



TRABAJO FIN DE GRADO

FACULTAD DE MEDICINA – UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

**ESTUDIO DE CONSUMO DE CANNABIS Y EXPERIENCIAS PSICÓTICAS ATENUADAS
EN UNA POBLACIÓN JOVEN**

ALUMNA: INDAMAR ALCOCER ÁLVAREZ

TUTOR: DR. ÓSCAR MARTÍN SANTIAGO

CURSO 2023/2024

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVOS	6
4. MATERIAL Y MÉTODOS	7
4.1. SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	7
4.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	7
5. RESULTADOS	8
5.1. DATOS SOCIOBIOGRÁFICOS.....	8
5.2. CONSUMO DE SUSTANCIAS	10
5.4. RELACIÓN PLEs Y CONSUMO DE CANNABIS.....	13
6. DISCUSIÓN	15
7. BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXO	20
PÓSTER	23

1. RESUMEN

Introducción: el cannabis es la droga ilegal más consumida a nivel mundial. Su consumo sigue siendo objeto de investigación en relación con la sintomatología psicótica, específicamente con las Experiencias Psicóticas Atenuadas (PLEs). Estas experiencias conllevan alteraciones en el pensamiento, percepción sensorial y comportamiento, sin llegar a cumplir los criterios para el diagnóstico de un trastorno psicótico.

Objetivos: recopilar información detallada sobre el consumo de cannabis en una muestra de población joven, investigar los efectos asociados y examinar la posible asociación entre el consumo de cannabis y la presencia de PLEs.

Material y Métodos: estudio transversal sobre la población seleccionada, cumplimentándose un cuestionario distribuido electrónicamente, y recogiendo datos relacionados con el consumo de cannabis. Se usó la escala CAPE-42 para la obtención de los resultados.

Resultados: se recogieron datos de 127 participantes, de los cuales se seleccionaron 56, un grupo de consumidores habituales de cannabis y otro de no consumidores. Las edades de la muestra comprenden desde los 18 a los 40 años. Se pudo comprobar que el consumo de cannabis se asocia mayormente a varones con un menor nivel educativo. Se reportaron más casos con antecedentes personales de salud mental en el grupo consumidor. Se demostró la fuerte asociación entre el consumo de cannabis y el de otras drogas como el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales. El grupo de pacientes consumidores presentó más PLEs (positivas, negativas y depresivas) y distrés que el grupo no consumidor.

Conclusiones: el consumo de cannabis en la población joven se asocia con más PLEs positivas, negativas y depresivas en comparación con la población no consumidora. Aunque dichas experiencias no son suficientes para diagnosticar un trastorno psicótico, sí son útiles a la hora de localizar y realizar una intervención precoz sobre aquellos grupos de riesgo de padecerlo, entre ellos, los consumidores de cannabis.

Palabras clave: Experiencias Psicóticas Atenuadas (PLEs), cannabis, CAPE-42.

2. INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga ilegal más consumida a nivel mundial, con una prevalencia de consumo del 10-30%. Su uso se da mayormente entre jóvenes de 15 a 24 años (1), sobre todo hombres, y la forma más común de administración es la inhalada. (2)

Contiene más de 421 sustancias químicas, 61 de ellas cannabinoides. Entre otros componentes, está formado por el delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ -9-THC) y el cannabidiol (CBD), extraídos de la planta *cannabis sativa*. Estos dos componentes han sido identificados como los principales psicoactivos de la sustancia. Mientras que el THC se asocia a efectos cognitivos, síntomas psicóticos y ansiedad, así como al potencial adictivo del cannabis fumado; el CBD posee propiedades ansiolíticas y preventivas de los síntomas psicóticos. (1)

Además de los síntomas y signos producidos durante y después de su consumo, se observan otros efectos que persisten más allá de la intoxicación aguda, entre ellos: déficits en la memoria prospectiva y en las funciones ejecutivas, trastornos del estado de ánimo, exacerbación de trastornos psicóticos en personas vulnerables y trastornos somáticos (tos, arritmias, resistencia a la insulina, entre otros). (1)

Aparte de los efectos directos, el consumo de cannabis asocia riesgos colaterales como los accidentes de tráfico. De hecho, está demostrado que el consumo agudo de cannabis casi duplica el riesgo de una colisión que provoque lesiones graves o la muerte. Actualmente, los índices de conducción bajo los efectos del cannabis han superado a los de consumo de alcohol entre los jóvenes. (3) También se ha relacionado con menores ingresos económicos, desempleo, conducta delictiva y menor satisfacción con la vida. (2)

Su consumo ha sido, y sigue siendo, objeto de investigación en relación con la sintomatología psicótica. Las Experiencias Psicóticas Atenuadas (PLEs) son experiencias que se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, percepción sensorial y comportamiento, sin cumplir los criterios para el diagnóstico de un trastorno psicótico, ya que no se acompañan de alteraciones en el funcionamiento global (4), como ocurren en los trastornos de tipo psicótico. Se ha demostrado que el consumo de cannabis puede estar asociado con PLEs en muestras poblacionales. (4)

Estas experiencias asocian a su vez un mayor riesgo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. (4) Este encadenamiento de procesos psicóticos es lo que se defiende en la *hipótesis del continuum* de la psicosis. Dicha hipótesis afirma que la psicosis no es un

concepto dicotómico (salud vs psicosis), sino que incluye una amplia gama de fenómenos que varían en términos de frecuencia, intensidad, grado de angustia o necesidad de atención médica que requieren. (5) En este continuo, las PLEs ocuparían un lugar intermedio entre el fenotipo de psicosis clínico y subclínico. Dentro de este espectro de la psicosis podemos encontrar síntomas positivos o psicóticos, negativos y depresivos.

