Redes Sociales 14	Medios de comunicación masiva 7	Artículos científicos 6	Internet 6	Noticias 5	Pares 4	Prensa 4	
		Anecdótico 6	Blog 6	No recuerdo he leído 6	Televisión 5	Charla 2	Documental 3	Familia... Lider de...
							Ningun... Revista...	Radio 1

Nota. Elaboración propia a partir de la información proporcionada por las personas participantes

Como se aprecia, en esa variedad de canales resalta la prevalencia de la *academia*, el cual además de ser el canal más referido de comunicación de impacto, coincide a su vez con ser el canal que más enlaces tuvo, tal como se puede apreciar en la Figura 2. En la misma línea, las redes sociales son el canal más referido como medio de comunicación direccional.

En lo particular, se encuentra que la población de Enfermería refirió 11 canales, las redes sociales es el que más nombraron, coincidiendo con el más nombrado por todo el grupo en comunicación direccional. A diferencia de los resultados del resto del grupo, que no mencionaron conversaciones con líderes, radio, documentales, revista, blogs, charlas, conversaciones con familia, ni videos.

Al respecto, el colectivo que cursaba Medicina hizo referencia a 16 canales, siendo la academia, su principal medio de acceso a información, coincidiendo con el canal de impacto que más se mencionó. Este grupo no refirió a noticias, líderes de opinión, ni revistas.

Por su parte, el grupo de Farmacia identificó 15 canales, al igual que Medicina el canal más mencionado fue la academia. Distinto es el caso de relación en conversaciones con pares, radio, conversaciones con familia o videos, ya que no fueron mencionados.

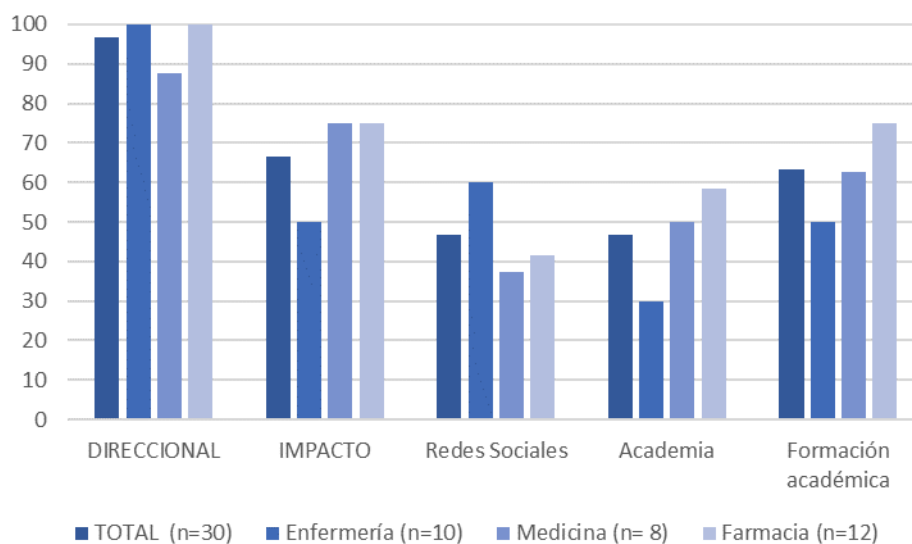
A partir de ese comportamiento de los datos, en el que la referencia de la academia toma protagonismo entre la multiplicidad de canales, es la más mencionada de comunicación de impacto, es la que más enlaces multicanales presenta en interacción y debido a que la característica que mayor diferencia mostraba entre datos fue la de agrupamiento por carrera; se procedió a darle seguimiento a los enlaces entre canales a los que la población refirió directamente ligados a la formación académica que han recibido.

Como consecuencia, se obtuvo un agrupamiento de canales al que se nombrará en adelante como *formación académica*. En otras palabras, en él se incluyeron todas las menciones directamente relacionadas con la formación universitaria que han recibido, aunque provengan de otros canales. En efecto, son aquellas que en la Figura 2 se encuentran enlazadas a la *academia*, dentro de esa etiqueta se encuentran menciones relacionadas a conversaciones con compañeras y compañeros, documental, charlas, videos, clases, Farmacia comunidad, anécdotas de pacientes, artículos científicos y videos.

En la siguiente figura se ha resumido el comportamiento de los datos relacionados al tipo de comunicación, en un comparativo por carrera, incluyendo también el de aquellos canales más mencionados en la comunicación de impacto y en la direccional, los datos de academia y el de formación académica con el fin de visualizar las diferencias más importantes.

Figura 4

Comparativo de canales más mencionados



Nota. Elaboración propia a partir de la información proporcionada por las personas participantes. El comparativo es porcentual respecto a la totalidad de participantes por grupo.

Formación Académica

Este medio cuenta con multiplicidad de conexiones que le hacen relacionarse con medios de comunicación direccional y otros de impacto, como se muestra en la Figura 2. Por consiguiente, se procede a esbozar un contexto figurativo a partir de esos enlaces, precisamente como ayuda para tener una comprensión más amplia y no con el afán de ser exhaustiva, ya que los hallazgos profundizarán conforme se ahonde en el análisis de los datos.

La población deja ver que a través de la *formación académica* han tenido acceso a algunas fuentes primarias y otras secundarias; algunas institucionales y otras que no lo son. Partiendo del canal *academia* específicamente, este es el canal más referido como lo

muestra la Figura 3. Sin embargo, no fue identificado ni por la mitad del estudiantado, y la mayoría que se refirió a él, fue estudiantado de Farmacia.

Por otra parte, si se considera también el haber tenido contacto con canales relacionados a su *formación académica*, el total de estos aumenta (ver Figura 4) y ese acceso se da por medio de: artículos científicos, el ejercicio profesional a través de prácticas supervisadas en campo clínico, casos anecdóticos de pacientes, conversaciones con sus pares, charlas, documentales, y clases en las que por ejemplo, se han utilizado videos y se ha conversado sobre “de que por allá existe, que tal vez en algunos lugares está en estudio” (participante 3, Medicina).

En cuanto al contenido curricular, en las tres carreras se cuenta con la posibilidad de llevar cursos optativos en los que se podría cubrir el tema del uso medicinal del cannabis, sin embargo, debido a que no se contó con un filtro bajo ese criterio, se realizó el análisis de datos a partir de los resultados y del contenido de los cursos de farmacología que recibían dentro de su plan de estudios cada carrera. Para la obtención de esta información, se consultó al cuerpo docente de cada Unidad Académica.

Para empezar, en la carrera de Licenciatura en Farmacia, la temática se aborda a partir de la existencia de cannabinoides sintéticos formulados farmacéuticamente y con indicaciones específicas aprobados por la FDA para su comercialización. Por lo que, en los cursos de Farmacología el estudio se da de acuerdo con la indicación aprobada, así como las generalidades del sistema endocannabinoide. Esta información fue brindada por la coordinadora del curso.

Por otro lado, en el curso de Atención Farmacéutica, este tema se aborda en la unidad de tratamiento del dolor, según lo expresó un docente del curso. Adicionalmente, al tratarse de una droga de origen natural, en el curso de Farmacognosia, se abordan los

temas: (1) cannabis como ejemplo de desarrollo histórico de drogas cruda: civilizaciones antiguas, especialmente, Egipto, India, entre otros, (2) cannabinoides como metabolitos de la vía del acetato, y (3) en carbohidratos cáñamo como fibra de uso farmacéutico.

Siguiendo, respecto a la carrera Licenciatura en Medicina y Cirugía se confirmó que reciben una clase y un laboratorio de Drogas de abuso donde se habla un poco sobre el tema de usos medicinales de la marihuana, pero no es el foco de la clase. Adicionalmente, en las clases se abarca los fármacos que actúan en el sistema endocannabinoide y se discuten ampliamente sus propiedades antieméticas y anti nauseosas. Esto según la información suministrada por el docente encargado del curso de Farmacología.

La versión de parte del estudiantado de Medicina es variada, por un lado, quien afirma “ni siquiera en los cursos de farmacología casi no se nos habla o más bien del todo no se nos habla. Como acá es ilegal no se toca esos fármacos que ya existen, ni los usos ni las contraindicaciones ni nada.” (participante 2). Por otro lado, la persona participante 1 asegura que “Varias veces también en clases se nos mencionó sobre el cannabis terapéutico”.

Por último, en la carrera de Enfermería al hacer la consulta respecto a los contenidos de farmacología, docentes del curso, indicaron que no se abarca el tema.

Tomando como base la información recolectada, los datos son consecuentes en cantidad de personas que refieren el canal y la cantidad de información que se recibe según su carrera. Por lo tanto, las personas de la carrera de Farmacia están más expuestas al tema del uso medicinal del cannabis durante los cursos obligatorios de su formación académica.

Acerca de los enlaces a *academia*, se encuentra un vínculo *anecdótico con pacientes*, que se logró identificar gracias a la Figura 2, de ese vínculo las fuentes son

primarias y secundarias. De los canales por conversación directa de persona a persona, las anécdotas con pacientes fue la más referida, incluso más que las conversaciones con pares, líderes de opinión y familiares.

En relación, a lo referido por el estudiantado sobre información anecdótica obtenida desde los pacientes, ya se ha difundido por noticieros nacionales, “37 pacientes tratan sus enfermedades crónicas con cannabis medicinal hecho en Costa Rica” donde no solo se menciona el colectivo paciente, sino que también a Organizaciones No Gubernamentales que brindan información del uso medicinal. (Soto, 2018)

En este sentido es pertinente resaltar que estos grupos organizados como FUCOCAME, Alchemy, Sulára, han asumido el rol de “educadores” a través de redes sociales. Incluso Sulára tiene folletos informativos impresos con información muy general e inespecífica como se observa en la Imagen 1, donde se lee “Se ha sugerido que la fibromialgia puede ser provocada por una deficiencia de endocannabinoides”

Imagen 1

Folleto Fundación Sulára

La fibromialgia


Es una enfermedad de motivo desconocido que se asocia al dolor crónico generalizado, el cansancio y la sensibilidad excesiva al dolor en múltiples áreas corporales.

Otros síntomas

Dificultad para dormir, rigidez matutina, dolor de cabeza, periodos menstruales dolorosos en el caso de mujeres, sensación de hormigueo o adormecimiento en manos y/o pies, falta de memoria o dificultad para concentrarse.

Se ha sugerido que la Fibromialgia puede ser provocada por una deficiencia de Endocannabinoides. Menos del 5% de la población mundial la padece, más comúnmente por mujeres de mediana edad. El aceite de Cannabis puede ayudar a reducir los síntomas de esta enfermedad.

Además de la cannabis medicinal como opción de tratamiento, también es importante una dieta balanceada y hacer ejercicio, un estilo de vida sano puede ayudar a reducir los síntomas de esta enfermedad y elevar la cantidad de vida.



La Fundación Sulára tiene como objetivo la Investigación sobre los Beneficios del Cannabis para enfermedades como la Fibromialgia y muchas otras mas.

Nota Fundación Sulára

Por su parte el gremio de profesionales de Ciencias de la Salud y el estudiantado en sus prácticas supervisadas, tiene la oportunidad de acceder a pacientes desde su posición en el grupo al que pertenecen. Esto se ve favorecido debido a la presencialidad diaria desde el ámbito clínico, dado que se identifica a través del discurso en las entrevistas el cómo algunos de esos casos de cercanía a pacientes se convirtieron en fuente a través

de relatos anecdóticos, durante el servicio en internado o durante el laboratorio de Farmacia de comunidad.

Otros se han dado por medio de comunicación direccional o por fuente secundaria de pacientes. Se procedió a buscar información de testimonios de pacientes y se encontró que las redes sociales son un canal por el que comparten sus posturas personales de forma pública, por ejemplo, se puede leer en la imagen a continuación, el testimonio de un paciente nacional que hace alusión a la criminalización y al estigma que como paciente sufre además de la barrera de acceso.

Imagen 2

Testimonio de paciente, en Facebook

LA MARIHUANA TIENE UN OLOR MUY PECULIAR.
HUELE A POBREZA MENTAL,
HUELE A DERROTA, HUELE A FRACASÓ,
HUELE A ESTUPIDEZ!!!

Que curioso, hace unos años yo pensaba lo mismo, hoy mi criterio, lo confirme, en mi propia vida, tengo seis años de una enfermedad que me cambio la vida, tuve que dejar todo proyecto que tenia en ese momento, tuve que replantearme, y prepararme para algo que no conocía, demasiado duro, hoy tengo tres enfermedades declaradas, Charcot Marie Tooth, Cauda Equina y Polineuropatia, han sido años de tomar Morfina, dolores las 24 horas del día, y del animo ni hablemos.

Hoy tengo mas de 1 mes de no tomar Morfina, un Angel me regalo, aceite de cannabis, me siento bastante mejor, he vuelto a vivir, y en mi sano juicio.

HUELE A POBREZA MENTAL

claro, como no lo han recetado, para personas, que el dolor nos ha acompañado, tanto tiempo, como se quieren ahora que es legal, casi en todo el mundo, agarrarlo Las Farmacéuticas, para lucrar y prohibirlo a los que no podemos comprarlo

HUELE A DERROTA, HUELE A FRACASÓ

Para las Farmacéuticas, ya que las DROGAS que nos recetan, nos están MATANDO, nos están LIMITANDO a tomarnos lo que a ellas es mas rentable

HUELE A ESTUPIDEZ!!!

Eso es lo mas grave, desde hace tiempo, que se descubrió las bondades del Cannabis, han escondido sus resultados, por miedo a la cura y el alivio de tantas enfermedades.

YO USO ACEITE DE CANNABIS, Y MI VIDA CAMBIO, DIOS ME PUSO ESE ANGEL EN MI CAMINO

PORQUE NO DEJAN QUE MUCHOS DISFRUTEN DE LAS BONDADES DEL CANNABIS

Nota. Contenido del Facebook de Víctor Phillips Chanto, del 28 de abril, 2019

Es importante recalcar que personas que ya se encontraban en internado hospitalario o cercanas a finalizar su programa de estudios, ya habían tenido acceso a experiencias anecdóticas a pesar de que el uso del cannabis para fines medicinales aún no está regularizado en Costa Rica. El dato es relevante:

Porque hay pacientes que ya lo están usando y uno no se encuentra bien preparado para resolver consultas sobre el tema. Poder tener una opinión objetiva y no sesgada como por creencias personales. También necesitamos como esa parte de la formación (participante 8, Medicina).

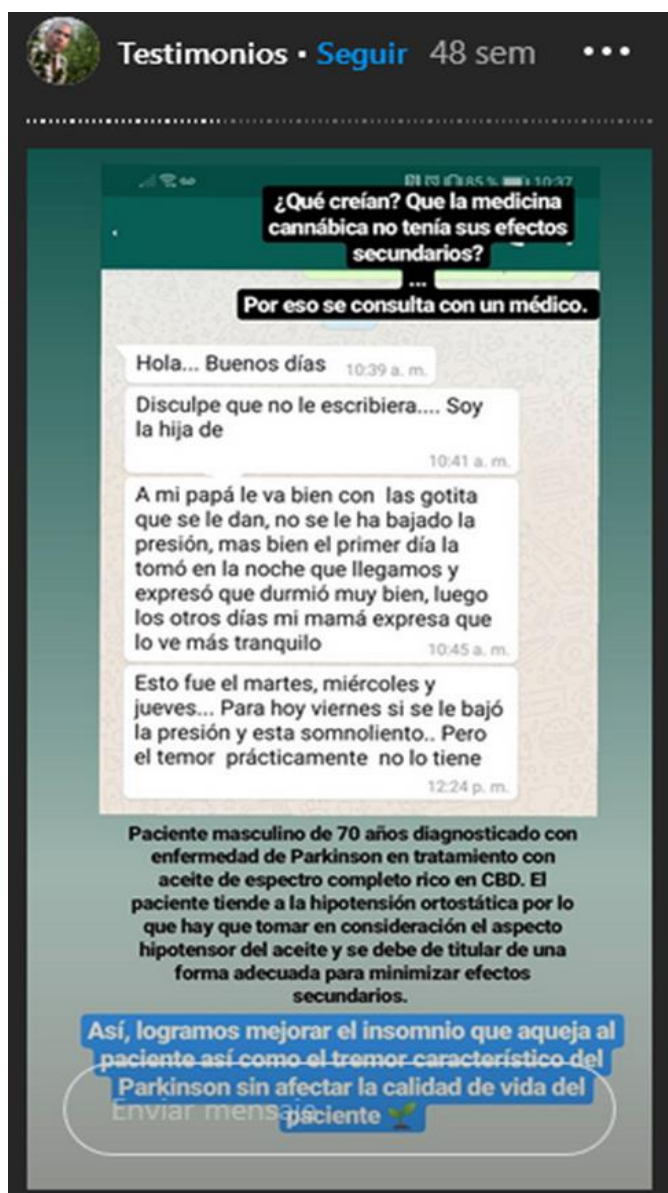
En la siguiente página, se muestra la Imagen 3, con la finalidad de ejemplificar un caso de información proveniente de redes sociales. En ella se muestra específicamente una relación de acompañamiento por parte de un médico que se define a sí mismo como “especialista en medicina cannábica”.

Dicha información fue accedida por Instagram, en ese ejemplo y otros que muestra en su Instagram, se observa un discurso de relación persona usuaria – profesional, en la que pareciera que el estatus para el paciente y su familiar es el ideal que buscaba el usuario referido en la Imagen 2.

Esta se muestra debido a que permite ampliar respecto a la diversidad de información y fuentes que pueden ser accedidos a través de las redes sociales como canal, y la necesidad de capacitación para el acompañamiento sanitario a la persona usuaria.

Imagen 3

Testimonio paciente y médico



Nota. Contenido del apartado de Testimonios de la página del Dr. Carlos Hernández Cuevas, Especialista en medicina cannábica

Con relación a lo anterior la persona participante 8 indicó que “es necesario contar con una adecuada formación académica con el fin de, desarrollar criterio profesional que

permita abordar esas situaciones”. Lo cual está siendo implementado por el Dr. Carlos Hernández (Imagen 3), quien a través de un caso real ejemplifica la importancia de la orientación profesional ante consultas de personas usuarias de cannabis con fines medicinales y el impacto que podría tener para la persona usuaria ese acompañamiento constante.

Precisamente, al consultarle al estudiantado si el uso medicinal del cannabis es un tema interesante a nivel personal, y si es relevante a nivel profesional, se obtiene como resultado que todas las personas lo consideran de su interés personal y de relevancia académica. Por lo que se puede afirmar que los participantes mostraron una actitud receptiva hacia el tema.

En ese sentido, una investigación sobre la percepción de médicos en la implementación de políticas de cannabis medicinal, realizada en Israel concluyó que “el conocimiento de las opiniones de los médicos y los diferentes niveles de su voluntad de implementar políticas de cannabis medicinal es esencial para el desarrollo de políticas en este campo en evolución”. (Zolotov et al 2018)

De la misma investigación se cita un testimonio en el que el médico evidencia una actitud receptiva y los retos relacionados al estigma que para él significó la apertura al tema:

“El cannabis no es ... no es una medicina. El cannabis es venenoso y adictivo.

Esto es lo que hemos aprendido. Y también tenemos nuestros propios prejuicios.

Y es difícil, difícil sacarlo de mi [cabeza] ... prescribo [otros medicamentos] mucho más libremente de lo que hubiera recetado cannabis.

Eso es. Es un hecho. Pero estoy dispuesto a ser persuadido de que estoy equivocado.

Especialmente después de escuchar a Mechoulam, el profesor Raphi Mechoulam. Yo lo escuché varias veces, dos o tres veces. Me quedé muy impresionado. (Médico 19, médico de familia)”

En resumidas cuentas esta cita testimonial sobre el estudio de Zolotov et al, (2008) nos permite integrar varios elementos relacionados con el conocimiento preconcebido, al indicar el participante del estudio es lo que hemos aprendido, el cannabis es venenoso y adictivo, por otra los prejuicios propios que como persona puede tener un médico y que le afecta en su desempeño a la hora de prescribir y por último como una fuente competente puede persuadir o generar un cambio en la actitud hacia una apertura al conocimiento que permita tomar decisiones.

Por lo tanto, es un hallazgo importante que todo el estudiantado tenga una actitud receptiva, con la disposición e interés, siendo que es el primer paso para poder profundizar en saciar sus deseos de conocimiento, lo que es esperable que se dé según los intereses individuales, determinados por su entorno y por el rol con el que se visualicen a nivel profesional. Es decir, esta actitud es determinante para que la información pueda ser recibida y descifrada bajo la óptica profesional, sin que esté condicionada a provenir de una sola fuente o necesariamente de la academia.

A partir de allí, es probable que al explorar en el discurso que acompaña el posicionamiento del estudiantado respecto a su interés, se pueda facilitar una base para visualizar el impacto que podría tener el acceso a la información tanto en la formación académica como por otros medios para su vida personal. Y de allí también poder identificar cuál es el conocimiento que se ha venido creando como resultado de la información transmitida por medio de la interacción con los canales presentados en la Figura 2.

Los resultados de esa identificación se presentan a continuación y han sido triangulados entre los datos por carrera, ordenados primero por los intereses personales y después según los resultados de relevancia profesional.

En relación con los datos de intereses personales sobre el uso medicinal del cannabis, se encuentra con que coincidieron en algunos ejes entre todas las carreras. De hecho, coinciden todos los intereses entre el estudiantado participante de Farmacia y Medicina. Sin embargo, la población de Enfermería presentó mayor diversidad de motivaciones siendo que cada persona tuvo intereses específicos y distintos al resto de la misma carrera.

En los ejes que coinciden son: (1) respecto al interés por el uso como alternativa terapéutica y medicina natural, se ha visto resultados positivos en personas conocidas, pero hay mucho estigma y barreras para hablar del tema, incluso no hay confianza para recomendarlo hasta que se tenga evidencia científica suficiente.

Para ese efecto, (2) refieren interés por más investigación sobre el uso terapéutico y también en los aspectos sociales que acerquen al conocimiento de las barreras o factores que están generando una actitud desfavorable desde la población y desde la comunidad encargada de legislar.

Los aspectos sociales que refieren son sobre comprender el acervo cultural, también indagar en las barreras y el eliminar el estigma. Se indica que se debe tener claro que ya se usa, entonces hay que partir de allí, no de si es bueno o malo, y por ello es importante conocer más sobre el tema.

Algunas personas participantes tienen (3) una percepción de medicina natural en la que se quisiera profundizar, como por ejemplo conocer los usos y la composición química del cannabis. De hecho, una persona ha escuchado por anécdotas de familiares, cómo

antes, en su país de origen, se usaba un agua aromática de cannabis por lo que siempre la ha visto como una planta medicinal (participante 16, Enfermería).

Así pues, con mayor detalle, estudiantes de enfermería indican interés personal en el tema debido a: (1) la persona que tiene un padecimiento crónico y no ha podido aliviar el dolor, entonces tal vez podría servirle el cannabis para ese fin, (2) para disminuir sus propios estigmas, (3) porque ha tenido gran exposición a drogas, principalmente durante su etapa universitaria, no ha consumido marihuana pero quiere tener mayor conocimiento; y (4) para poder contar con información de fácil acceso que pueda llevar a su entorno social.

A continuación, se presentan los resultados acerca de la relevancia profesional. Iniciando con el conjunto de estudiantes de Farmacia, este hizo alusión al uso como alternativa terapéutica, aunque dos personas se refirieron al cannabis medicinal como una última instancia a la cual recurrir.

Este estudiantado se utilizó un discurso técnico en el que demuestran claridad de los procesos y roles, pero indican estar a la espera de regularizaciones claras para que puedan ejercer adecuadamente. Piden que haya más investigación. Una vez que sea regularizada deben entender su uso, y vislumbran su rol de educar al gremio de Ciencias de la Salud y a la población.

