

CARACTERIZACIÓN DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN UNA POBLACIÓN CONSUMIDORA DE CANNABIS



Manuel Ruiz Marcos

Tutor: Dr. Óscar Martín Santiago

2022-2023

RESUMEN

El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo y dicho consumo se ha relacionado con la sintomatología psicótica, incluidas las experiencias psicóticas atenuadas (PLEs) que se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, percepción sensorial y comportamiento, pero que no cumplen criterios para el diagnóstico de un trastorno psicótico. El objetivo de este estudio es recopilar información sobre el consumo de cannabis en una muestra de población joven, los efectos que produce y de la sintomatología asociada a su consumo. Además, queremos comprobar si el consumo de cannabis se asocia con una mayor presencia de PLEs. Para ello se ha distribuido un cuestionario en una muestra de la población general donde se recogía información acerca del consumo de sustancias y cannabis, sus efectos y la presencia de PLEs mediante la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42). Se recogieron datos de 65 personas, entre 19 y 28 años, mayoritariamente estudiantes. Los principales hallazgos son que entre aquellos que consumen cannabis (29,3%), hay una mayor proporción de varones y presentan menor nivel de estudios, han precisado con mayor frecuencia la prescripción de psicofármacos, tienen un mayor número de familiares que han presentado algún tipo de enfermedad mental, consumen con más frecuencia otras drogas y fuman tabaco en mayor proporción. Sin embargo, no se han hallado diferencias en la escala CAPE-42, por lo que no se ha podido comprobar una mayor presencia de PLEs, quizás debido a lo reducido de la muestra y que la cantidad de cannabis consumida puede considerarse como baja. En cuanto a la sintomatología presente durante la intoxicación por cannabis, no encontramos diferencias en cuanto a la presentación de ansiedad entre los participantes que han probado el cannabis en alguna ocasión y los consumidores habituales, que sí han presentado más síntomas psicóticos, lo que parece indicar que un mayor consumo de cannabis aumenta la presentación de dichos síntomas.

	<i>Índice</i>	<i>pág.</i>
1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	MATERIALES Y MÉTODOS	
	2.1 Selección de la población de estudio.	7
	2.2 Instrumentos utilizados	7
3.	RESULTADOS	
	3.1 Características de la muestra	
	3.1.1 Datos sociodemográficos.	8
	3.1.2 Consumo de sustancias	10
	3.1.3 Consumo de cannabis	11
	3.2 Análisis comparativo	
	3.2.1 Análisis comparativo de distintas variables demográficas en relación al consumo de cannabis	14
	3.2.2 Análisis comparativo de los resultados de la CAPE-42 en relación con el consumo de cannabis	16
	3.2.3 Análisis comparativo de los efectos asociados al consumo de cannabis entre consumidores habituales y personas que prueban el cannabis	17
4	DISCUSIÓN	18
5	BIBLIOGRAFÍA	22

1. INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo y dicho consumo se relaciona con fenómenos psicóticos, de hecho, la principal comorbilidad de la esquizofrenia son los trastornos por consumo de sustancias.(1) No obstante, la relación entre el cannabis y la patología psicótica es aún un hecho controvertido.

Los dos principales componentes psicoactivos del cannabis son el delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ^9 - THC) y el cannabidiol (CBD), que se extraen principalmente de las hojas y flores de la planta de *cannabis sativa*. El primero es el componente psicoactivo responsable de los efectos cognitivos, los síntomas psicóticos y la ansiedad, el segundo, por el contrario, parece prevenir los síntomas psicóticos y actuar como ansiolítico. (2)

El consumo de cannabis cuenta con una prevalencia entre el 10 y el 30% de la población (2) y su consumo se ha asociado a mayores episodios psicóticos, aumento de síntomas positivos, menor adherencia a programas de tratamiento y peor pronóstico. Todo esto se produce de manera dosis-respuesta. El cannabis parece aumentar el riesgo de psicosis clínicamente relevante ya que la persistencia de experiencias psicóticas que habrían sido fenómenos transitorios en condiciones normales (sin consumo de cannabis) es mayor. (3). Además, se ha visto que el consumo de cannabis en individuos con una vulnerabilidad establecida a algún trastorno psicótico es causa un peor pronóstico de éstos y mayor adicción.(4). Por ello, abordar el consumo de cannabis en la población psiquiátrica supondrá mejoras en la morbilidad de estos pacientes. (5)

Entre los problemas de salud derivados del consumo de cannabinoides uno de los más relevantes es la intoxicación por cannabis, que según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)* se define como: (6)

- A. Consumo reciente de cannabis
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p.ej. descoordinación motora, euforia, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis.
- C. Dos (o más de los signos o síntomas que aparecen en el plazo de dos horas tras el consumo de cannabis:
 - 1. Inyección conjuntival
 - 2. Aumento del apetito
 - 3. Boca seca

4. Taquicardia

- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Mientras que describe el trastorno por consumo de cannabis como: Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses: (6)

1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
 5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
 7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes: a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes: a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
- (6)

Este trastorno cuenta con una prevalencia establecida en la población general de menos del 10%, mientras que en pacientes con esquizofrenia subiría hasta el 27,1%. Además, si sólo se tienen en cuenta el grupo de los primeros episodios psicóticos (PEPs) las cifras de prevalencia de consumo de cannabis se elevan hasta un 65,7%.(7)

Las experiencias psicóticas atenuadas o manifestaciones psicóticas en la población general conocidas como PLEs (psychotic-like experiences) se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, percepción sensorial y comportamiento que no cumplen criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico, ya que no se acompañan de alteraciones en el funcionamiento global (8), como ocurren en los trastornos de tipo psicótico.

Recientemente, el cannabis se ha asociado con las PLEs. De este modo, estudios previos han mostrado que los mismos factores etiopatogénicos que intervienen en estas experiencias psicóticas atenuadas también están presentes en los pacientes con psicosis, por ejemplo, la sintomatología afectiva, las experiencias de trauma, el uso y consumo de cannabis o alcohol y la historia familiar de trastorno mental, entre otros.(9)

Entre los mecanismos implicados en la relación entre el cannabis, las PLEs y el grupo de las psicosis se encuentra la presencia de rasgos esquizotípicos de personalidad. (10) Así, las PLEs son exacerbadas por el consumo de cannabis especialmente cuando se produce en un individuo con rasgos esquizotípicos. Esta relación, no se ha observado con el consumo de otras drogas. Por lo tanto, la presencia de esquizotipia podría servir para detectar individuos que más probablemente padecerán PLEs o algún trastorno psicótico. En un estudio realizado por Caspi (11) encontraron una relación entre el riesgo de psicosis, el consumo de cannabis y el polimorfismo Val158Met (rs4680) del gen COMT. Encontraron que los homocigotos para dicho polimorfismo que consumían cannabis eran 10.9 veces más probable que desarrollaran episodios psicóticos que aquellos que no consumen cannabis. En ausencia de dicho polimorfismo, el consumo de cannabis no incrementaría el riesgo de psicosis. (12)

El concepto de esquizofrenia surge en 1860 cuando el francés Morel utilizó el término *démence précoce* para referirse al cuadro clínico de algunos jóvenes que presentaban un cuadro de estereotipia de actitudes, gestos y lenguaje que evolucionaban hacia una pérdida de facultades mentales. Kraepelin propuso este mismo término *Dementia praecox* con un punto de vista más horizontal, tratando de separarlo de otras enfermedades mentales. (13) Este concepto se mantuvo así durante gran parte del

siglo XX, no obstante, actualmente se defiende la esquizofrenia como extremo final de un continuum que afectaría a entre el 5 y el 8% de la población general. (14)

Por lo tanto, según la hipótesis del continuum de la psicosis, el fenotipo psicótico englobaría tanto manifestaciones no clínicas, subclínicas y clínicas al contrario que los modelos tradicionales de la psicosis que defendían el fenotipo psicótico como un fenómeno separado de la salud. Así, las manifestaciones no clínicas serían las experiencias de tipo

psicótico y los rasgos de esquizotipia en población general, las subclínicas serían los síntomas psicóticos atenuados mientras que las expresiones clínicas y más extremas de este continuum serían los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia. (16). Por ello, numerosos estudios señalan que, por ejemplo, las alucinaciones están presentes en la población sana. (17)

Las PLEs se pueden considerar como parte de un continuo entre el fenotipo de psicosis clínico y subclínico. Su presencia puede constituir así un factor de riesgo a trastornos psicóticos más severos. Estudios prospectivos longitudinales han mostrado que la exposición reiterada a estas experiencias psicóticas predice resultados posteriores de enfermedades mentales como esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático y consumo de otras sustancias. (18) No obstante, estas PLEs presentan una baja especificidad y capacidad pronosticas, por lo que se hace necesario conocer su relación con otros mecanismos etiológicos para explicar el origen de los trastornos psicóticos. (9)

Por otra parte, las PLEs también afectan la salud de diversas maneras, relacionándose con ansiedad, síntomas depresivos y otras alteraciones del estado del ánimo. Diversos factores se han asociado a su mayor presencia como una menor edad o nivel educativo, desempleo, vivir en un entorno urbano, consumo de cannabis y alteraciones del desarrollo, que también son factores de riesgo asociado a las psicosis.