La asociación entre consumo de cannabis y PLEs es más intensa si el consumo se inicia a edades tempranas. Esta mayor vulnerabilidad de los adolescentes a los resultados adversos a largo plazo derivados del consumo de marihuana probablemente se relacione con el desarrollo activo del cerebro durante la adolescencia (incluyendo el sistema endocannabinoide). (2)

El sistema cannabinoide desempeña un papel destacado en la formación de sinapsis durante el desarrollo del cerebro, de ahí que el efecto negativo de la marihuana sobre la conectividad funcional cerebral sea prominente si el consumo se inicia en la adolescencia/edad adulta temprana. (2)

Cuanto más temprana es la edad de inicio del consumo de cannabis, más síntomas psicóticos positivos se han reportado. Concretamente, el inicio temprano del consumo de cannabis se ha relacionado con la presencia de síntomas psicóticos subclínicos y, en menor grado, con síntomas negativos, mientras que fumar grandes cantidades de cannabis se ha asociado con niveles elevados de las tres dimensiones: síntomas positivos, negativos y depresivos. (6)

Los síntomas depresivos no se asociaron con el inicio temprano del consumo de cannabis, pero sí con fumar grandes cantidades. En cuanto a los síntomas negativos, pueden ser los primeros en manifestarse en un periodo prodrómico. Por este motivo, la posibilidad de identificar precozmente los PLEs negativos puede ser de gran valor para realizar intervenciones tempranas con el fin de evitar consecuencias clínicas más graves. (4)

Además del consumo de cannabis, hay otros factores de riesgo para padecer PLEs, entre ellos, las variaciones genéticas, las experiencias traumáticas en la infancia, conductas externalizadoras o la presencia de ansiedad y depresión. Estudios experimentales controlados han demostrado que las variaciones en genes implicados en la psicosis como COMT, AKT1 y DAT1 pueden moderar una mayor sensibilidad a los efectos psicotomiméticos del cannabis. (6) Concretamente, los homocigotos para el alelo Val (Valina) del polimorfismo Val158Met del gen de la catecol-O-metiltransferasa (COMT) y que además habían consumido cannabis durante su adolescencia tenían, al menos, 5 veces

más riesgo de presentar síntomas psicóticos y desarrollar un trastorno esquizofreniforme que los individuos con el mismo genotipo pero que no habían consumido antes cannabis. (1). El trauma infantil también se asoció con PLEs, particularmente en la dimensión positiva, cuando interactuaba con el consumo de cannabis. (4) Los individuos con conductas externalizantes durante la infancia y la adolescencia tienen un riesgo significativamente mayor de padecer un TDC (trastorno de dependencia al cannabis) en la edad adulta joven y, por tanto, de sufrir PLEs. (1) A su vez, esta dependencia al cannabis y, por tanto, este riesgo de padecer PLEs se incrementa si la persona padece depresión, ideas suicidas, trastornos de ansiedad concurrentes. (1)

Dicha dependencia es producto de la experimentación de sensaciones deseables o “placenteras” al consumir la sustancia. Además de estas sensaciones deseables, el consumo de cannabis también puede derivar en experiencias indeseables o “psicóticas”. (7)

Se ha demostrado que las experiencias placenteras experimentadas con el cannabis se asocian a un mayor uso continuo y a una falta de intención de dejar de fumar. Por otro lado, el abandono de consumo de cannabis se asocia con mayores experiencias de tipo psicótico. Por ello, en la literatura se plantea la *hipótesis de discontinuación*, que conduce a que aquellos con mayor riesgo de psicosis inducida por el cannabis se autoseleccionen para dejar de consumirlo y, por lo tanto, se protejan del riesgo de desarrollar trastornos psicóticos duraderos. Esto puede llegar a explicar en cierta medida la estabilidad relativa de las tasas de consumo de cannabis y el trastorno psicótico a lo largo del tiempo. (7) A día de hoy, no hay consenso en la literatura sobre si las experiencias psicóticas están asociadas con un uso reducido o más intenso. Se necesitan estudios para confirmar o refutar definitivamente esta posibilidad. (7)

Usar los PLEs para estudiar la psicosis podría tener implicaciones significativas para la prevención y el tratamiento de posibles trastornos psicóticos, así como para el diseño de intervenciones dirigidas a reducir los riesgos asociados al consumo de cannabis en este grupo demográfico. Pero, actualmente, la baja especificidad y capacidad pronóstica de las PLEs indican la necesidad de explorar su relación con otros mecanismos etiológicos para comprender mejor el origen de los trastornos psicóticos.

3. OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es explorar la relación entre el consumo de cannabis y la presencia de Experiencias Psicóticas Atenuadas (PLEs) en la población joven. Los objetivos

específicos son evaluar el patrón de consumo, investigar los efectos percibidos al consumir la droga y analizar la presencia de PLEs por medio de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42).

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Se compartió y distribuyó a través de medios electrónicos un cuestionario en formato Google Forms. La población a la que se dirigió fue población general con edades comprendidas entre los 18 y 40 años. No se aplicaron criterios de inclusión adicionales, ni tampoco criterios de exclusión específicos. Se aseguró la confidencialidad de los datos incluidos por los participantes. Se recabó el consentimiento informado de los participantes para participar en el estudio de forma oral. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación.