Quienes estudian Medicina demostraron su ocupación respecto a la falta de información y tabúes que tiene el gremio, la sociedad y posibles pacientes. Ante ello la necesidad de regularizar y estudiar el uso adecuado.

El mismo proceso de sistematización de la información se realizó con los datos aportados por las personas que cursaban la carrera de Enfermería. Ese análisis resultó en la identificación de seis campos de impacto que tendrían si se contara con la información necesaria que regule su prescripción, dispensación y consumo:

1. Disminución de estigmas personales con implicaciones en vida privada y su futuro rol profesional en Ciencias de la Salud.
2. Preparación para ejercer el rol de personas educadoras de la salud, transmitiendo la suficiente información de calidad creíble.
3. Profesional con el conocimiento y actitud para poder cumplir rol de administración de medicamentos.
4. Reducción de estigmas sociales.
5. Repercusiones en la salud pública y necesidad de investigación.
6. Interconexión a nivel macro con el rumbo político y económico.

En consecuencia, con esos seis campos, se nota una relación amplia que abarca varios niveles en el sistema, desde la responsabilidad individual de aprender hasta las conexiones claras con otros actores sociales. En ese panorama, el estudiantado se ve asumiendo la diversidad de funciones de su rol y resaltan que necesitan no solo el conocimiento de calidad sino también una actitud acorde.

Esa población pone especial cuidado al referirse a la persona usuaria con un trato cálido, conscientes que necesitan una atención de calidad, por ello hay que tener la formación en el tema para poder orientar adecuadamente, y que son esas personas quienes están esperando una alternativa que podría mejorar su calidad de vida, muestran preocupación por los estigmas sociales en torno al tema y al uso de una visión que es consistente con los resultados obtenidos del comparativo de los intereses personales expuestos anteriormente.

En conclusión, al comparar el interés académico, hay diferencias en el enfoque y profundidad de parte de cada carrera. Por un lado, el enfoque de Enfermería con énfasis en la persona usuaria que esté informada y con acceso a la alternativa, por otro lado,

Medicina con la preocupación por la desinformación y señalando la necesidad del respaldo científico y que ese conocimiento reduzca los tabúes en los grupos sociales y que lleve a una adecuada regularización. Mientras que Farmacia hace una lectura desde la farmacología y el debido proceso para la administración del cannabis, resaltan que es un deber en el que tiene que estar involucrado el gremio.

Dados estos resultados, se observa la incidencia de la preparación académica coincidiendo que Medicina se caracteriza en su discurso implícitamente a través de la Medicina Basada en Evidencia como requisito indispensable y Farmacia por medio de Protocolos Normalizados de Trabajo. Por su parte, Enfermería con la aplicación en su discurso de los teorizantes como Teoría del Autocuidado en Enfermería de Dorothea Orem, así referido al validar estos resultados con una docente, quien además resalta “tratamos tengan esa perspectiva de los derechos humanos”

En cuanto a la profundidad del detalle, algunas personas refieren conocimiento específico del uso del cannabis, pero no es la constante, por el contrario, se habla de forma general, incluso se descara el desconocimiento. En el campo de acción, las personas que estudian Enfermería dejan una sensación de que se visualizan en diversidad de roles, a diferencia de las otras dos carreras. Además, el discurso fue el que brindó mayores alcances entre sistemas y trabajo con actores sociales.

Se vio reflejado cómo a pesar de que el total de participantes, de todas las carreras, manifestaron interés personal y reconocieron que es importante incorporar el tema dentro de la formación académica, son muy pocas las veces que se ha buscado tener acceso a información de conocimiento científico. Pero cuando no hay estímulo de parte de la academia, la frecuencia disminuye, como es el caso de la siguiente persona estudiante de Enfermería.

Creo que es muy vacilón cuando uno habla de interés piensa que si en realidad me interesa debería haber buscado y haber leído, pero digamos a pesar de que yo no he hecho eso sí me interesa, porque yo a título personal estoy como, a mí me gustan las tendencias que no son tan occidentales o la medicina tradicional. A mí me gusta como la medicina alternativa. Que al final de cuentas en otros países del mundo no son alternativas sino lo que se utiliza. Nunca había pensado específicamente como averiguar sobre el cannabis medicinal pero sí sobre cualquier uso de plantas o sí de cualquier tipo de tratamiento alternativo, cuidados que se hacen o así, entonces a mí sí me interesa. (participante 10, Enfermería)

Cantidad y Calidad de la Información

La calidad y la cantidad de la información puede ser evaluada a partir de criterios específicos para cada una de ellas, para lo cual se utiliza la propuesta del referente teórico (Moscovici, 1979).

Por un lado, la calidad de la información está determinada por la fuente de información y la presión a inferir. Esta presión consiste en saber de todo un poco y dar información superficial por la inmediatez de la vida cotidiana. Mientras que la fuente de información se puede calificar como creíble o no creíble, a partir de los criterios de credibilidad que son: competencia, objetividad y desinterés; siendo la persona receptora quien emite criterio al respecto.

En cuanto al efecto de la competencia este será validado de acuerdo con la incertidumbre de la persona receptora sobre el tema y puede ser específica o generalizada. La objetividad es considerada cuando la fuente no parece privilegiar uno de los aspectos del tema a expensas del otro. Mientras que el desinterés está presente cuando la fuente no media intereses personales en el tema.

Por el otro lado, en cuanto a la cantidad de la información es mediada por su dispersión y la focalización.

La dispersión de la información hace alusión a la existencia de mucha información y muchas fuentes, lo que para Moscovici es a la vez insuficiente y súper abundante, pues la cantidad no necesariamente es sello de garantía. Mientras que la focalización hace que los conocimientos indispensables no puedan ser descubiertos ni aprendidos, las personas receptoras sociales posicionan su atención en una información según los intereses y valores del grupo al que pertenecen.

Así pues, pasando a lo específico por canales, considerando los resultados de análisis de las conexiones (Figura 2) y las proporciones de las referencias (Figura 3 y 4) realizado en los apartados anteriores, se procederá en adelante a profundizar en algunos canales priorizados por su rol dentro del discurso de la información con la que cuenta el estudiantado participante.

Academia y lectura. Retomando los resultados del conocimiento adquirido en la formación académica, se vio cómo estudiantes que llevan carreras en las que se incluye contenidos relacionados al cannabis medicinal refieren más este canal, indistinto de la calidad de información recibida. Sin embargo, aún hay quienes indican nunca haber leído al respecto, no recordar las fuentes o bien quienes no reconocieron la academia como canal.

De las personas que indican haber leído algún material sobre cannabis medicinal, muy pocas mencionaron que han obtenido información de dos canales, mientras que todas las demás identificaron el uso de solo un canal. Estos canales son internet, redes sociales, artículos científicos y blogs. Llama la atención que ninguna persona se refirió a la existencia

o conocimiento de colectivos sociales, ya que son fuente de conocimiento en canales como las redes sociales, tal como se corroboró anteriormente.

En relación con prácticas de lectura de estudiantes universitarios, las investigaciones de (Thompson et al., 2018) reportaron escasez de lectura en filosofía, negocios, planificación y ciencia entre otras; con hasta un 72% de estudiantes que informaron no cumplir a tiempo con las lecturas asignadas en psicología y ciencias ambientales aduciendo falta de tiempo, entre otros.

Observando en detalle, de las personas que han utilizado la lectura para acceder al conocimiento, hay diversidad en los niveles de conocimiento adquirido, como ejemplo se presenta el contraste entre lo manifestado por la persona participante 1 (Medicina) quien indica que “En realidad hace mucho tiempo recuerdo haber leído en algún momento para una clase pero hace mucho tiempo o sea no me acuerdo mucho de qué” y lo indicado por la persona participante 4 (Medicina), que refiere que “Sí he escuchado, pero nunca formalmente algo con fundamento científico.”, añade que ha leído sobre “asuntos de farmacología, del efecto de tipos de extractos que se están manejando ahora, pero nunca he leído de cómo dosificarlo, en qué condiciones usarlo y menos que se hayan hecho pruebas en grupos randomizados. He leído en una revista de toxicología.”

Por lo tanto, aunque no se puede inferir que sea el caso del estudiantado entrevistado, se podría sospechar, por el comportamiento de los datos, que la población entrevistada no ha profundizado en el contenido relacionado con el uso medicinal del cannabis, sea para fines académicos o personales, a pesar de contar con una actitud receptiva. Lo cual también se extrae de la lectura del apartado anterior, en el que se reconoce desconocimiento de información específica que se podría encontrar a través de los canales que refieren como medio de lectura.

Del interés profesional y personal se obtuvo que la población tiene temores personales, necesidad de mayor formación, interés por una orientación clara de parte de sus Unidades Académicas de formación, e insatisfacción por la calidad de la información que recibieron, en palabras de una persona participante: “Porque yo siento que ni siquiera en los cursos de farmacología casi no se nos habla o más bien del todo no se nos habla. Como acá es ilegal no se toca esos fármacos que ya existen, ni los usos ni las contraindicaciones ni nada. Sería como empezar a implementarlo en los cursos empezar a educar sobre eso” (participante 2, Medicina)

Sin embargo, en cuanto a los enlaces que se hacen al contenido relacionado a la formación académica, se presentan: las charlas, videos, documentales, anécdotas de pacientes, clases en los que se mencionó algo del tema, ejemplos internacionales, práctica profesional y artículos científicos.

Efectivamente, también se concluyó que la cantidad de la información recibida en los cursos académicos obligatorios se focalizaba desde el plano de la toxicología esto porque el cannabis medicinal no es un tema contemplado directamente dentro de los programas de estudio. Como ya se mencionó, en Enfermería no se encontró evidencia por parte de estudiantes o docentes del tipo de contenido, aunque hay quienes refieren a la academia como canal.

Debido a la escasez de información que es impartida directamente por la academia, no se puede analizar la calidad y cantidad de un contenido inexistente.

En conclusión, los enlaces que se han establecido a partir de la academia y la lectura tienen como característica la dispersión de la información con abundantes fuentes, pero aparentan no consultarse con frecuencia para adquirir contenido que colmen sus vacíos teóricos.

Aunque resulta relevante tener presente que la información es interpretada de varias formas por la diversidad de autores y autoras que han trabajado la Teoría de las Representaciones Sociales, predomina el hecho que se considere que hay desniveles en cantidad y calidad de la información al interior de un grupo. Tal como se ha expuesto en la información que maneja el grupo a partir del análisis comparativo entre carreras.

El análisis realizado permite resaltar la existencia de desinformación entre la población estudiantil participante. Esto es entendido “como la provisión de información errónea a través de titulares alarmistas o morbosos, información científica confusa, creación de estereotipos, invisibilidad de algunos colectivos de enfermos, poco contexto social, uso inapropiado, abuso o frivolidad de términos, y poca información preventiva”.(Porroche - Escudero, 2017 C.E.)

A pesar de la escasa información que han recibido en cursos obligatorios el objeto de representación es leído e interiorizado desde la formación de su carrera profesional. Lo cual se evidencia en la visualización del uso medicinal de cannabis, con enfoques académicos prevalecientes en cada colectivo.

Lo anteriormente expuesto obedece, según el referente teórico, a que cada mensaje pasa por un proceso cognitivo en diferentes grados y modalidades que permite comprender la información, interiorizarla y luego compartirla. La persona impregna con su historia personal y aptitudes todo lo que emite (Moscovici, 1984).

La población demuestra una actitud receptiva, con disposición y deseo, por obtener más información sobre el tema a través de la academia, que les dote de insumos para implementar el uso medicinal de cannabis. De manera tal que promueva un entorno ideal conforme con Medicina Basada en Evidencia, los Protocolos Normalizados de Trabajo y la

Teoría del Autocuidado en Enfermería de Dorothea Orem, lo cual parece que debe darse como requisito mínimo.

Redes Sociales e Internet. En lo que se refiere a Internet, esta es una red de interconexión que dentro de sus servicios además de sitios Web permite, en la actualidad, la interacción personal por medio de foros, servicios de mensajería y redes sociales. Las redes sociales son un nuevo sistema de entretenimiento y también de información, que toma elementos, recursos y características de los medios tradicionales pero que incorpora algún nivel de interacción.

Las redes sociales se diferencian de otros medios de comunicación masiva mencionados, como la radio y la televisión, debido a que permiten participar de comunidades con intereses particulares y con la posibilidad de interacción directa de parte de cada miembro. La población sujeta de estudio solo especificó Facebook dentro de las redes sociales, a pesar de que existen otras como YouTube, Instagram, Twitter.

En cuanto a Facebook, esta red permite establecer notificaciones, unirse a comunidades por temas particulares según el interés de cada persona usuaria, compartir información externa indistinto de su fuente de origen, entablar comunicación directa con personas especialistas, entre otras. Es decir, este es un medio de propagación cuyo resultado final se caracteriza por generar actitud, tomando como base la definición de (Moscovici, 1979)

En cuanto a la calidad de la información en las redes sociales, según Aguaded et al, (2004), lo que sucede es que los cibernautas tienden a compartir información por el simple hecho de considerarla innovadora, sin verificar la fuente. Dicha información es difundida no solo a sus grupos sino que es redifundida y hasta viralizada por otros prosumidores

fungiendo como multiplicadores de la desinformación. De allí pues se favorece la dispersión de la información por lo que puede haber mucha pero superficial.

Ante esta visión se puede determinar la credibilidad o no de algunos de los medios de comunicación, y cómo la información que transmiten es usada por una persona para orientar o desorientar a otro grupo de personas receptoras. Eso podría deberse a la existencia de otras variables en la interpretación de esa información, propiamente relacionadas a la historia de vida y contextos sociales en los cuales se ha desarrollado la persona, así como políticas y leyes que sustentan esa información.

Al mismo tiempo, una de las principales amenazas que ofrecen las redes sociales es la propagación de información errónea relacionada con la salud impulsada por estancos y segregación de información por parte de muchas instituciones de salud. Existe cada vez más evidencia que las noticias falsas se propagan más fácilmente en Internet que las verdaderas. (Vosoughi S, Roy D, 2018)

Es conveniente subrayar que al hablar de cannabis y darle la connotación de medicinal, algunas personas se aprovechan de los fines no medicinales para enmascarar su uso en el medicinal, utilizando algunas veces la información de fuentes de dudosa calidad a su favor para manipular o distorsionar el discurso en relación con la normalización del consumo o una disminución de la percepción del uso por la vía fumada.

Así lo comentó en su experiencia, la persona participante 13 (Enfermería):

“...se ha estado usando como una droga una sustancia psicoactiva ilícita esa sería como la parte negativa, una droga que tal vez genere dependencia. Lo negativo si me he encontrado mucho con esto en colegios los chicos nos decían si es medicinal. Entonces con la palabra medicinal querían vendérselo como si fuera en la

macrobiótica linaza entonces quieren justificar que el consumo fumado o comerlo sí porque es medicinal”.

Desde esa perspectiva, el discurso es un claro ejemplo de la posverdad, ya que hay una distorsión deliberada de una realidad, designando la cualidad de parecer verdad, aunque no lo sea en su totalidad (Reñón, 2019). Hay un contexto en el que se afirma un uso medicinal, con distorsión para el uso recreativo en relación con el que se expone al estudiantado y que refieren como el canal de información con el que se relaciona una gran parte de la población.

Precisamente, dentro de los enlaces que presenta el canal *redes sociales*, se establece un vínculo con las *críticas*, y de ellas se especifica que: “Más que todo he visto varias críticas en Facebook de personas que tal vez buscan alguna noticia o algo así por el estilo de cannabis terapéutico que están a favor o en contra de.” (participante 1, Medicina). Más, la persona no emite criterio de la credibilidad de la fuente.

Al intentar conocer los productos que se consultan respecto al uso medicinal del cannabis, desde internet como canal, algunas personas no mencionaron alguno en específico, otras indicaron haber visto documentales y algunas otras videos y blogs.

Con la finalidad de contrastar la calidad de información que podría encontrarse en Internet, se realizó el ejercicio de identificar algún documental que fuera una fuente de alta credibilidad respecto al uso medicinal del cannabis, explorando el canal que se mencionó a la luz de las posverdades.

El resultado fue positivo, pues se encontró la serie “Weed” creada por el Dr. Sanjay Gupta quien es médico y periodista. Se localizó también material creado por grupos activistas como los documentales “A Norml Life”, “Super High me” y “Clearing the Smoke”.

También, se debe recordar que tal como se mencionó en el apartado de formación académica, hay canales por los que se comunican experiencias anecdóticas como las redes sociales y páginas Web, que permiten la difusión masiva, al punto de ser referentes para la persona receptora. Por ejemplo, una de las personas entrevistadas indicó “Donde más he visto es en redes sociales, me viene a la mente el video de un chiquito que tenía convulsiones refractarias lo tratan con un aceite de cannabis y lo logran compensar.” (participante 3, Medicina)

Se han dado ejemplos de información no creíble y también el acceso a información increíble. La dispersión está presente en la mayoría de los productos, siendo un canal de comunicación direccional, sin embargo, también Internet como medio permite crear espacios de conversación más cercanos como comunicación de impacto.

Por otro lado, hay también entornos interactivos en los que se comentan a modo de comunidad, y que con frecuencia se encuentra presente la presión a inferir, es decir dar una respuesta, aunque sea superficial o vaga sobre el tema.

Respecto al grupo en particular, aun cuando se sabe que hay mucha información disponible en Internet, y que los enlaces de interacción refieren uso por parte de la mayoría, esa interacción no es garantía de acceso a información de calidad.

Noticias. Para ir finalizando este apartado de fuentes de información, es relevante destacar que en la información recolectada mediante entrevistas se logró detectar 12 citas indicando noticias como producto para acceder la información, pero al igual que en el caso de los documentales, no se especificó el canal. Por lo tanto, se realizó una búsqueda en medios nacionales disponibles en Internet, se usó como palabras clave “noticias”, “cannabis medicinal” y “Costa Rica”. Los resultados obtenidos se filtraron para tomar aquellas correspondientes al periodo 2018 a 2019. El resumen de

los resultados se presenta en el Anexo 2 el cual contiene el título, resumen y fuente de las 12 noticias difundidas por medio de radio, prensa y comunicación sincrónica y asincrónica a través de Internet.

Tras el conocimiento del contenido de esas noticias que se difundieron durante el periodo 2018 a 2019, se identifica que la información es muy escasa, limitada y con pocas referencias que respalden la evidencia científica

De las noticias encontradas, la mitad es orientada en su contenido al tema de la legalización tanto a nivel nacional como en referencia a diferentes partes del mundo, en segundo lugar, en otras se informa sobre la posibilidad que sea una actividad económicamente rentable y con una frecuencia menor, se publicó del uso por parte de algunas personas dentro del territorio nacional para fines medicinales.

En este punto, es relevante destacar la desinformación promovida en algunos casos por noticieros de acuerdo con las noticias aportadas en el Anexo 2. Sea al invisibilizar o estigmatizar al colectivo de las personas usuarias medicinales restando protagonismo, mezclando en el argumento de la noticia el reporte del beneficio al paciente y la condición legal de esa conducta o en otros casos, limitando el acceso en medios de mayor cobertura, para información más enfocada en los usos terapéuticos.

Por otra parte, otros contenidos que se ven en noticias nacionales son referentes a la legalización en otras latitudes o sobre otras formas de expenderlo, se hace énfasis en lo lucrativa que resulta la actividad alrededor de la industria del cáñamo.

Schnaider, R. Zarowsky, (2005) sostienen que el acontecimiento noticioso, no es un hecho objetivo que ocurra fuera del discurso periodístico, es decir no existe al margen de las mediaciones que lo construyen como tal. Es decir, al estar inserta en mediaciones no se puede asegurar que es objetiva y pone en duda su credibilidad.

Es importante considerar, que la noticia debe ser atractiva y sujeta al tiempo mediático, por lo tanto, la calidad de la información que han recibido más de la mitad de las personas entrevistadas a través de este producto debe ser evaluada con cautela e inferir su influencia en la opinión que tienen hacia el uso medicinal.

Conversaciones. Como ya es sabido, la comunicación de impacto es la categoría de comunicación a la que menos personas se refirieron, en el caso de las personas cursantes de Enfermería, solo la mitad (ver Figura 4) ha utilizado un canal de impacto para informarse del uso medicinal del cannabis.

Este subapartado es importante para conocer resultados a partir del comportamiento de la información recolectada respecto a conversaciones y las necesidades que fueron planteadas por el estudiantado en cuanto a acceso a información. Subapartado que es necesario, a pesar de que no se puede hacer deducciones a partir de la cantidad de personas que se informan por medio de fuentes de impacto, esto en cuanto a que no se puede establecer un comparativo con el comportamiento de esta población en la construcción de otras representaciones sociales, ni tampoco información respecto al comportamiento de parte de estudiantes de otras carreras ante las mismas circunstancias de este estudio.

De la comunicación que se refiere, hay un conjunto de conversaciones a las que, si bien se nombran, las interacciones son casi nulas (ver Figura 3). Esas conversaciones se dan con pares, familiares y líderes de opinión. De la modalidad de conversaciones, la anecdótica fue la más referida, a como fue abordada en el análisis del apartado anterior.

La conversación, dice Moscovici,

es una realidad en sí, tiene su propio fin. Si el verbalismo es su justificación, también es su barrera. Nada está prohibido totalmente, nada contribuye a desviarse porque

nada parece tener consecuencias. Y es en este laboratorio de la sociedad donde las combinaciones intelectuales se seleccionan naturalmente antes de cristalizar en símbolos o en útiles sociales. En la comunicación, el objeto social es captado en un nivel de infracomunicación. Sin otro fin que mantener el contacto, sin otro papel que los de emisor y receptor, los individuos se dejan llevar hacia una impregnación recíproca. Se intercambian actitudes, tics, estilos de expresión: el saber se extiende, en primer lugar, por contagio. (1979, p.68)

En la visión, por carrera, de sus intereses personales y académicos, el discurso evidencia concordancia en intereses particulares del grupo respecto a los resultados del estudiantado en su conjunto. Ese discurso tiene, como se ha señalado, una preparación profesional que compartieron durante años.

Por ende, si a cada carrera se le garantizara el entorno que solicitan desde su enfoque, entonces posiblemente su campo de interés constituido alrededor del uso de cannabis también cambiaría.

Cabe destacar que, al momento de la recolección de datos, no había un entorno favorable para las conversaciones, no se han dado en el ámbito personal o con sus pares académicos de forma extracurricular, a pesar de que se han desenvuelto con una actitud receptiva a lo largo de su formación profesional con un colectivo con interés personal y académico en el tema del cannabis medicinal, tal como se indicó.

Debido, según mencionó el estudiantado, a que esos canales son cerrados, algunas veces por culpa del estigma, el prejuicio y por el desconocimiento para poder mantener una conversación de calidad, se afirma que se encuentran con un entorno desfavorable para la comunicación dado que, como lo indica la persona participante 20:

incluso sucede que a veces hay personas que ni siquiera quieren hablarlo, de que simplemente se aferran a su punto de vista y no quieren hablarlo, ni siquiera permiten la posibilidad de una discusión respetuosa y amena sobre los puntos de vista de cada persona. (Farmacia)

En esa línea, el grado de comunicación que se encontró es que el medio es reservado para las conversaciones académicas con docentes, pares y pacientes. Mientras que con familiares es indiferente en su mayoría.

Esto a partir de que el grado de comunicación es entendido, según Moscovici (1979) según que tanto percibe la persona que se habla en el entorno. Siendo considerado el medio como reservado cuando las comunicaciones son poco numerosas. Y se juzga un grado indiferente cuando no se habla nada en el medio. Mientras que cuando se habla mucho y bastante se considera favorable.