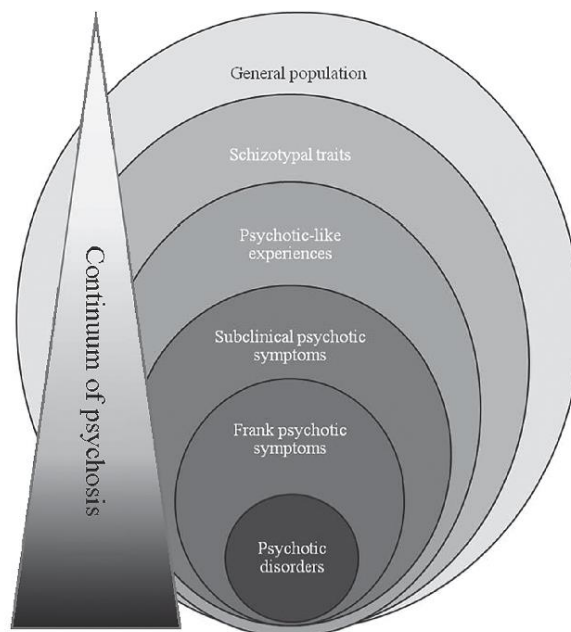


IMAGEN 1. Arquitectura del continuum de psicosis. (15)

Las experiencias durante la intoxicación aguda que sigue al consumo de cannabis que pueden ser tanto placenteras como desagradables, también se han estudiado para extraer conclusiones sobre su efecto en el uso que le sigue. Las experiencias placenteras tanto tempranas como las siguientes se han asociado con mayor uso y dependencia, sin embargo, la evidencia no es tan clara sobre el efecto de las experiencias desagradables en el uso del cannabis, habiendo estudios que relacionan éstas con uso decreciente, así como como con un consumo más intenso y problemático. (19)

Objetivo: El objetivo del presente trabajo en primer lugar es recopilar información sobre el consumo de cannabis, en una muestra de población mayor de edad y menor de 40 años, los efectos y sintomatología asociadas a su consumo. En segundo lugar, queremos comprobar la asociación del consumo de cannabis con la presencia de PLEs.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Selección de la población de estudio.

Se elaboró un cuestionario en formato de Google Forms que fue distribuido por medios electrónicos a una población de entre 18 y 40 años de edad, sin cumplir ningún otro tipo de criterio de inclusión. Se aseguró la confidencialidad de los datos introducidos por los participantes. El consentimiento informado para participar en el estudio fue oral.

2.2 Instrumentos utilizados

Todos los participantes cumplimentaron un cuestionario que consta de cuatro partes:

1. Primera parte: datos demográficos, nivel de estudios, ocupación y antecedentes personales y familiares.
2. Segunda parte: datos relativos al consumo de sustancias. Frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, alucinógenos, estimulantes y opioides en el último mes y en el pasado. Además, se recoge la frecuencia de dicho consumo tanto en el presente como el máximo en el pasado.
3. Tercera parte: datos relativos al consumo de cannabis, tanto frecuencia como cantidad estimada de consumo (en número de porros o canutos). Por otra parte, también se interrogó sobre siete efectos físicos y psicológicos asociados al consumo de cannabis, por ejemplo, sensación de euforia, relajación o taquicardia, así como la frecuencia de presentación de tres síntomas

específicos producidos durante la intoxicación (crisis de pánico, alteraciones de la percepción o ideas delirantes) y el malestar asociado a dichos efectos.

4. Cuarta parte: se aplicó la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42), comúnmente utilizada en España. Cuenta con 42 ítems que evalúan la dimensión positiva, que incluye alteraciones en el pensamiento y la percepción, así como delirios y alucinaciones, negativa, referida a comportamientos como aislamiento social y embotamiento afectivo, y depresiva. Cada pregunta cuenta con las opciones casa nunca, algunas veces, a menudo o casi siempre, en el caso de responder alguna de las tres últimas opciones, se pregunta acerca del grado de malestar que le produjo dicha experiencia.

3. RESULTADOS

3.1 Características de la muestra

3.1.1 Datos sociodemográficos.

Fueron obtenidos los datos de una muestra de 65 personas. En la tabla 1 se exponen los datos clínicos y demográficos obtenidos. Obtuvimos una muestra con un mayor número de mujeres (41; 63%) que de hombres (28;47%) con edades comprendidas entre 19 y 28 años (edad media: 23.55;DS 1.43).

En cuanto al nivel de estudios de nuestra población, la mayoría, 57 personas contaban con estudios superiores, 7 con estudios medios de bachillerato o FP y 1 con estudios primarios.

En el momento de completar el cuestionario, la mitad de la muestra se encuentra estudiando (33 personas), otras 31 trabajando y 1 en situación de desempleo.

En cuanto a la atención ya sea médica o psicológica por relacionados con la salud mental (síntomas emocionales, consumo de sustancias o trastornos mentales), un 28% (18 personas) de nuestra muestra la han precisado. Los motivos de atención fueron mayoritariamente por ansiedad (15) y depresión (10), además de insomnio (5) consumo de drogas (1) y otros motivos (4). De estos 18 jóvenes, 15 acudieron al psicólogo, 9 al psiquiatra mientras que 4 de ellos fueron atendidos por el médico de atención primaria y 1 por otro profesional. Precisaron de la toma de psicofármacos 7 de los jóvenes de nuestra muestra. Los fármacos consumidos fueron tranquilizantes, hipnóticos y antidepresivos, además de estimulantes para el TDAH en 1 paciente.

<u>Sexo</u>		
	Hombres	28
	Mujeres	41
<u>Edad</u> (media y DS)		23.55 (DS 1.43)
<u>Nivel estudios</u>		
	Superiores	57
	Bachillerato/FP	7
	Primarios	1
<u>Ocupación</u>		
	Estudiante	33
	Trabajador	31
	Desempleo	1
<u>Atención por salud mental</u>		18
	Ansiedad	15
	Depresión	10
	Insomnio	5
	Consumo de drogas	1
	Otro motivo	4
<u>Profesional que prestó la atención</u>		
	Psiquiatra	9
	Psicólogo	15
	Médico de familia	4
	Otro	1
<u>Toma de psicofármacos (actual o previa)</u>		7
	Tranquilizantes	7
	Hipnóticos	4
	Antidepresivos	5
	Tratamiento TDAH	1
<u>Antecedentes familiares de salud mental</u>		25
	Padres	7
	Hermanos	2
	Abuelos/Tíos	18
	Primos	5
	Otros	1
<u>Diagnóstico en familiares</u>		
	Ansiedad/Depresión	15
	Psicosis	7
	Trastorno bipolar	3
	Otro	7
<u>Otros problemas de salud</u>		6

TABLA 1. Características demográficas, clínicas y antecedentes personales y familiares de la muestra, indicado en número total o media y desviación estándar (DS).

En cuanto a los antecedentes familiares, 25 de los jóvenes (38%) conocen a algún familiar cercano diagnosticado de algún trastorno mental. De ellos más de la mitad, 18 son abuelos o tíos, 7 padres, 5 primos, 2 hermanos y 1 otros familiares. El diagnóstico mayoritario de estos fue ansiedad y/o depresión, con 15 casos, seguido de psicosis en

sus distintas formas de presentación con 7 casos, trastorno bipolar 3 mientras que 7 padecen otro tipo de patología psiquiátrica.

La gran mayoría de nuestra muestra no presenta problemas graves de salud, con tan solo 6 personas (9%) diagnosticadas de alguna enfermedad grave o crónica.

3.1.2 Consumo de sustancias

Respecto al consumo de sustancias en nuestra muestra, hemos hallado los siguientes resultados (ver gráfico 1):

- Alcohol: prácticamente la totalidad de la muestra (63/65) ha consumido alcohol en el último mes, siendo la sustancia más consumida, con una frecuencia de consumo en la actualidad de un 6,2% a diario, el 72,3% consume de manera habitual (todas o casi todas las semanas), un 20% lo hace de manera ocasional (menos de una vez al mes) y un 1,5 % no consumen alcohol nunca. En el pasado, el consumo máximo fue similar, a diario por un 12.3%, habitual 66.2%, ocasional 20% y nunca 1,5%.
- Tabaco: en el último mes lo consumieron 36 personas. En cuanto al patrón de consumo es el siguiente: diario 35.4%, habitual 7.7%, ocasional 18.5% y nunca 38.5%. En el pasado el consumo máximo fue diario por un 35.4%, habitual 15.4%, ocasional 10.8%, nunca 15.5% y prueba un 23.1%.