4.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

El cuestionario utilizado consta de cuatro partes:

1. Primera parte: datos demográficos, nivel de estudios, ocupación, antecedentes personales y familiares relacionados con la salud mental.
2. Segunda parte: datos relacionados con la 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 en el pasado.
3. Tercera parte: datos relacionados con el consumo de cannabis. Frecuencia y cantidad estimada (en número de porros o canutos), efectos físicos y psicológicos asociados al consumo (tales como la euforia, relajación, taquicardia), y la frecuencia de presentación de síntomas específicos durante la intoxicación (crisis de pánico, alteraciones de la percepción, ideas delirantes) y el malestar asociado a dichos síntomas.
4. Cuarta parte: como instrumento de medida se aplicó la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas - 42 (CAPE-42). Se compone de 42 ítems que evalúan las dimensiones *Positiva* (20 ítems), *Negativa* (14 ítems) y *Depresiva* (8 ítems) de las PLEs. Cada pregunta se responde en un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos que oscila desde “nunca” (1) hasta “casi siempre” (4). En el caso que el participante elija las opciones de respuesta “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, debe indicar el grado de distrés (malestar) que le produce tal experiencia en una escala tipo Likert de 4 puntos (1-4).

5. RESULTADOS

En cuanto a los resultados, se recogieron datos de 127 personas, aunque finalmente se seleccionaron 56 participantes, (30 consumidores de cannabis y 26 que nunca habían consumido).

5.1. DATOS SOCIOBIOGRÁFICOS

En la tabla 1 se exponen los datos sociobiográficos de la población, como el sexo, la edad, el nivel de estudios, el estado ocupacional y los antecedentes personales y familiares de salud mental. Se hace distinción entre el grupo de consumidores de cannabis (CNN=30) y el grupo no consumidor de cannabis (NC=26).

La proporción de hombres en el grupo de los consumidores de cannabis fue del 60% frente al 24% en el grupo de los no consumidores, $\chi^2 (1, N = 56) = 7.754, p = 0.005$. La diferencia es significativamente estadística, el consumo de cannabis se asocia mayormente a los varones y el no consumo de cannabis a las mujeres.

El grupo de pacientes consumidores de cannabis tiene una edad mayor (M=24.7; SD=3.5) en comparación con el grupo no consume (M=23.8; SD=4.1) aunque no es estadísticamente significativa, $t (54) = 0.831, p = 0.76$.

La proporción de personas sin estudios universitarios en el grupo de los consumidores de cannabis fue del 33.33% frente al 7.69% en los no consumidores, $\chi^2 (1, N = 56) = 5.4390, p = 0.019$. La diferencia es significativamente estadística. Esto indica que en el grupo de consumidores el nivel educativo es menor que en el grupo de los no consumidores.

La proporción de trabajadores en el grupo de los consumidores de cannabis fue del 70% frente al 38.46% en los no consumidores de cannabis, $\chi^2 (1, N = 56) = 5.60611, p = 0.017$. La diferencia es significativamente estadística. El nivel ocupacional predominante entre los consumidores es el de trabajadores, y el nivel ocupacional predominante entre los no consumidores es el de estudiantes.

La proporción de antecedentes de salud mental en el grupo de los consumidores de cannabis fue del 36.67% frente al 15.38% en los no consumidores de cannabis, $\chi^2 (1, N = 56) = 3.217, p = 0.073$. La diferencia es significativamente estadística, el consumo de cannabis incide negativamente sobre la salud mental.

La proporción de antecedentes familiares de salud mental fue mayor en el grupo de los consumidores de cannabis, con un 36.67% frente a un 26.92% en los no consumidores de cannabis, siendo la diferencia no significativamente estadística, $\chi^2 (1, N = 56) = 0.606, p = 0.436$.

	CNN	NC
N	30	26
SEXO		
Varón	18	6
Mujer	12	20
EDAD	24.73 (DS 3.503)	23.88 (DS 4.141)
NIVEL DE ESTUDIOS		
Universitarios	20	24
Bachillerato/FP	9	1
Primarios	1	1
OCUPACIÓN		
Estudiante	9	16
Trabajador	19	9
Desempleo	2	1
MOTIVO DE ATENCIÓN POR SALUD MENTAL		
Ansiedad	10	3
Depresión	6	4
Insomnio	3	0
Consumo de drogas	0	0
Otro motivo	2	1
PROFESIONAL QUE PRESTÓ LA ATENCIÓN		
Psiquiatra	5	1
Psicólogo	10	3
Médico de familia	3	2
Otro	1	0
TOMA DE PSICOFÁRMACOS (actual o previa)		
Tranquilizantes	4	1
Hipnóticos	1	1
Antidepresivos	4	1
ANTECEDENTE FAMILIAR DE SALUD MENTAL		
Padres		
Hermanos	2	0
Abuelos/tíos	4	2
Primos	5	4
Otros	4	1
	1	1
DIAGNÓSTICO EN FAMILIARES		
Ansiedad/Depresión	8	6
Psicosis	3	1
Trastorno bipolar	1	1
Otros	2	1

TABLA 1. Características sobiobiográficas del grupo consumidor de cannabis (CNN) y del grupo no consumidor de cannabis (NC).

5.2. CONSUMO DE SUSTANCIAS

La proporción de consumo de tabaco en el grupo de los consumidores de cannabis fue del 80% frente al 23.08% en los no consumidores de cannabis, $X^2 (1, N = 56) = 18.145$, $p = <0.001$, siendo la diferencia significativamente estadística. Esto indica la fuerte asociación entre el consumo de tabaco y de cannabis. Estando gran parte de los consumidores de cannabis (70%) concentrados en el grupo de los que fuman tabaco a diario. Y, estando gran parte de los no consumidores de cannabis (76.92%) en el grupo de los que nunca han fumado tabaco.

	CNN	NC
N	30	26
CONSUMO		
Tabaco	24	6
Alcohol	30	22
Drogas ilegales	15	1

TABLA 2. Consumo de sustancias según el grupo en el grupo de consumo de cannabis (CNN) y no consumidores (NC). Las sustancias incluidas en el estudio fueron: tabaco, alcohol y drogas ilegales.

La proporción de consumo de alcohol en el grupo de los consumidores de cannabis fue del 100% frente al 84.61% en los no consumidores de cannabis, $X^2 (1, N = 56) = 4.970$, $p = 0.026$, siendo la diferencia significativamente estadística. Esto indica que sí se puede asociar el consumo de cannabis al consumo de alcohol. El consumo diario de alcohol es más frecuente en el grupo de los consumidores de cannabis, mientras que el consumo habitual y ocasional de alcohol en ambos grupos (CNN y NC) es prácticamente el mismo.

La proporción de consumo de drogas ilegales en el grupo de los consumidores de cannabis fue del 50% frente al 3.85% en los no consumidores de cannabis, $X^2 (1, N = 56) = 14.538$, $p = <0.001$, siendo la diferencia significativamente estadística. De este modo, se observa una clara asociación entre el consumo de cannabis y de drogas ilegales. Por el contrario, casi el total de los no consumidores de cannabis, el 96.15% concretamente, nunca han consumido drogas ilegales. Mientras que solo la mitad de los consumidores de cannabis nunca han consumido drogas ilegales, y el 40% lo ha hecho de forma ocasional.

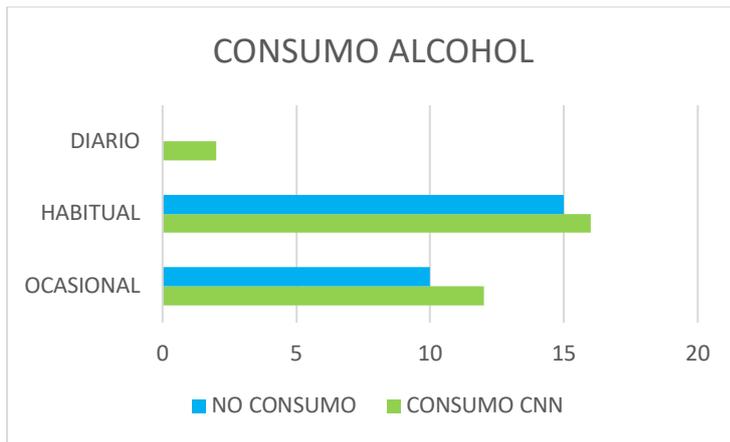


GRÁFICO 1. Consumo de alcohol en el grupo de consumo de cannabis (CNN) y no consumidores (NC).

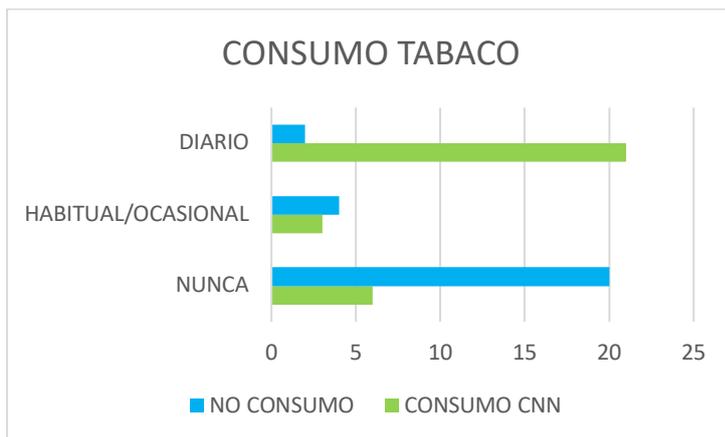


GRÁFICO 2. Consumo de tabaco en el grupo de consumo de cannabis (CNN) y no consumidores (NC).

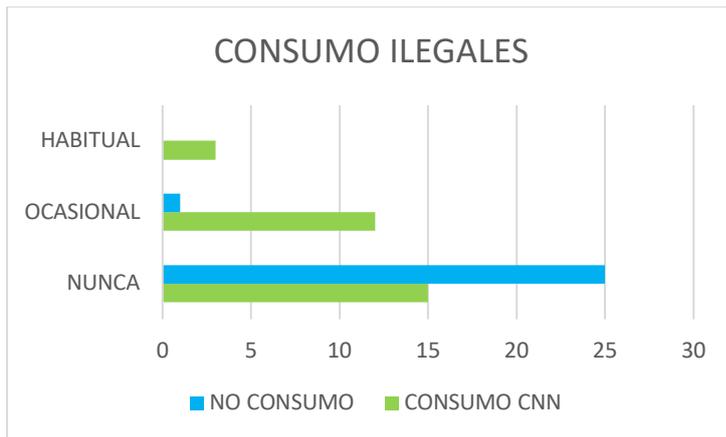


GRÁFICO 3. Consumo de drogas ilegales en el grupo de consumo de cannabis (CNN) y no consumidores (NC).

5.3. SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO

El 36.67% de los consumidores de cannabis consume de forma frecuente (todas o casi todas las semanas), siendo el segundo grupo mayoritario el del consumo diario con un 33.33% del total. La cantidad consumida en ambos grupos es de 1 a 3 porros.

Dentro del grupo de consumidores el 90% ha experimentado la relajación o somnolencia al consumir. Le sigue la sensación de euforia, alegría o risa incontrolada, experimentada por el 63.33%. Menos de la mitad de los consumidores experimentan aumento del ritmo cardiaco y TA, dificultad para pensar y resolver problemas, sensación de lentitud en el paso del tiempo y, en último lugar, alteración de la coordinación motora.

La ansiedad es el principal síntoma experimentado durante el consumo de cannabis, y la mayor parte del grupo la sufre cada vez que consume. Le siguen en frecuencia las ideas delirantes y las percepciones extrañas.

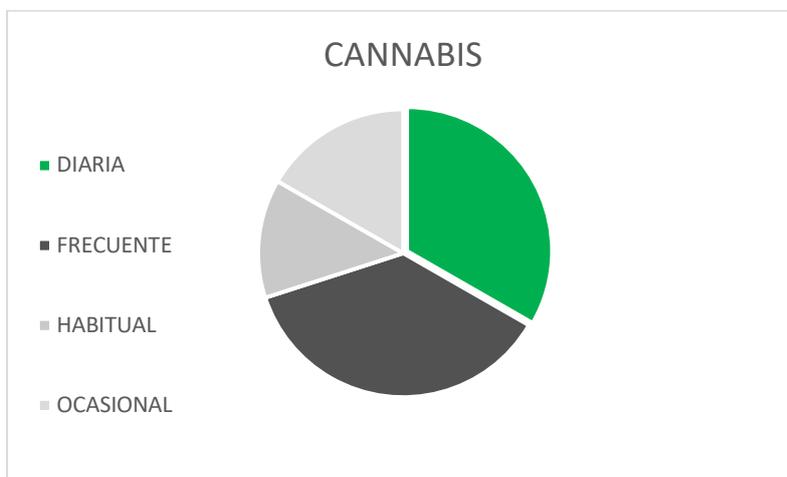


GRÁFICO 4. Frecuencia del consumo de cannabis.

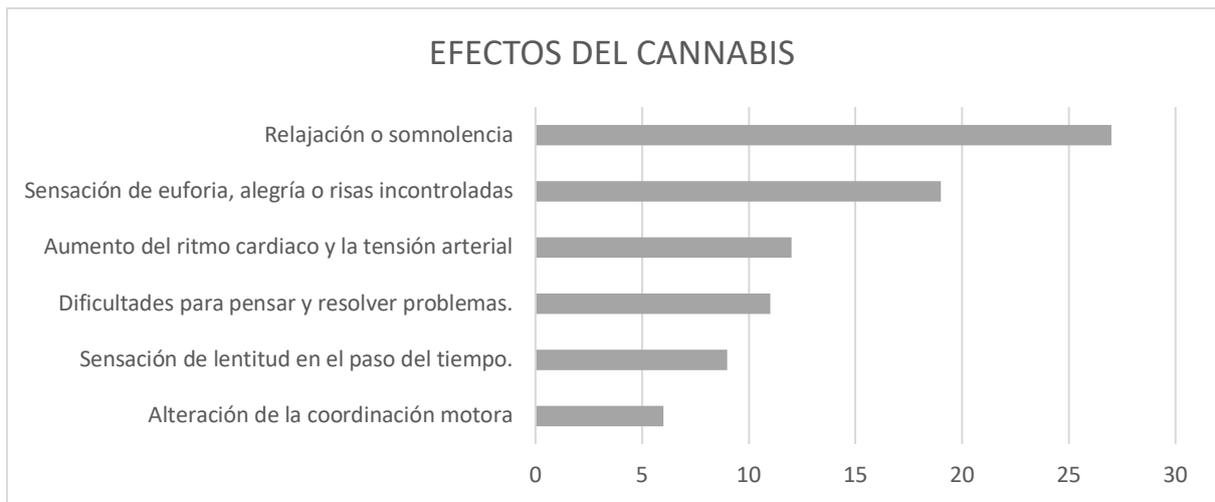


GRÁFICO 5. Efectos experimentados durante el consumo de cannabis.

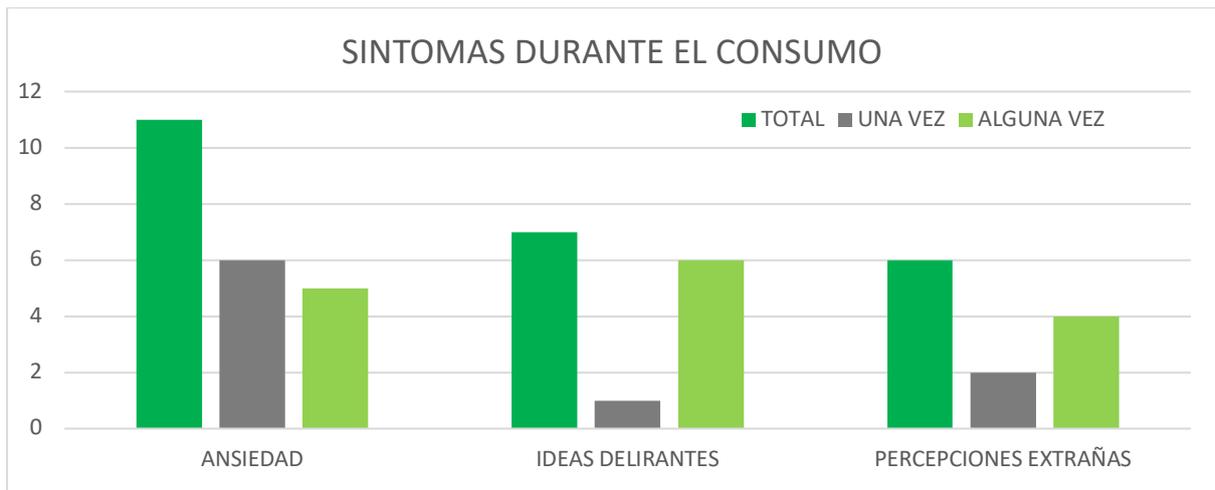


GRÁFICO 6. Frecuencia de síntomas durante el consumo de cannabis.

5.4. RELACIÓN PLEs Y CONSUMO DE CANNABIS

En la tabla 3 se recogen los datos con los que se han elaborado los siguientes gráficos, que ilustran la relación entre el consumo de cannabis y las Experiencias Psicóticas Atenuadas (PLEs).

El grupo de pacientes consumidores de cannabis presenta un total (frecuencia más distrés) mayor ($M=53.77$; $SD= 26.525$) en comparación con el grupo que no consume ($M=40.54$; $SD=24.322$) siendo la diferencia significativamente estadística, $t(54) = -1.933$, $p=0.029$.

El grupo de pacientes consumidores de cannabis presenta una mayor frecuencia de PLEs (M=24.4; SD=11.196), en comparación con el grupo que no consume (M=21.19; SD=11.593), sin llegar a ser la diferencia significativamente estadística, $t(54) = 1.051, p = 0.148$.

El grupo de pacientes consumidores de cannabis presenta más distrés asociado a las PLEs (M=29.37; SD=16.678), en comparación con el grupo que no consume (M=19.35; SD=14.48) siendo la diferencia significativamente estadística, $t(54) = -2.383, p = 0.01$.

El grupo de pacientes consumidores de cannabis experimenta más PLEs positivas (M=14.93; SD=9.777) en comparación con el grupo que no consume (M=11.35; SD=7.787) siendo la diferencia estadísticamente significativa, $t(54) = 1.502, p = 0.069$.

El grupo de pacientes consumidores de cannabis experimenta más PLEs negativas (M=21.43; SD=10.695) en comparación con el grupo que no consume (M=15.69; SD=11.767) siendo la diferencia estadísticamente significativa, $t(54) = -1.912, p = 0.03$.

El grupo de pacientes consumidores de cannabis experimenta más experiencias depresivas (M=17.4; SD=8.736) en comparación con el grupo que no consume (M=13.5; SD=7.463) siendo la diferencia estadísticamente significativa, $t(54) = 1.781, p = 0.04$.

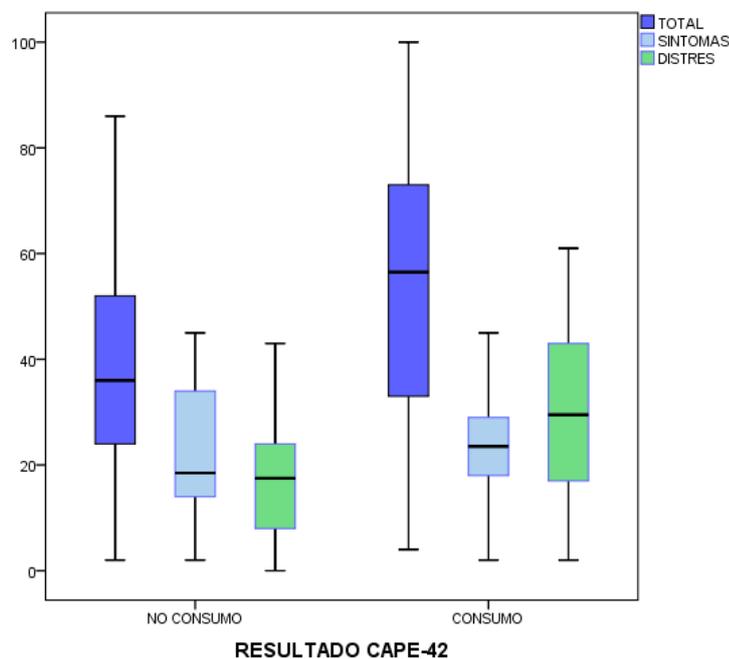


GRÁFICO 7. Box-plot del resultado CAPE-42: total, frecuencia y distrés en el grupo de consumo de cannabis y no consumidores.

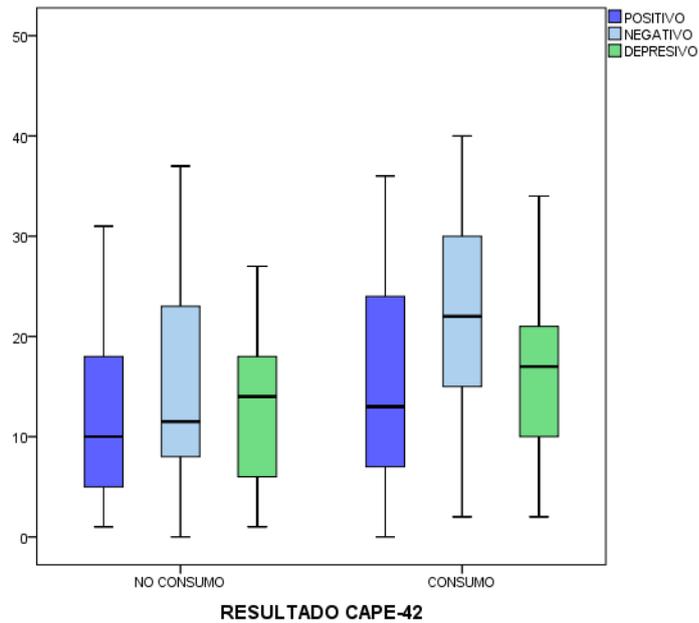


GRÁFICO 8. Box-plot del resultado CAPE-42: total (frecuencia y distrés) de la escala positiva, negativa y depresiva en el grupo de consumo de cannabis y no consumidores.

CAPE	CNN	NC
N	30	26
TOTAL	53,77 (26,52)	40,54 (24,32)
FRECUENCIA	24,4 (11,19)	21,19 (11,59)
DISTRÉS	29,37 (16,67)	19,35 (14,48)
POSITIVO	14,93 (9,77)	11,35 (7,789)
NEGATIVO	21,43 (10,69)	15,69 (11,76)
DEPRESIVO	17,4 (8,73)	13,5 (7,46)

TABLA 3. Frecuencia y distrés (total y por escalas positivos, negativos y depresivos en el grupo de consumo de cannabis (CNN) y no consumidores (NC).

6. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio era explorar la relación entre el consumo de cannabis y la sintomatología psicótica, concretamente, la relación con las experiencias psicóticas atenuadas.

Se pudo comprobar que el consumo de cannabis se asocia mayormente a varones con un nivel educativo menor. Por tanto, la educación es un factor protector para el consumo de cannabis. Estos resultados coinciden con los resultados de estudios previos, en los que se ha relacionado el consumo de cannabis con mayores tasas de abandono escolar. (2)

Se reportaron más casos con antecedentes personales de salud mental en el grupo consumidor, siendo los motivos más frecuentes de consulta por salud mental la ansiedad y depresión. Esto nos indica que el cannabis incide negativamente sobre la salud mental, tal y como defienden otros estudios en los que se habla de una clara relación entre el consumo de cannabis y la esquizofrenia. (1)

Sin embargo, hay otros trabajos que han demostrado que el cannabis puede ser un factor de conservación de las funciones cognitivas en un subgrupo de pacientes con esquizofrenia. Así mismo, la *teoría de la automedicación* plantea que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia consumen cannabis como forma de atenuar los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación. (8) Por tanto, los efectos de esta sustancia sobre el funcionamiento neurocognitivo en esta población aún no están claros.

En el grupo consumidor hay más familiares con antecedentes de salud mental que en el no consumidor, aunque esta diferencia no fue significativamente estadística. Además, no se recogió el dato de si estos antecedentes familiares estaban en relación con la psicosis, lo que hubiera respaldado el hallazgo de otros estudios, en los que sí se ha encontrado una mayor sensibilidad a padecer experiencias psicomiméticas inducidas por el cannabis en pacientes con antecedentes familiares de psicosis. (7)

Se ha demostrado también la fuerte asociación entre el consumo de cannabis y el de otras drogas como el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales. En nuestra población a estudio, un 100% de los consumidores de cannabis consumen también alcohol, un 80% tabaco, y un 50% otras drogas ilegales como la cocaína, anfetaminas, etc.

Estos datos apoyan lo recogido en otros estudios acerca del cannabis como droga de “acceso” o “puerta de entrada” al consumo de otras drogas, aunque los mecanismos causales que subyacen a dicha puerta de entrada, y en qué medida estos mecanismos son directos o indirectos, siguen sin estar claros. (9) Teniendo en cuenta la psicosis inducida por cada una de estas sustancias por separado, que el cannabis favorezca el consumo de ellas, acaba produciendo una sinergia psicótica y, por tanto, un factor de riesgo para padecer experiencias psicóticas atenuadas.

Con la escala CAPE-42 hemos recogido información sobre la sintomatología positiva, negativa y depresiva del espectro de la psicosis. Siendo la diferencia significativamente estadística, el grupo de pacientes consumidores presentó más experiencias psíquicas (positivas, negativas y depresivas) y distrés que el grupo no consumidor.

Las PLEs comprenden tres dimensiones diferenciadas, dentro de estas, la positiva y negativa se encuentran relacionadas con los trastornos psicóticos ya establecidos como la

esquizofrenia. Por tanto, siguiendo la *hipótesis del continuum*, las PLEs podrían usarse como predictores de trastornos psicóticos francos entre los consumidores de cannabis.

Y, aunque el foco de atención con respecto al tratamiento de esta patología sean los síntomas positivos, los síntomas negativos son de especial interés ya que pueden persistir a pesar de la remisión de los positivos, generando mayores obstáculos en la vida diaria, sin disponer actualmente de medicamentos con una eficacia demostrada para su tratamiento. (10)

En conclusión, y tal como recogen otros estudios, este tipo de experiencias atenuadas son consideradas como un marcador fenotípico de vulnerabilidad para los trastornos del espectro psicótico, en general, y para la esquizofrenia en particular. (11)

En cuanto a las limitaciones del estudio podemos señalar que se trata de una muestra pequeña (N=56), y la gran mayoría de los participantes poseen características socioculturales similares y pertenecen al mismo grupo social.

En relación con el consumo de cannabis, hay pocos consumidores diarios, concretamente diez, siendo nueve de ellos consumidores de 1 a 3 porros diarios, quedando un solo participante con consumo de 3 a 6 porros diarios, por lo que algunos efectos dosis-dependientes pueden no haber sido detectados.

Por último, al usar el cuestionario CAPE – 42 se ve limitada la información recogida en cuanto a la presentación de estas experiencias psíquicas. Al ser un cuestionario de tipo cerrado pueden no haberse recogido aquellas que podríamos haber detectado con una entrevista estructurada que incluyera preguntas de tipo abierto.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin H, et al. Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use: A Review. *Current Pharmaceutical Design* [Internet]. 1 de junio de 2014;20(25):4112-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24001294/>
2. Volkow ND, Baler R, Compton WM, Weiss SRB. Adverse Health Effects of Marijuana Use. *New England Journal Of Medicine/The New England Journal Of Medicine* [Internet]. 5 de junio de 2014;370(23):2219-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/nejmra1402309>
3. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright J. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ British Medical Journal* [Internet]. 9 de febrero de 2012;344(feb09 2): e536. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.e536>
4. 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* [Internet]. 21 de junio de 2018;12(6):1013-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eip.12693>
5. Pena-Garijo J, Monfort-Escrig C. Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (II): sesgos cognitivos, modelos explicativos y programas de intervención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet]. 1 de junio de 2020;40(137):131-54. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s0211-57352020000100008>
6. Schubart CD, Van Gastel WA, Breetvelt E, Beetz SL, Ophoff RA, Sommer I, et al. Cannabis use at a young age is associated with psychotic experiences. *Psychological Medicine* [Internet]. 7 de octubre de 2010;41(6):1301-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s003329171000187x>

7. Sami M, Notley C, Kouimtsidis C, Lynskey MT, Bhattacharyya S. Psychotic-like experiences with cannabis use predict cannabis cessation and desire to quit: a cannabis discontinuation hypothesis. *Psychological Medicine* [Internet]. 23 de marzo de 2018;49(1):103-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s0033291718000569>
8. Díaz-Soto CM, Pérez GAC, Pineda-Salazar DA. Cannabis, esquizofrenia y cognición, aportes de la conectividad cerebral. *Adicciones* [Internet]. 6 de febrero de 2020; Disponible en: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1307>
9. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction* [Internet]. 14 de febrero de 2006;101(4):556-69. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01322.x>
10. Garcia-Portilla MP, Bobes J. Ante el nuevo reto de identificar el síndrome negativo de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* [Internet]. 1 de octubre de 2013;6(4):141-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.09.002>
11. Fonseca-Pedrero E, Ortuño-Sierra J, Paíno M, Muñiz J. Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de sustancias en universitarios. *Adicciones* [Internet]. 2 de marzo de 2016;28(3):144. Disponible en: <https://doi.org/10.20882/adicciones.781>

ESTUDIO DE CONSUMO DE CANNABIS Y PLEs EN UNA POBLACIÓN JOVEN

Alumna: Indamar Alcocer Álvarez Tutor: Dr. Óscar Martín Santiago
 Universidad de Valladolid - Facultad de Medicina

INTRODUCCIÓN

10-30%



El cannabis es la droga ilegal más consumida a nivel mundial. Su consumo sigue siendo objeto de investigación en relación con la sintomatología psicótica, específicamente con las Experiencias Psicóticas Atenuadas (PLEs). Estas experiencias conllevan alteraciones en el pensamiento, percepción sensorial y comportamiento, sin llegar a cumplir los criterios para el diagnóstico de un trastorno psicótico.

OBJETIVOS

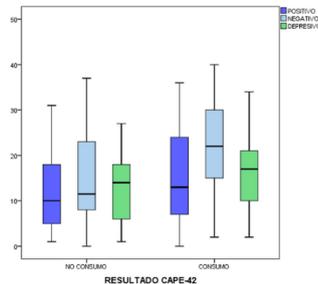
Recopilar información detallada sobre el consumo de cannabis en una muestra de población joven, investigar los efectos asociados y examinar la posible asociación entre el consumo de cannabis y la presencia de PLEs.

MATERIALES Y MÉTODOS

Cuestionario distribuido electrónicamente a una población de 18-40 años, aplicando la escala CAPE-42.



RESULTADOS



El consumo de cannabis se asocia mayormente a varones con un menor nivel educativo. Se reportaron más casos con AP de salud mental en el grupo consumidor.

Se demostró la fuerte asociación entre el consumo de cannabis y el de otras drogas como el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales. El grupo de pacientes consumidores presentó más PLEs (positivas, negativas y depresivas) y distrés que el grupo no consumidor.

CONCLUSIÓN

El consumo de cannabis en la población joven se asocia con más PLEs positivas, negativas y depresivas en comparación con la población no consumidora.

Dichas experiencias no son suficientes para diagnosticar un trastorno psicótico, pero sí son útiles para localizar y realizar una intervención precoz sobre aquellos grupos de riesgo, entre ellos, los consumidores de cannabis.



Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin H, et al. Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use: A Review. *Current Pharmaceutical Design* [Internet]. 1 de junio de 2014;20(25):4112-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24001294/>

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* [Internet]. 21 de junio de 2018;12(6):1013-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eip.12693>