En esa línea, las referencias a la comunicación por conversación se dan en entornos que son favorables al tema, en detalle se mencionan conversaciones por la cercanía a casos anecdóticos o por su entorno familiar, como se refleja a continuación:

Es un tema del que siempre he vivido escuchando. Personas adultas mayores a las cuales respeto mucho de la familia me han contado que antes se usaba un agua aromática de cannabis, un agua aromática de diferentes plantas y entonces desde ahí me surgió que es una planta medicinal. (participante 16, Enfermería)

Ahondando en este discurso, esta persona, proveniente de otro país, deja claro cómo la apertura al uso medicinal del cannabis ha sido determinada por un contexto en el que se ha hablado de ello y por la actitud de la fuente que le emitió ese conocimiento. Se deja claro que las conversaciones surtieron el efecto de impregnación sobre él, como receptor del mensaje.

Pero a su vez, esta genera una reacción y perspectiva favorable que le lleva a descifrar la información a través de un paradigma del uso medicinal. La realidad a la que han estado expuestas las personas del grupo no es la misma, siendo más bien que la mayoría expone su enlace con la construcción de estigma y que se mira como tabú en su entorno inmediato.

Las personas con conocimiento e interés en el uso medicinal son las que llevan el tema al campo de interés de la población de Ciencias de la Salud, mediado en primera instancia por docentes que mencionan algún contenido, por pares o pacientes que refieren un caso, por líderes de opinión a quienes se les accede por contenido de una charla.

El cúmulo de conocimiento se vuelve uno para la creación de la representación, pero no hay líneas claras que identifiquen la relación proporcional con el canal en cuanto a calidad o cantidad. Mas, sí se identifica en el discurso, que se pone peso a la importancia de la academia, se espera de ella la formación necesaria. También se identifica a la persona usuaria desde dos aristas, con un rol de emisor de conocimiento y con su rol de paciente que necesita una opinión profesional. Siendo este último el que preocupa al estudiantado.

Dice una persona participante:

No hay evidencia que constate a nivel de Costa Rica la utilización y el funcionamiento de este, para lo cual nosotros como estudiantes debemos simplemente comprender cuáles son los componentes, para qué sirve. Pero no podemos llevarlo como una información de fácil accesibilidad para las personas para el entorno social en que se desarrolle cualquier individuo. (participante 15, Enfermería)

Esta necesidad de ampliar en conocimiento para poder brindar un mejor servicio, en el que se se percibe con esperanza que si el entorno es favorable habría mayor y mejor

comunicación, “habría campo para estar hablando más del tema y quizás de verdad que se pueda utilizar ampliamente sin que haya prejuicio ni de los mismos médicos ni de los pacientes ni de la sociedad hacia los pacientes.” (participante 1, Medicina). Es decir, se cree que “no hablarlo en nuestra realidad es como un poco irresponsable.” (participante 25, Medicina)

En ese sentido la consulta en el entorno profesional llega de la persona usuaria considerando que la opinión de la persona profesional de las Ciencias de la Salud es una opinión desde la ciencia. A saber, “La difusión de una ciencia tiene valor de información, pero el que posee la ciencia posee también el poder. Es competente, domina, es un experto, no solamente un emisor; el otro ya no es solamente receptor, es un profano.” (Moscovici, 1979, p.69)

En la Imagen 3, que se ve un ejemplo de la relación paciente-profesional, se nota como la persona usuaria y su familiar apenas inician con el uso medicinal del cannabis y se confía en esa orientación profesional. En el rol educador se espera que la persona usuaria adquiera los conocimientos necesarios para comprender aquello relacionado a su condición de salud y por ende, salga del desconocimiento y se disminuya la incertidumbre.

En esta dinámica, actualmente no se siente la confianza para cumplir el rol de educar, no se percibe en el discurso, un nivel de autopercepción como fuente creíble, más bien se evidencia que deben al menos tener el entendimiento de la temática al nivel de las personas usuarias, para ser capaces de acompañarlos,

en la práctica nos vamos a enfrentar con personas que lo están usando que nos van a cuestionar, personas que ahora con la tecnología están muy empoderadas que dependiendo de la fuente que consulten pueden que estén bien o no es algo que debemos dominar para dar educación. (participante 13, Enfermería)

En ese rol de la persona usuaria reconocida como referentes de opinión, desde la práctica, aunque se lamenta que la comunicación no pueda darse en ambas vías, por conocimiento y por regularización.

En conclusión, al respecto se reconoce en una relación paciente-profesional, que en general, tiene mayor conocimiento la persona usuaria. También que la información es dispersa en general. Y hay un temor implícito por convertir sus tabúes y temores en desinformación o en discursos falaces.

Por otra parte, tomando como referencia las entrevistas semiestructuradas a las 30 personas participantes y analizándolas en su totalidad, vistas como una conversación sostenida en la que se indujo al diálogo sobre el uso del cannabis medicinal; creando un entorno favorable, se encuentra que hay solo una persona sobresaliente por su conocimiento. En su discurso se percibe competencia y objetividad.

Esa persona refirió haber construido su conocimiento a raíz de la información obtenida por medio de múltiples canales (artículos científicos, noticias, prensa, medios nacionales e internacionales, líderes de opinión sobre el tema en el país, revistas sobre drogas y blogs). De hecho, es la única que hizo referencia a comunicación con líder de opinión. Esa persona, es capaz de conversar del tema con fundamentos concordantes con el conocimiento científico y también deja al descubierto que ha obtenido experiencias del sentido común. Este caso en particular concuerda y hace parecer que tiene una visión más amplia del tema que el del resto del grupo.

Por último, se encontró que no hubo referencia a la calidad de la fuente de información emitida por docentes y líderes de opinión. Y en el caso de colectivos, no fueron mencionados. Por ello no se puede realizar un análisis de la relación estudiante-líder de opinión, como categoría en la que el rol de la persona estudiante cambia respecto a las

otras relaciones que se han presentado. Pero sin duda es importante evidenciar esa insuficiencia de datos.

Ello por cuanto, la fuente en conversaciones que se crean con la finalidad de crear criterio o en formación, tiene un rol determinado por la calidad de la información que se difunde. En el caso de las personas líderes de opinión que trabajan como activistas, suele tener competencia específica, mientras que, respecto al tema del uso medicinal del cannabis, la persona docente universitaria tendría una competencia generalizada, como sucede actualmente.

Consideraciones de calidad y cantidad

Respecto a la calidad y cantidad de las fuentes de información, se logró inducir que el fenómeno de dispersión de la información se presenta en el grupo participante ya que casi todas las personas indicaron más de un canal. Mas la cantidad de canales no determina la calidad y cantidad de conocimiento sobre el tema. Habiendo diversidad de canales, pero conocimiento superficial del tema.

Se esperaría que la población entrevistada busque información de fuentes creíbles ya que la totalidad de personas entrevistadas coinciden en que conocer del uso medicinal del cannabis es de relevancia profesional y de la misma manera todas aseguran que es un tema de interés personal. Tienen el entendimiento desde su formación profesional para abordar el ejercicio profesional en caso de una regulación, pero esta no es por el tema del uso medicinal del cannabis sino por sus labores profesionales en general.

Recogiendo lo más sobresaliente respecto al impacto que tienen los canales de información, se encuentra que, si bien unas fuentes pueden llevar a generar opinión, otras actitud y otras acción, la influencia en el colectivo va a depender en gran medida a la calidad de la información y no al canal por el que se transmite.

Tipo de Información

A continuación, se mostrará la disposición de la información según su tipo, sea este sentido común o conocimiento científico. Según el marco de referencia, considerando el origen epistemológico del sentido común, este se preestablece a partir de una conclusión y reúne premisas de acuerdo con creencias y valores que dan explicación a lo concluido, al contrario del conocimiento científico que parte de premisas para llegar a una conclusión. Al mismo tiempo desde la Teoría de las Representaciones Sociales se considera que el propio conocimiento científico se elabora dentro de un sistema y regulaciones sociales determinadas y no se habla de supremacía de uno sobre otro sino de diferencias.

Sentido común. Para iniciar, el sentido común se define como un cuerpo de conocimientos producido de forma espontánea y consensuado por los miembros de un grupo, basado en tradiciones compartidas y que es enriquecido por miles de «observaciones» y de «experiencias», según el referente teórico de la investigación. (Moscovici et al., 1988)

Cabe destacar que se han utilizado varios términos para referirse a él, entre ellos: conocimiento lego, concepciones alternativas, concepciones erróneas o teorías implícitas y preconceptos; sin embargo, no hay certeza que para los distintos investigadores en el tema apliquen estos términos como sinónimos. (Sánchez, 2002)

En este apartado de sentido común se incluyó la información que no fue obtenida a través de los canales *artículos científicos* y *academia*. Según el comité de Educación de Ciencias de Pregrado (1997) este tipo de conocimiento puede dividirse en cuatro tipos de conocimiento: (1) según de donde proviene, (2) creencias del estudiantado construidas a partir de fuentes distintas a la educación científica como la religión, (3) nociones preconcebidas obtenidas de las experiencias diarias o tradiciones, y (4) una serie de

conceptos que para esas personas son errados desde el contexto en que se dé la respuesta.

Esta respuesta se puede dar desde la naturaleza, desde la aplicación incorrecta de términos científicos o desde hechos. Sin embargo, en la Teoría de las Representaciones Sociales no se relaciona el sentido común con algo errado, es algo más bien que converge con el conocimiento científico y nace del consenso del grupo social en cuestión.

Para poder analizar los resultados, de un total de 72 citas vinculadas con sentido común, se recurrió a reagrupar conforme a la frecuencia en relación con el número de citas en que iban surgiendo. Se establecieron los siguientes conceptos alrededor del cannabis medicinal: necesidad de capacitación, desinformación, prejuicio, investigación, legislación, uso, cultura y política, papel de la educación y falta de evidencia. A continuación, se analizan esos resultados considerándoles como ejes temáticos.

Al hacer un acercamiento a las citas se observó que todas las personas entrevistadas estuvieron de acuerdo en la necesidad de capacitarse en el tema, algunas de ellas lo indicaron en más de una oportunidad. Dentro de las preocupaciones sobre el adquirir mayor conocimiento se puede notar que van desde lo general como lo indica esta persona

como está ahorita que nadie sabe bien qué es lo que hace y cómo funciona ... el desconocimiento de las personas sino también el de nosotros como científicos que deberíamos estudiar todo lo que vamos a usar también y que al no saber uno se expone a cometer muchos errores. (participante 3, Medicina)

Respalda por la persona 8 al indicar que:

Uno tiene bastantes vacíos en información porque en nuestra carrera realmente no se nos ha formado con evidencia importante sobre cuáles son los usos que tienen

respaldo científico. Poder tener una opinión objetiva y no sesgada como por creencias personales. También necesitamos como esa parte de la formación.

Hasta aquellas relacionados a temas muy puntuales, como esta que refiere a su función social, no solo de cumplir efectivamente sus roles de persona profesional que prescribe, dispensa y administra medicamentos sino hacia su rol de persona educadora para lo cuál cada profesional debe mejorar sus conocimientos, “Sí, es necesaria la capacitación y participaría de ella para poder educar a los demás”. (participante 27, Farmacia)

La necesidad de capacitación en este tema no es un hallazgo exclusivo de esta investigación, concuerda con lo encontrado en un estudio de Berlekamp et al.,(2019) en Ohio, en la cual se hizo una encuesta consultando sobre conocimiento de cannabis medicinal a 319 estudiantes de Farmacia de varias Universidades, como resultado obtuvieron entre 50 y 60% de aciertos en las preguntas. Indicaron que se sienten a favor de la legalización del cannabis medicinal pero no confían en su capacidad de aconsejar, dicen que requieren mayor educación de la Escuela de Farmacia.

De las universidades participantes en ese estudio, ubicadas en estados en que está legalizado el uso medicinal, el 72% afirmó haber implementado un curso obligatorio sobre el tema desde el área de la farmacología incluyendo elementos de abuso y uso desviado.

En el caso de esta investigación, la necesidad de capacitación fue un tema que surgió de cada miembro de este grupo de estudiantes de Ciencias de la Salud. No lo han adquirido de otra fuente, por lo cual es una percepción, y por esa razón, aunque lleva implícito el adquirir conocimiento científico para mejorar sus prácticas profesionales es que se ha clasificado en este apartado de sentido común.

Respecto al prejuicio, afirma sus raíces en la tradición, en concepciones y presuposiciones ampliamente sostenidas (Moscovici y Pérez, 1997). El tipo de información que más comunicó el estudiantado se basó en prejuicios, en su mayoría relacionada con el estatus social de la droga, vinculando temas como la falta de información farmacológica, el acceso de las personas usuarias en condición de paciente y el uso terapéutico del cannabis, la disponibilidad para la prescripción médica, el uso racional mediado por personal sanitario y los criterios de seguridad y eficacia regulados por el Ministerio de Salud; con la ilegalidad del cannabis.

Para su respectivo análisis dentro del concepto *prejuicio*, Moscovici señala que el sujeto, una vez dentro de una clase, deriva el pensamiento estereotipado de la misma, la red de atributos que le asoció, el comportamiento que adoptó, entre otros. Metido dentro de una categoría será muy difícil que lo vea con atributos derivados de otra categoría. Es decir, se replica el prejuicio.

Dentro de esta subcategoría se incluyeron las citas sobre *estigma* y *tabú*, así como *uso desviado* y *uso sin asistencia de profesional en salud*, pues estos dos últimos son atributos que emergen desde el conocimiento de las personas entrevistadas y que le son asignados al tema. El estudiantado de Medicina fue el que mencionó menos citas sobre estigma, Enfermería mencionó 5 citas de estigma y 5 de prejuicio, mientras que Farmacia aportó 5 citas del término tabú.

El estudiantado indica su percepción sobre la existencia de barreras de acceso a la comunicación e información que a su vez bloquean hablar del tema en ciertos contextos. También mencionan la importancia de separar las creencias personales del plano profesional, una persona entrevistada comparte que el tema es interesante

Porque a todos nos surge la duda si es beneficioso o no, cómo sería el mejor manejo que se dé a nivel de sociedad, causa muchas dudas, tiene mucho tabú detrás muy marcado entre generaciones. Yo siento que para mis papás está muy satanizado, para primos y personas de mi edad es lo más común, es algo de la práctica diaria de muchas personas. Entonces me parece muy interesante. (participante 27, Farmacia)

Sobre estigma la persona participante 4, estudiante de Medicina, indicó que: se ha satanizado mucho todo esto entonces yo creo que nos hace falta un cambio de paradigma cultural, aceptar que el cannabis esté dentro de las opciones de la medicina, por ejemplo, o que la institución que más mueve salud en este país que es la CCSS, vaya a tenerla dentro de su lista oficial de medicamentos si fuera del caso. Lo principal sería el marco legal y la seguridad a la hora de administrar.

En este argumento no solo se evidencia el estigma como sinónimo de satanizar sino que se hace una vinculación entre la posibilidad de un cambio de actitud hacia la misma al punto de ser aceptada en el ámbito institucional bajo un marco legal.

En relación con estigma se identificó como una barrera importante que debía mitigarse para que el cannabis medicinal sea implementado con éxito, según (Isaac et al., 2016b) la influencia del estigma negativo en la adopción real de tales medicamentos, como los provenientes de cannabis, y programas de salud se revela en varios estudios. De la misma manera los prejuicios y el tabú evitan en los diferentes contextos apertura hacia la comunicación en el ámbito clínico, en palabras de una persona:

Es un tema que quizás ha quedado muy tabú por personas que tal vez tienen una mentalidad un poco conservadora a nivel médico como quizás no consideran

terapias alternativas y se van mucho a los medicamentos que ya están establecidos para utilizarse para (participante1, Medicina).

El tabú como barrera para la investigación, percibido así por una de las personas participantes

Falta de investigación al respecto en Costa Rica me parece que es así porque es un tema tabú como la sexualidad, la diversidad sexual el tema de las drogas ilícitas ilegales es súper ligado a muchísimo tabú por lo tanto la marihuana la gente escucha marihuana y se imaginan a un adolescente de 15 años adicto lo que la gente se imagina como adicto. Entonces si se maneja ese tabú incluso en las mismas instituciones que trabajan el tema de las drogas en Costa Rica. (participante 11, Enfermería)

También mencionan el autoestigma en la persona usuaria y tabú que le impiden acceder a información sobre su tratamiento, para ilustrar esto, la persona participante 21 (Farmacia) indica “Existe estigma, además es súper mal que alguien tenga el tabú sobre los medicamentos que usa porque no se va a informar bien precisamente por esa estigma”.

Para finalizar con esta subcategoría, el prejuicio como tal, de acuerdo a lo manifestado por el estudiantado y lo reportado en la literatura, obstruye la comunicación y en ese sentido cuando alguien ya tiene una idea predeterminada sobre algo y su actitud no es favorable evade el tema.

En el caso del cannabis particularmente el uso lúdico instalado en el imaginario social, automáticamente, hace que se represente con lo aprendido desde ese contexto sin considerarlo como medicinal; tal y como lo manifiesta este estudiante al indicar que “Existe cierta preocupación por la posibilidad de generar dependencia por lo que considera que

tiene efectos negativos para la salud desde una construcción que hace desde lo escuchado a nivel popular como droga de abuso y no como terapéutico”. (participante 9, Enfermería)

La tercera subcategoría en la que se amplía a continuación es sobre el tema de la desinformación que es lo que produce la percepción, en el estudiantado, de la necesidad de capacitación. Se había descrito este concepto no solo como información escasa, sino también como información errónea o información prejuiciada. En el primer caso al referirse a escasez de información sería muy atinado el siguiente comentario “me declaro ignorante en el tema en comparación a otros temas de la carrera me gustaría conocer más” (participante 7, Medicina)

Por otra parte la persona participante 21 ilustra información errónea o prejuiciada en lo expresado en la entrevista, “diría adicción porque las personas se hacen adictas no solo al cannabis sino a cualquier sustancia, más cuando es vista de alguna manera como aquello prohibido” (participante 6, Medicina), una de las personas entrevistadas considera que la desinformación es uno de los aspectos negativos del cannabis medicinal atribuyéndole al uso y a la planta, la razón por la cual no se estudia el tema.

Consideran que uno de los aspectos negativos del cannabis medicinal es la desinformación, por ejemplo, esta persona estudiante comenta “yo tengo un familiar con una enfermedad degenerativa que causa dolor y se está guiando por la parte que hablábamos de la desinformación, entonces se utiliza la marihuana per se sin ninguna extracción”. (participante 6, Medicina)

Ante el panorama presentado anteriormente, se genera la incógnita acerca de cuál es la razón para la desinformación, en primer lugar, en apartados anteriores se logró dilucidar cómo algunas condiciones favorecen esa desinformación, entre ellas la dispersión

de la información, la focalización y la presión a la inferencia. En relación con las estudiantes y los estudiantes, solo 6 han leído artículos científicos relacionados con el tema.

Al ser estudiantes de la Universidad de Costa Rica, los participantes tienen acceso a la información dentro de las bases de datos del Sistema de Bibliotecas de Información y Documentación, por lo que se realizó el ejercicio de búsqueda por términos, utilizando las palabras “medical cannabis” en algunas de las bases como: Clinical Key, Science direct, EBSCO Academic, The New England Journal of Medicine, Ovid Medline, ProQuest y entre artículos de revisión, artículos de investigación, revistas científicas y publicaciones académicas, se logró encontrar un total de 46177 referencias, para las cuales lo único que se requiere es conectividad a internet, que de acuerdo con información expuesta anteriormente, parece no representar una barrera.

Como se ha podido observar el acceso a la información, al menos de artículos no es una barrera para este colectivo participante. Es probable que una de las justificaciones para la desinformación del estudiantado, se puede relacionar con que anteriormente cannabis medicinal no estaba en su foco de atención y emerge por la realidad de la que estaban haciendo parte desde su campo clínico, con pacientes que quieren hablar sobre el tema.

Siguiendo con la jerarquización de temas, el cuarto concepto más mencionado, fue la investigación, y al respecto la persona participante 27 (Farmacia) posiciona a la “investigación como eje vital para el desarrollo de conocimiento en el tema”. El estudiantado de Farmacia refirió varias veces el tema en el sentido de falta de investigación y la necesidad para ampliar el conocimiento y generar evidencia a favor o en contra de lo que se dice en este momento.

La persona participante 9 (Enfermería) indica que a nivel mundial es difícil investigar con cannabis medicinal, refiere:

a nivel mundial he leído un par de situaciones en las que retratan que es difícil investigar sobre cannabis, la gente no quiere a la gente no le gusta que investiguen sobre cannabis yo no sé que será toca su orgullo no sé que tipo de orgullo el hecho de que estén tan en contra de una planta que se descubra que tiene propiedades benéficas. Limita mucho lo investigativo pero investigación hablando en todo sentido como por ejemplo esta que se está realizando me parece excelente diay visibiiza que es lo que se está haciendo, cual es el estado de esto.

Argumento confirmado a través de la información publicada por Miller, (2020), del mes de marzo, donde se comenta la dificultad por los lentos procesos burocráticos debido a incremento en requisitos por parte de la DEA, hacia cultivadores de cannabis para investigación.

En la noticia también se difunde información donde una de las investigadoras se refiere a la calidad, variedad y potencia del cannabis que se usa en investigación en relación con la que está en los mercados legales. En fin, se evidencia los múltiples obstáculos para acceder al material vegetal requerido para investigación en una sociedad donde tienen ya los protocolos respectivos.

La investigación científica es relevante porque permite tener acceso a información de primera mano, sin embargo en sociedades como la costarricense el hecho de carecer de protocolos de investigación o procedimientos normalizados para la obtención de la materia prima vegetal así como la privación de normas para la subsecuente cadena de custodia del mismo se convierte en una barrera, amplificada por su estatus legal y la falta de voluntad política para generar los cambios legislativos necesarios.

En cuanto a la regulación del uso medicinal de cannabis, esta representa para el estudiantado el quinto concepto más reproducido, la posibilidad de un cambio de actitud, la necesidad de incorporar al personal de salud en la formulación de protocolos y normativa para regular el uso, así como estigma al relacionarla con el concepto droga.

Este concepto conforma la representación social, evidenciado mayoritariamente en el discurso de los estudiantes masculinos en esta investigación, este surgió de manera espontánea a pesar de que dentro de las preguntas de la entrevista específicamente no se consultó este aspecto. Fue citada en un total de 10 veces de forma directa.

La persona participante 25 (Farmacia) indica, por ejemplo, que es necesario “la normativa que regularía el uso con los responsables, alcances y sanciones en el caso de incumplimiento profesional “. Para las personas participantes 3 (Medicina) y 28 (Farmacia) la legislación constituye un elemento que condiciona su actitud frente al objeto de estudio, ellos señalan que estarían a favor en el momento en que esté regulado.

Debido a la complicada situación legal del cannabis y los cannabinoides, así como a las regulaciones que varían de un país a otro, el uso apropiado de estas sustancias tanto para las personas usuarias como para el personal médico, a menudo no está claro (Carr & Schatman, 2019). La postura de algunas personas del estudiantado sobre su actitud frente al cannabis medicinal evidencia como su estatus de “ilegal” interviene en que esta sea favorable o no.

Adicionalmente la mayoría de las personas, futuras profesionales en salud indican que el hecho de no existir un marco regulatorio claro y bien definido en el país, interfiere con el tipo de información que reciben, no saben si es realmente una opción terapéutica para las personas usuarias del sistema de salud costarricense.