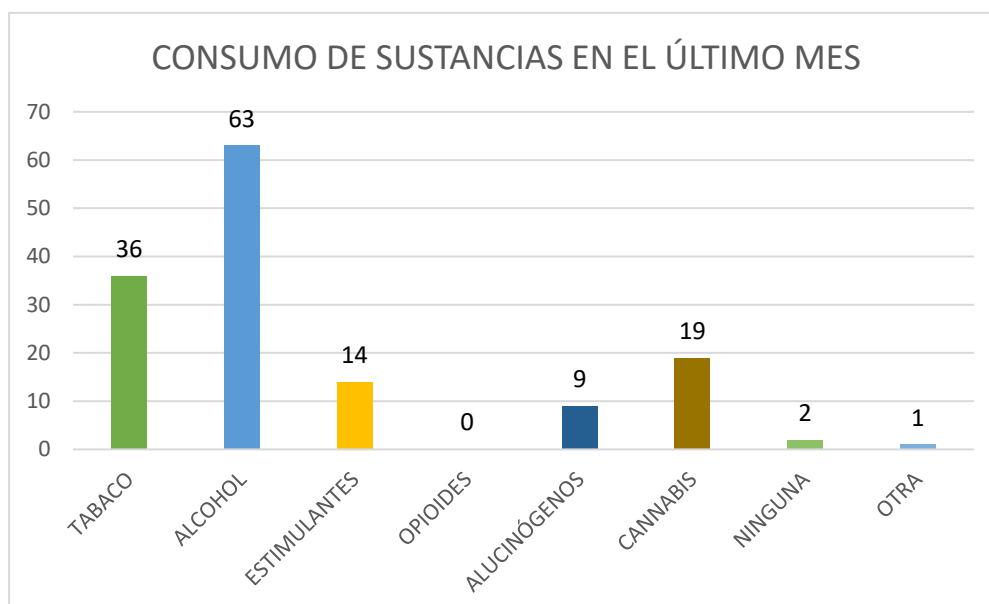
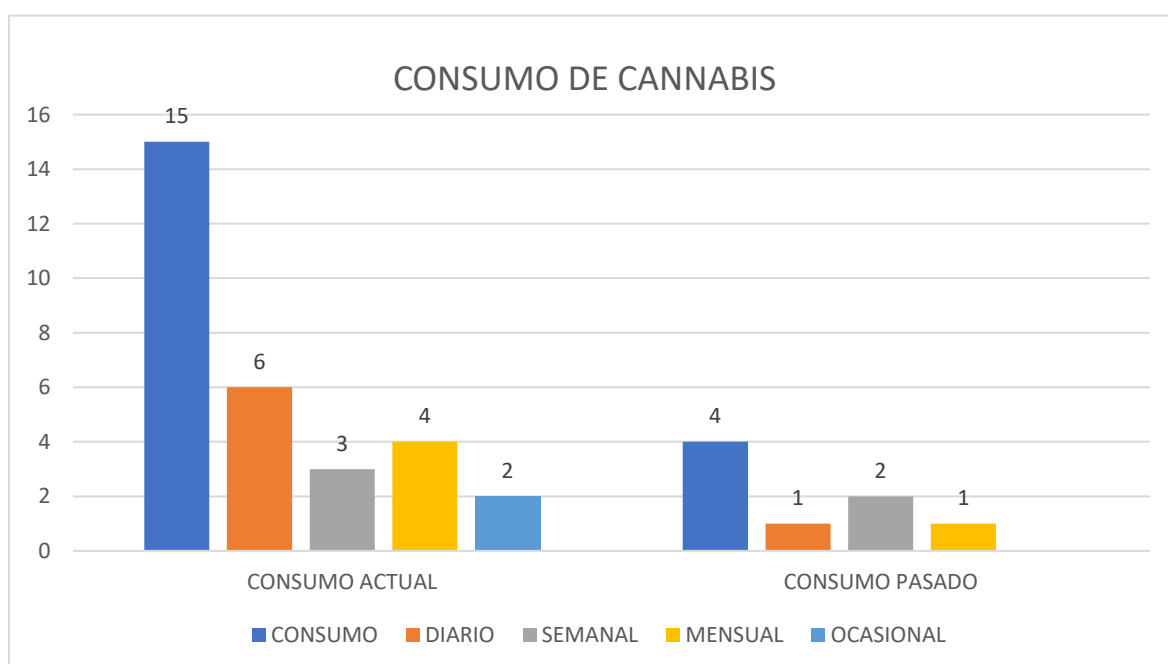


GRÁFICO 1. Consumo de sustancias durante el mes previo.

- Estimulantes (cocaína, speed, anfetaminas): En el último mes consumieron 14 personas. La frecuencia de consumo en la actualidad es habitual en el 6.2%, ocasional 15.4% y nunca 78.5%. La frecuencia máxima de consumo en el pasado ha sido diaria por un 1.5%, habitual 4.6%, ocasional 7.7%, no consumo 76.9% y prueba 9.2%.
- Alucinógenos (drogas de diseño, ketamina, LSD.): 9 personas consumieron en el último mes, siendo el patrón de consumo en la actualidad diario 3.1%, habitual 1.5%, ocasional 15.4% y nunca 80%. En el pasado, la frecuencia máxima de consumo fue diario 3.1%, ocasional 12.3%, no consumo 75.4% y prueba un 9.2%.
- Opioides: Ningún joven de nuestra muestra señala haber consumido opioides en el último mes, no obstante, un 4.6% consume en la actualidad de manera ocasional, mientras que otro 4.6% señala haberlo probado en el pasado.

3.1.3 Consumo de cannabis

Respecto del consumo de cannabis, realizamos una recogida de información más extensa, obteniendo además de la frecuencia y cantidad consumida, los efectos referidos tras su consumo (ver tabla 2). De los 65 participantes 17 (26%) nunca habían probado el cannabis y 19 (29%) los consumen de manera frecuente en la actualidad (15) o en el pasado (4). Además, 29 refieren haberlo probado en alguna ocasión, aunque sin llegar a un consumo frecuente o habitual. En total 48 (74%) habían probado o consumido cannabis, de los cuales 19 lo habían tomado en el último mes.



GRAFICA 2. Frecuencia de consumo de cannabis.

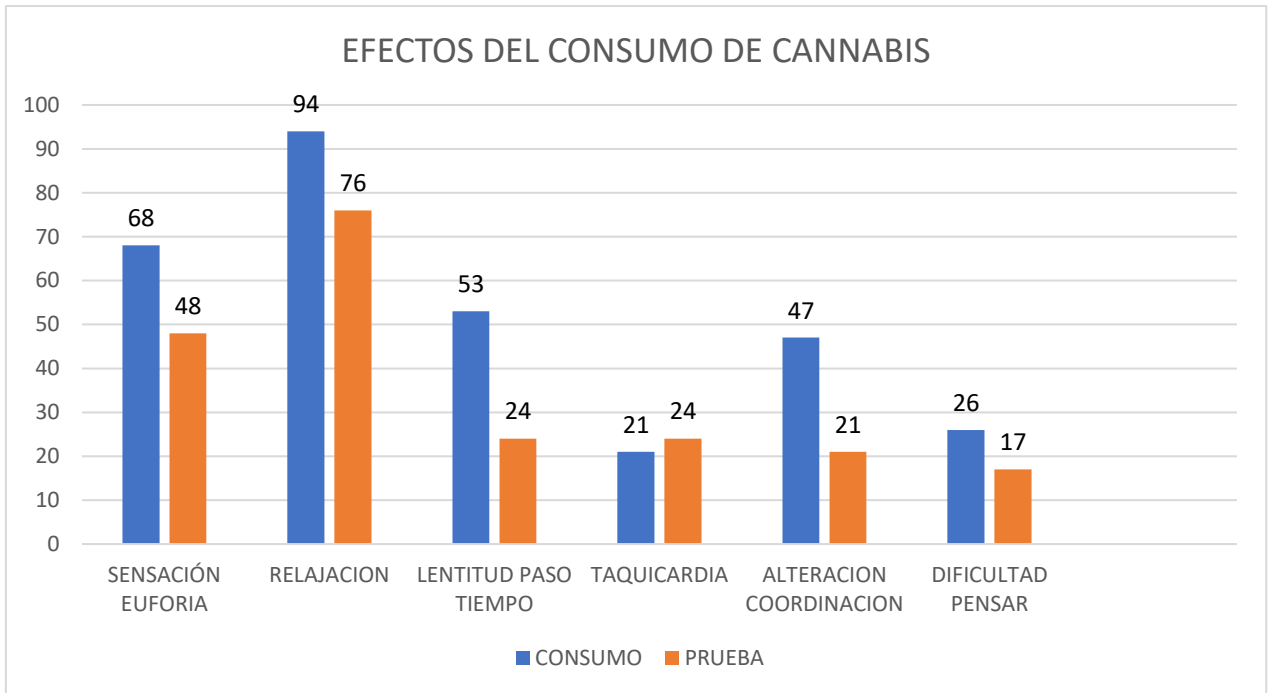
FRECUENCIA DE CONSUMO	
Nunca	17 (26%)
Prueba o consumo:	48 (74%)
Alguna ocasión	29 (44%)
Consumo en el pasado	4 (6%)
Consumo en la actualidad	15 (24%)
CONSUMO EN EL ÚLTIMO MES	19 (29%)
CANTIDAD (n=15)	
1-3 porros	14
3-6 porros	1
EFFECTOS (n=48)	
Relajación o somnolencia	40 (83%)
Euforia, alegría	28 (58%)
Lentitud en el paso del tiempo	16 (33%)
Aumento del ritmo cardíaco y TA	15 (31%)
Dificultades para resolver problemas	11 (22%)
Alteración de la coordinación motora	10 (20%)

TABLA 2. Frecuencia y cantidad de consumo de cannabis y efectos producidos.