Conocimiento científico. Para efectos de esta investigación, se agruparon todos los conceptos relacionados con vocabulario técnico. Lo anterior implica la prescripción, dispensación y administración de un medicamento; adicionalmente, se hizo la revisión que la fuente de dicha información sea de tipo institucional o científico, también definida como la obtenida desde la academia y/o a partir de artículos científicos.

Las personas entrevistadas desconocen la información farmacológica detallada, sin embargo, dentro de los términos utilizados se encontraron los siguientes: tratamiento alternativo, indicación, calidad y eficacia, vías de administración, mecanismo de acción, efectos adversos, interacciones, forma farmacéutica y buenas prácticas. Es importante aclarar que, si bien no existe una información específica a cannabis medicinal en lenguaje figurativo, al hacer alusión a todos estos términos, el estudiantado representa al cannabis medicinal como un medicamento.

Es decir, lo representa como un principio activo junto a sus excipientes o extracto estandarizado, forma en que hicieron alusión varias personas participantes y de ahí todo lo relacionado con buenas prácticas de prescripción, dispensación y administración conocimiento permeado por su formación de grado.

Dentro de estos conceptos medicinales, el de “alternativa terapéutica”, fue el más repetido, al menos 22 de las personas entrevistadas lo mencionó una vez y le asignaron los siguientes significados: no convencional para enfermedades crónicas o terminales tal y como lo manifiesta esta persona participante:

Me parece muy positivo que se puede usar como terapia alternativa no convencional si se ha visto porque de eso si nos han hablado quizás no con cifras y así, pero sí nos han mencionado en varias clases que realmente es beneficioso para patologías más crónicas o terminales. (participante 1, Medicina)

Mientras que en las entrevistas 15, 20 y 22 se dieron asociaciones con “alternativa al uso de opioides”, de lo cual efectivamente ya está, existen reportes en la literatura (Lucas & Walsh, 2017) (Isaac et al., 2016). Por otra parte, se habla de un efecto sinérgico, la forma vaporizada aumenta el efecto analgésico de los opioides, sin alterar significativamente sus niveles plasmáticos, lo que permitiría reducir las dosis de estos y disminuir los efectos adversos (Avello et al., 2017), sin embargo el uso concomitante para tratamiento de dolor requiere de más investigación (Cooke et al., 2019)

En cuanto al significado de *complementario*, fue asignado al cannabis medicinal por parte de la persona participante 11 (Enfermería), para su uso en enfermedades mortales “alternativas complementarias a tratamientos de enfermedades que matan...”

Por las manifestaciones adversas y efectos psicoactivos, los agonistas cannabinoides se han descrito como *tratamiento complementario* para algunas patologías en la actualidad. Para otras, existen mejores tratamientos o son campos nuevos de investigación. (Avello et al., 2017)

Tabla 3

Algunas aplicaciones terapéuticas de cannabis y sus derivados

Categoría terapéutica	Potenciación cannabinoide
A. Tratamiento complementario.	Analgésico Trastornos espásticos Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia Síndrome caquético-anoréxico en pacientes con SIDA o cáncer terminal.
B. No se consideran tratamientos complementarios por existir otros mejores.	Glaucoma Trastornos inflamatorios del tubo digestivo Ansiedad, depresión Patología tumoral Potenciación cannabinoide Neuroprotección

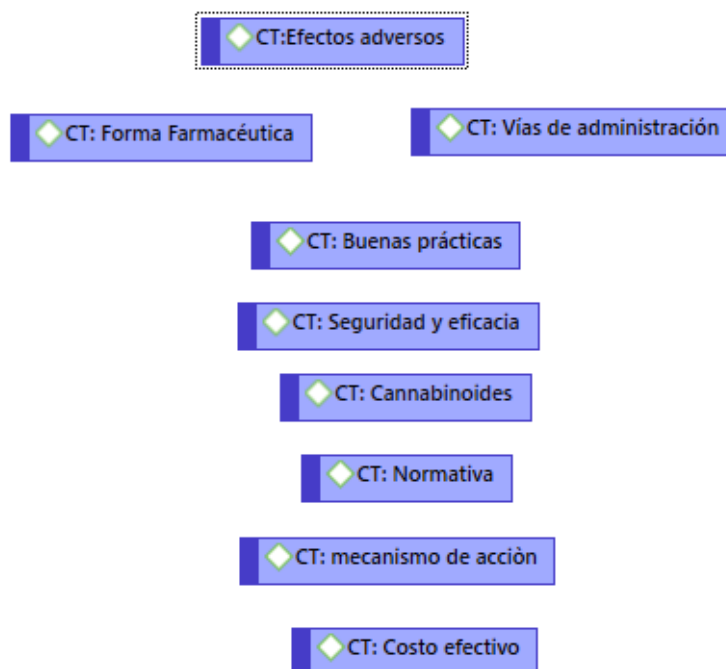
Nota. Avello, Pastene, Fernández, & Córdova. Potencial uso de cannabis terapéutico.

También se le atribuye su uso a situaciones en las que los medicamentos de elección según protocolos no funcionan, esto se conoce como *tratamientos refractarios* y en ese caso fueron aludidos por las personas participantes 25 y 30 (Farmacia). A su vez las personas 19 y 22 (Farmacia) lo asociaron como alternativa cuando no hay otra opción lo que podría inferirse en casos de enfermedades terminales o tratamientos refractarios.

Continuando con esos conceptos representativos del campo de conocimiento científico, la población participante evocó el de *indicación*, relacionando el uso terapéutico del cannabis medicinal a un síntoma o patología específica. Dolor recibió 10 menciones, cáncer, VIH, náuseas, anorexia, depresión, esclerosis múltiple, epilepsia, espectro autista, enfermedades terminales, sustitución de opioides, entre otras.

Figura 5

Conceptos técnicos científicos mencionados por el estudiantado



Nota. Elaboración propia.

Desde la percepción de cannabis medicinal como medicamento, el estudiantado refiere conceptos como *efectos adversos*, las citas sobre estos temas son predominantemente desde el estudiantado de farmacia, y refieren a la importancia de la investigación de estos efectos y conocerlos. Como indica la persona participante 15 (Enfermería) *los efectos adversos poco estudiados en el uso terapéutico*.

En relación con *vías de administración*, se mencionan sin mayor detalle. Por otra parte, al referirse a *buenas prácticas* se refiere a estandarizar procesos mientras que *seguridad y eficacia* son parámetros que deben de garantizarse antes de su uso en seres humanos. Con relación a buenas prácticas “no hay una forma de establecer que todas las plantas contienen lo mismo si no son cultivadas, manejadas y hasta recolectadas de una forma estándar” referido por la persona participante 19 (Farmacia).

Por último, algunos conceptos fueron menos citados, tal es el caso de *cannabinoides*, tres citas, *mecanismo de acción* y el término *costo efectivo* para los que se identificó una cita de cada uno. Estos tres conceptos muy desde el conocimiento científico con necesidad de profundizar en ellos debido al interés de la población participante.

Aunque, los datos de ensayos clínicos para estas sustancias sugieren que muchas indicaciones supuestas de cannabis y cannabinoides no estén bien respaldadas. El cannabis y varios medicamentos a base de cannabinoides tienen perfiles de efectos secundarios potencialmente preocupantes que pueden limitar su uso en ciertas poblaciones de pacientes. El conocimiento científico sobre el tema sigue en construcción, con las barreras propias en cada zona geográfica, del acceso a la investigación y la regulación de esta.

Se confirma, que es un proceso dinámico donde a medida que el estado legal y la base de datos clínica de estos medicamentos continúen evolucionando, el personal de

salud deberá continuar equilibrando el potencial real de estos compuestos con sus limitaciones y efectos adversos.(Carr & Schatman, 2019)

Podemos entonces afirmar que la percepción que elaboren algunas personas miembros del gremio de profesionales de la salud en cuanto al uso del cannabis estaría determinada por dos variables muy importantes, las cuales se refuerzan en las diferentes teorías expuestas en párrafos anteriores. Una es considerar la etapa de conocimiento en la cual se encuentra la persona profesional de salud, así como los símbolos, conceptos y conocimientos que estos posean desde la experiencia, y no solo desde la teoría en cuanto a los beneficios del uso del cannabis. Y la otra son los antecedentes legales e históricos que determinan las reglas sociales que se deben cumplir en cuanto a las limitantes del uso de esta planta.

Como resultado final de este apartado se logró identificar que el tipo de información que tienen el grupo de estudiantes de Enfermería, Farmacia y Medicina participantes de esta investigación es levemente mayor para el conocimiento de sentido común ya que generaron un total de 72 citas de este tipo de conocimiento y 61 de conocimiento científico.

La comunicación se da por medio de más variedad de canales direccionales que de impacto, siendo la academia la que es más común entre la población. El estudiantado de Farmacia tiene más acceso, a la comunicación institucional desde la academia con el desarrollo de levas contenidos durante las clases de Farmacología, Atención Farmacéutica y Farmacognosia, sin embargo, no mostró una diferencia en cuanto a calidad.

La calidad de la información se puede analizar a partir de los criterios de credibilidad, competencia, objetividad y desinterés; sin embargo, la calificación de creíble o no creíble la realiza la persona receptora. Enfermería mantiene una disposición uniforme de ambos tipos de conocimiento y en el caso de Medicina y Farmacia la cantidad de conocimiento científico

es casi el doble que de conocimiento de sentido común. La comunicación de impacto es el segundo lugar en los tres grupos y se ve favorecida por la academia a través de las prácticas en los internados.

Campo de Representación

A continuación, se analiza la objetivación del cannabis medicinal que hacen estudiantes de Enfermería, Farmacia y Medicina de la UCR a partir de la interacción mediada por imágenes y lo social que permiten transformar un conocimiento en representación.

De acuerdo con el referente teórico, la representación social es definida por informaciones e imágenes, además de opiniones y actitudes. Su estructura es de dos caras, una figurativa y otra simbólica; donde a toda figura corresponde un significado y a todo significado, una figura (Moscovici, 1986b).

Además, siempre es la representación de algo hecha por alguien, la interacción entre objeto y sujeto se caracteriza por incesantes transformaciones, así como por su carácter constructivo, creativo y autónomo. Es decir, constantemente se está transformando y reconstruyendo (Moscovici, 1986b).

Las funciones de la representación social no solo están orientadas al conocimiento, identidad, orientación y justificación, sino que es una guía para la acción, impulsando la transformación de la realidad a través del manejo de las relaciones a priori con el objeto, incluido el manejo cognitivo que se le dé al mismo. De forma complementaria, la representación social define lo que es legal, tolerable o aceptable en un contexto, como menciona Caravaca et al (2015).

En ese sentido, la representación social del cannabis medicinal que es manifestada y compartida grupalmente por la población participante es: “El cannabis medicinal es una

alternativa de origen natural que podría brindarse en forma farmacéutica para aliviar el dolor de pacientes, cuyo uso se ve limitado actualmente debido a la carga estigmatizante y a la falta de investigación y de regulación”.

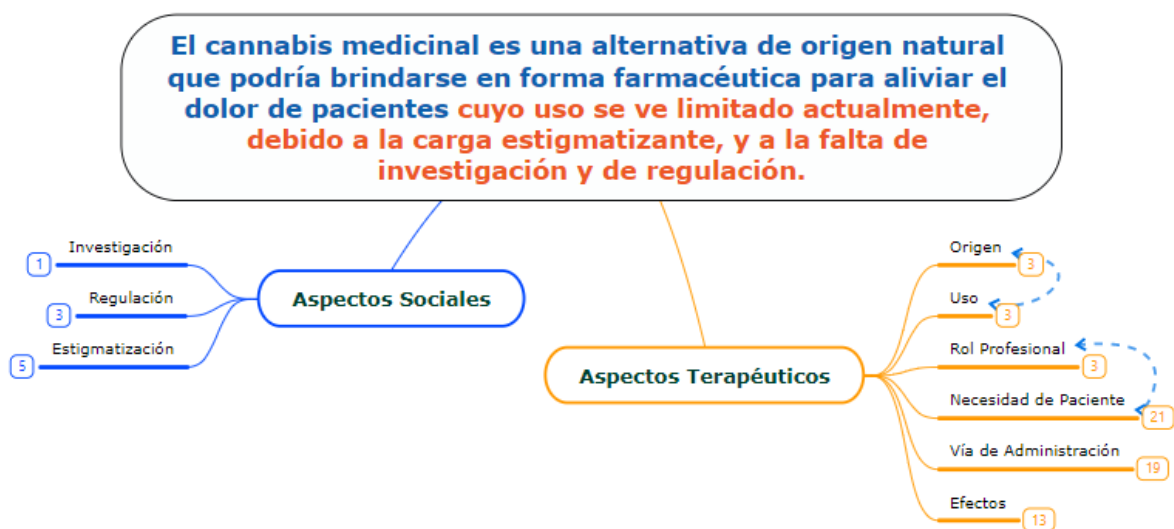
Dentro de los elementos constitutivos de dicha representación social se encuentran por un lado los de tipo social y por el otro los de tipo terapéutico, en específico:

- a. Aspectos sociales - investigación, regulación y estigmatización.
- b. Aspectos terapéuticos - origen, uso, rol profesional, indicación, necesidad del paciente, vías de administración y efectos.

Por otra parte, dentro de los elementos constitutivos de esta representación social encontramos aspectos de tipo social y aspectos terapéuticos:

Figura 6

Esquema de categorías y subcategorías de la representación social



Nota. Elaboración propia

Aspectos Sociales

Esta categoría está compuesta por elementos de carácter societal en los que el ordenamiento jurídico, comportamiento del colectivo sujeto de estudio y la sociedad en general tienen un rol determinante, contexto en el que el estudiantado se desarrolla y de donde tiene influencia para el constructo de la representación del uso medicinal del cannabis.

Específicamente, se han determinado tres subcategorías. La primera que relaciona a la investigación como medio de información institucional y de conocimiento científico. La segunda, que abarca lo relacionado al ordenamiento jurídico y técnico. Y por último, la subcategoría de estigma en la que se habla del comportamiento de la sociedad.

Investigación. La población participante hace referencia a lo poco que se implementa a nivel país la investigación relacionado al uso medicinal del cannabis y que eso evita que existan indicaciones claras que les permitan tomar una postura profesional al respecto. Esta falencia la describen como una necesidad y un requisito indispensable, así se ha manifestado a lo largo del apartado de información.

Ciertamente, las personas entrevistadas señalan la falta de investigación y la necesidad de cubrir temas como las indicaciones, farmacocinética y farmacodinamia, al punto de contar con la evidencia necesaria que permita su prescripción, dispensación y administración. Por ello se hace énfasis en la necesidad de investigación clínica, que les permitiría acceder a esa información.

Para profundizar en el entendimiento del contexto investigativo, es importante comprender que la evidencia es el conjunto de todas aquellas observaciones sistemáticas, resultado de estudios aleatorizados, observacionales o incluso pequeñas series de casos (Balshem et al., 2011). Y que existen los criterios GRADES, utilizados para evaluar la

calidad de la evidencia presentada en artículos, clasificándola y apoyándose no solo en la calidad de esta, sino también en una serie de factores del balance entre riesgos y beneficios (Aguayo-Albasini et al., 2014).

Respecto a la investigación en la materia, a nivel mundial, desde los años sesenta se ha intentado comprender el efecto medicinal del cannabis, iniciando en Israel, donde se utilizaba cannabis incautado por el sistema judicial (Romani Gerner, 2017). Sin embargo, la falta de homologación en los términos “médicos” y “científicos”, posiblemente había limitado su implementación (Thoumi, 2016).

La clarificación de estos términos la realizó hasta 2003 la Junta Internacional de Fiscalización de Drogas (JIFE) indicando que se entiende por *finés médicos*: uso de una sustancia para mejorar la salud o el bienestar, así como prevención, diagnóstico, tratamiento de enfermedades; concepción o anticoncepción y en anestesia general. Por otro lado, *finés científicos*: son el instrumento para investigar enfermedades o de condiciones de salud, o el uso de un producto como medicina (Aguilar et al., 2018).

Ahora bien, a nivel nacional, la falta de investigación fue evidenciada en los apartados iniciales de esta investigación, donde se indicó que solamente se han realizado ocho investigaciones a nivel de grado o posgrado dentro de la Universidad de Costa Rica en un marco temporal de 1968 a 2020. Tres de ellas en el ámbito jurídico, una desde la Antropología, dos revisiones bibliográficas y por último, dos tesis de Licenciatura, una en Farmacia y otra en Psicología, ambas relacionadas con efectos terapéuticos del cannabis en ratas.

De esas investigaciones, ninguna trata los contenidos necesarios para comprender el uso medicinal del cannabis o que ayuden a cubrir la necesidad de información en los temas de interés específico de la población participante. De hecho, las dos que se realizaron

en seres vivos, se dieron en ratas y no se continuó su desarrollo por las fases de investigación clínica necesarias para lograr su aplicación en seres humanos.

Con ese fin, la JIFE contempla que, con fines científicos, la investigación en pacientes se debe dar en el marco de estudios clínicos y al amparo de Comités de ética de la investigación (Aguilar et al., 2018). Por lo que en Costa Rica aplicarían los requisitos de la Ley 9234 (Ley Reguladora de Investigación Biomédica, 2014) y los requisitos son los establecidos en el reglamento de la Ley que tienen por objetivo garantizar al Estado la respectiva regulación, control y seguimiento de la investigación biomédica donde se asegure como elemento indispensable, la protección de las personas participantes y la correcta ejecución de las investigaciones (Reglamento a La Ley Reguladora de Investigación Biomédica, 2005).

No es sorpresa la inexistencia de estudios nacionales respecto al uso medicinal, que se hayan realizado en personas, esto por cuanto a nivel nacional no hay un protocolo o procedimiento normativo que indique varias actividades indispensables para sistematizar el proceso investigativo, empezando con definir la vía de acceso al cannabis para fines científicos con toda la hoja de ruta que esto involucra. Este insumo a todas luces justifica la Representación Social de cannabis del colectivo participante en esta investigación.

En contraste con países de América Latina, como señala Corda et al., (2019), donde resultado de sentencias, referéndums, ejercicios legislativos y presiones tanto de pacientes como de la industria se han logrado regulaciones para brindar el acceso con fines médicos y científicos, así como el involucramiento de entes nacionales organizados en esta materia para investigación y fiscalización.

Dada la necesidad de este protocolo de investigación a nivel nacional, el dato más reciente que se conoce es la generación de una propuesta para trabajar por un grupo

integrado por personas investigadoras de la Universidad de Costa Rica. Este grupo se comprometió a elaborarla para presentarla al Ministerio de Salud como resultado del Simposio Cannabis Medicinal e Investigación, sin embargo, no se ha reportado ningún avance a este momento E. Cortés Amador (comunicación personal, 25 de febrero del 2020).

A su vez, la población participante de estudio también relaciona el tema de la investigación con la necesidad de generar más evidencia, o dicho en otras palabras investigaciones que permitan la reproducción sistemática y que sean confiables para la toma de decisiones clínicas y legales, “la investigación como eje vital para el desarrollo de conocimiento en el tema” (participante 23, Farmacia).

Ampliando el panorama, se ha consultado el resultado de revisiones sistemáticas de la evidencia disponible en artículos sobre el cannabis medicinal, en los que se les aplicó el sistema GRADE para analizar dicha evidencia, dando como resultado que en la mayoría de los casos la evidencia es de baja a muy baja. Es decir, que el efecto probable cuenta con alguna indicación, resultando en una alta o muy alta probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto al indicado (Morales et al., 2017; Cabeza et al., 2017; Peña et al., 2018).

Esas revisiones sistemáticas y la revisión del estado de investigación a nivel internacional ha resultado en conocer que hay una tendencia hacia profundizar en las indicaciones del cannabis con fines medicinales. Si bien existen abundantes estudios científicos hace falta ahondar en investigación respecto a las dosis, los efectos adversos, consecuencias del uso a largo plazo y en pacientes con indicaciones específicas, como por ejemplo, quienes tienen padecimientos relacionados al sistema nervioso central.

El hecho de que exista de baja a muy baja evidencia tras un camino de cincuenta años de investigación que se ha desarrollado en diversos países, es muestra del reto que

representa para el país el poder satisfacer las necesidades en investigación clínica. Será importante considerar esos antecedentes para partir de las buenas prácticas que han logrado identificarse y poder evitar generar estudios que no sirvan como una base creíble para regular su uso medicinal.

Es por ello, que la investigación resulta ser un insumo relevante a considerar previo a la regulación, así también lo identifica la población participante. Además señalan que los resultados de evidencia clínica tendrían un impacto en todos los niveles de la sociedad, ya que permitiría tener un mayor conocimiento a quien ya lo utiliza.

Por otra parte en ese mismo sentido, el conocimiento facilita un entendimiento más preciso a quienes toman decisiones de índole económico, político y sanitario. Pero, tal como sucede a nivel internacional y en cualquier tema clínico, la importancia de la investigación seguiría vigente posterior a la regulación, siendo una necesidad permanente.

Entonces, como se ha venido mostrando, la existencia de la investigación por sí misma no determina la calidad de la evidencia ni necesariamente brinda resultados útiles para el fin específico. También, como ya se conoció en el apartado anterior, el canal de comunicación no determina la calidad de la información. Tomando eso en consideración, la investigación a la que hace referencia el colectivo sujeto de estudio es muy específica en que no solo es investigar, sino que sea utilizable y no solo es comunicar los resultados, sino que sea clara y creíble.

Por lo tanto, cabe destacar que la representación social del uso del cannabis medicinal en cuanto a la necesidad de conocimiento basado en evidencia, presenta un fuerte enlace con el hecho de poder cumplir con su rol profesional, y muy particularmente hay preocupación en poder educar ya que se visualizan como un canal de información de conocimiento científico, para lo cual deben desarrollar habilidades para poder comunicar en

un lenguaje sencillo y entendible. Los resultados de la evidencia, y el deseo de que en caso de ser regularizado, puedan ser una fuente creíble para brindar la orientación profesional para que sea la persona usuaria quien tome las decisiones relacionadas al uso.

Regulación. La siguiente subcategoría a la que se hizo referencia es la regulación, esta incorpora, para el colectivo participante de investigación, tanto lo normativo desde el punto de vista jurídico como lo técnico. Identificando estos procedimientos o normas como un requisito mínimo para el ejercicio profesional de cada carrera.

Con respecto a la regulación como norma jurídica, en general, este es el único criterio que permite determinar lo debido, lo prohibido, lo permitido y lo autorizado y tiene como fin guiar el comportamiento humano; en otras palabras, manda, permite o prohíbe los actos humanos. Ella es un enunciado gramatical que encierra el cumplimiento de un deber ser, mediante lo que se debe cumplir, el cuándo y el dónde. También hay normas que incluyen sanciones si se realizan u omiten determinadas conductas establecidas en ellas (Tamayo y Salmoran, 2016).

Con el fin de comprender los conceptos de debido, prohibido, permitido y autorizado, se entrevistó un abogado y notario, el cual anotó que deben ser entendidos en función de qué rama del derecho se están aplicando, sea público o privado. En este caso sería en el derecho público, del cual indica:

se rige por el principio de legalidad. Es decir que solo lo que está expresamente permitido se puede realizar. Entonces aquí **lo debido es lo que expresamente autoriza la norma.** **Lo prohibido** es todo lo que no está expresamente autorizado por la norma, aunque de forma redundante también podrían existir normas prohibitivas expresas. **Lo permitido en derecho público**, como dijimos es

únicamente lo expresamente autorizado D, Hidalgo Rivera.(comunicación personal, 12 de junio de 2020)

En este sentido y específicamente con lo relacionado a investigación y el uso médico de cannabis como se indicó previamente, en Costa Rica la Ley 8204 permite según su artículo 2 el uso de estupefacientes y psicotrópicos incluido el cannabis en cantidades limitadas para fines médicos o de investigación. Sin embargo, de acuerdo, al Doctor Dennis Campos, Asesor legal de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica:

no existe una normativa que regule adecuadamente la actividad de la producción de medicamentos a partir de los cultivos de cannabis y cáñamo, dónde se definan los parámetros, fines, usos, controles, infracciones y sanciones necesarios, para llevar a la práctica este tipo de investigaciones con la calidad y seguridad requeridas, situación que ha generado una discusión en el país y la necesidad de generar una regulación adicional (Campos, 2020).

Es decir, a pesar de la existencia de una Ley en la que explícitamente se permite el uso del cannabis para fines medicinales y de investigación, no hay normativa explícita que regule paso a paso cada proceso definiendo criterios, requisitos, concentraciones de cannabinoides y origen, mientras ese estatus jurídico se mantenga sin delimitar no es posible la investigación en seres humanos en el territorio nacional. Para que el resto de países que han implementado investigación en el tema lo logaran, fue necesario la creación de normas y protocolos que regularan y garantizaran el uso con fines médicos y científicos evitando a toda costa el uso desviado hacia otros fines distintos.

Contrario al caso de Costa Rica otros países signatarios de la Convención Única de Estupefacientes de 1961 y de la Convención Única de Psicotrópicos de 1971; han creado

la normativa que regula tanto elementos de orden jurídico como técnico práctico y han avanzado en la implementación de su uso.

Por ejemplo, en Israel la implementación y evaluación ha ido marcando la ruta hacia las mejoras necesarias, prueba de ello es que en el año 2017 se reformó la ley nacional ante la necesidad de incluir especificaciones detalladas sobre los criterios de cultivo, almacenamiento, transporte, de dispensación y de los porcentajes de cannabinoides entre otros (Schellmach, 2016).

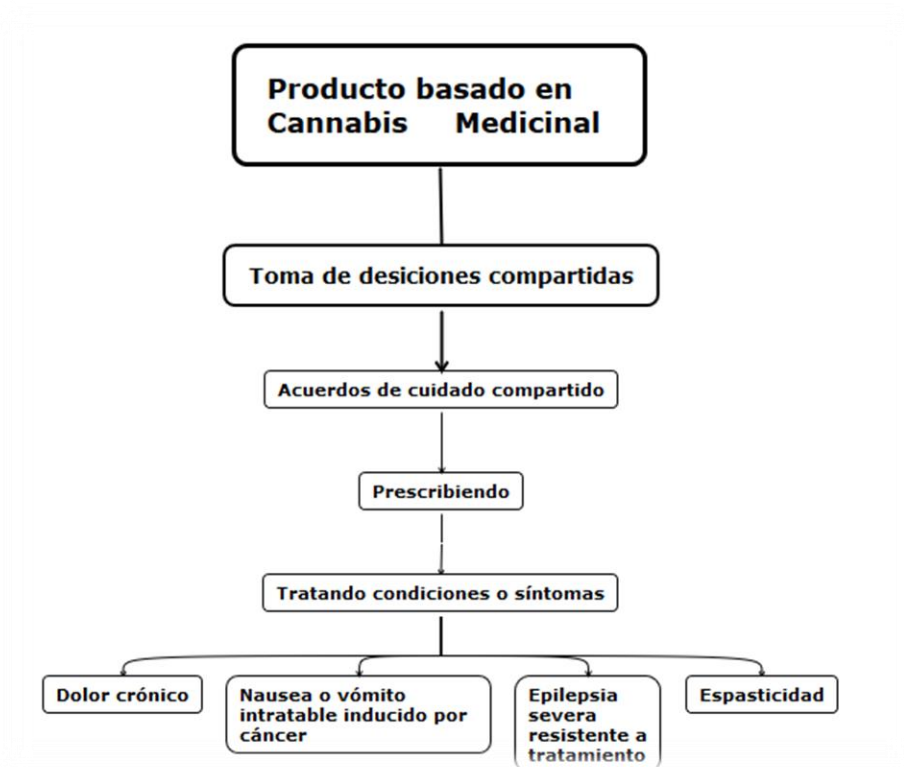
En esa misma ley, se permite a su vez la investigación tratándole como a cualquier otro medicamento nuevo, donde todos los procesos relacionados al cannabis medicinal se ejecutan de acuerdo con el protocolo administrativo o al protocolo sanitario “Medical Grade Cannabis Clinical Guide”, en el Instituto de Investigación de Cannabis, ente adjunto al Ministerio de Salud.

Otro ejemplo del detalle de los protocolos lo brinda Reino Unido, donde el Ministerio de Salud tiene disponible un espacio en su página web con los documentos necesarios para la orientación clínica para las personas prescriptoras de productos medicinales de cannabis para el tratamiento de ciertas afecciones, así como un documento general.

A continuación, se presenta como muestra, un flujograma de la ruta determinada por el gobierno del Reino Unido en la guía paso a paso para la prescripción, disponible para el personal de salud de ese país, en ella se define cada uno de los elementos, ya que en la página web se presenta como un flujograma interactivo que incluye las guías específicas para ampliar los conceptos (Ver Anexo 3)

Figura 7

Flujograma de ruta sobre pasos a seguir en la prescripción de productos basados en cannabis medicinal



Nota. Basado en el flujograma disponible en la página web del NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Traducción propia.

En la misma línea, los ocho países de Latinoamérica donde el cannabis se encuentra regulado de alguna manera para uso medicinal, establecen de forma escrita las medidas de control de los diferentes eslabones en la cadena de acceso, producción, distribución y prescripción. Además, han definido criterios para cultivo, importación,

porcentajes de cannabinoides permitidos y formas de administración como producto farmacéutico o preparados artesanales; sobresaliendo la figura e interacción de ministerios como el de Salud y el de Agronomía, orientando y fiscalizando su cumplimiento.

Del mismo modo, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) anunció la disponibilidad a partir del mes de septiembre del 2020 de un borrador de guía de orientación para la investigación clínica denominado "Cannabis y derivados de cannabis Compuestos: consideraciones de calidad para Investigación clínica ". Este borrador es importante porque señala temas relevantes de aplicación en la investigación y desarrollo de medicamentos bajo parámetros que conducen las buenas prácticas en ambas áreas (Ripley & Roth, 2020).

Estos ejemplos ayudan a comprender la construcción de la representación social de parte del estudiantado, ya que, al referirse a la regulación, está vinculada en particular, como ya ha quedado evidenciado, con el deseo de que se asegure el cumplimiento de Medicina Basada en Evidencia, existencia de guías de tratamiento, protocolos normalizados y la Teoría del Autocuidado en Enfermería, conforme al contexto a nivel internacional, como ya ha quedado evidenciado en el apartado anterior.

En suma, los países que cuentan con la normativa necesaria para establecer un entorno seguro, información creíble y debidos procesos para el ejercicio profesional en Ciencias de la Salud, permiten acceso a la información a toda la población, por lo que ayuda a democratizar el conocimiento científico y el conocimiento institucionalizado.

Estigmatización. Una tercera subcategoría dentro de los elementos de tipo social es la estigmatización, entendiendo el estigma como "un atributo profundamente desacreditador" (Goffman, 1963, p.3), construido por la interacción social y con características que le conceden autonomía tales como la reacción emocional, la

racionalización de las emociones, contagio y supresión, que finalmente generan discriminación.

La población participante de estudio reconoció el estigma desde tres esferas: la personal desde ellas mismas y ellos mismos como futuros profesionales, también el que siente la comunidad y la que se da desde la persona usuaria como auto-estigma. También estereotipo y prejuicio fueron aludidos, y son casualmente parte de una macroestructura tripartita donde para Quile, (2008) el componente cognitivo es el estereotipo, el componente emocional es el prejuicio y el conductual es la discriminación.

Al respecto la persona participante 1 menciona “pienso que habría campo para estar hablando más del tema y quizás de verdad, que se pueda utilizar ampliamente sin que haya prejuicio ni de los mismos médicos ni de los pacientes ni de la sociedad hacia los pacientes” Por otra parte la persona participante 21, ilustra lo relacionado en torno a la persona usuaria “Existe estigma además es súper mal, que alguien tenga el tabú sobre los medicamentos que usa porque no se va informar bien; precisamente por ese estigma” (Farmacia).

Ese estigma que es sentido en la práctica coincide con los resultados de varias publicaciones donde se refleja el predominio de discursos por parte de los pacientes donde se manifiesta la discriminación de la que son objeto desde sus familias, por parte de sus proveedores de salud y el público en general. Invocando imágenes negativas que han sido reforzadas por los medios de comunicación, sobre todo cuando se usa por la vía fumada (Bottorff et al., 2013) (Isaac et al., 2016b)(Satterlund et al., 2015).

Sobre este particular la promoción de una imagen negativa impulsada por los medios de comunicación se podría ilustrar a nivel nacional con ejemplos de noticias (ver Anexo 2) como la de el abogado Mario Cerdas (P. Rojas, 2018), mencionada en el apartado

anterior, y el de la paciente Tara de Quepos (Céspedes, 2019), ambas noticias asociadas a uso de cannabis medicinal y conflicto con la ley en los últimos dos años.

Aunque la persona usuaria en Quepos presenta en su argumento que es para uso medicinal, de alguna manera la asociación con la ilegalidad del cultivo, genera esa atmósfera de estigma. Y por otro lado, si bien es cierto el abogado de la primera noticia no es portador de alguna enfermedad crónica en la redacción de la misma se indica que había cultivado para uso medicinal y recreativo con lo que se hace un manejo inadecuado de la información.

Respecto al estigma generado por el personal de salud, Isaac et al., (2016) realizó una investigación entre farmacéuticos de Sydney, Australia y obtuvo como resultado que:

algunos temían que la estigmatización “pública” existente del cannabis medicinal afectara la relación farmacia / farmacéutico y consumidor, con la preocupación de que la farmacia misma se perciba de manera negativa. "Al decir eso, no quiero que mis pacientes piensen que somos una" farmacia de cannabis ", podría darnos un mal aspecto en la comunidad. (Entrevista 27, p.11)

Esto es un prejuicio de la persona que está haciendo la afirmación con efectos discriminativos sobre pacientes que requieren del cannabis medicinal supeditando ofrecer el servicio por la actitud de los otros pacientes.

De otra forma ilustrando el mismo tema Satterlund et al., (2015) recogieron la experiencia de pacientes que comentaron nunca haber consultado a su médico regular sobre la posibilidad de usar marihuana para tratar su condición de salud, en su lugar ellos prefirieron acudir a “consultores médicos de cannabis”, considerando: “Obviamente, había ese tipo de estigma negativo del uso de la marihuana que me considerarían un adicto o un drogadicto más que un paciente”.(p.2)

Las percepciones del estigma de los pacientes de la investigación de Satterlund et al.,(2015) se basaron en su evaluación de cómo se ve la marihuana dentro de sus contextos sociales, a través de la suma de los comentarios cotidianos sobre el uso de marihuana por las personas a su alrededor, junto con sus propias historias personales como usuarias "recreativas " de marihuana, con lo que los prejuicios y la estigmatización se adquieren por interacción social al igual que las representaciones sociales.

Sobre este hecho en varios de los discursos recolectados a través de las entrevistas, se observó que se da una asociación con el uso recreativo, es decir el uso habitual como parte del estilo de vida después de su uso experimental, a eventos adversos a nivel del sistema nervioso central con transición hacia un consumo abusivo o dependiente. Tal como lo manifiesta la persona participante 18 "sería lo relacionado con una adicción porque las personas se hacen adictas no solo al cannabis sino a cualquier sustancia más cuando es vista de alguna manera como aquello prohibido"(Enfermería). Lo cual no necesariamente se ha evidenciado y constituye un prejuicio.

Por otra parte sobre el estigma subyacente a enfermedades mentales, aparece ante la posibilidad de la indicación específica de cannabis medicinal en trastornos como ansiedad y depresión la adición de un segundo estigma como barrera de acceso por lo que Walsh y colaboradores, (2013) recomiendan realizar mayor investigación para aclarar la conveniencia del uso y que sus resultados sirvan para reducir dichos estigmas.

El análisis precedente sobre los aspectos sociales de esta representación, es concordante con el contexto nacional, legal y la realidad internacional, y estos elementos muy probablemente, sean compartidos por otros colectivos. Sin embargo, la gran diferencia es el enfoque desde el que se ve como limitante, porque se habla desde el ejercicio

profesional más que por los intereses personales, con la solicitud de los debidos procesos jurídicos y técnicos.

Finalmente y conscientes del estigma y la discriminación por la existencia de prejuicios, los cuales tienden a aplicarse a todo el grupo social al que se asocia el objeto de representación, tal y como lo menciona Caravaca et al., (2015) estos elementos que podrían ser desfavorables, funcionaron como mediadores, impulsando la intención de generar los cambios pertinentes en los sistemas políticos, otorgando sentido y orientando las diversas prácticas particulares e institucionales sociales a favor del colectivo de pacientes.

Aspectos Terapéuticos

Desde la perspectiva de profesionales sanitarios el mundo de la medicalización del cannabis está compuesto por tres campos principales: el Clínico, el de la Manufactura y Cadena de suministro, así como el de la Investigación y desarrollo, para crear un sistema estable de regulación médica. Dichos campos deben ser confiables y caracterizarse por reproducibilidad y calidad, produciendo tratamiento médico y mantenimiento de alto profesionalismo en todos ellos (Landshaft et al., 2017).

En este apartado se incluye el campo Clínico donde se abarca los aspectos terapéuticos, además de estos se abordarán otros elementos interrelacionados que incluyen aspectos de manufactura y cadena de comercialización. También se aclara a este punto que para el colectivo de ciencias de la salud se entiende terapéutico como sinónimo de medicinal, lo cual no es considerado igual para otros colectivos, sobre todo siendo riguroso con la distinción legal del uso de cannabis. Es vital, recalcar que la interpretación como homólogos o sinónimos para efectos de esta investigación se mantiene por una construcción del colectivo participante.

En la interpretación en vías a representar cannabis medicinal, el estudiantado acudió a todos esos contenidos sobreabundantes ubicados en el subconsciente debido a su formación profesional, todos esos elementos que forman parte de las prácticas clínicas en atención y cuidado a la persona usuaria que es la receptora de los principales esfuerzos en el desempeño profesional del colectivo participante en esta investigación. El cual en primera instancia evocó esos contenidos para aprehender el objeto representacional, aportando mucho del elemento figurativo de la representación pero a su vez les ayudó a dotarla de significado.

Para iniciar con esa objetivación se menciona medicamento, históricamente el término fármaco viene del griego *pharmakon* y ha tenido dos acepciones veneno y antídoto, acepciones que se extrapolan al hablar de cannabis medicinal y que algunos consideran un oxímoron. Efectos que estarían vinculados con su uso, vía de administración, dosis y del contexto en que se le dote de significado pero que le asignan a la vez estigma, si el uso es diferente a medicinal o si culturalmente la definición anterior es distinta de acuerdo con el contexto sociocultural en que es interpretado y representado.

Se mencionarán a continuación las siguientes seis subcategorías que lograron identificarse como constituyentes de la representación: origen, uso, rol profesional, necesidad de la persona usuaria, vías de administración y efectos.

Origen. La población participante de estudio asocia el origen del cannabis medicinal con natural, planta y hoja para usar como alternativa. El origen o fuente correspondería a identificar de dónde se obtiene y es natural cuando viene de la planta como tal, o es sintética o semisintética como producto exclusivo de procesos químicos en un laboratorio. Al año 2020, se disponía en el mercado de cannabinoides que se pueden obtener de fuente natural, de fuente sintética o por medio de ambas.

Es importante aclarar que en el origen natural existen diferentes especies del género cannabis y aunque generalmente se mencionan tres *sativa*, *índica* y *ruderalis*; algunos anotan una cuarta, *cannabis afghana* la cuál aparentemente es confundida con la *índica* por cultivadores (Fassio et al., 2013).

Esas diferencias morfológicas, genéticas y químicas son importantes, entre cannabis de origen natural no solo por las distintas concentraciones de tetrahidrocannabinol y cannabidiol, sino que las discrepancias radican también en los efectos fisiológicos, por ejemplo una fuente “característica sativa” da un sentimiento energético, mejora el ánimo, la concentración y la creatividad, mientras que una fuente “característica *índica*” genera sensación de tranquilidad y ayuda a conciliar el sueño (Landshaft et al., 2017).

Otro elemento relevante en cuanto al origen es la ausencia del efecto de séquito que se obtiene al utilizar cannabis natural y está ausente en el sintético dicho efecto se caracteriza por:

una variedad de acciones beneficiosas de toda la planta de cannabis que pueden ser adicionales y / o sinérgicas a las acciones de los fitocannabinoides, y es la sinergia entre los componentes activos la que probablemente sea responsable de su eficacia terapéutica y la mitigación de los efectos secundarios de los ingredientes activos dominantes (O'Brien, 2019).

De acuerdo con la información recopilada sobre la fuente de origen del cannabis medicinal parece necesario dotar de mayores elementos sobre el origen al estudiantado, que les permita delimitar mejor los alcances de esta parte de la representación social, según los diferentes efectos que podría generar en las personas usuarias.

Uso. El cannabis puede ser clasificado por la intención de uso, como recreativo o medicinal. La marihuana medicinal o cannabis medicinal en específico, puede ser

conceptualizada según Ebbert et al., (2018) como un grupo de agentes farmacológicos derivados de la subespecie del género de plantas con flores Cannabis entregado a los consumidores con la intención de aliviar un síntoma o afección.

La representación social, del colectivo de esta investigación, vincula el uso con los conceptos *alternativa*, *droga* y *medicina*. Siendo su percepción como alternativa de tratamiento, así ya señalado en el apartado 5.2.2, en el que se aportó la evidencia en cuanto a su consideración desde las tres áreas de formación académica.

Al respecto del uso como alternativa en el Foro Internacional de Actualización de usos medicinales y terapéuticos de cannabis (2014) se estableció como criterio general, que el cannabis no sea la primera opción, sino una alternativa viable cuando no hay otras opciones. Esto lo tienen muy claro las personas entrevistadas, quienes manifestaron que dentro del algoritmo de atención no sería la primera elección, como lo indica la persona participante 2 “sería alternativa para pacientes que ya han usado varios tratamientos que no les han dado resultado, debería presentárseles la posibilidad de utilizarlo”.

También fue considerado como alternativa a opioides y al respecto se ha visto que su uso combinado puede ayudar a disminuir las dosis de opioides con la consecuente disminución de efectos adversos (Lucas & Walsh, 2017).

Por otra parte, desde el concepto de alternativa desde medicina complementaria la persona participante 10 mencionó “medicina tradicional a mí me gusta como la medicina alternativa. Que al final de cuentas en otros países del mundo no son alternativas sino lo que se utiliza, nunca había pensado específicamente como averiguar sobre el cannabis medicinal”

Sobre este particular de alternativa en la página del Instituto Nacional del cáncer de los Estados Unidos (Bethesda, 2020), en el apartado de medicina complementaria y

alternativa se encuentra un apartado con información tanto para pacientes como para profesionales de salud que incluye aspectos generales de cannabis y cannabinoides, preguntas frecuentes, ensayos clínicos en proceso, entre otra información con la particularidad de incluir solamente CBD y THC dentro de los fitocannabinoides. En este sentido, como resultado de las entrevistas, la palabra *alternativa* es considerada relevante como un elemento representativo socialmente. Según la OMS los términos *medicina complementaria*, *medicina alternativa* y *medicina tradicional*, se utilizan para referirse a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal (Organización Mundial de la Salud, 2020), es decir, que no están integradas dentro de la atención institucional del sistema de salud pública y no son la opción más utilizada a nivel nacional.

Por otra parte, la percepción como droga también estuvo presente en la objetivación del colectivo, está enmarcada en una percepción desde la capacidad psicoactiva de la Marihuana, de su uso recreativo. Cabe destacar que no se desvincula su uso recreativo del medicinal, como se mencionó anteriormente. Más profundizando en el detalle de esta construcción, al analizar el discurso de quienes hacen esta vinculación, también lo hacen reconociendo barreras de conocimiento, estigma y prejuicio que reconocen en su persona o en la sociedad respecto al uso medicinal

Rol profesional. En esta subcategoría se incluyen dos elementos que desde su rol como personal sanitario en formación hace mandatorio su cumplimiento, los cuales son: ayuda a pacientes y cuidado. Por parte de la ayuda a pacientes, el concepto de *ayuda* se percibe en dos contextos, ayudar a aliviar a las personas usuarias que sufren dolor y ayudar a mejorar otra sintomatología.

Aunado con esta imagen de paciente con alivio del dolor, el significado dado en la representación social es el de cumplir su propósito como parte del gremio sanitario al que pertenecen. Como lo indica la persona participante 25 “nuestro fin último, es ayudar a los pacientes, si hay una forma de lograrla sea esto por el uso de una planta medicinal me parece válido”.

Además de eso, otra forma en que fue evocado el rol mediador como persona profesional facilitadora del acceso a las alternativas que permitan mejorar a la persona doliente, se indicó “Si ayuda, porque no permitirlo”, así aludía la persona participante 4, sugiriendo de alguna forma que se debería considerar la evidencia para gestionar los cambios normativos, sin poner barreras adicionales.

Por otra parte, el concepto cuidado lo relacionan con la precaución desde el ejercicio profesional para su uso con pacientes, y consideran que debe ser utilizado como cualquier otro medicamento considerando interacciones, efectos secundarios y contraindicaciones. De acuerdo con lo expresado por ejemplo por la participante 3:

sabemos que va a tener como cualquier medicamento cualquier sustancia sus cosas buenas y malas pero sino las conocemos puede que estemos haciendo algo bueno para una persona pero que pueda desarrollar consecuencias entonces no solo el desconocimiento de las personas sino también el de nosotros como científicos que deberíamos estudiar todo lo que vamos a usar también y que al no saber uno se expone a cometer muchos errores (Medicina).

Lo cual respalda la persona participante 20 “he identificado que se requiere de un espacio donde educar de una manera integral porque si se centra solo en la marihuana se haría mucho alboroto, pero si se va tratando como otros medicamentos .. la gente lo iría viendo como otro medicamento”(Farmacia)

En este sentido estos argumentos sirven para ilustrar como perciben también demanda insatisfecha en la adquisición de conocimiento que les permita su implementación desde las buenas prácticas para el ejercicio profesional y como herramienta para derribar el estigma generalizado.

Por otra parte, la población participante del estudio manifestó la anuencia a adquirir los conocimientos, en el momento en que se ofrezca desde fuentes competentes y confiables a través de programas de educación continua como se visualiza en estas citas a continuación:

me parece importante la parte de capacitación en particular por eso porque quizás yo, no sé me parece interesante el tema pero si sé de muchos compañeros que todavía son conservadores aunque sean jóvenes ... Entonces si pienso que sería bueno dar cursos de capacitación no sólo para informar sobre la prescripción sino también para quitar un poquito el tabú, porque si me parece importante (participante 1, Medicina).

Este interés por aprender desde fuentes competentes lo respalda también la participante 21:

Me parece que desde la Universidad sería muy buena idea recibir un curso de este tipo porque además en la U tienen por ejemplo el CIMED ellos reciben un montón de consultas y eso “es información actualizada sobre el uso y me interesaría (Farmacia).

Necesidad de la persona usuaria. En armonía con la información anterior el colectivo participante hizo alusión a las necesidades de la persona usuaria desde los distintos estadios del continuo *salud enfermedad* donde se visualiza el uso de cannabis medicinal como necesario en pacientes con dolor, pacientes con otro tipo de sintomatología

por ser aliviada, pacientes con alivio que ya lo han usado, pacientes que lo necesitan pero no han podido accederlo y pacientes terminales, de este último grupo se relaciona principalmente con casos oncológicos.