Entre los participantes que consumen en la actualidad, 6 lo hacen diariamente, 3 frecuentemente (todas o casi todas las semanas), 4 de manera habitual (todos los meses) y 2 ocasionalmente (menos de una vez al mes), ver gráfico 2. La cantidad consumida es de 1 a 3 porros por 14 personas mientras que una persona consume de 3 a 6 porros, ver tabla 2. Entre las 4 personas que consumían en el pasado: 1 lo hacía diariamente, 2 frecuentemente y 1 de manera habitual (ver gráfico 2), consumiendo 3 de ellos de 1 a 3 porros y 1 de 3 a 6 porros (ver tabla 2).

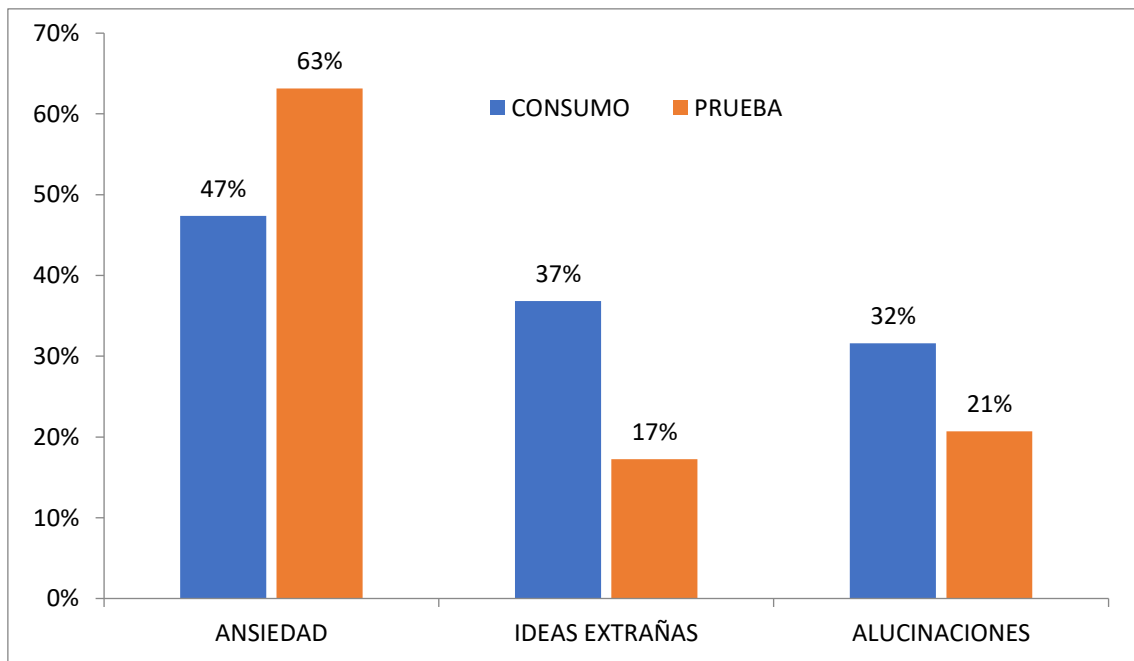
En cuanto a los efectos presentados con el consumo de cannabis, 40 sintieron relajación o somnolencia, 28 euforia, alegría o risas incontroladas, 16 sensación de lentitud en el paso del tiempo, 15 aumento del ritmo cardíaco y la tensión arterial, 11 dificultades para pensar y resolver problemas, 10 alteración de la coordinación motora mientras que 1 de ellos no sintió ninguno de los anteriores (ver tabla 2).

Los participantes que consumen cannabis de manera habitual, en la actualidad o en el pasado, presentaron de media 3,1 de efectos asociados al consumo de cannabis. Por el contrario, aquellos que solo consumieron en alguna ocasión (prueba) presentaron de media 2,1 efectos asociados, ver gráfica 3.



GRAFICA 3. Porcentaje de efectos físicos y psíquicos producidos en el grupo participantes que han probado o con consumo de cannabis.

En relación con los **síntomas** asociados al consumo de cannabis 27 participantes (56%) habían sentido ansiedad, ideas delirantes, paranoides o extrañas (12) o alucinaciones o percepciones alteradas (12). De ellos 14 habían presentado un solo síntoma y 13 dos o tres de estos síntomas.



GRAFICA 4. Porcentaje de síntomas psíquicos producidos en el grupo participantes que han probado o con consumo de cannabis.

En relación con la ansiedad solo 3 refirieron un malestar ligero asociado, por el contrario 18 (85%) experimentaron bastante o mucho malestar. De los que notaron alteraciones del pensamiento 3 asociaron ligero malestar y 9 (75%) bastante o mucho. Idénticos resultados se observaron en relación con las percepciones alteradas, con 9 (75%) bastante o mucho frente a 3 con ligero malestar.

En el grupo de consumidores hubo más porcentaje de frecuencia de ideas extrañas y alucinaciones que aquellos que solo habían probado el cannabis. Sin embargo, en este grupo hubo mayor presentación de ansiedad que en el grupo de consumidores, ver gráfica 4.

3.2 Análisis comparativo

Para analizar los posibles efectos del cannabis dividimos la muestra en tres grupos diferenciados. En primer lugar, aquellos que nunca habían consumido (NO: No consumo; n=17), los que lo habían probado en alguna ocasión (PR: Prueba; n=29) y los consumidores habituales (CN: Consumo; n=19).

3.2.1 Análisis comparativo de distintas variables demográficas en relación al consumo de cannabis

En el grupo de consumidores de cannabis hay mayor porcentaje de hombres que de mujeres en relación al grupo de personas que han probado el cannabis en el pasado ($X^2_{(1)}=4.81$; $p=0.028$) o que nunca han probado el cannabis ($X^2_{(1)}=7.64$; $p=0.005$) siendo estadísticamente significativo, sin embargo, no hay diferencias en la edad. Los datos sociodemográficos y de consumo de sustancias están resumidos en la tabla 3.

En cuanto al nivel de estudios, los consumidores tienen un menor porcentaje de estudios universitarios que los grupos prueba y no consumidores ($X^2_{(1)}=7.29$; $p=0.006$) ($X^2_{(1)}=3.78$; $p=0.051$) respectivamente, mientras que no encontramos diferencias significativas en el consumo de cannabis en función de la ocupación actual, a pesar de que el porcentaje de consumidores es mayor entre los trabajadores. ($X^2_{(1)}=2.69$; $p=0.100$).

En relación a los problemas de salud mental y haber requerido atención sanitaria, el porcentaje de consumidores de cannabis es mucho mayor en los que sí han precisado atención, aunque la diferencia no es significativa ($X^2_{(1)}=3.56$; $p=0.058$), sí hallamos diferencia en el consumo de psicofármacos pues la prevalencia de este consumo es mucho mayor entre los consumidores de cannabis que entre los otros grupos

($X^2_{(1)}=0.44$; $p=0.5$). Hay un mayor número de familiares con antecedentes en salud mental en las personas con consumo de cannabis ($X^2_{(1)}=6.11$; $p=0.013$).

	CONSUMO	PRUEBA	NO CONSUMO
N	19	29	17
SEXO			
Varón	12	9	3
Mujer	7	20	14
EDAD	23.89 (SD 1.24)	23.62 (SD 1.17)	23.05 (1.91)
NIVEL ESTUDIOS			
Universitarios	13	28	16
No universitarios	6	1	1
OCUPACIÓN			
Estudiante	6	17	10
Trabajo/Desempleado	13	12	7
SALUD MENTAL			
Atención	9	6	3
Psicofármacos	5	1	1
Antecedentes familia	11	11	3
CONSUMO SUSTANCIAS			
Tabaco	15	17	4
Alcohol	19	29	15
Otras	11	5	0

TABLA 3 Variables demográficas y de consumo en los diferentes grupos. indicado en número total o media y desviación estándar (DS).

A la hora de relacionar el consumo de cannabis con el consumo de otras drogas, encontramos que los consumidores de cannabis consumen más tabaco que los no consumidores ($X^2_{(1)}=11.05$; $p=0.0008$) mientras que no hallamos diferencias en el consumo de alcohol, al consumir alcohol la práctica totalidad de nuestra muestra era de esperar este resultado. En cuanto al consumo de otras drogas encontramos diferencias estadísticamente significativas en el consumo en el pasado, tanto al comparar consumidores con los que prueban el cannabis ($X^2_{(1)}=8.53$; $p=0.003$) como con los que no han consumido nunca ($X^2_{(1)}=18.614$; $p=0.00001$). En cuanto a las diferencias en el último mes entre aquellos que consumen cannabis y que lo han probado también encontramos diferencias significativas ($X^2_{(1)}=8.53$; $p=0.003$), por lo

que los consumidores de cannabis en la actualidad consumen otras drogas en mayor porcentaje que aquellos que lo probaron en el pasado.

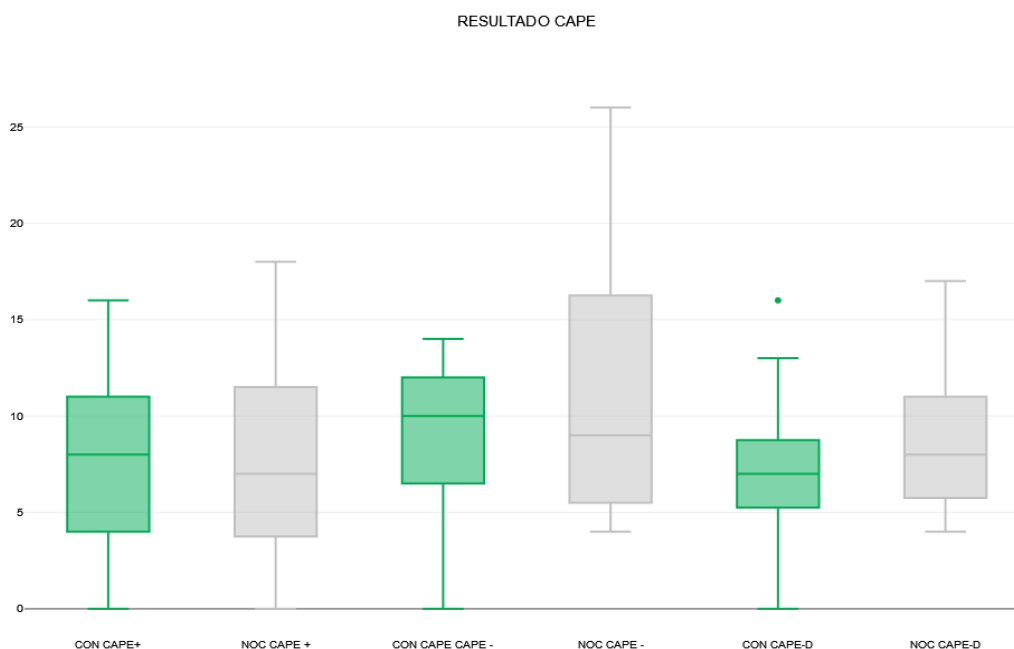
3.2.2 Análisis comparativo de los resultados de la CAPE-42 en relación con el consumo de cannabis

Todos los participantes completaron el cuestionario CAPE-42 acerca de las experiencias psíquicas en relación con los síntomas positivos, negativos y depresivos. Los resultados globales están recogidos en la tabla 4.

Dimensión Positiva		Dimensión Negativa		Dimensión Depresiva	
frecuencia	malestar	frecuencia	malestar	frecuencia	malestar
7,56 (4,74)	7,07 (5,42)	10,07 (5,90)	13,12 (8,23)	7,84 (3,84)	10,32 (5,60)

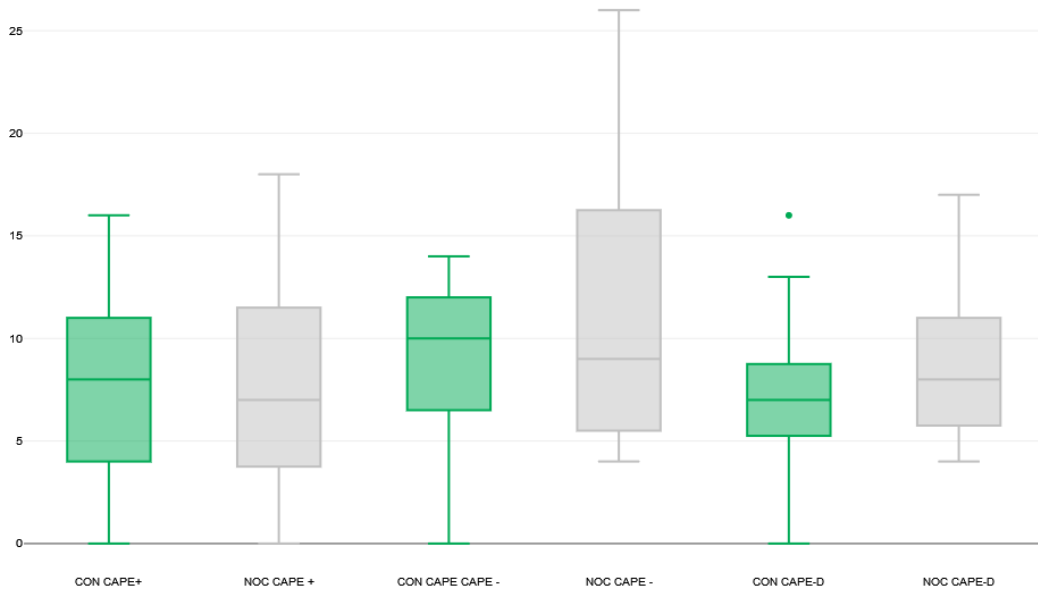
TABLA 4 Resultados de las distintas dimensiones del cuestionario CAPE-42, indicado como media y desviación estándar ().

El análisis de estos resultados no mostró diferencias estadísticamente significativas en frecuencia o malestar en ninguna de las dimensiones positiva, negativa o depresiva entre el grupo de participantes consumidores y no consumidores de cannabis, ver gráfica 5 y 6.



GRAFICA 5. Boxplot de los resultados de frecuencia del cuestionario CAPE-42 en el grupo de consumidores (CON; color verde) y el de no consumidores (NC; color gris) en las dimensiones positiva (CAPE+), negativa (CAPE-) y depresiva (CAPE D).

RESULTADO CAPE DISTRES



GRAFICA 6. Boxplot de los resultados de malestar (distrés) del cuestionario CAPE-42 en el grupo de consumidores (CON; color verde) y el de no consumidores (NC; color gris) en las dimensiones positiva (CAPE+), negativa (CAPE-) y depresiva (CAPE D).

3.2.3 Análisis comparativo de los efectos asociados al consumo de cannabis entre consumidores habituales y personas que prueban el cannabis

Los efectos del cannabis (sensación de euforia, relajación, lentitud en el paso del tiempo, taquicardia, alteración coordinación y dificultad para pensar) son reportados en mayor frecuencia entre los consumidores del cannabis que en aquellos que solamente lo han probado ($X^2_{(1)}=10.12$; $p=0.001$). Estos resultados pueden indicar que a mayor consumo de cannabis hay una mayor presentación de estos efectos, ver tabla 5.

En cuanto a los síntomas presentes durante el consumo de cannabis, la ansiedad se presenta en más de una ocasión con una frecuencia parecida entre los consumidores y aquellos que solo prueban el cannabis ($X^2_{(1)}=0.0058$; $p=0.86$) y ocasiona mucho o bastante malestar un malestar de manera similar entre ambos grupos ($X^2_{(1)}=0.005$; $p=0.93$), como se muestra en la tabla 5.

	CONSUMO	PRUEBA
EFFECTOS		
Sí	59 (51,7%)	61 (33,1%)
No	55 (48,3%)	123 (66,9%)
ANSIEDAD		
Frecuencia:		
Ninguna/1 vez	5 (26,3%)	7 (24,1%)
Más de una vez	14 (73,7%)	22 (75,9%)
Malestar:		
Ningún/ligero	7 (36,8%)	11 (37,9%)
Bastante/mucho	12 (63,2%)	18 (62,1%)
SÍNTOMAS PSICÓTICOS		
Frecuencia:		
Ninguna/1 vez	28 (73,7%)	53 (91,3%)
Más de una vez	10 (26,3%)	5 (8,7%)
Malestar:		
Ningún/ligero	31 (81,6%)	51 (87,9%)
Bastante/mucho	7 (18,4%)	7 (12,1%)

TABLA 5. Efectos y síntomas asociados al consumo de cannabis en el grupo de consumidores y aquellos que solo han probado el cannabis.

Analizamos en conjunto la presencia de ideas o percepciones extrañas, indicados como síntomas psicóticos. Los consumidores de cannabis reportan la presencia en más de estos síntomas con mayor frecuencia que aquellos que lo prueban ($X^2_{(1)}=0.743$; $p=0.019$), indicando que el consumo habitual de cannabis produce mayor frecuencia de percepciones o ideas extrañas, no obstante, el malestar que provoca es similar en ambos grupos. ($X^2_{(1)}=0.743$; $p=0.388$), como se muestra en la tabla 5.

4 **DISCUSIÓN**

El objetivo de este estudio era analizar el consumo de cannabis en una muestra de población de nuestro entorno y cómo dicho consumo podría estar detrás de la presentación de sintomatología psicótica y aumentar la frecuencia de efectos asociados a su consumo. Los principales resultados que hemos encontrado son que entre aquellos que consumen cannabis, hay una mayor proporción de varones y presentan menor nivel de estudios. Estos resultados van de acuerdo con

observaciones previas y que han relacionado el consumo de cannabis con mayores tasas de abandono escolar.

En relación con los problemas de salud mental, aquellos participantes que han consumido cannabis han precisado con mayor frecuencia la prescripción de psicofármacos. Aunque la mayoría de los síntomas reportados para buscar atención en salud mental son de tipo ansioso-depresivos, estos hallazgos son llamativos ya que a algo más del 25% de este grupo se lo han prescrito, pese a ser mayoritariamente varones y de edad joven. Por otra parte, también se ha observado que entre los consumidores hay un mayor número de familiares que han presentado algún tipo de enfermedad mental, aunque no se recogió el dato de si había una mayor proporción de familiares con trastorno por consumo que podrían estar asociados a una mayor carga de trastorno mental.

En cuanto al consumo de otras drogas encontramos diferencias estadísticamente significativas en el consumo en el pasado, tanto al comparar consumidores con los que prueban el cannabis como con los que no han consumido nunca, ya que el cannabis es considerado la droga de entrada y el puente con otras drogas, es excepcional encontrar personas que consuman otro tipo de drogas sin haber probado o consumir cannabis. Además, los consumidores de cannabis hay una mayor proporción de fumadores de tabaco (80%) que aquellos que nunca probaron el cannabis, que presentan un porcentaje de consumo similar a la población general (23%).

Estos resultados son coherentes con otras observaciones previas y en consonancia con las experiencias de nuestro entorno. No hemos hallado resultados estadísticamente significativos en cuanto a la ocupación ni a la atención psicológica, al contrario de nuestra experiencia según la cual el consumo es mayor entre la población estudiante y en aquella que ha requerido atención por problemas de salud mental.

Debido al pequeño tamaño y homogeneidad de nuestra muestra tampoco hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en el consumo de cannabis con el consumo de alcohol y con la edad puesto que la totalidad de nuestra muestra consumía alcohol y el rango de edades era pequeño oscilando entre 19 y 28 años.

Con el cuestionario CAPE-42 hemos recogido información sobre la sintomatología positiva y negativa del espectro de la psicosis y también sobre sintomatología depresiva. Las diferencias halladas no son estadísticamente significativas, hallando únicamente mayor frecuencia de síntomas positivos entre los consumidores, mientras que los síntomas negativos y depresivos son más prevalentes entre los no

consumidores. La explicación más verosímil ante estos hallazgos puede ser la alta prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos entre la población general, especialmente entre la población joven. El hecho de que los síntomas negativos y depresivos se presenten también en los cuadros de depresión y ansiedad (apatía, abulia, ansiedad, anorexia, anhedonia o astenia) estaría detrás de que no encontremos asociación entre el consumo de cannabis y la presentación de estos. Por otra parte, el tamaño de la muestra es reducido para encontrar diferencias en este sentido y, además, el consumo detectado en los participantes puede considerarse como bajo, con cantidades inferiores a 3 porros al día y menos de la mitad de la muestra consumen frecuentemente.

A la hora de comparar los efectos producidos por el cannabis entre los consumidores habituales de cannabis hemos hallado mayor presencia de éstos que en aquellos que solamente lo han probado, tal y como esperábamos, de igual manera que la presentación de síntomas psicóticos, por lo que parece indicar que un mayor consumo de cannabis aumenta la presentación de dichos efectos y síntomas.

Por el contrario, no encontramos diferencias en cuanto a la presentación de ansiedad, que parece producirse de igual modo en ambos grupos, generando el mismo malestar. En este sentido, la alta presencia de ansiedad asociada al consumo podría ser el motivo por el que muchos participantes que han probado el cannabis no decidan volverlo a probar para evitar estos efectos desagradables.

Comparando con estudios previos, otros grupos tampoco han hallado una asociación entre el consumo de cannabis con la frecuencia y malestar de síntomas psicóticos(9). Una posible explicación a estos hallazgos la encontramos en que según varios estudios,(20) la ansiedad podría actuar como un mediador entre el consumo de cannabis y la sintomatología psicótica. El hecho de no hallar resultados significativos nos lleva a pensar que además del consumo de cannabis, han de concluir otras variables ambientales, psicológicas e incluso genéticas como el polimorfismo en el gen COMT (11). En estas variables ambientales podemos encontrar la psicopatología comórbida, el apego o las experiencias traumáticas en momentos evolutivos de especial riesgo para el desarrollo de padecer trastorno mental.

Por el contrario, otros estudios si consiguieron demostrar una relación estadísticamente significativa entre el consumo de cannabis y la presentación de sintomatología psicótica (21) (22). Según estos estudios, el riesgo de esquizofrenia en consumidores triplicaría al de los no consumidores y el de otros trastornos psicóticos sería el doble. Además, dicho riesgo se incrementaría de manera dosis-dependiente,

especialmente en el caso de la esquizofrenia, en el de otras manifestaciones, la asociación dosis-dependiente sería más débil. No obstante, estos estudios, no logran demostrar la relación de la causalidad entre el cannabis y la psicosis, dejando abierto el debate sobre si el cannabis está detrás de la presentación de síntomas psicóticos o si por el contrario esta clínica psicótica es la que predispone a presentar mayores niveles de consumo de cannabis.

Otros estudios tampoco lograron hallar relación significativa entre el consumo de cannabis y la sintomatología negativa y depresiva (23).

En cuanto a las limitaciones de nuestro trabajo podemos señalar que se trata de una muestra pequeña (N=65), prácticamente todos los participantes pertenecen al mismo grupo social y de similares características socioculturales. Además, en relación con el consumo de cannabis solo un participante presentaba un consumo alto, indicado como más de 3 porros al día, por lo que algunos de estos efectos dosis-dependiente no hayan podido ser detectados.

Por otro lado, la recogida de información en cuanto a la presentación de síntomas la hemos realizado con el cuestionario CAPE-42, que es cerrado, por lo que podemos no haber recogido sintomatología que puedan presentar algunos participantes de la muestra y que podríamos haber detectado mediante una entrevista estructurada que incluya preguntas de tipo abierto.

5 BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz-Soto CM, Castaño-Pérez GA, Pineda-Salazar DA. Cannabis, esquizofrenia y cognición, aportes de la conectividad cerebral. Adicciones [Internet]. 6 de febrero de 2020 [citado 3 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1307>
2. Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ. Efectos agudos y a largo plazo del consumo de cannabis: Una revisión.
3. Kuepper R, Van Os J, Lieb R, Wittchen HU, Hofler M, Henquet C. Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. BMJ. 1 de marzo de 2011;342(mar01 1):d738-d738.
4. Van Os J. Cannabis Use and Psychosis: A Longitudinal Population-based Study. American Journal of Epidemiology. 15 de agosto de 2002;156(4):319-27.
5. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. J Psychopharmacol. marzo de 2005;19(2):187-94.
6. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
7. García Álvarez L, Gomar JJ, García-Portilla MP, Bobes J. Consumo de cannabis y alteraciones cognitivas en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos. Adicciones. 1 de abril de 2019;31(2):89.
8. Ragazzi TCC, Shuhama R, Menezes PR, Del-Ben CM. Cannabis use as a risk factor for psychotic-like experiences: A systematic review of non-clinical populations evaluated with the Community Assessment of Psychic Experiences. Early Intervention in Psychiatry. diciembre de 2018;12(6):1013-23.
9. Fonseca-Pedrero E, Lucas-Molina B, Pérez-Albéniz A, Inchausti F, Ortuño-Sierra J. Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de cannabis en adolescentes de la población general. Adicciones. 28 de marzo de 2019;32(1):41.
10. Cohen AS, Buckner JD, Najolia GM, Stewart DW. Cannabis and psychometrically-defined schizotypy: Use, problems and treatment considerations. Journal of Psychiatric Research. abril de 2011;45(4):548-54.

11. Degenhardt L, Hall W. Is Cannabis Use a Contributory Cause of Psychosis? *Can J Psychiatry*. agosto de 2006;51(9):556-65.
12. Gutiérrez B, Rivera M, Obel L, McKenney K, Martínez-Leal R, Molina E, et al. Variabilidad en el gen COMT y modificación del riesgo de esquizofrenia conferido por consumo de cannabis.
13. Enric J. N, Rafael H. El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clín salud*. 2010;21(3):205-19.
14. Guloksuz S, Van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychol Med*. enero de 2018;48(2):229-44.
15. Fonseca Pedrero E, Debbané M. Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psicothema*. febrero de 2017;(29.1):5-17.
16. Bardají MM, Salut UA de BD de PC i de la. Estudio de la fenomenología y dinámica de los mecanismos psicológicos implicados en la psicosis incipiente [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona.; 2019. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=-y8TzgEACAAJ>
17. Tamayo-Agudelo WF, Zambrano-Cruz R, Bell V, Holguín-Lew JC. El continuo de la psicosis: Evidencia psicométrica. *RPPC*. 28 de diciembre de 2016;21(3):209.
18. DeVlyder JE, Lehmann M, Chen F pei. Social and clinical correlates of the persistence of psychotic experiences in the general population. *Schizophrenia Research*. 1 de diciembre de 2015;169(1):286-91.
19. Sami M, Notley C, Kouimtsidis C, Lynskey M, Bhattacharyya S. Psychotic-like experiences with cannabis use predict cannabis cessation and desire to quit: a cannabis discontinuation hypothesis. *Psychol Med*. enero de 2019;49(1):103-12.
20. Reeves LE, Anglin DM, Heimberg RG, Gibson LE, Fineberg AM, Maxwell SD, et al. Anxiety mediates the association between cannabis use and attenuated positive psychotic symptoms. *Psychiatry Research*. agosto de 2014;218(1-2):180-6.

21. Manrique-Garcia E, Zammit S, Dalman C, Hemmingsson T, Andreasson S, Allebeck P. Cannabis, schizophrenia and other non-affective psychoses: 35 years of follow-up of a population-based cohort. *Psychol Med.* junio de 2012;42(6):1321-8.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction.* marzo de 2005;100(3):354-66.
23. Fonseca-Pedrero E, Ortuño-Sierra J, Paino M, Muñiz J. Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de sustancias en universitarios. *Adicciones.* 2 de marzo de 2016;28(3):144.

Anexo 1. CUESTIONARIO

Cuestionario de Google Forms para recogida de información.

1. Indique su EDAD en años
2. Indique el SEXO
 - Mujer
 - Varón
3. Indique el NIVEL DE ESTUDIOS que haya completado
 - No termino la educación secundaria obligatoria
 - Concluyo la educación secundaria obligatoria
 - Completó bachillerato/formación profesional
 - Comenzó estudios universitarios
 - Concluyó estudios universitarios
4. Indique su SITUACIÓN LABORAL actual
 - Activo-trabajando
 - Estudiante
 - Desempleado
 - Baja laboral
 - Pensionista
5. Ha precisado atención médica o psicológica por síntomas emocionales, consumo de sustancias o trastornos mentales
 - Sí
 - No
6. Cuál ha sido el motivo o los síntomas por los que precisó atención
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Insomnio
 - Déficit de atención
 - Consumo de drogas
 - Psicosis
 - Trastorno bipolar
 - Trastorno de personalidad
 - Otros
7. Quien le ha prestado atención por este motivo
 - Psiquiatra
 - Psicólogo
 - Médico de familia
 - Otro profesional
8. Ha precisado la toma de psicofármacos
 - Sí
 - No
9. Qué tipo de fármacos ha precisado tomar
 - Tranquilizantes
 - Hipnóticos
 - Antidepresivos
 - Estimulantes
 - Antipsicóticos
 - Otros
10. En la actualidad continúa tomando algún psicofármaco
 - Sí
 - No
11. Conoce a algún familiar diagnosticado de algún trastorno mental
 - Sí
 - No
12. Con respecto a su salud física, está diagnosticado de alguna enfermedad
 - Sí
 - No
13. En el último mes ha consumido alguna de las siguientes sustancias
 - Tabaco
 - Alcohol
 - Estimulantes (cocaína, speed, metanfetaminas.)
 - Opioides
 - Alucinógenos (drogas de diseño, ketamina, LSD, MDA.)
 - Cannabis
 - Ninguna

14. Indique la frecuencia con que consume EN LA ACTUALIDAD

- Diaria (todos o casi todos los días)
- Habitual (todas las semanas o al menos una vez al mes)
- Ocasional (menos de una vez al mes)
- Nunca

15. Indique con qué frecuencia máxima ha consumido en el pasado las siguientes sustancias

- Diaria (todos o casi todos los días)
- Habitual (todas las semanas o al menos una vez al mes)
- Ocasional (menos de una vez al mes)
- Nunca

16. Con respecto al cannabis (marihuana o hachís) puede indicar la frecuencia de consumo

- Nunca lo ha probado
- Lo probó en alguna ocasión, pero en la actualidad no lo consume
- Lo consumió en el pasado, pero en la actualidad no consume
- Consume en la actualidad

17. Indique la frecuencia de consumo actual

- Diaria
- Frecuente: Todas las semanas
- Habitual: Todos los meses
- Ocasional

18. Qué cantidad estima que puede fumar habitualmente

- 1 a 3 porros
- 3 a 6 porros
- a 10 porros
- más de 10 porros

19. Cuando ha consumido cannabis, cual o cuales de los siguientes efectos ha notado

- Sensación de euforia, alegría o risas incontroladas

- Relajación o somnolencia
- Sensación de lentitud en el paso del tiempo
- Dificultades para pensar y resolver problemas
- Alteración de la coordinación motora
- Aumento del ritmo cardiaco y la tensión arterial
- Ninguno

20. Cuando ha consumido cannabis ha notado alguna vez ANSIEDAD O MIEDO DESCONTROLADO

- Si
- No

21. Con qué frecuencia lo notó

- Una única vez
- En alguna ocasión
- De manera habitual

22. Indique qué grado de malestar le produce esa experiencia

- Ningún malestar
- Ligero malestar
- Bastante malestar
- Mucho malestar

23. Cuando ha consumido cannabis ha notado alguna vez IDEAS EXTRAÑAS, como que le perseguían, vigilaban o querían hacerle daño o pensaba que tenía capacidades o poderes sobrenaturales

- Si
- No

24. Con qué frecuencia lo notó

- Una única vez
- En alguna ocasión
- De manera habitual

25. Indique qué grado de malestar le produce esa experiencia

- Ningún malestar
- Ligero malestar
- Bastante malestar
- Mucho malestar

26. Cuando ha consumido cannabis, ha tenido alguna vez PERCEPCIONES EXTRAÑAS, como sentir que le estaban grabando o hablando de usted, notar las partes de su cuerpo más grandes o pequeñas o ver alteraciones en el color o forma de objetos
- Si
 - No
27. Con qué frecuencia lo notó
- Una única vez
 - En alguna ocasión
 - De manera habitual
28. Indique qué grado de malestar le produce esa experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
29. Con respecto al uso y comercialización del cannabis indique la opción que crea mejor
- No permitir su distribución (ilegal)
 - Permitir su uso médico (para enfermedades concretas)
 - Permitir su consumo controlado en locales habilitados con licencia (modelo holandés)
 - Permitir el consumo libre
30. Ordene las siguientes sustancias de menos peligrosas a más para la salud según su criterio
- Antidepresivos
 - Tabaco
 - Alcohol
 - Cannabis
 - Alucinógenos
 - Estimulantes
 - Opioides

ESCALA DE EXPERIENCIAS PSÍQUICAS (CAPE-42)

Por favor, NO nos interesan las experiencias que pueda haber tenido bajo el efecto de las drogas o el alcohol.

31. Alguna vez se sintió triste
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
32. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
33. Alguna vez tuvo la sensación de que la gente lanzara indirectas contra usted o dijera cosas con segundas
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
34. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
35. Alguna vez tuvo la sensación de que no es una persona muy animada
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
36. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
37. Alguna vez tuvo la sensación de que no es muy hablador cuando conversa con otras personas
- Nunca
 - A veces

- Con frecuencia
 - Casi siempre
38. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
39. Alguna vez tuvo la sensación de como si las cosas que salen en las revistas o en la televisión fueran escritas especialmente para usted
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
40. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
41. Alguna vez tuvo la sensación de como si la gente no fuera lo que parece
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
42. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
43. Alguna vez tuvo la sensación de como si fuera perseguido de alguna manera
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
44. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
45. Alguna vez tuvo la sensación de que experimentaba muy pocas emociones o ninguna emoción ante sucesos importantes
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
46. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
47. Alguna vez se sintió pesimista sobre algo
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
48. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
49. Alguna vez tuvo la sensación de como si existiese una conspiración contra usted
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
50. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
51. Alguna vez tuvo la sensación de como si estuviera destinado a hacer algo importante
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
52. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar

- Bastante malestar
 - Mucho malestar
53. Alguna vez tuvo la sensación de como si no hubiera futuro para usted
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
54. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
55. Alguna vez tuvo la sensación de que usted es una persona especial o poco corriente
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
56. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
57. Alguna vez tuvo la sensación de no tener ganas de seguir viviendo
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
58. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
59. Alguna vez tuvo la sensación de que la gente puede comunicarse telepáticamente
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
60. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
61. Alguna vez tuvo la sensación de no tener interés por estar con otras personas
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
62. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
63. Alguna vez tuvo la sensación de como si los aparatos eléctricos, como los ordenadores, pudieran influir en su manera de pensar
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
64. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
65. Alguna vez tuvo la sensación de como si le faltase motivación para hacer cosas
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
66. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
67. Alguna vez lloró por nada
- Nunca
 - A veces

- Con frecuencia
 - Casi siempre
68. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
69. Cree en el poder de la brujería, los hechizos o lo oculto
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
70. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
71. Alguna vez tuvo la sensación de que le faltaba energía
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
72. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
73. Alguna vez tuvo la sensación de que la gente le miraba de manera rara, debido a su aspecto
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
74. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
75. Alguna vez tuvo la sensación de que su mente estaba vacía
- Nunca
- A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
76. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
77. Alguna vez tuvo la sensación de como si sus pensamientos fueran sacados de su cabeza
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
78. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
79. Alguna vez tuvo la sensación de que iba consumiendo todos sus días sin hacer nada
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
80. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
81. Alguna vez tuvo la sensación de como si los pensamientos que están en su cabeza no fueran suyos
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
82. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar

83. Alguna vez tuvo la sensación de como si a sus sentimientos les faltase intensidad
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
84. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
85. Han sido alguna vez sus pensamientos tan intensos que le preocupase que otras personas pudieran escucharlos
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
86. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
87. Alguna vez tuvo la sensación de como si le faltase espontaneidad
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
88. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
89. Alguna vez escucho como el eco de sus propios pensamientos
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
90. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
91. Alguna vez tuvo la sensación de como si estuviese bajo el control de alguna fuerza ajena a usted
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
92. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
93. Alguna vez tuvo la sensación de que sus emociones estaban embotadas
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
94. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
95. Alguna vez escucho voces mientras estaba solo
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
96. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligero malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
97. Alguna vez escucho voces que hablaban entre sí mientras estaba solo
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre

98. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
99. Alguna vez tuvo la sensación de que estaba descuidando su aspecto e higiene personal
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
100. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
101. Alguna vez tuvo la sensación de que nunca conseguía hacer las cosas
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
102. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
103. Alguna vez tuvo la sensación de tener muy pocas aficiones o intereses
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
104. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
105. Alguna vez se sintió culpable
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
106. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
107. Alguna vez se sintió como fracasado
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
108. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
109. Alguna vez se sintió nervioso
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
110. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar
 - Bastante malestar
 - Mucho malestar
111. Alguna vez tuvo la sensación de como si un doble ocupase el puesto de un miembro de la familia, de un amigo o de un conocido
- Nunca
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
112. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia
- Ningún malestar
 - Ligeramente malestar

- Bastante malestar
- Mucho malestar

113. Alguna vez vio objetos, personas o animales que los demás no podían ver

- Nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Casi siempre

114. Indique qué grado de malestar le produce esta experiencia

- Ningún malestar
- Ligero malestar
- Bastante malestar
- Mucho malestar



CARACTERIZACIÓN DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN UNA POBLACIÓN CONSUMIDORA DE CANNABIS

Manuel Ruiz Marcos
Tutor: Dr. Óscar Martín Santiago

INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo con entre un 10-30% de prevalencia. Tradicionalmente, se ha asociado su consumo con la presentación de sintomatología psicótica que conocemos como PLEs. Las PLEs (experiencias psicóticas atenuadas) son alteraciones en el pensamiento, percepción sensorial y comportamiento pero sin alteraciones en el funcionamiento global del individuo. Por lo tanto, según la hipótesis del continuum de la psicosis, estas experiencias se tratarían de manifestaciones subclínicas.

En estas experiencias intervendrían los mismos factores etiopatogénicos que en manifestaciones más graves del continuum de la psicosis y constituirían un factor de riesgo de progresión a manifestaciones clínicas más severas, en conjunción con otros factores.

OBJETIVOS

1. Recopilar información sobre el consumo de cannabis y sobre efectos y sintomatología asociada a su consumo
2. Comprobar asociación del cannabis y PLEs

MATERIALES Y MÉTODOS

Distribuimos un cuestionario en una muestra de población general y recogimos información sobre el consumo de cannabis y otras sustancias, sus efectos y la presencia de PLEs mediante la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42).

Realizamos un estudio estadístico para comprobar la asociación del consumo de cannabis con la presentación de efectos y sintomatología asociados, así como con la presencia de PLEs.

CONCLUSIONES

El 29.3% de las personas de nuestra muestra consume cannabis, entre los que hay mayor porcentaje de varones, con menor nivel educativo, han precisado con más frecuencia la toma de psicofármacos, tienen mayor número de familiares con enfermedad mental y consumen con más frecuencia tabaco y otras drogas.

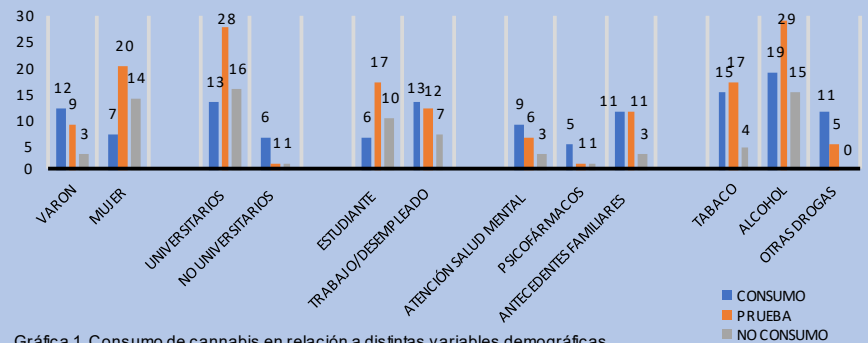
Sin embargo, el resultado del cuestionario CAPE-42 no ofrece diferencias estadísticamente significativas entre consumidores y no consumidores, por lo que no hemos podido demostrar mayor presencia de PLEs en los consumidores.

En cuanto a la presencia de síntomas durante la intoxicación por cannabis, no hallamos diferencias significativas en la presentación de ansiedad entre aquellos que únicamente lo han probado y los consumidores habituales, éstos últimos si presentan más sintomatología psicótica aguda, por lo que un mayor consumo de cannabis estaría detrás de la presentación de estos síntomas (ideas y percepciones extrañas).

RESULTADOS

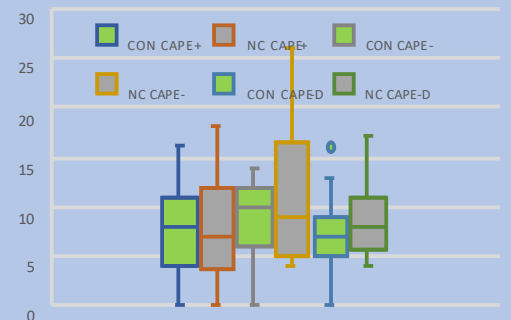
Obtuvimos una muestra de 65 personas con edades comprendidas entre 19 y 28 años (edad media: 23.55; DS 1.43). Para estudiar la muestra, la hemos dividido en tres grupos: consumidores de cannabis (consumo habitual en el presente o pasado N=19), prueba (consumen cannabis en alguna ocasión N=29) y no consumidores (nunca han probado el cannabis N=17).

El consumo de cannabis en relación a distintas variables demográficas queda recogido en la gráfica 1.



Gráfica 1. Consumo de cannabis en relación a distintas variables demográficas

Los resultados de la CAPE-42 (gráfica 2) no arrojaron diferencias estadísticamente significativas ni en frecuencia ni en malestar producido por las experiencias psíquicas en ninguna de las dimensiones positiva, negativa y depresiva, entre el grupo de consumidores y no consumidores.

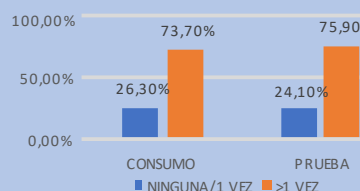


Gráfica 2. Resultados de frecuencia del cuestionario CAPE-42 en el grupo de consumidores (CON) y de no consumidores (NC) en las dimensiones positiva (CAPE+), negativa (CAPE-) y depresiva (CAPE-D).

Los efectos asociados al consumo de cannabis se presentan con mayor frecuencia entre los consumidores de cannabis que entre aquellos que solamente lo prueban (51.7% vs 33.1%).

En cuanto a la presentación de síntomas durante el consumo, la ansiedad no presenta diferencias estadísticamente significativas entre los consumidores y los que prueban (gráfica 3), por el contrario, los síntomas psicóticos sí son reportados con mayor frecuencia entre los consumidores de manera estadísticamente significativa ($\chi^2(1)=0.743$; $p=0.019$) (gráfica 4).

Gráfica 3. Frecuencia de ansiedad con el consumo de cannabis



Gráfica 4. Frecuencia de síntomas psicóticos con el consumo de cannabis