En torno a la objetivación del uso medicinal en pacientes según su estadio, se presentaron diversidad de conceptos que demuestran la unión de conceptos relacionados a la representación social del cannabis medicinal en el público meta que atenderían. En la siguiente tabla se ilustra las palabras evocadas en la construcción de la representación social, evidenciando además, como se cumple la función de identidad de grupo debido a una representación muy similar en el específico de los conceptos que le componen.

Tabla 4

Ejemplos ilustrativos de conceptos que evocan imágenes sobre el campo de representación.

Fragmento Campo representacional
<p>Persona en recuperación Ayuda, Utilidad, Natural (Participante 16, Enfermería)</p>
<p>Paciente en fase terminal Aceite, Regulación, Necesidad de pacientes (Participante 24, Farmacia)</p>
<p>Manejo del dolor Dolor, Tratamiento, Cáncer (Participante 6, Medicina)</p>

Nota. Elaboración propia con la información

recolectada de las entrevistas administradas.

A continuación, se presenta gráficamente los conceptos evocados tanto desde la objetivación como desde el anclaje, el tamaño de cada palabra es proporcional al número de menciones que hizo la población participante, con lo que se evidencia el protagonismo

sin embargo la relevancia no está determinada por su frecuencia de mención sino por el alcance que para el estudiantado tuvo dentro de su discurso lo cual se ha venido desarrollando con detalle a lo largo de este apartado.

Figura 8

Nube de palabras Objetivación y anclaje



Nota. Elaboración propia con la información recolectada de los entrevistas administradas.

Forma Farmacéutica y Vía de Administración. En esta subcategoría se reúnen elementos relacionados con forma farmacéutica y vía de administración. En su mayoría la objetivación estuvo relacionada dentro de los conceptos producto derivado de la planta, medicamento y producto terminado, mencionando también extracto. Al finalizar el análisis del contenido, se obtuvo el detalle de un árbol de códigos a partir de la subcategoría, en el que se logra percibir la claridad que se tiene en cuanto a la diversidad

de imágenes relacionadas al proceso de fabricación, dispensación y administración del cannabis medicinal.

Respecto a lo mencionado por la población participante, la bibliografía coincide con que se han manejado extractos naturales con alta pureza y grado farmacéutico en otras latitudes. Por ejemplo, de cannabidiol como Epidiolex o de la planta que contiene THC/CBD (1.08: 1.00) conocido como nabiximol estos dos fueron aludidos por alguna persona entrevistada. Aunque también en la revisión documental se encontró con información respecto a extractos de elaboración artesanal, más se aclara que con ellos no se puede garantizar la vigilancia en el contenido de CBD o la ausencia de aditivos o contaminantes (Ferrari & Giannuzzi, 2016).

A partir de esos extractos se pueden obtener formas farmacéuticas, de las que puntualmente el estudiantado indicó: aceite, solución, inyección, tópico, aceite, gotas, cápsulas, pastillas, y mariguanol que constituye el nombre comercial de un producto no registrado en el país, que se presume contiene cannabinoides de acuerdo con investigación de estudiantes de Farmacia (Delgado et al., 2018) y se utiliza de manera tópica al tratarse de un ungüento para manejo de dolor, dicho producto es comercializado de manera irregular en el país.

Los productos de cannabis que están aprobados para su uso medicinal son adaptados para diferentes vías de administración y cada modo tiene un único perfil farmacocinético en el cual difiere su absorción en el torrente sanguíneo, los niveles y la biodisponibilidad de las sustancias activas de cannabis.

En este sentido las eflorescencias secas de cannabis son para administración por inhalación usando un inhalador o vaporizador y se absorben rápidamente a través de los pulmones hacia el torrente sanguíneo, en el caso del aceite de extracto de cannabis

primariamente es para administración sublingual y las galletas de cannabis solamente para niñas y niños para administración oral (Landschaft, Y. Mechoulam, 2017).

Al respecto de las vías de administración la población participante indicó formas como el consumo inhalado, ingerido o aplicación tópica en la piel o la mucosa bucal. No ahondaron en personas usuarias específicas para cada forma farmacéutica o una dosis específica por vía de administración.

Efecto. Antes de finalizar lo relacionado con aspectos terapéuticos, en este apartado se incluirán indicaciones en que existe evidencia del efecto medicinal del cannabis así como efectos secundarios y adversos, pues se posicionaron como relevantes para el colectivo participante en el tanto indican requerir mayor evidencia que sustente estos efectos para tomar decisiones en relación al uso en personas usuarias de los servicios de atención en salud.

Hay muchos indicios de que el cannabis es y puede ser usado con fines medicinales. Históricamente, se utilizó por su efecto anestésico, antidepresivo, anodino, calmante, estimulante del apetito y sedante. En base a estas acciones, el cannabis se usó para una amplia gama de afecciones, incluyendo depresión, manejo del dolor, síntomas espásticos, manía aguda, menorragia y dismenorrea, y sintomatología degenerativa. El cannabis también se usaba tópicamente para la hinchazón, el dolor, los moretones, quemaduras, hemorroides e infecciones fúngicas (Upton, 2020).

Desde el descubrimiento del sistema endocannabinoide se empieza a generar respuesta a una serie de efectos que se producían en el organismo tras el consumo de cannabinoides exógenos. Dicho sistema está formado por ligandos endógenos como anandamida y 2 araquidonil glicerol así como por sus receptores, CB1 que está expresado en todo lo que es SNC, en el sistema gastrointestinal, reproductivo y endocrino así como

por receptores CB2 que principalmente están altamente expresados en sistema inmunitario, bazo, intestino, cerebro y retina.

En relación con las implicaciones de la existencia de este sistema se ha visto que al igual que los endocannabinoides tanto los fitocannabinoides como los sintéticos actúan sobre él. El sistema endocannabinoide está involucrado en funciones de mantenimiento del balance homeostático, neuroprotección, modulación de la nocicepción, regulación de la actividad motora y el control de ciertas fases de procesamiento de la memoria.

Sobre lo mencionado la participante 20 menciona “me parece que hace falta investigación, poco a poco se ha ido dilucidando más se identificó el THC, la anandamida, los endocannabinoides” (Farmacia) y en este momento se sigue realizando investigación sobre las indicaciones medicinales del cannabis y como podrían estar asociados con la capacidad de este sistema endocannabinoide de activar múltiples vías de señalización con efecto en múltiples sistemas y que tienen el potencial de influir positivamente en numerosos estados de enfermedad.

En la actualidad dentro de las revisiones más exhaustivas basadas en evidencia se encuentra la revisión de National Academies of Sciences, (2017) señalando que existe evidencia concluyente de un efecto antiemético en la náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia; evidencia sustancial de que el cannabis es un tratamiento efectivo para el dolor crónico en adultos; evidencia sustancial de reducción moderada de los espasmos auto informados y evidencia limitada de efecto sobre los espasmos medidos por el médico en esclerosis múltiple. Así como evidencia limitada para la reducción de los síntomas depresivos; evidencia moderada para mejorar los resultados del sueño a corto plazo; y evidencia limitada para aumentar el apetito y disminuir la pérdida de peso en el VIH.

Por su parte, la revisión de Health Canada informa que existen diferentes niveles de evidencia que respaldan el uso de cannabis o cannabinoides en una miríada de afecciones, incluido el dolor; trastornos del movimiento (epilepsia, esclerosis múltiple, Parkinson, Tourette); atención complementaria contra el cáncer y el VIH; estado de ánimo, sueño y trastornos psiquiátricos; abstinencia de alcohol y opioides; Alzheimer; algunas condiciones gastrointestinales; y potencial actividad anticancerígena (Upton, 2020).

En virtud de lo encontrado en la literatura sobre indicaciones terapéuticas del cannabis se puede afirmar que la información suministrada por la población participante con relación a este elemento concuerda al mencionar indicaciones terapéuticas reconocidas con algún grado de evidencia por parte de los entes como analgésico, ansiolítico, antineoplásico, glaucoma, anticonvulsivo, migraña, vómito por quimioterapia, anorexia por VIH, esclerosis múltiple e insomnio con lo encontrado en la literatura.

El tópico de efectos adversos se constituyó en una preocupación recurrente para el estudiantado, considerando en primer lugar la posibilidad de menor presentación de estos si se utiliza en lugar de los medicamentos convencionales y en segundo lugar por la poca evidencia en cuanto su presentación en uso medicinal crónico y la asociación con alteraciones a nivel del sistema nervioso central.

En referencia a los efectos adversos en general se puede indicar que son efectos indeseables producidos por un tratamiento y que en la mayoría de los casos se encuentran documentados perjudicando al paciente en mayor o menor grado, cuando se relacionan con la acción farmacológica del principio activo se denominan colaterales y cuando no, se denominan secundarios.

En atención a la posibilidad de utilizarlos como alternativa ante opioides por ejemplo por una menor asociación con eventos adversos ya se está utilizando no solo en tratamiento del dolor sino en tratamiento de sustitución en modelos de reducción de riesgos.

Por otro lado, lo que respecta a la presentación en usuarios crónicos ya se está registrando su ocurrencia a través de un sistema de seguimiento cada tres a seis meses y vigilancia activa vinculada a posibles efectos adversos, desde 2011 en Israel. La experiencia de esta implementación indica que menos del 10% de los pacientes deben interrumpir el tratamiento, y en general es porque va en contra de sus preferencias, pero no por la observación de algún estado de salud adverso ("Foro Int. Actual. Sobre Los Usos Médicos y Ter. Del Cannabis," 2014).

Con referencia a los eventos adversos más comúnmente reportados por el uso medicinal de cannabis se encuentran hipotensión ortostática, alteraciones sensoriales y taquicardia (Peña et al., 2018).

De forma complementaria, en 2008 Wang et al., obtuvieron, de una revisión sistemática del perfil de seguridad del cannabis medicinal de 31 estudios realizados en los últimos 40 años que valorando su seguridad, que la mayoría de los eventos adversos (96,6%) no son graves.

La objetivación para el colectivo sujeto de estudio del cannabis medicinal está relacionada con la imagen de la persona paciente. Los elementos que tiene "a mano" este colectivo y que puede traer a la mente por simple evocación que le permitan desde su construcción social como parte del personal sanitario interpretar cómo ese elemento natural, asociado con efectos medicinales es una alternativa de tratamiento dentro del contexto nacional actual.

Como se ha podido observar, el estudiantado manifiesta como elementos relevantes de la representación social a la investigación y el establecimiento de una normativa clara y debidamente fiscalizada como transformadoras de la situación actual. En este momento como se ha logrado evidenciar, el estigma sobre el cannabis genera discriminación hacia las personas usuarias medicinales, situación que puede ser renovada a través del fomento en la investigación y un marco guiado por las buenas prácticas clínicas y la seguridad tendrían acceso a ser aliviadas o mejoradas con supervisión del personal sanitario y dentro de las normas necesarias para garantizar el derecho a la salud.

Campo de actitud

En este apartado se presentan los resultados tras examinar la actitud que tiene la población participante del estudio, sobre el cannabis medicinal. La actitud se define como una disposición adquirida respecto a un objeto y se integra por los siguientes componentes: afectivo, cognitivo y conativo (tendencias de acción) (Moscovici, 2008).

Generalmente, se suelen considerar las actitudes como estados internos adquiridos, que ejercen influencias diversas sobre la elección de esquemas de acción personal dirigidos a cosas, personas o acontecimientos (Lacolla, 2012).

Componente afectivo actitudinal

Dentro de este componente afectivo se considera si esta disposición sobre cannabis medicinal es favorable o desfavorable. Es decir, si el valor, las emociones y los sentimientos que la población participante le atribuye al objeto de estudio son positivos o negativos. Sobre este último particular, la población entrevistada evocó emociones como felicidad, calma y sentimientos como bienestar, confort y relajación en torno al uso del cannabis medicinal, todas estas sensaciones entrando en el espectro positivo.

Cuando se hizo referencia a felicidad, la persona participante 1 mencionó “Entonces a nivel personal me genera pero sí un poco diay [sic] como talvez, como de felicidad, de ver que hay otras opciones para esas personas. Porque me parece que ya es suficiente, con lo que están lidiando como para que se les limite mucho lo que pueden usar” (Medicina); explicando por lo tanto que eso le generaba, la posibilidad de ofrecer una alternativa de alivio a personas que ya estaban sufriendo suficiente con situaciones como dolor, ansiedad o estrés.

Sin embargo, algunas otras que mencionaron felicidad lo hicieron en la objetivación; esto es, al solicitar tres palabras evocadas por el objeto de representación lo mencionaron respectivamente en esta línea “relajación, compartir, felicidad” (participante 9) y “dolor, felicidad, calma” (participante 14). No es por ocurrencia que se asocia este significado al endocanabinoide anandamida, donde ananda en sánscrito quiere decir “felicidad”.

Además, en ese mismo sentido, Upton, (2020) afirma que existen numerosos informes anecdóticos sobre el potencial tanto del CBD, como del cannabis en general, para aliviar los síntomas del estrés postraumático permitiendo a las personas con esta afección, volver a experimentar alegría y la felicidad. También, el CBD puede desempeñar un papel en la ansiedad y la depresión a través de su efecto como agonista de la serotonina (5HT1A) (pp.474-478).

De la misma forma, en su mayoría, la población participante explícitamente indicó que tenía una posición favorable hacia el uso medicinal de cannabis. Al explorar y contrastar los elementos positivos y negativos en torno a este objeto, los resultados mostraron consistencia.

Las referencias positivas relacionaron al uso medicinal del cannabis como un instrumento alternativo de alivio del dolor y otros síntomas, mientras que lo negativo se

relacionó básicamente con tres elementos de tipo social inherentes al contexto y no a la planta como tal. Las personas participantes consideraron el riesgo de un uso desviado por parte de las personas ante información insuficiente o sesgada, elementos regulatorios insuficientes y en tercer lugar el estigma percibido para los usuarios.

En particular, a nivel internacional, la aprobación de leyes para permitir el uso medicinal y/o recreativo de cannabis ya ha reflejado un cambio en la actitud pública hacia la desregulación de la marihuana y una mayor tolerancia para su uso. Esta es una tendencia que se ha hecho visible a lo largo de una década (Brooks et al., 2017b).

Así como Moscovici lo plasmó en el libro *Psicoanálisis, su imagen y su público* (1979), pueden existir resultados donde la actitud se designe como neutra o “sin actitud”; la presente investigación no es la excepción. Hubo seis casos donde la actitud hacia cannabis medicinal era reservada, condicionada al cambio sobre los elementos negativos del contexto actual mencionados con anterioridad, por el resto de la población participante, y que también ellos avalan como aspectos negativos.

En los siguientes subapartados se indagará la presencia o ausencia de contradicción entre los elementos de los otros dos componentes, el cognitivo y el conativo. De esta forma, se dilucidará la tendencia de la actitud de este subgrupo, a pesar de no manifestar una adhesión explícita favorable o desfavorable, desde el componente afectivo. El elemento cognitivo permitirá traducir la intensidad, es decir determinar si hay o no interés, por otra parte el elemento conativo establecerá la distancia del universo de este subgrupo, ambas mediciones en relación al cannabis medicinal (Moscovici, 1979).

Componente cognitivo actitudinal

Para continuar, en este apartado se detallarán los resultados relacionados con la actitud y los juicios, creencias y conocimientos. Estos tres componentes forman parte del

conocimiento desde el sentido común y también se adquieren de la interacción social. Por ejemplo, se mencionó el prejuicio como un componente que detona en la discriminación hacia la persona usuaria del cannabis medicinal, por lo que se le asocia con “el marihuano”. La presencia de prejuicios interfiere con la distancia en relación con el objeto, ubicándolo en el universo exterior de las personas con el prejuicio.

Cabe destacar que en este estudio no se indagó sobre religión, preferencias políticas o consumo recreativo de cannabis por parte de los participantes. Sin embargo, se debe considerar que el conservadurismo tiende a ubicar a la persona fuera del universo del sujeto al cannabis medicinal y por el contrario el consumo lo ubica dentro.

En relación con lo anterior, aunque no se puede generalizar los hallazgos debido a la metodología de la investigación, Edelstein et al., (2020) en su trabajo con un colectivo de estudiantes Israelitas de Medicina, Enfermería y Trabajo Social, mostró que los estudiantes religiosos fueron menos propensos a consumir cannabis, estar en contacto con otras personas que consumen o apoyar el consumo de cannabis medicinal. Además, el estudio muestra la relación entre el apoyo al uso de cannabis medicinal y el de la legalización del cannabis con el consumo.

En el presente estudio al realizar el análisis en las respuestas de las personas participantes. con la finalidad de traducir la intensidad de la actitud a través de la existencia de interés, tanto el subgrupo que explicitó disposición favorable, como desfavorable o los de actitud reservada indicaron en su totalidad interés tanto personal como profesional por el cannabis medicinal.

En segundo lugar, el conocimiento sobre la evidencia que existe a la fecha sobre el tema, la población en estudio reconoce que, a pesar de su manifiesta necesidad por

robustecer su conocimiento a través de evidencia clínica de mayor calidad, se beneficia la actitud favorable permeando lo relacionado con el estigma.

En cuanto al conocimiento, tal como se presentó en el apartado de información, se reconoce desconocimiento de información específica que se podría encontrar a través de los canales que refieren como medio de lectura.

En relación al conocimiento y la actitud, Szaflarski et al., (2020) en Estados Unidos encuestaron en línea a 451 personas profesionales del área de Farmacia, Enfermería y Neurología encontraron no solo un mayor conocimiento entre farmacéuticos y farmacéuticas, que entre los otros grupos de profesionales, sino que los enfermeros y enfermeras tenían actitudes más favorables que los neurólogos y un conocimiento percibido más alto que los farmacéuticos. Por otro lado, en este mismo estudio, el acceso estatal al cannabis y las políticas laborales favorables se asociaron con un mayor conocimiento y actitudes más favorables.

Dado lo anterior, se encuentra concordancia con la posibilidad de un cambio de actitud, tal como se refiere dentro de la población participante del estudio, considerando una disposición aún más favorable si se esclarecen las normas de actuación y se capacita al profesional de salud y la población en general, tal y como lo indica la persona participante ocho de Medicina:

necesidad de capacitación, uno tiene bastantes vacíos en información porque en nuestra carrera realmente no se nos ha formado con evidencia importante sobre cuales son usos que tienen respaldo científico. Poder tener una opinión objetiva y no sesgada como por creencias personales.

Lo cual es respaldado por la persona participante 14, reconocida con una actitud

desfavorable, explícitamente en el caso del escenario ideal lo que haría sería “informarse, tener un criterio real como profesional de que es eso de lo bueno y lo malo y lo segundo es educar a la población” (Enfermería). Lo anterior es a su vez ratificado por la persona participante 26 mencionando “educar al personal sanitario y al público en general” (Farmacia).

Por otra parte, desde el elemento figurativo, las imágenes evocadas forman parte importante de esta dimensión cognitiva actitudinal y junto con la información obtenida del apartado representacional se logra demostrar la objetivación del cannabis medicinal a través de imágenes como un instrumento para el alivio de dolor u otros síntomas, rememora una apertura o flexibilidad en la actitud de los participantes de este estudio a pesar de la existencia de tabú, estigma, falta de conocimiento, regulación o investigación.

Al mismo tiempo, las imágenes presentadas fueron consistentes con elementos que se perciben como positivos por cuanto representan alivio, mejora, calidad de vida para pacientes o formas farmacéuticas de diferentes vías de administración. Por lo tanto, en este segmento, a nivel de actitud, se mantiene la coherencia entre el elemento afectivo y el cognitivo, infiriendo para el subgrupo con actitud no expresada o reservada cierta disposición a favor.

Componente conativo actitudinal

Este último componente es el que permite dar razón en términos concretos de la actitud, la cual por su naturaleza interna no es posible de visualizar. Lo anterior es viable a través de la conducta o la acción del sujeto en torno al objeto y sobre todo si es repetitiva, porque permite inferir la actitud respecto a ese objeto.

En este estudio, a la población participante se le presentaron dos escenarios potenciales el primero, el contexto ideal regulado para ejercer desde su área profesional y

acceder al cannabis medicinal y el segundo, la situación de una persona allegada que estaría requiriendo del cannabis medicinal; en ambos escenarios se interpela qué harían. Sobre el primer cuestionamiento, la mayoría de la población participante mencionó que se educaría primero, esto en referencia a la adquisición de contenidos que les permitan no solo, su implementación en su labor clínica como prescripción, dispensación y administración, sino educar al resto del personal sanitario y a los pacientes. El interés por la parte educativa se relaciona con lo que ya se mencionaba en el capítulo de campo de información sobre la necesidad de conocer.

La anuencia a implementar el uso de cannabis medicinal y el rol como educadores en salud, se constituye un elemento relevante pues no solo están anuentes y se puede afirmar una actitud favorable sobre la base de todos de querer implementar el uso bajo las condiciones que ya se han mencionado anteriormente, Medicina Basada en Evidencia, Protocolos Normalizados de Trabajo y Guías Clínicas, sino por el compromiso como educadores. Siendo la educación, de acuerdo con Cometo (2020) uno de los seis campos de acción principales de la gestión de la fuerza laboral sanitaria identificados en el Marco de Acción de Recursos Humanos para la Salud.

Este componente de ejercicio sobre la educación los convertiría – en el tanto efectivamente lo implementen y no se quede en la intención – en agentes de cambio social, lo cual tienen muy arraigado hacia el ser multiplicadores a través de la educación de buenas prácticas a favor de la Salud Pública. Este componente de transformación es parte de las funciones de las representaciones sociales y se hace visible y tangible desde la actitud.

Las personas que presentaron percepciones desfavorables no mostraron respuestas disímiles al resto de los participantes desde este componente conativo y tampoco lo hicieron los que denotaban lo que denominamos una actitud reservada.

Por otra parte, es digno de mencionar dentro de los elementos del quehacer profesional, lo mencionado por una participante de Farmacia como algo que haría en el escenario ideal de disponer de cannabis medicinal como opción terapéutica; “Considerar la *Farmacovigilancia*, educación del personal y de la población en general” (participante 27). Farmacovigilancia, implica según la Organización Mundial de la Salud (2015) actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos o cualquier otro posible problema relacionado con medicamentos.

Es relevante dado que existe preocupación sobre los efectos adversos de los cannabinoides y ésta sería una forma de llevar ese control para tomar decisiones, desde la parte regulatoria.

En relación con el caso de tener un ser significativo, al que recomienden el uso de cannabis terapéutico y el que harían, dentro de lo aludido por la población participante hubo cinco elementos comunes, que aportaron coherencia, consistencia y seguridad a lo que ya se ha venido discutiendo a lo largo de este capítulo:

1. Brindar educación, desestigmatizar y desmitificar.
2. Investigar.
3. Usarlo siempre y cuando demuestre seguridad y eficacia.
4. Valorar el riesgo beneficio y de esta forma colaborar en la toma de decisiones con la persona.
5. Apoyar a la persona y brindarle educación.

Sobre el primer aspecto, de la educación sería para garantizar que la persona significativa conoce el por qué, para qué y qué esperar con el uso. La investigación para determinar si este uso está indicado basado en la evidencia científica y de esta forma

utilizarlo siempre cuando sea seguro y eficaz, apoyado por la persona participante 26” Si lo usaría en un familiar siempre y cuando tenga seguridad y eficacia comprobada” (Farmacia).

En particular como lo menciona la persona participante 17:

Brindar educación básicamente y explicar más que todo como los usos también derivado del estigma y todo tal vez un ser significativo diga, yo no quiero eso porque es marihuana. Le explicaría que no es así, sino el ingrediente activo para la patología...Entonces educar sobre el uso y desmitificar las creencias erróneas que hay alrededor del cannabis (Enfermería)

Tiene relación directa con el cuarto aspecto, brindar educación y apoyar. Adicionalmente, la preocupación de esta persona participante respalda el papel de la información, siendo este absoluto y constituyéndose como la principal herramienta para el esclarecimiento de la sociedad. Los pacientes podrían empezar por conocer información básica diferenciando el CBD del THC, que, como hemos mencionado también tiene efectos terapéuticos y se encuentra en alta concentración en la marihuana, y que eso la distingue de otras variedades de la planta como el cáñamo.(Grosso, 2020)

Por otra parte, y no menos importante, otros aspectos señalados por la población participante de este estudio como conductas en común se relacionan con el apoyar al ser significativo con la decisión. Tal como lo indica la persona participante 14 “Apoyaría a la persona con una supervisión y monitoreo estricto” o “pienso usarlo en mi abuelita que tiene Alzheimer y toma once medicamentos” (participante 29, Farmacia).

Para otros la conducta a seguir sería el apoyo y monitoreo clínico y/o como última opción cuando ya se ha usado todo lo disponible, esto se refiere a pacientes terminales. Al respecto del uso en cuidados paliativos Luba et al., (2018) con una encuesta en línea realizada a 426 proveedores de cuidados paliativos en Estados Unidos, evaluó estas

actitudes, creencias y prácticas. Los resultados demostraron que los proveedores respaldan el cannabis para una amplia gama de síntomas de cuidados paliativos, cuidados al final de la vida en general, y como medicación adyuvante.

La información supracitada, genera otros insumos pues expone una disonancia entre las creencias y la realidad, donde la recomendación o prescripción parece vasta, pero no es así. Muchos que apoyan el uso de cannabis como paliativo no lo recomiendan como tratamiento, aduciendo lagunas de conocimiento, falta de pautas integrales, así como preocupación por el estatus legal.

En esa investigación de Lupa et al, (2020) al igual que en este estudio el colectivo participante plantea las mismas preocupaciones de orden práctico, por lo que ellos recomiendan seguir realizando estudios en la medida en que la legislación continúa cambiando y debe solventarse esa falencia de capacitación percibida pues son muchas las evidencias de su importancia para lograr implementar el uso y el acceso a las personas que lo requieran.

En conclusión, la actitud de las personas participantes de este estudio es favorable. Sin embargo, no puede pensarse que es algo estático, puesto que se origina en las interacciones del sujeto con el objeto y como parte de un colectivo social dentro de un contexto dinámico, que está sujeto a variación y es flexible.

Conclusiones

La representación social del objeto de estudio de esta investigación que resultó del colectivo participante se comportó como: “una alternativa de origen natural que podría brindarse en forma farmacéutica para aliviar el dolor de pacientes, cuyo uso se ve limitado actualmente debido, a la carga estigmatizante y la falta de investigación y de regulación”.

En respuesta al primer objetivo de esta investigación que consistió en identificar el tipo de información que tiene la población participante sobre el cannabis medicinal se puede afirmar lo siguiente:

1. El tipo de información que tiene el grupo de estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Farmacia, Medicina y Cirugía participantes de esta investigación, es levemente mayor para el conocimiento de sentido común que para el conocimiento científico.
2. Los conceptos de mayor relevancia dentro del conocimiento del sentido común fueron necesidad de capacitación, desinformación, prejuicio, investigación, legislación, uso, cultura y política, papel de la educación y falta de evidencia, todo esto coincide con la información que se obtuvo de la triangulación de la evidencia investigativa existente en el plano internacional.
3. La información científica que conocía la población participante es de muy limitado alcance pues como expuesto requieren especificidad sobre la misma.
4. El medio de acceso a dicha información fue a través de distintos canales siendo la formación académica y las redes sociales las principales fuentes.
5. La población participante presentó, en mayor frecuencia, exposición a comunicación de tipo direccional que de impacto.

6. En relación con la cantidad de la información con que cuenta el estudiantado participante se puede afirmar que es dispersa y requiere enfoque en virtud de su formación académica.
7. Todo el estudiantado participante presentó una actitud receptiva, con disposición e interés, para poder profundizar sus conocimientos. Sin embargo, hay diferencias en la orientación y profundidad de parte de cada carrera que van desde el uso terapéutico y regulación, hasta la desestigmatización.
8. Existen líneas limitadas para la identificación de una relación proporcional entre la calidad de la información y las fuentes principales que fueron referencia para el colectivo participante.
9. La premisa “El tipo de conocimiento no condiciona la actitud hacia el uso terapéutico de cannabis”, planteada al inicio de la investigación se confirma.
10. Se puede indicar que la actitud permite predecir la intencionalidad a la acción, y ante la actitud favorable del colectivo, existe anuencia a implementar el uso medicinal del cannabis bajo condiciones reguladas y con guías clínicas claras.

Por otra parte, con el segundo objetivo se propuso analizar la objetivación del cannabis medicinal que hace el estudiantado participante y sobre el particular se puede concluir que:

1. De manera concreta visualiza al cannabis medicinal como un medicamento.
2. El significado asignado a ese elemento figurativo es el de alternativa de origen natural para alivio del dolor de pacientes.
3. La objetivación para el colectivo participante de estudio del cannabis medicinal al estar relacionada con la imagen de la persona paciente y anclarse en su contexto lo hace manifestar la función transformadora de la representación social a través de la

intención de actualizar los sistemas políticos vigentes, otorgando sentido y orientando las diversas prácticas particulares e institucionales sociales a favor del colectivo de pacientes.

4. Los elementos característicos de la representación social sobre cannabis medicinal de este colectivo tienen características comunes probablemente con otros colectivos al ser concordante con el contexto nacional, legal y la realidad internacional, pero mantiene la particularidad en la coherencia del rol de personal sanitario de los participantes.
5. El estigma y la discriminación por la existencia de prejuicios, está integrado también al campo representacional, forma parte del conocimiento desde el sentido común y condiciona la actitud frente al cannabis medicinal.

En relación con el último objetivo propuesto de examinar la actitud sobre el objeto de estudio se concluye que, a pesar del estigma, la discriminación y el tabú asociado con el tema e independientemente del tipo de conocimiento sobre el tema, la población participante explícitamente indicó que tenía una posición favorable hacia el uso medicinal de cannabis, mostrando consistencia al explorar y contrastar los elementos positivos y negativos en torno a este objeto.

Recomendaciones

A las tres Unidades Académicas se les recomienda, a través de sus Comisiones de Docencia, valorar la pertinencia de introducir contenidos específicos sobre el tema, en los cursos de Farmacología en respuesta a la solicitud expresa del estudiantado participante.

A nivel de docencia fortalecer estrategias a nivel de grado donde se pueda abordar el tema e informar a los estudiantes puede ser a través de los cursos optativos.

Plantear el contenido a través de los Seminarios de Realidad Nacional para generar un impacto mayor en la población a través de no solo dar el conocimiento sobre cannabis medicinal sino generar pensamiento crítico sobre el tema y desestigmatizar a la población en general.

Generar una propuesta con y para los docentes de las tres Unidades Académicas sobre la temática. Al Instituto de Investigaciones Farmacéuticas (INIFAR), a modo de diagnóstico aplicar una encuesta en línea en coordinación con los Colegios Profesionales de Enfermería, Farmacia y Medicina para indagar sobre el interés en capacitación sobre el tema y utilizarlo como insumo para una propuesta.

Se insta al Centro Nacional de Información de Medicamentos a realizar capacitaciones en formato de módulos a partir de la investigación bibliográfica generada dirigida al Ministerio de Salud en respuesta a la solicitud de un criterio sobre cannabis medicinal, e impartirlo como parte de los cursos de Educación Continua dirigido a profesionales de la salud a través del INIFAR.

Se recomienda monitorear y apoyar al grupo de investigadores de la Universidad de Costa Rica en la elaboración de la propuesta de protocolo de investigación de cannabis medicinal por parte del INIFAR y de la coordinación del Departamento de Farmacología, Toxicología y Farmacodependencia de la Facultad de Farmacia.

Referencias

- Abarca, R. A., & Ruiz, C. N. (2014). *Análisis Cualitativo ATLAS.ti* (Universidad de Costa Rica (Ed.); 1 Ed). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Abric, J.-C. (2004). Prácticas sociales y representaciones. In *Prácticas sociales y representación* (Issue 47). Ediciones Coyoacán.
- Accorssi, A. (2014). La dialogicidad como supuesto ontológico y epistemológico en Psicología Social: reflexiones a partir de la Teoría de las Representaciones Sociales y la Pedagogía de la Liberación. *Revista de Estudios Sociales*, 1(2013), 148–157. <https://doi.org/10.7440/res50.2014.06>
- Aguayo-Albasini, J. L., Flores-Pastor, B., & Soria-Aledo, V. (2014). Sistema GRADE: Clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *Cirugía Española*, 92(2), 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.08.002>
- Aguilar, S., Gutiérrez, V., Sánchez, L., & Nougier, M. (2018). Políticas y prácticas sobre cannabis medicinal en el mundo. *México Unido Contra La Delincuencia*, 33. <https://www.mucd.org.mx/wp-content/uploads/2018/05/Políticas-y-prácticas-sobre-cannabis-medicinal-en-el-mundo-2018.pdf%0Ahttps://drive.google.com/drive/u/0/folders/165C3w1nYMs7InvJGG6OTCN49IJ899k58?ogsrc=32>
- Amell, G. L., García, G. G., & Reales, N. A. (2013). Conocimiento sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enfermería. *CIENCIA E INNOVACION EN SALUD*, 1(1). <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/84>
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales Ejes teóricos para su discusión. In

- Cuadernos de ciencias sociales* 127 (pp. 223–248). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. <https://doi.org/10.1174/021347407782194425>
- Ley 8204 sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas., pp. 3 (1998).
- Avello, M. L., Pastene, E., Fernández, P., & Córdova, P. M. (2017). Potencial uso terapéutico de cannabis. *Revista Médica de Chile*, 145(3), 360–367. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000300010>
- Balshem, H., Helfand, M., Sch€ Unemann C, J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., Norris, S., & Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>
- Banchs, M. A. (2000). Papers on Social Representations Textes sur les représentations sociales. *Peer Reviewed Online Journal ISSN*, 915(3), 1021–5573. <https://doi.org/1021-557>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (Edicoes 70).
- Berlekamp, D., Rao, P. S. S., Patton, T., & Berner, J. (2019). Surveys of pharmacy students and pharmacy educators regarding medical marijuana. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2019.03.006>
- Bottorff, J. L., Bissell, L. J. L., Balneaves, L. G., Oliffe, J. L., Capler, N. R., & Buxton, J. (2013). Perceptions of cannabis as a stigmatized medicine: A qualitative descriptive study. *Harm Reduction Journal*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-10-2>
- Brands, B., Hamilton, H., Ialomiteanu, A., & Mann, R. (2017). Characterizing therapeutic users of cannabis in Ontario, Canada. *Drug and Alcohol Dependence*, 171(2017), e25–e26. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.084>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brooks, E., Gundersen, D. C., Flynn, E., Brooks-Russell, A., & Bull, S. (2017a). The clinical implications of legalizing marijuana: Are physician and non-physician providers prepared? *Addictive Behaviors*, 72, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.03.007>
- Brooks, E., Gundersen, D. C., Flynn, E., Brooks-Russell, A., & Bull, S. (2017b). The clinical implications of legalizing marijuana: Are physician and non-physician providers prepared? *Addictive Behaviors*, 72, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.03.007>
- Cabeza, C., Corsi, O., Pérez-Cruz, P., & Filiación, J. (2017). *Resúmenes Epistemonikos ¿Son los cannabinoides una opción para el síndrome anorexia-caquexia en pacientes con cáncer avanzado?* <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.09.7130>
- Campos, D. (2020). *Barreras para la Investigación con Cannabis en la UCR y experiencias de investigación nacional e internacional con cannabis.* (p. 18).
- Caravaca, J. (2017). Las Representaciones Sociales Y La Cognición Social: Contribuciones Para La Investigación En Enfermería Y Salud. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001500017>
- Caravaca, J., Itayra, M., Guerreiro, D., & Sapag, J. (2015). Theoretical and Methodological Aspects of Social Representations. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(4), 1157–1165. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003440014>
- Carr, D., & Schatman, M. (2019). Cannabis for chronic pain: Not ready for prime time. *American Journal of Public Health*, 109(1), 50–51. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304593>

- Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 2003, 34, n(ISSN: 0120-8322), 164–167.
<http://hdl.handle.net/11592/7268>
- Castorina, J. A., & Barreiro, A. (2014). *Representaciones sociales y prácticas en la psicogénesis del conocimiento social*.
- Céspedes, D. (2019). *Cannabis medicinal mejoró la vida de una paciente en Quepos*. 19032019. https://www.teletica.com/220673_cannabis-medicinal-mejoro-la-calidad-de-vida-de-una-paciente-de-lupus-en-quepos%0Ahttps://www.teletica.com/Multimedia/Videos/995803%0A
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-CICAD. (2015). *Informe Uso de Drogas en las Américas 2015*.
<http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>
- Cooke, A., Knight, K., & Miaskowski, C. (2019). Patients' and clinicians' perspectives of co-use of cannabis and opioids for chronic non-cancer pain management in primary care. *Int J Drug Policy*, 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.09.002>
- Corda, A., Cortés, E., & Piñol, D. (2019). *Cannabis en Latinoamérica: la ola verde y los retos hacia la regulación* (Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad (DeJusticia) (Ed.)).
- Creswell, J. . (2014). *Research Design*. (S. Publications (Ed.); 4th ed.).
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y Representaciones Sociales*, 11(21), 109–140.
<http://www.journals.unam.mx/index.php/crs/article/view/56994>
- Delgado R, J., Shen Z, Y., & Villalobos G, N. (2018). *Estudio preliminar del contenido de cannabinoides de un producto de uso externo comercializado ilegalmente*.

- Denzin, N. K. (2010). Moments, mixed methods, and paradigm dialogs. *Qualitative Inquiry*, 16(6), 419–427. <https://doi.org/10.1177/1077800410364608>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 162–167. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72706-6)
- Ebbert, J. O., Scharf, E. L., & Hurt, R. T. (2018). Medical Cannabis. *Mayo Clinic Proceedings*, 93, 1842–1847. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.09.005>
- Edelstein, O. E., Wacht, O., Grinstein-Cohen, O., Reznik, A., Pruginin, I., & Isralowitz, R. (2020). Does religiosity matter? University student attitudes and beliefs toward medical cannabis. *Complementary Therapies in Medicine*, 51(April), 102407. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102407>
- Escotado, A. (1998). Historia general de las drogas. In Alianza Editorial (Ed.), *Journal of Ethnopharmacology* (7a., Vol. 34, Issues 2–3). [https://doi.org/10.1016/0378-8741\(91\)90054-H](https://doi.org/10.1016/0378-8741(91)90054-H)
- Fassio, A. A., Rodríguez, M. J., & Ceretta, S. (2013). *Cáñamo (Cannabis sativa L.)* (Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Unidad de Comunicación y Transferencia de Tecnología (Ed.)).
- Ferrari, L. A., & Giannuzzi, L. (2016). Cannabis medicinal: potencial aplicación como medicamento y riesgos que entrañan su uso. Revisión actualizada. *Ciencia Forense Latinoamericana*.
- Foro Internacional de Actualización sobre los usos médicos y terapéuticos del cannabis. (2014). *Foro Internacional de Actualización Sobre Los Usos Médicos y Terapéuticos Del Cannabis*, 42.
- Goffman, I. (1963/1968). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu.

- Grosso, A. F. (2020). Cannabis: From plant condemned by prejudice to one of the greatest therapeutic options of the century. *Journal of Human Growth and Development*, 30(1), 94–97. <https://doi.org/10.7322/JHGD.V30.9977>
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2016). *Informe de situación nacional sobre drogas y actividades conexas Costa Rica 2015*.
http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_SitNacional_DrogasActivCon_2016.pdf
- Isaac, S., Saini, B., & Char, B. B. (2016a). The role of medicinal cannabis in clinical therapy: Pharmacists' perspectives. *PLoS ONE*, 11(5), 1–18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155113>
- Isaac, S., Saini, B., & Char, B. B. (2016b). *The Role of Medicinal Cannabis in Clinical Therapy: Pharmacists' Perspectives*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155113>
- Jodelet, D. (1986). Representaciones Sociales: fenómenos, concepto y teoría. In *Psicología social, II pensamiento y vida social* (pp. 469–494). Paodós.
<http://books.google.es/books?id=-Wy9OdYWO-8C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Kondracki, N. L., Wellman, N. S., & Amundson, D. R. (2002). Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(4), 224–230. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60097-3](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60097-3)
- Lacolla, L. (2012). Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. *REvista leRed*, 1(4), 1–17.
- Landschaft, Y. Mechoulam, R. (2017). Medical Grade Cannabis Clinical Guide. In R. Landschaft, Y. Mechoulam (Ed.): *Vol. (5)2* (1st ed., Issue 2). The Israelí Medical Cannabis Agency, Office of the Associated Director General, Ministry Health.

- Landshaft, Y., Mechoulam, R., & Afeck, A. (2017). *Medical grade cannabis Clinical guide* (IMCA and Ministry of health (Ed.); 1st ed.).
- Ley N° 19.172. Marihuana y sus derivados. Control y regulación del Estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución, (2014).
- Luba, R., Earleywine, M., Farmer, S., & Slavin, M. (2018). Cannabis in End-of-Life Care: Examining Attitudes and Practices of Palliative Care Providers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50(4), 348–354.
<https://doi.org/10.1080/02791072.2018.1462543>
- Lucas, P., & Walsh, Z. (2017). Medical cannabis access, use, and substitution for prescription opioids and other substances: A survey of authorized medical cannabis patients. *International Journal of Drug Policy*, 42, 30–35.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.01.011>
- Maria Magosso Takayanagui, A., Paz, L., Maria del Pilar Navia-Bueno, B., Farah-Bravo, J., Yaksic-Feraudy, N., & Philco-Lima, P. (2011). *Conocimiento sobre el fenómeno de las drogas en entre estudiantes y docentes de la Facultad de Medicina Universidad Mayor de San. 19*, 722–729. www.eerp.usp.br/rlae
- Martin-Crespo, M. C., & Salamanca, A. B. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigacion*, 27.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613–619.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Miller, G. (2020). After 4-year delay, DEA will review dozens of requests to grow marijuana for research. *Science*. <https://doi.org/10.1126/science.abb9781>

- Montalvo Prieto, A., & Castillo Ávila, I. Y. (2013). Knowledge, attitudes, and practices regarding legal and illegal substances by nursing students from Cartagena (Colombia). *Invest. Educ. Enferm*, 31(1), 63–69.
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/10627/13138>
- Mora, M. (2002). Teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital - Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 1(2), 1–25.
- Morales, M., Corsi, O., Peña, J., & Filiación, J. (2017). *Resúmenes Epistemonikos ¿Son efectivos los cannabinoides para el manejo de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia?* <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.09.7119>
- Morera, J. A. C., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., & Wright, M. da G. M. (2015). Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(spe), 145–153.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072015001170014>
- Morera, J. A. C., Padilha, M. I., Silva, D. G. V. da, & Sapag, J. (2015). Theoretical and Methodological Aspects of Social Representations. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(4), 1157–1165. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003440014>
- Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. In Editorial Huemul S. A. (Ed.), *Colección temas básicos* (2nd ed.).
- Moscovici, S. (1984). The myth of the lonely paradigm: a rejoinder. *Social Research*, 51(4), 939–967. <http://www.jstor.org/stable/40970972>
- Moscovici, S. (2001). The phenomenon of social representations. In S. Moscovici (Ed.), *Social Representations: Explorations in Social Psychology* (p. 68). New York University Press. <http://is.muni.cz/el/1423/podzim2013/SOC571E/um/S.Moscovici-SocialRepresentations.pdf>

- Moscovici, S. (2008). *Psicología social I, influencia y cambio de actitudes, individuos y grupos: cognición y desarrollo humano*.
- Moscovici, S., Jodelet, D., & Hewstone, M. (1988). *Representaciones sociales*.
- Mugny, G., & Papastamou, S. (1986). Los estilos de comportamiento y su representación social. In S. Moscovici (Ed.), *Psicología social, II pensamiento y vida social* (Issue August, p. 509). <http://books.google.es/books?id=-Wy9OdYWO-8C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- National Academies of Sciences. (2017). *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24625>
- Navia-Bueno, M. del P., Farah-Bravo, J., Yaksic-Feraudy, N., Philco-Lima, P., & Takayanagui, A. M. M. (2011). Conocimiento sobre el fenómeno de las drogas en entre estudiantes y docentes de la Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 722–729. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700009>
- O'Brien, K. (2019). Medicinal Cannabis: Issues of evidence. *European Journal of Integrative Medicine*, 28(April), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.05.009>
- Organización mundial de la Salud. (2020). *Medicina Tradicional definiciones*. https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
- Pearson, M. R., Liese, B. S., & Dvorak, R. D. (2017). College student marijuana involvement: Perceptions, use, and consequences across 11 college campuses. *Addictive Behaviors*, 66, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.10.019>
- Peña, J., Amila Jiménez, C., Schmidt, J., & Filiación, J. (2018). ¿Tienen algún rol los cannabinoides en el control del glaucoma? *Resúmenes Epistemonikos Medwave*, 18(1), 7144. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.01.7144>

- Peyraube, R., & Bouso, J. . (2015). *¿Marihuana como medicina? Usos médicos y terapéuticos del cannabis y los cannabinoides*. México Unido contra la delincuencia.
- Peyraube, Raquel, & Bouso, J. C. (2015). *¿Marihuana como medicina? Usos médicos y terapéuticos del cannabis y los cannabinoides* (1st ed.).
<http://www.mucd.org.mx/recursos/Contenidos/Nuestraspublicaciones/documentos2/InformeCannabisMedical-plaincover.pdf>
- Porroche-Escudero. (2017). Problematizando la desinformación en las campañas de concienciación sobre el cáncer de mama. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 250–252.
- Quile, M. (2008). *Estigmatización y marginación social de colectivos de jóvenes*.
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10692/CC_42_art_3.pdf
- Ramsey, G. (2016). *Entiendo la regulación. Un análisis de la ley histórica sobre cannabis en Uruguay*.
- Reñón, L. V. (2019). *Fake news , desinformación y posverdad : malos tiempos para el discurso público 1* . 13(January), 1–23. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3567177>
- Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, 4 1 (2005).
<http://blog.hallocasa.com/wp-content/uploads/2017/01/Instituto-de-Investigaciones-Jurídicas-LEY-REGULADORA-DE-LA-PROPIEDAD-EN-CONDominio-Y-LA-PROPIED.pdf>
- Ley reguladora de investigación biomédica, 1 (2014).
- Ripley, S., & Roth, L. K. (2020). Cannabis and Cannabis derived compounds: Quality Considerations for Clinical Research; Draft Guidance for Industry; Availability. *Federal Register*, 85(141), 44305–44307. [https://doi.org/10.1016/0196-335x\(80\)90058-8](https://doi.org/10.1016/0196-335x(80)90058-8)
- Rojas, P. (2018). *Abogado absuelto por cultivar cannabis: “llegó la hora que la vean como planta buena.”* Agosto 7. <https://www.crhoy.com/nacionales/abogado-absuelto-por->

cultivar-cannabis-llego-la-hora-que-la-vean-como-planta-buena/

Rojas, X., & Osorio, B. (2017). Criterios de calidad y rigor en la metodología cualitativa.

Gaceta de Pedagogía, 36, 62–74.

Romani Gerner, M. (2017). Informe analítico Modelos de Regulación de Cannabis en las Américas. *Secretaría Ejecutiva de CICAD/OEA*, 0(0), 6–147.

Santos, S. M. S. dos, & Oliveira, M. L. F. de. (2009). Knowledge about aids and drugs among undergraduate students in a higher education institution in the state of Paraná. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 522–528.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400014>

Satterlund, T. D., Lee, J. P., & Moore, R. S. (2015). Stigma among California's Medical Marijuana Patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(1), 10–17.

<https://doi.org/10.1080/02791072.2014.991858>

Schellmach, E. (2016). Israel se prepara para la implementación de cambios en la Ley de Cannabis medicinal. *Ciencia Forense Latinoamericana*, 2, 37.

http://www.cienciaforense.cl/csi/component/option,com_weblinks/catid,2/Itemid,23/

Schnaider, R., & Zarowsky, M. (2005). *Comunicacion-para-Principiantes* (1a.). Era Naciente.

Soto, M. (2018). *37 pacientes tratan sus enfermedades crónicas con cannabis medicinal hecho en Costa Rica*. <https://www.crhoy.com/nacionales/37-pacientes-tratan-sus-enfermedades-cronicas-con-cannabis-m>

St Clair-Thompson, H., Graham, A., & Marsham, S. (2018). Exploring the Reading Practices of Undergraduate Students. *Education Inquiry*, 9(3), 284–298.

<https://doi.org/10.1080/20004508.2017.1380487>

Szaflarski, M., McGoldrick, P., Currens, L., Blodgett, D., Land, H., Szaflarski, J. P., &

- Segal, E. (2020). Attitudes and knowledge about cannabis and cannabis-based therapies among US neurologists, nurses, and pharmacists. *Epilepsy and Behavior*, 109. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107102>
- Tamayo y Salmoran, R. (2016). *Estructura y función de la norma jurídica* (Universidad Autónoma de México (Ed.)). Teoría Pura Del Derecho. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/1039-teoria-pura-del-derecho-2a-ed>
- Tellez, J. (2013). *MARIHUANA CANNABIS ASPECTOS TOXICOLÓGICOS, CLÍNICOS, SOCIALES Y POTENCIALES USOS TERAPÉUTICOS*. Ministerio de Justicia y del Derecho Dirección de Política de Drogas y Actividades Relacionadas Observatorio de Drogas de Colombia.
- Thoumi, F. E. (2016). *Reexamen de las bases “ médicas y científicas ” en la interpretación de las convenciones internacionales de drogas : ¿ será que el “ régimen ” está desnudo ?* 1–20.
- Upton, R. (2020). 61 - Cannabis (Marijuana) and Cannabinoids. In *Textbook of Natural Medicine* (Fifth Edit, pp. 470-483.e5). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-43044-9.00061-3>
- Vargas Ruiz, R. (2007). *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA: PROPUESTA DE UNA ESCALA PSICOMÉTRICA*.
- Vosoughi S, Roy D, A. S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, 359(6380), 1146-51.
- Walsh, Z., Callaway, R., Belle-Isle, L., Capler, R., Kay, R., Lucas, P., & Holtzman, S. (2013). Cannabis for therapeutic purposes: Patient characteristics, access, and reasons for use. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), 511–516.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.08.010>

- Wang, T., Collet, J. P., Shapiro, S., & Ware, M. A. (2008). Adverse effects of medical cannabinoids: A systematic review. In *CMAJ* (Vol. 178, Issue 13, pp. 1669–1678).
<https://doi.org/10.1503/cmaj.071178>
- Ware, M. A., & Ziemianski, D. (2015). Medical education on cannabis and cannabinoids: Perspectives, challenges, and opportunities. In *Clinical Pharmacology and Therapeutics* (Vol. 97, Issue 6). <https://doi.org/10.1002/cpt.103>
- Winfield, A., Jiménez, Y., & Topete, C. (2017). L A V E N T A N A , N Ú M. 4 5 / 2 0 1 7. *L a Ventana*, 45, 186–210.
- World Health Organization. (2015). *WHO: pharmacovigilance indicators: a practical manual for the assessment of pharmacovigilance systems*.
- Ziemianski, D., Capler, R., Tekanoff, R., Lacasse, A., Luconi, F., & Ware, M. A. (2015). *Cannabis in medicine: a national educational needs assessment among Canadian physicians*. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0335-0>
- Zolotov, Y., Vulfsons, S., Zarhin, D., & Sznitman, S. (2018). Medical cannabis: An oxymoron? Physicians' perceptions of medical cannabis. *International Journal of Drug Policy*, 57(June 2017), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.03.025>
- Zylla, D., Steele, G., Eklund, J., Mettner, J., & Arneson, T. (2018). Oncology Clinicians and the Minnesota Medical Cannabis Program: A Survey on Medical Cannabis Practice Patterns, Barriers to Enrollment, and Educational Needs. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 3(1). <https://doi.org/10.1089/can.2018.0029>

Anexos

Anexo 1 - Instrumentos para recolección de datos

Entrevista semiestructurada a estudiantes

Condiciones de producción de las representaciones	Edad	
	Género con que se identifica	
	Carrera que estudia	
	Lugar de procedencia	
	Lugar de residencia	
1. Campo de representación	¿Qué imagen le viene a la mente cuándo le menciono las palabras uso terapéutico del cannabis?	
	Dígame las tres primeras palabras que se le vienen a la mente cuando hablamos de cannabis terapéutico	
	Ha escuchado hablar sobre CT? Posee para ud algún significado el uso de cannabis terapéutico	
2. Campo de Información	¿A través de qué medios se enteró del uso terapéutico del cannabis Conversaciones cotidianas, Medios de comunicación masiva	
	¿Ha leído al respecto?	
	Dónde?	
	Ahora pensando como farmacéutico, médico, enfermera...	

	es un tema que considera relevante? Por qué?	
	¿Es un tema interesante para usted como persona? Qué le resulta interesante o que no?	
3. Campo de actitud	¿Según su percepción es algo bueno o malo el uso terapéutico del cannabis ? hábleme sobre ello...	
	¿Cuáles son los aspectos positivos y negativos del uso terapéutico del cannabis?	
	¿Puede señalar las razones que lo llevan a emitir dicha valoración?	
	¿Qué acciones va a emprender ante el uso terapéutico del cannabis? Como Profesional En el caso de tener un ser significativo al que recomienden el uso de cannabis terapéutico que haría	

Cuestionario para Docentes de Farmacología

Enviado por correo electrónico a Docentes de los cursos de Farmacología

1. ¿En los cursos de Farmacología que imparten para Medicina y Enfermería se aborda el uso medicinal de cannabinoides?
2. De ser afirmativa la respuesta les agradezco me confirme ¿con qué?

Cuestionario para informante clave

Lcdo. Hidalgo. ¡Buenas tardes!,

¿cómo deben interpretarse los siguientes términos regulados por las normas y cómo se aplica a la normativa sobre el uso medicinal de cannabis en Costa Rica?.

Anexo 2

Tabla 5

Título de noticia, resumen y fuente de información para noticias en Costa Rica del 2018 y del 2019 con la palabra cannabis medicinal

Título	Resumen	Fuente
<p>Legalización del cannabis en Canadá plantea desafíos en salud y seguridad en vías.</p> <p>Fuente primaria: AFP</p>	<p>Indican que a partir del 17 de octubre se legaliza el consumo recreativo en Canadá y se genera una serie de preocupaciones relacionadas con el riesgo de conducción bajo los efectos del consumo y la edad mínima permitida para su consumo.</p>	<p>Periódico La nación 15 de octubre 2018:</p> <p>https://www.nacion.com/ciencia/salud/legalizacion-del-cannabis-en-canada-plantea/RMW3RXNREZGLJD2BKNQRCSHCQA/story/</p>
<p>México aprueba venta de 38 productos con derivados de marihuana.</p> <p>Fuente primaria: AFP</p>	<p>Indica que son productos con menos de 1% de THC. Y que el uso medicinal está aprobado desde 2017.</p>	<p>Periódico La Nación 21 de noviembre 2018:</p> <p>https://www.nacion.com/el-mundo/politica/mexico-aprueba-venta-de-38-productos-con-derivados/ROW2UOIWBVDV5JODYRRBET3QMM/story/</p>
<p>Israel da luz verde a exportación de cannabis para uso médico.</p> <p>Fuente primaria: AFP</p>	<p>Según estimaciones del mismo parlamento la actividad podría generar unos \$266 millones anuales al país.</p>	<p>Periódico La Nación 27 de enero 2019:</p> <p>https://www.nacion.com/economia/negocios/israel-da-luz-verde-definitiva-a-exportacion-de/3UV4F25DMJFSDAWDEUGPHP5CTE/story/</p>

Título	Resumen	Fuente
<p><u>Salud alerta sobre venta ilegal de aceite de cannabis por Internet: 'No se puede respaldar su calidad ni eficacia'.</u></p> <p>Fuente primaria: MSP</p>	<p>La Institución detectó, por lo menos, nueve páginas de Internet que publicitan la venta de gotas que dicen ser de aceite de cannabis. No se puede afirmar seguridad ni eficacia al no estar registrado en el país.</p>	<p>Periódico la Nación 8 de abril 2019:</p> <p>https://www.nacion.com/el-pais/salud/salud-alerta-sobre-venta-ilegal-de-aceite-de/6QCZ67735ZGWHCTR Y2X56EOYDU/story/</p>
<p>Mario Cerdas de 60 años, Abogado absuelto por cultivar cannabis: Llegó la hora de que lo vean como una planta buena.</p>	<p>Se indica que el abogado fue detenido y acusado por presunta venta de drogas. Él indica que mantenía la plantas para uso medicinal y recreativo. Se le absolvió por falta de pruebas sobre actividad delictiva.</p>	<p>CRHoy.com 7 de agosto 2018:</p> <p>https://www.crhoy.com/nacionales/abogado-absuelto-por-cultivar-cannabis-llego-la-hora-que-la-vean-como-planta-buena/</p>
<p>37 pacientes tratan sus enfermedades crónicas con cannabis medicinal hecho en Costa Rica</p>	<p>Se refiere a Alchemy Costa Rica una Asociación sin fines de lucro que elabora extrae artesanalmente aceite con CBC, CBD, CBN y CBG que proporcionan a estos pacientes.</p>	<p>CRHoy.com 24 de mayo 2018:</p> <p>https://www.crhoy.com/nacionales/37-pacientes-tratan-sus-enfermedades-cronicas-con-cannabis-medicinal-hecho-en-costarica/</p>
<p>Cannabis medicinal: el negocio que Costa Rica podría aprovechar.</p>	<p>Menciona la presentación del proyecto por parte de la diputada Zoila Rosa Volio, para regular la producción y venta de cannabis, además menciona los casos de Latinoamérica donde se ha legalizado y los beneficios económicos obtenidos.</p>	<p>La República.net 13 de mayo 2019</p> <p>https://www.larepublica.net/noticia/cannabis-medicinal-el-negocio-que-costarica-podria-aprovechar</p>
<p>Cannabis medicinal mejoró la vida de una paciente en Quepos</p>	<p>Se presenta el testimonio de una paciente quien manifiesta haber obtenido beneficios tras consumir aceite de cannabis para tratar Lupus con menos efectos adversos que los medicamentos convencionales. Su padraastro y madre enfrentan una investigación por parte de Fiscalía de Quepos ya que decidieron cultivar con esos fines.</p>	<p>Teletica, 2019:</p> <p>https://www.teletica.com/220673_cannabis-medicinal-mejoro-la-calidad-de-vida-de-una-paciente-de-lupus-en-quepos</p> <p>https://www.teletica.com/Multimedia/Videos/995803</p>

Título	Resumen	Fuente
Paciente comenta su testimonio con el consumo medicinal de cannabis y su trabajo como activista en el país.	Biomoléculas ilegales a favor de nuestra salud, la génesis de FUCOCAME. El director de esta ONG, Mauricio Liscano, paciente que aprende a curarse utilizando cada fracción de la planta hasta convertirse en un experto en el tratamiento de otros pacientes en Costa Rica.	Mixcloud, 2019 https://www.mixcloud.com/Bioextractos/bioextractos-online-t2-ep3-cannabis-medicinal/
Cannabis medicinal en Costa Rica: entre la cura y el prejuicio	Ticos con enfermedades como esclerosis, epilepsia u otras degenerativas encontraron en el cannabis una mejoría para sus vidas. Los testimonios de pacientes Karla Artavia y Mauricio Liscano sobre los beneficios que han recibido de los extractos que se producen en el país pero que no están regulados bajo las normas del Ministerio de Salud.	Amelia Rueda: Reportaje de 12 de agosto 2018: https://www.ameliarueda.com/nota/cannabis-medicinal-en-costa-rica-entre-la-cura-y-el-prejuicio
El uso de marihuana con fines medicinales no es nuevo en varios países del mundo, ¿y en Costa Rica?	Menciona cómo el proyecto presentado por Marvin Atencio sobre la investigación, regulación y control de cáñamo y cannabis con fines medicinales estaba a punto de ser archivado por los diputados en Asamblea Legislativa.	Teletica, 2019: https://www.teletica.com/2020/02/20/el-uso-de-marihuana-con-fines-medicinales-no-es-nuevo-en-vario
Proyecto de Ley para legalizar producción de cannabis y cáñamo promete reactivación económica pero se estanca en la Asamblea.	Hace referencia al Proyecto de Ley presentado por la diputada Zoila Rosa Volio, con proyecciones sobre el potencial monto de dinero que podría generar la actividad comercial con cannabis tanto con fines terapéuticos, alimentarios como industriales.	El Financiero. 28 de diciembre 2019: https://www.elfinancierocr.com/economia-y-politica/proyecto-de-ley-para-legalizar-produccion-de/PYCMWFN6RVAO3JG/CAPMQEJTQ7E/story/

Nota. Elaboración propia.

Anexo 3

Diagrama de flujo de medicamentos a base de cannabis NICE

(Instituto Nacional en Salud y Cuidado en Excelencia)

Productos a base de cannabis para uso medicinal según lo establecido por el Gobierno del Reino Unido en el Reglamento de 2018:

- i. los productos con licencia THC combinados con CBD (Sativex) y nabilona
- ii. cannabinoides derivados de plantas como el CBD puro
- iii. compuestos sintéticos que son idénticos en estructura a los cannabinoides naturales como el THC, por ejemplo, el dronabinol.

Toma de decisión compartida:

Antes de recetar medicamentos a base de cannabis, hable con las personas:

- Los posibles beneficios y daños, incluido cualquier riesgo de dependencia e interacción con otros medicamentos.
- El estado de licencia de los medicamentos cuánto tiempo podrían tomar la medicina
- cuánto tiempo llevará trabajar
- para qué se le ha recetado y cómo tomarlo
- cómo puede afectar su capacidad para conducir (consulte los consejos del Departamento de Transporte sobre manejo de drogas y medicamentos)
- la necesidad de buscar asesoramiento antes de viajar al extranjero sobre la legalidad de los medicamentos a base de cannabis en otros países (consulte el consejo del gobierno del Reino Unido sobre viajar con medicamentos que contienen una droga controlada).

- La importancia de no permitir que otros usen el medicamento recetado.

Al hablar sobre los medicamentos a base de cannabis con los pacientes y sus familias y cuidadores, siga las recomendaciones de NICE sobre la toma de decisiones compartidas.

Consulte la directriz NICE para averiguar por qué hicimos estas recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica.

- ¿Quién debe recetar?

La prescripción inicial de medicamentos a base de cannabis¹ debe ser realizada por un médico especialista (un médico incluido en el registro de médicos especialistas (el Registro Especialista²).

También deben tener un interés especial en la afección que se está tratando³. Para niños y jóvenes personas bajo el cuidado de servicios pediátricos, el prescriptor iniciador también debe ser un especialista pediátrico terciario.

Consulte la guía NICE para descubrir por qué hicimos esta recomendación y cómo podría afectar la práctica.

Factores a tener en cuenta al prescribir

Al prescribir y controlar medicamentos a base de cannabis, tenga en cuenta:

- Uso actual y pasado de cannabis (incluidos los productos de venta libre y en línea)
- Historial de abuso de sustancias, incluido el uso ilícito de cannabis potencial de dependencia, diversión y mal uso (en particular con THC)

- Salud mental e historial médico, en particular, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, enfermedad cardiovascular
- Potencial de interacción con otros medicamentos, por ejemplo, depresores del sistema nervioso central y otros medicamentos centralmente activos, antiepilépticos y anticonceptivos hormonales, embarazo y lactancia.

Al recetar medicamentos a base de cannabis para bebés, niños y jóvenes, preste especial atención a:

- Impacto potencial en el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo
- Impacto potencial de la sedación
- Impacto potencial en el desarrollo cerebral funcional y estructural.

- Al recetar medicamentos a base de cannabis, aconseje a las personas que dejen de consumir cannabis no recetado, incluidos los productos de venta libre, en línea e ilícitos.

Los prescriptores deben registrar los detalles del tratamiento, los resultados clínicos y los efectos adversos para las personas a las que se les recetaron medicamentos a base de cannabis, utilizando registros locales o nacionales, si están disponibles.

Acuerdos de cuidado compartido

Después de la prescripción inicial, otra prescripción puede emitir prescripciones posteriores de medicamentos a base de cannabis como

parte de un acuerdo de cuidado compartido¹ bajo la dirección del prescriptor especialista iniciador, si:

- la atención compartida es apropiada y en el mejor interés de la persona
- la condición clínica de la persona es estable
- el otro prescriptor confía en tomar una decisión de prescripción totalmente informada sobre los medicamentos a base de cannabis.

La eficacia y la seguridad de los medicamentos a base de cannabis deben controlarse y evaluarse, y el prescriptor especialista iniciador debe ajustar las dosis como parte del acuerdo de atención compartida.

Un acuerdo de atención compartida para una persona a quien se le recetó un medicamento a base de cannabis debe incluir:

1. Las responsabilidades de todas las partes (el prescriptor especialista iniciador, el otro prescriptor, el paciente, la familia y / o cuidadores)
 - 2. La naturaleza y frecuencia del monitoreo y cómo se informará cuándo podría interrumpirse el tratamiento, por ejemplo, si no es efectivo
 - cómo se manejarán las reacciones adversas sospechosas o conocidas
 - cómo se gestionará la comunicación entre el prescriptor especialista iniciador, el otro prescriptor, el paciente, la familia y / o cuidadores
 - cómo se financiará el tratamiento
3. cómo se mantendrá la atención cuando el paciente, el prescriptor especialista iniciador u otro prescriptor se mude de lugar (incluida la transición a los servicios para adultos).

Dolor crónico

No ofrezca lo siguiente para controlar el dolor crónico en adultos:

Nabilona

Dronabinol

THC

Una combinación de CBD con THC.

No ofrezca CBD para controlar el dolor crónico en adultos a menos que sea parte de un ensayo clínico.

Los adultos que comenzaron a tomar medicamentos a base de cannabis para controlar el dolor crónico en el NHS antes de que se publicara esta guía (noviembre de 2019) deberían poder continuar el tratamiento hasta que ellos y su médico del NHS consideren apropiado suspenderlo.

Consulte la directriz NICE para averiguar por qué hicimos estas recomendaciones y cómo **podrían afectar la práctica**.

Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia intratable

Considere la nabilona como un tratamiento complementario para adultos (mayores de 18 años) con náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia que persiste con antieméticos convencionales optimizados.

Al considerar la nabilona para adultos con náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia, tenga en cuenta las posibles interacciones adversas de medicamentos, por ejemplo, con depresores del sistema nervioso central y otros medicamentos activos centralmente.

Consulte la directriz NICE para averiguar por qué hicimos estas recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica.

Epilepsia severa resistente al tratamiento

NICE ha hecho recomendaciones de investigación sobre el uso de medicamentos a base de cannabis para la epilepsia severa resistente al tratamiento. Vea la guía NICE para descubrir por qué hicimos las recomendaciones de investigación.

Cannabidiol con clobazam para el tratamiento de las convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut

Las siguientes recomendaciones son de la guía de evaluación de la tecnología NICE sobre el cannabidiol con clobazam para el tratamiento de las convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut.

El cannabidiol con clobazam se recomienda como una opción para tratar las convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut en personas de 2 años en adelante, solo si:

La frecuencia de las crisis de caída se verifica cada 6 meses, y el cannabidiol se suspende si la frecuencia no ha disminuido en al menos un 30% en comparación con los 6 meses antes de comenzar el tratamiento.

La compañía proporciona cannabidiol de acuerdo con el acuerdo comercial.

Esta recomendación no pretende afectar el tratamiento con cannabidiol, con clobazam, que se inició en el NHS antes de que se publicara esta guía. Las personas que reciben tratamiento fuera de esta recomendación pueden continuar sin cambios en los arreglos de financiación establecidos antes de que se publique esta guía, hasta que ellos y sus médicos del NHS consideren apropiado suspenderla. Para los niños y jóvenes, esta decisión debe ser tomada conjuntamente por el médico y el niño o joven, o los padres o cuidadores del niño o joven.

Vea por qué hicimos las recomendaciones sobre cannabidiol con clobazam para el síndrome de Lennox-Gastaut.

NICE ha publicado información para el público sobre el cannabidiol con clobazam para el síndrome de Lennox-Gastaut.

Cannabidiol con clobazam para tratar las convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet

Las siguientes recomendaciones son de la guía de evaluación de la tecnología NICE sobre el cannabidiol con clobazam para el tratamiento de las convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet.

El cannabidiol con clobazam se recomienda como una opción para tratar las convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet en personas de 2 años en adelante, solo si:

la frecuencia de las convulsiones se verifica cada 6 meses, y el cannabidiol se suspende si la frecuencia no ha disminuido al menos un 30% en comparación con los 6 meses antes de comenzar el tratamiento

La compañía proporciona cannabidiol de acuerdo con el acuerdo comercial.

Esta recomendación no pretende afectar el tratamiento con cannabidiol, con clobazam, que se inició en el NHS antes de que se publicara esta guía. Las personas que reciben tratamiento fuera de esta recomendación pueden continuar sin cambios en los arreglos de financiación establecidos antes de que se publique esta guía, hasta que ellos y sus médicos del NHS consideren apropiado suspenderla. Para los niños y jóvenes, esta decisión debe ser tomada conjuntamente por el médico y el niño o joven, o los padres o cuidadores del niño o joven.

Vea por qué hicimos las recomendaciones sobre el cannabidiol con clobazam para el síndrome de Dravet.

NICE ha publicado información para el público sobre el cannabidiol con clobazam para el síndrome de Dravet.

Espasticidad

Ofrezca una prueba de 4 semanas de THC: CBD en aerosol para tratar la espasticidad moderada a severa en adultos con esclerosis múltiple, si:

- Otros tratamientos farmacológicos para la espasticidad no son efectivos (consulte las recomendaciones de NICE sobre el manejo de la espasticidad en personas con esclerosis múltiple)
- La compañía proporciona THC: CBD spray de acuerdo con su esquema de pago por respondedores.
- Después de la prueba de 4 semanas, continúe con el aerosol de THC: CBD si la persona ha tenido al menos una reducción del 20% en los síntomas relacionados con la espasticidad en una escala de calificación numérica informada por el paciente de 0 a 10.
- Tratamiento con THC: el aerosol de CBD debe ser iniciado y supervisado por un médico con experiencia especializada en el tratamiento de la espasticidad debido a la esclerosis múltiple, de acuerdo con su autorización de comercialización.

Consulte la directriz NICE para averiguar por qué hicimos estas recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica.