



Facultad de Psicología

Trabajo Fin de Máster

**Modalidad 1: revisión sistemática
con propuesta aplicada**

Autor/a del TFM

**Esquizofrenia y cannabis:
Impacto sobre el curso del
trastorno.**

Revisión sistemática y propuesta de
intervención.

Noelia Suárez da Costa

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Año 2024-2025

Trabajo Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela
para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Índice

Índice	3
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Método	14
Resultados	17
Síntomas clínicos principales	17
Impacto funcional y cognitivo	22
Recaídas	25
Adherencia	27
Otros resultados relevantes	29
Discusión	31
Síntomas clínicos principales	31
Impacto funcional y cognitivo	33
Recaídas	36
Adherencia	36
Otros resultados relevantes	37
Propuesta Aplicada	40
Conclusiones	54
Limitaciones y Directrices futuras	56
Referencias	58
Índice de Tablas	66
Índice de Figuras	67
Apéndice: Listado de Acrónimos	68
Anexos	69
Anexo 1	70
Anexo 2	97

Resumen

En las últimas décadas, el consumo de cannabis se ha incrementado notablemente a nivel mundial, convirtiéndose en una de las drogas ilegales más consumidas, incluso en la población con trastornos mentales graves como la esquizofrenia. En base a esto, el presente trabajo tiene como objetivo analizar el impacto del consumo de cannabis sobre el curso clínico de las personas con trastorno psicótico mediante una revisión sistemática de la literatura científica disponible. Los principales hallazgos indican que el consumo prolongado de marihuana se relaciona con un empeoramiento de la sintomatología psicótica -aunque todavía no existe un consenso sólido respecto a la dimensión más afectada-, un deterioro del funcionamiento social, un incremento del riesgo de recaída, y una reducción de la adherencia al tratamiento antipsicótico. Sin embargo, no se encontró una asociación clara con un deterioro del funcionamiento cognitivo. Además, diversos estudios apuntan que el cese del consumo puede reportar beneficios, favoreciendo una evolución clínica más favorable en algunas áreas. A partir de la información recopilada, se ha desarrollado una propuesta de intervención destinada a abordar el consumo de cannabis en pacientes psicóticos, con el objetivo de reducir su impacto negativo y lograr un curso clínico más favorable.

Palabras clave:

Trastorno psicótico, Esquizofrenia, Cannabis, Curso clínico.

Abstract

In recent decades, cannabis use has increased significantly worldwide, becoming one of the most widely consumed illegal drugs—even among individuals with severe mental disorders such as schizophrenia. Based on this, the aim of the present study is to analyze the impact of cannabis use on the clinical course of individuals with psychotic disorders through a systematic review of the available scientific literature. The main findings indicate that prolonged cannabis use is associated with a worsening of psychotic symptoms—although there is still no solid consensus regarding which symptom dimension is most affected—a deterioration in social functioning, an increased risk of relapse, and a reduction in adherence to antipsychotic treatment. However, no clear association was found with cognitive functioning impairment. Additionally, several studies suggest that discontinuing cannabis use may lead to clinical improvement in certain areas. Based on the information gathered, an intervention proposal has been developed to address cannabis use in patients with psychotic disorders, with the aim of reducing its negative impact and promoting a more favorable clinical course.

Keywords:

Psychotic disorder, Schizophrenia, Cannabis, Clinical course.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno crónico, grave e incapacitante, que repercute negativamente en las esferas social, física y económica de quienes la padecen, y se estima que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial (Lee et al., 2015). De este modo, según una estimación reciente, en el año 2019 aproximadamente 23,6 millones de personas a nivel global padecían un trastorno psicótico (Li et al., 2024). Es considerada una de las principales causas de discapacidad y mortalidad actualmente en todo el mundo (Hyatt et al., 2024), y se relaciona con una importante pérdida de salud y con una gran carga financiera (Schoeler et al., 2016a). Así, las personas con esquizofrenia fallecen entre 12 y 15 años antes que la población general, y esta cifra sigue en incremento. A pesar de que se señala el suicidio como explicación de esta mortalidad precoz, la mayoría de las muertes se asocian a causas físicas derivadas del bajo acceso a cuidados médicos y los hábitos de vida poco saludables que presentan frecuentemente estas personas (dieta pobre e insalubre, sedentarismo, falta de actividad física, obesidad y gran consumo de tabaco) (van Os & Kapur, 2009). El primer episodio psicótico (PEP) es crucial a nivel de intervención (Hyatt et al., 2024), considerado como determinante para el futuro curso del trastorno, por lo que es necesario comprender los factores que inciden sobre su pronóstico (Seddon et al., 2016).

El cannabis es una de las sustancias ilegales más utilizadas a nivel mundial, estimándose que 219 millones de personas son consumidoras (Wang et al., 2014). En España, continúa siendo la droga ilegal más consumida, siendo especialmente prevalente entre los 15-64 años. El grupo con mayor consumo es el de 15 a 24 años, en el que un 21,9% de los jóvenes consumieron cannabis en los últimos 12 meses, siendo superior el consumo en chicos que en chicas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2024).

Referente a la población psiquiátrica, el cannabis se ha identificado como la droga ilegal de mayor consumo entre las personas con un trastorno psicótico, siendo especialmente prevalente en los jóvenes con un primer episodio psicótico (PEP) (Schoeler et al., 2016b; Schoeler et al., 2016c; Setién-Suero et al., 2017, 2019; Pope et al., 2021; van der Meer et al., 2015). La prevalencia de uso es notablemente más elevada que la de la población general e incluso que la de colectivos con otros trastornos psiquiátricos (Schoeler et al., 2016b), proponiendo algunos autores una tasa media de consumo a lo largo de la vida del 27,1% en las personas diagnosticadas de esquizofrenia, en comparación con una tasa de un 8% en la

población general (Setién-Suero et al., 2017). De modo específico, se estima que el 42% de las personas con esquizofrenia han consumido cannabis a lo largo de la vida, y que un 38% de los pacientes consumen cannabis durante su PEP (Argote et al., 2023). Sin embargo, la prevalencia del consumo de cannabis en los pacientes PEP varía, proponiendo unos un rango de entre el 19-57% (Seddon et al., 2016) y otros aproximadamente un 50% (Segura et al., 2023). Por tanto, son verosímiles los hallazgos que afirman que los trastornos por consumo de cannabis son más frecuentes en la población psicótica, y, especialmente, en las personas jóvenes que experimentan su PEP (González-Blanch et al., 2015; Toftdahl et al., 2016), señalando algunos autores un porcentaje de entre el 30 y el 70% (Ouellet-Plamondon et al., 2017) y otros de entre el 15% y el 65% (Pope et al., 2021).

Green et al. (2004) llevaron a cabo un trabajo con el objetivo de identificar los principales motivos de los pacientes, hombres, con esquizofrenia para consumir esta droga. Hallaron que los principales motivos eran “mejorar el estado de ánimo”, “enfrentar emociones negativas” y “motivos relacionados con la actividad social”. Sin embargo, y sorprendentemente, la razón menos señalada fue “conseguir un efecto relajante”.

La relación entre el uso de esta sustancia y la salud mental ha sido muy estudiada, especialmente con los trastornos psicóticos. Esto se debe a que el consumo de marihuana puede generar alucinaciones, delirios, pensamientos inusuales y otras formas de sintomatología psicótica subclínica que implican un consecuente incremento de la probabilidad de desarrollar psicosis en el futuro (Jones et al., 2017). Por este motivo, abunda la investigación y el debate sobre la asociación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de esquizofrenia, existiendo actualmente numerosos estudios en los que se reconoce el consumo de marihuana como uno de sus componentes causantes (Pope et al., 2021). Además, se estima que el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico es el doble en aquellas personas que han consumido marihuana a lo largo de la vida, e incluso se cuadruplica en quienes la consumen en grandes cantidades (Fusar-Poli et al., 2022), por lo que existe evidencia de una asociación entre psicosis y marihuana dependiente de la dosis consumida y la potencia de la misma (Pope et al., 2021). Además, se ha identificado que las personas que emplean esta sustancia a edades tempranas, como la adolescencia, tienen una edad más precoz de inicio del trastorno (Toftdahl et al., 2016) de hasta 2 o 3 años que los no-consumidores (Fusar-Poli et al., 2022).

Sin embargo, aunque la relación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de psicosis es un tema bien fundamentado, poco consenso existe todavía respecto a la influencia de continuar, o cesar, el uso de marihuana tras la aparición del trastorno (van der Meer et al., 2015). De este modo, el impacto de fumar cannabis sobre el curso de los trastornos psicóticos ya establecidos todavía es un tema sin resolver (González-Blanch et al., 2015) puesto que, si bien actualmente existe investigación a este respecto, los resultados continúan siendo muy dispares (Ouellet-Plamondon et al., 2017; Pope et al., 2021).

Así, consumir cannabis tras la aparición del trastorno se ha relacionado con una amplia variedad de consecuencias negativas: peor curso del trastorno que se manifiesta en mayor severidad de la sintomatología psicótica, menores niveles de funcionamiento psicosocial, mayor probabilidad de recaídas, peor adherencia a la medicación y un incremento de la resistencia hacia el tratamiento (Scheffler et al., 2021). También se relaciona con mayor número de hospitalizaciones (Hyatt et al., 2024) más sintomatología depresiva y trastornos depresivos, peor calidad de vida, mayor probabilidad de ser policonsumidor de sustancias, probabilidades más altas de ser una persona sin hogar (Ouellet-Plamondon et al., 2017) y un agravamiento de las conductas violentas (Beaudoin et al., 2020). Además, en su estudio, Berry et al. (2016) encontraron que los pacientes con mayores síntomas negativos, menor insight y con consumo de cannabis, tendían a percibir una menor alianza terapéutica con su terapeuta; en su caso, los profesionales identifican la cantidad de cannabis consumido al día por el paciente como factor que dificulta la construcción de una relación terapéutica sólida. Finalmente, una investigación encontró que uno de los factores que caracterizaba a las personas con esquizofrenia que intentaban cometer suicidio era el consumo de marihuana, de modo que en su muestra, un 55% de las personas con un intento usaban esta sustancia, aunque el factor explicativo más potente era la depresión (Ayesa-Arriola et al., 2015).

En lo que respecta a la sintomatología psicótica, los síntomas positivos y negativos han sido estudiados por separado.

Así, en numerosas investigaciones se ha encontrado un mayor número de alucinaciones y delirios a lo largo del tiempo en aquellos pacientes que consumen marihuana comparado con quienes no consumen. Incluso, en los estudios que consideran también la potencia del cannabis, se encuentra que esta diferencia es todavía mayor en los consumidores de cannabis más potente (Pope et al., 2021). Algunos autores, como Argote et al. (2023) consideran que la evidencia existente es suficiente para concluir que el consumo de

marihuana tiene un potente rol en la severidad de la sintomatología positiva, sin embargo, todavía existen estudios con resultados inconsistentes. Pope et al. (2021) encontraron más delirios y comportamientos desorganizados en los consumidores, y, además, trataron de medir qué delirios obtenían mayores puntuaciones en personas que habían consumido cannabis en los últimos 3 meses. Para ello, consideraron 5 tipos de delirios: el de influencia (la sensación de ser controlado, de que pueden leerle la mente, de transmisión, inserción y/o retirada de pensamientos), el religioso o de grandiosidad, (ideas delirantes relacionadas con la religión o con la grandiosidad), los paranoides (delirios de persecución y de referencia), los de afecto negativo (ideas de celos, culpa y pecado), y, finalmente, los delirios somáticos (sensaciones somáticas únicamente). Sus resultados señalaron los delirios de influencia, de religión/grandiosidad y los de afecto negativo como los más severos entre los participantes que consumieron la sustancia en los 3 meses previos.

En el caso de los síntomas negativos, los hallazgos de las investigaciones muestran mayor inconsistencia, haciendo difícil llegar a consenso. De este modo, los resultados son muy variados: algunos estudios sugieren que el consumo de cannabis incrementa estos síntomas, otros no encuentran relación entre ambas variables, e incluso existen trabajos que indican que el consumo reduce este tipo de sintomatología (Argote et al., 2023; Pope et al., 2021). Desde el contexto del laboratorio, y de la biología, se plantea la hipótesis de que el cannabis incrementa estos síntomas como la más plausible, puesto que en las pruebas realizadas en estas condiciones se observa que el tetrahidrocannabinol (THC) induce síntomas similares a los negativos. Además, desde el contexto clínico, el padecimiento del síndrome amotivacional en fumadores crónicos de marihuana puede interpretarse como otro argumento que apoya una mayor severidad de esta sintomatología en los consumidores de cannabis (Ihler et al., 2021). Sin embargo, actualmente son muchos los trabajos que encuentran mayoritariamente una relación negativa entre el consumo de cannabis y los síntomas negativos, es decir, el consumo se relaciona con menos manifestaciones negativas, como por ejemplo en el reciente estudio de Ihler et al. (2023). En los últimos años, la investigación está dividiendo la sintomatología negativa en dos dimensiones denominadas “expresión reducida o disminuida”, que incluye el afecto plano y la alogia, y “apatía”, que recoge la anhedonia, la abulia y la asociabilidad. Aunque ambas dimensiones están relacionadas, los estudios encuentran que se ven afectadas de forma diferente por los diferentes factores externos, como por ejemplo, el cannabis, que la investigación ha encontrado que solo afecta a la expresión disminuida (Ihler et al., 2021; Ihler et al., 2023).

Otra variable ampliamente estudiada en este campo es la relación entre el consumo y las recaídas, entendidas estas como la admisión a una unidad psiquiátrica derivada de la exacerbación de la sintomatología psicótica. Este interés se debe a la importancia de prevenir las recaídas para que el curso del trastorno sea más favorable, pero también por las grandes implicaciones económicas que suponen al sistema sanitario (Schoeler et al., 2016c). En este caso, la relación positiva entre el consumo de cannabis y el riesgo de recaída es un tema bien documentado (Scheffler et al., 2021), encontrando estudios como el de Hyatt et al. (2024) que aquellos pacientes consumidores presentan un 42.2% de probabilidades de recaer comparado con un 18.5% en los no-consumidores, es decir, una diferencia del 23.8%.

Relacionado con el tema anterior, también se ha investigado el impacto de consumir marihuana sobre las hospitalizaciones, encontrando Schoeler et al. (2016c) que los consumidores presentaban admisiones en el hospital más largas y dependientes de la potencia del cannabis.

Por otra parte, el funcionamiento social se corresponde a la habilidad de las personas para socializar y alcanzar objetivos sociales, por ejemplo, ser independiente, trabajar, obtener una educación, tener amistades y parejas, y participar en actividades sociales (Tiles-Sar et al., 2023). Esta dimensión también ha despertado interés de la investigación, aunque en menor medida, encontrando que el consumo de cannabis se relaciona con un peor funcionamiento social (Ouellet-Plamondon et al., 2017) y con una menor mejoría a largo plazo que en los no-consumidores (González-Blanch et al., 2015).

La adherencia a la medicación es un aspecto fundamental en el campo de los trastornos psicóticos -relacionado con la calidad de vida, las recaídas y las hospitalizaciones-, pero con una alta tasa de no-adherentes, alcanzando hasta un 71% en los pacientes con PEP (Colizzi et al., 2016). Son numerosos los estudios que han comparado la adhesión en consumidores de cannabis frente a no-consumidores, encontrando un peor cumplimiento en el grupo de los fumadores. Sin embargo, en lugar de como otra consecuencia negativa del uso de marihuana, algunos autores han identificado la adherencia como un factor mediador entre consumir cannabis y el empeoramiento del resto de dimensiones (recaídas, síntomas, etc.) (Scheffler et al., 2021). Es decir, la falta de adherencia podría explicar cierta proporción del empeoramiento, mientras que mantenerse adherente podría reducir estos efectos negativos (Schoeler et al., 2017).

En el ámbito de la neuropsicología también ha habido interés por el impacto del consumo de cannabis, pero los resultados siguen siendo inconsistentes (Pope et al., 2021). Las personas con psicosis presentan peor desempeño en memoria verbal, funciones ejecutivas y memoria en comparación con grupos de control no-clínicos. Al incluir la variable “cannabis” en el funcionamiento cognitivo de esta población, inicialmente se infiere que esta población presenta déficits cognitivos muy pronunciados en comparación con los no consumidores. Sin embargo, esto no es lo que reflejan los estudios recientes, pues cada vez más trabajos encuentran que los fumadores superan a los no fumadores en ciertas tareas cognitivas (de Vos et al., 2020). Así, la atención suele ser una función especialmente afectada en los pacientes esquizofrénicos, pero los estudios que consideraron el consumo de cannabis encontraron dos tendencias: por un lado, los consumidores presentan mejor rendimiento o, en cambio, no se encontraron diferencias significativas con aquellos pacientes que no usaban la sustancia (Setién-Suero et al., 2022).

Otra perspectiva de investigación actual es investigar el impacto de cesar el consumo de cannabis sobre el curso de la esquizofrenia, en lugar de el efecto de continuar consumiendo. Desde esta línea de trabajo también se han logrado hallazgos valiosos, pero, del mismo modo, inconsistentes. Así, Seddon et al. (2016) señalaron que dejar de fumar había sido relacionado con una mejora en la sintomatología psicótica, positiva y negativa, y en el funcionamiento psicosocial. Una mejora en la sintomatología clínica y en el funcionamiento, junto una reducción de las readmisiones en el hospital, también se recoge en el trabajo de Schoeler et al. (2016b). Por su parte, Waterreus et al. (2023) indican que se produce una mejoría en los síntomas positivos, pero no en los negativos, y que las diferencias en el funcionamiento no son concluyentes, con resultados dispares entre investigaciones. En contraste, Ihler et al. (2021, 2023) se centraron en estudiar la relación entre cannabis y sintomatología negativa, señalan que aquellos pacientes que dejan de consumir tienen significativamente menos síntomas negativos que los consumidores o los que nunca han consumido. Por tanto, actualmente existe interés en conocer si los efectos perjudiciales de consumir marihuana sobre el curso de la esquizofrenia pueden ser reversibles, especialmente en los primeros años de inicio del trastorno, para poder desarrollar intervenciones con este fin en los PEP (Setién-Suero et al., 2019). Parece relevante mencionar que van der Meer et al. (2015) encontraron que el cese tiene efectos positivos en el trastorno de aquellas personas con un PEP pero no en pacientes más crónicos.

Otra investigación interesante es la realizada por Setién-Suero et al. (2017), centrada en las diferencias clínicas, neuropsicológicas y funcionales entre hombres y mujeres con PEP y consumidores de cannabis. En este trabajo encontraron que los hombres consumían más porros por semana que las mujeres y que tenían menor nivel educativo; por el contrario, las superaban en periodo de tiempo sin tratar la psicosis. En cuanto a las variables neurocognitivas, los hombres fumadores presentaban mejor desempeño en memoria visual pero más pobre en velocidad de procesamiento.

En definitiva, el consumo de cannabis muestra una considerable prevalencia en las personas con esquizofrenia, y esto constituye un aspecto relevante, debido al gran impacto negativo que se ha demostrado que esta sustancia tiene sobre el curso del trastorno. Las razones que han llevado a la elección de esta temática para la realización del Trabajo de Fin de Máster son, a nivel personal, un gran interés y curiosidad por este trastorno y la heterogeneidad con la que se manifiesta entre pacientes; y, por otro lado, la observación durante la realización de las prácticas del Máster en la “Asociación Saúde Mental A Creba de Noia” del empeoramiento clínico de un usuario por el consumo de esta sustancia, exacerbándose su sintomatología positiva. Como consecuencia, surgió interés por la influencia de la marihuana sobre los síntomas psicóticos, derivando en el descubrimiento de su impacto sobre otros ámbitos del trastorno. Además, otro motivo fue la importancia de este tema en la actualidad, pues se trata de la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo en esta población, un aspecto que requiere ser reconocido e investigado para la práctica clínica. De este modo, es crucial condensar los principales hallazgos alcanzados en los últimos años al respecto. Aclarar los ámbitos que pueden verse afectados por el consumo, así como los efectos de continuar y/o cesar el consumo sobre el curso del trastorno, es relevante para el desempeño clínico, permitiendo desarrollar estrategias para motivar el cese del consumo en pacientes con un PEP e intervenciones en pacientes diagnosticados y con un consumo prolongado en el tiempo.

Por ello, el objetivo del presente Trabajo de Fin de Máster es identificar los efectos del consumo de cannabis sobre el curso de la esquizofrenia, empleando las investigaciones empíricas y longitudinales disponibles.

Con este propósito, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos especializadas, la cual se refleja detalladamente en el apartado de Método. Posteriormente, se exponen los principales resultados de los estudios empíricos y longitudinales incluidos en el

trabajo. En el apartado de Discusión, se discuten los hallazgos más destacables de este campo de estudio y, a continuación, se extraen las conclusiones derivadas de la revisión de la literatura respecto al impacto del consumo de cannabis en el curso de la esquizofrenia. Finalmente, se incluye también una propuesta de intervención para incidir sobre esta población, con el objetivo de lograr una reducción o un cese del consumo de marihuana.

Método

El objetivo que persigue el presente trabajo es el de llevar a cabo una revisión de la literatura científica existente respecto al impacto que tiene el consumo de cannabis sobre el curso de la esquizofrenia. Así, se pretenden conocer las conclusiones alcanzadas por la investigación más actual en este tema y, además, realizar una recopilación de esta información y de los principales resultados obtenidos. A continuación se recopila el proceso llevado a cabo para este fin.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se seleccionaron dos bases de datos especializadas: PubMed y PsycInfo. En dicha búsqueda se utilizaron los siguientes términos: *schizophrenia*, *psychot**, *cannabis use*, *cannabis dependence*, *cannabinoid use*, *follow-up* y *longitudinal*. Con estos, se elaboró la siguiente ecuación de búsqueda: “(*schizophrenia* OR *psychot**) AND (“*cannabinoid use*” OR “*cannabis use*” OR “*cannabis dependence*”) AND (“*follow-up*” OR *longitudinal*)”. A mayores, se aplicaron como especificadores la fecha de publicación, que debía limitarse a los 10 últimos años (del año 2014 al 2024), y el idioma (inglés y/o español). En el caso de PsycInfo, se aplicó también el especificador de metodología, reduciendo la búsqueda a artículos correspondientes a “estudios empíricos” y “estudios longitudinales”. La falta de acceso completo en algunos artículos se palió, cuando era posible, mediante Iacobus.

Para llevar a cabo una selección de estudios relevantes y de calidad para este trabajo de revisión, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión.

De este modo, se incluyeron únicamente aquellos artículos publicados en los últimos 10 años, es decir, entre el 2014 y el 2024. Además, debían referirse a una población objetivo, específicamente, personas diagnosticadas con trastornos del espectro de la esquizofrenia. Finalmente, el tipo de estudio debía ser empírico y/o longitudinal, y el contenido debía relacionarse con el objetivo del trabajo, el impacto del consumo de cannabis sobre el curso de la esquizofrenia.

Por su parte, se excluyeron aquellos artículos que se tratasen de trabajos de revisión sistemática o meta-análisis, tesis doctorales u otros tipos de estudio diferentes de los longitudinales y/o empírico; los que difieren del objetivo del trabajo (por ejemplo,

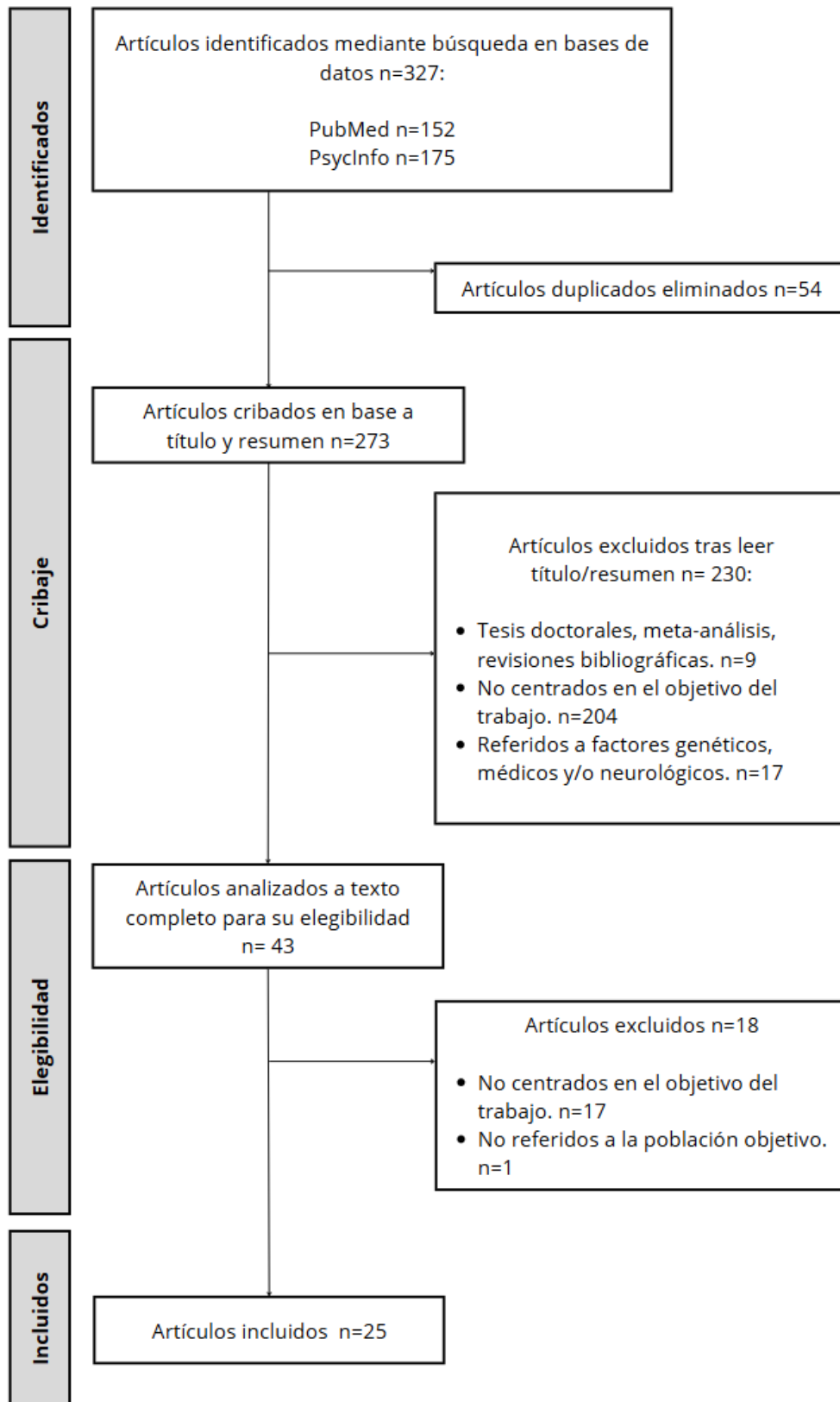
enfocados en el papel del cannabis sobre el desarrollo del trastorno, pero no sobre el curso; análisis del efecto a largo plazo del consumo de cannabis antes del inicio del trastorno pero no después; etc.); aquellos referidos a temáticas neurológicas, médicas o genéticas; los que emplearan como participantes otras poblaciones no pertenecientes al espectro de la esquizofrenia, por ejemplo, personas con riesgo de psicosis pero que no habían presentado ningún brote psicótico.

En la búsqueda inicial, se obtienen un total de 327 documentos (152 en PubMed y 175 en PsycInfo). Tras eliminar los duplicados de la segunda base de datos empleada, PsycInfo, mediante el gestor de citas RefWorks, el número de resultados se reduce a 273 artículos que fueron cribados en base a título, resumen y, finalmente, la lectura del texto completo. En la fase final, se seleccionaron un total de 25 artículos para formar parte del trabajo, procediendo 13 de PubMed y 12 de PsycInfo. Los restantes fueron descartados en base a los criterios de exclusión previamente descritos.

El proceso se detalla pormenorizadamente a continuación, en la Figura 1, en la cual se presenta un resumen visual del mismo.

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios.



Resultados

En el presente apartado, desarrollaremos un resumen de los principales resultados obtenidos en los estudios empíricos y longitudinales seleccionados para esta revisión. Los hallazgos se organizan en varios subapartados, donde se aborda el impacto del cannabis sobre diversos factores identificados a lo largo de la investigación.

En el Anexo se encuentra la Tabla 2., en la que se resumen los aspectos más relevantes de las investigaciones mencionadas a continuación.

1. Síntomas clínicos principales.

En primer lugar, ahondaremos en los hallazgos respecto al impacto del consumo de cannabis sobre las diferentes dimensiones de la sintomatología psicótica, incluyendo síntomas positivos y negativos. Además, se incluyen los resultados alcanzados por diversos autores sobre el efecto de esta sustancia sobre los síntomas depresivos y de ansiedad en esta población.

De este modo, en lo que respecta a la sintomatología psicótica, Coutinho et al. (2019) realizaron un estudio de 10 semanas con una cohorte de consumidores de cannabis, cuyo objetivo era analizar la influencia de esta sustancia en su evolución tras un primer episodio psicótico (PEP). En la evaluación inicial, no se observó un impacto significativo del consumo de cannabis en la sintomatología positiva. Sin embargo, los consumidores presentaron puntuaciones más altas en la dimensión de "excitación". Además, se encontró una relación significativa entre esta dimensión, el consumo agudo de cannabis y los días de consumo en el último mes, aunque tras aplicar correcciones estadísticas, esta relación se redujo a una tendencia. A largo plazo, no se identificaron efectos significativos del consumo de cannabis en ninguna dimensión de los síntomas. No obstante, al final del seguimiento, los participantes que habían consumido cannabis en la evaluación inicial mostraron una mayor mejoría clínica en comparación con los no consumidores o ex consumidores.

Levi et al. (2023) analizaron los datos obtenidos en el estudio OPTiMiSE, que investigaba la relación temporal entre el uso de cannabis, la adherencia, el funcionamiento social, la recaída y la sintomatología psicótica mediante el seguimiento de una muestra de

pacientes con un primer episodio psicótico durante un año. Tras el análisis de los datos, estos autores encontraron que aquellos que siguieron consumiendo de modo continuado en el tiempo obtuvieron puntuaciones totales significativamente peores en el PANSS, mayor sintomatología positiva y mayor psicopatología general, pero no se relacionaba con los síntomas negativos. Un análisis más detallado de los 5 factores del PANSS desvelaron que, el uso continuado de la sustancia se relacionaba con un agravamiento de los delirios, un empeoramiento de la ansiedad-depresión y un menor control. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas con los factores de retirada social y desorganización.

En una línea similar, Seddon et al. (2016) llevaron a cabo un estudio longitudinal de un año de duración, en el que participaron 1027 pacientes PEP. Hallaron resultados similares a los del estudio anterior, observando que el consumo continuado de cannabis empeoraba las puntuaciones del PANSS en sintomatología positiva y en manía a los 12 meses. Además, aunque al inicio del estudio no se obtuvieron diferencias en sintomatología negativa y depresión en los consumidores, al final del seguimiento estas dimensiones también mostraron verse significativamente afectadas por el consumo, con un empeoramiento en las puntuaciones de ambas. De modo genérico, consumir se asociaba con un incremento de 6.42 unidades en las puntuaciones PANSS al final del estudio, con 2.14 puntos más en síntomas positivos, y 2.12 puntos más en síntomas negativos.

El impacto del cannabis sobre la sintomatología negativa fue explorado por Ihler et al. (2021) en un estudio de un año de duración. Así, indagaron en el consumo de cannabis y en dos dimensiones de síntomas negativos (expresión disminuida y apatía) de un grupo de participantes con PEP. En la evaluación inicial encontraron que los que habían consumido en los dos años previos al primer brote ya presentaban niveles más altos de expresión disminuida, pero no de apatía. Sin embargo, esta relación dejó de ser significativa tras las correcciones. En el seguimiento, se observó una mejoría general en las puntuaciones de síntomas negativos en todos los grupos (consumidores continuos, exfumadores y no consumidores). Además, no se halló una relación significativa entre el consumo y estas dimensiones a lo largo del año.

Sin embargo, este mismo autor desarrolló otro estudio centrándose en la expresión disminuida, la apatía y la influencia del consumo de cannabis sobre las mismas. En este caso, los resultados mostraron que el consumo de cannabis en la evaluación inicial se asociaba con una mayor expresión disminuida, pero no afectaba a la apatía. Por otro lado, el consumo

continuado a lo largo del seguimiento se vinculó con un empeoramiento de la expresión disminuida, especialmente durante el primer año, que es crítico para la recuperación (Ihler et al., 2023).

Aunque con el tiempo se observó una mejora general en ambas dimensiones (apatía y expresión disminuida), esta última mostró un progreso menor en los consumidores persistentes de cannabis. En términos temporales, el efecto negativo del cannabis sobre la expresión disminuida tendió a aumentar ligeramente durante el primer año y luego a reducirse entre el primero y el décimo año. En resumen, el consumo frecuente de cannabis impacta negativamente en la expresión disminuida, mientras que la apatía no se ve afectada significativamente (Ihler et al., 2023).

D'Andrea et al. (2024) realizaron un estudio longitudinal de 5 años de duración para investigar las diferentes trayectorias de una cohorte de pacientes PEP, atendiendo al consumo de cannabis, la severidad clínica y el funcionamiento social. De este modo, a nivel clínico, los participantes con un consumo severo y continuado de cannabis no alcanzaron la remisión, y presentaban los mayores niveles de sintomatología psicótica en la evaluación inicial. En contraposición, se distingue otro grupo, compuesto por participantes con un consumo muy bajo, y decreciente, al inicio del estudio, los cuales presentaban la menor severidad clínica en comparación con el resto de los grupos incluso en la línea base. Por tanto, el consumo persistente se asocia con una peor trayectoria clínica.

En su caso, Barrowclough et al. (2015) hallaron que el consumo de cannabis se asociaba con un empeoramiento de la sintomatología psicótica, pero esta relación dejaba de ser compatible tras aplicar correcciones. Por tanto, estos autores no encontraron ningún impacto entre la marihuana y el curso clínico, incluso incluyendo cambios en el patrón de consumo (incrementándose o reduciéndose).

Scheffler et al. (2021) obtuvieron resultados similares en su estudio longitudinal, en el que siguieron a los participantes durante veinticuatro meses. De este modo, no se encontró una relación significativa entre el consumo de cannabis y la sintomatología positiva, negativa ni desorganizada, tanto en la evaluación inicial como al final de los dos años.

Por otra parte, Van der Meer et al. (2015) estudiaron las diferencias en el curso clínico entre tres grupos de participantes: consumidores persistentes de cannabis, fumadores recientes y no consumidores. Los resultados mostraron que los consumidores persistentes y

los nuevos consumidores presentaban un número significativamente mayor de síntomas en la evaluación inicial en comparación con los no consumidores.

Tras tres años de seguimiento, los consumidores persistentes obtuvieron puntuaciones más altas en las subescalas PANSS positiva y general que los demás grupos, aunque no se observaron diferencias significativas en los síntomas negativos. A pesar de que todos los grupos mostraron mejoras clínicas y funcionales con el tiempo, los consumidores persistentes evidenciaron el menor progreso (Van der Meer et al., 2015).

Además, el estudio analizó el impacto del cese del consumo de cannabis, encontrando que los participantes que abandonaron el consumo experimentaron una mejora en los síntomas positivos, generales y en su funcionamiento (Van der Meer et al., 2015).

Otra perspectiva de investigación actual es el efecto de discontinuar el consumo de cannabis sobre la sintomatología psicótica. Esta es la línea temática del trabajo de Waterreus et al. (2023), quienes compararon el curso clínico de los participantes que continuaron fumando marihuana durante el estudio, aquellos que cesaron el consumo y quienes nunca habían sido consumidores. De este modo, ya en la evaluación inicial, los consumidores presentaban un mayor número de alucinaciones que los que habían abandonado el consumo o nunca consumido. A largo plazo, los tres grupos redujeron la cantidad de alucinaciones experimentadas, siendo los participantes que abandonaron el consumo los que mostraron un menor número. En el caso de la sintomatología negativa, todos experimentaron una mejoría, pero las diferencias entre los grupos no fueron estadísticamente significativas.

Esta misma línea de investigación fue seguida por Rabin et al. (2018), quienes estudiaron el efecto de mantenerse abstinentes durante 28 sobre la sintomatología psicótica en un grupo de pacientes psicóticos dependientes del cannabis. Sin embargo, en este periodo de tiempo, no se encontraron diferencias significativas en la severidad de los síntomas, pues las puntuaciones del PANSS se mantuvieron intactas sin importar el estado de abstinencia.

Por su parte, Ouellet-Plamondon et al. (2017) estudiaron el efecto de varias sustancias sobre la evolución de los síntomas. Con respecto al cannabis, los resultados señalan la existencia de una relación significativa entre el consumo de marihuana y el empeoramiento de la sintomatología positiva en los pacientes con PEP, pero no en la dimensión negativa.

Setién-Suero et al. (2019) llevaron a cabo un estudio longitudinal de 10 años de duración. En la evaluación inicial, los datos mostraban una mayor severidad de la sintomatología positiva, de la dimensión desorganizada y de la psicopatología general en los fumadores de cannabis frente a los no fumadores. En la evaluación final, se observó una mejora en la sintomatología de los distintos grupos (fumadores, no consumidores y exfumadores). Sin embargo, esta era menos notable en el grupo de fumadores persistentes, quienes presentaban una mayor severidad en los síntomas. En el caso de la sintomatología negativa, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ni al inicio ni tras los diez años de seguimiento.

Los diferentes patrones de consumo también fueron investigados en el trabajo de Toftdahl et al. (2016). De este modo, se clasificaron los participantes en 4 grupos según su consumo: “uso menor”, “uso moderado”, “uso elevado pero en reducción” y “uso severo”. Los resultados mostraron que el grupo con mayor consumo, el severo, mostraba síntomas psicóticos (positivos y negativos) más severos tanto en la línea base como durante el seguimiento. De modo específico, el grupo de “uso elevado pero en reducción” fue el que presentó una mejoría más notable, por lo que el cese del consumo podría reportar beneficios clínicos en esta población; seguido de los grupos “uso menor” y “uso moderado”, con una modesta reducción sintomatológica; mientras que los participantes con “uso severo” mantuvieron estables sus síntomas a lo largo del tiempo, aunque los síntomas negativos incluso empeoraron con el tiempo. Sorprendentemente, el grupo de “uso menor” fue el segundo con peores puntuaciones en el PANSS negativo.

En otra línea, de Vos et al. (2020) realizaron un trabajo centrado en aspectos cognitivos, pero sus datos también revelan que aquellos participantes que habían consumido cannabis en los 30 días previos a la evaluación mostraban mayor sintomatología positiva que los no consumidores. Sin embargo, los participantes que no fumaban presentaban más síntomas negativos que los fumadores.

En paralelo, el consumo de cannabis también ha sido relacionado con sintomatología depresiva en pacientes psicóticos en varios trabajos de investigación. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Rabin et al. (2018), en el que estudiaron el efecto de mantenerse abstinente durante 28 días sobre los síntomas de personas con esquizofrenia dependientes del cannabis. Así, aunque no se encontraron mejoras en la sintomatología psicótica, se observó

una notable reducción en las puntuaciones de depresión entre los abstinentes frente aquellos que recayeron en el consumo.

Por su parte, Ouellet-Plamondon et al. (2017) hallaron que los consumidores persistentes de marihuana de su muestra mostraban un incremento de la gravedad de los síntomas depresivos a lo largo del seguimiento.

Resultados similares fueron obtenidos por Barrowclough et al. (2015), cuyos datos tampoco identifican una relación entre el cannabis y los síntomas psicóticos, pero sí un empeoramiento de la sintomatología depresiva. Sin embargo, no se halló una relación dependiente de la dosis, de modo que incrementar la cantidad consumida no implicaba un empeoramiento de la depresión.

Finalmente, en este mismo trabajo de Barrowclough et al. (2015) los resultados también señalaron una influencia negativa del consumo sobre la ansiedad, con una relación dependiente de la dosis. De este modo, fumar marihuana se asociaba con mayores niveles de ansiedad, que se incrementaron a la par que la cantidad consumida.

2. Impacto funcional y cognitivo.

En el presente subapartado se resumen los resultados obtenidos por diversos autores en su estudio sobre el impacto del cannabis sobre dos importantes variables: el funcionamiento (social y/o general) y la cognición de los pacientes psicóticos.

De este modo, en su estudio longitudinal, Coutinho et al. (2019) encontraron que, en la línea base de su estudio, existe una relación entre la cantidad de días consumiendo cannabis el último mes y las dificultades en el funcionamiento global, de modo que a más días de consumo, peor es esta variable. Sin embargo, esta relación no continuó siendo significativa en el seguimiento de 10 semanas.

Por su parte, Levi et al. (2023) hallaron que los participantes de su estudio que consumían cannabis mostraban un deterioro en su funcionamiento social a lo largo del año de seguimiento. El análisis de variables detectó la pérdida de control como mediador de esta relación, de modo que las personas consumidoras tienen menor capacidad de control, lo que deriva en un peor funcionamiento social.

En una línea similar, un peor funcionamiento psicosocial fue hallado por Seddon et al. (2016) en aquellos participantes de su estudio que continuaban consumiendo marihuana en el mes 12.

Otro trabajo reciente fue el estudio longitudinal llevado a cabo por D'Andrea et al. (2024), de 5 años de duración. En el mismo, distinguieron 5 grupos entre sus participantes, en función de su evolución clínica y el uso de marihuana. De este modo, el primer grupo no consumía cannabis durante el seguimiento y su funcionamiento social mejoró con el tiempo, pero todavía no alcanzaba la remisión. El segundo incluye a los participantes no consumidores en remisión parcial, que también muestran una mejoría en su funcionamiento social. El tercer grupo lo conforman sujetos en proceso de reducir su consumo de cannabis que, a pesar de haber consumido en el pasado, muestran una remisión y una mejoría similar a la del segundo grupo. En su caso, el cuarto grupo incluye a los participantes con un consumo severo y continuado de cannabis. Estos no alcanzaron ningún tipo de remisión, y son los que menos mejoría presentan en el funcionamiento social. Además, presentan los mayores niveles de sintomatología psicótica y el peor funcionamiento en la evaluación inicial. Finalmente, el quinto grupo se compone de participantes con un consumo muy bajo, y decreciente, al inicio del estudio. Presentan la mayor mejoría a nivel de funcionamiento tras el seguimiento. En definitiva, los consumidores persistentes presentaban la peor trayectoria a nivel funcional; mientras que los participantes que cesaban el consumo presentaban mejorías notables, incluso mejor que aquellos que no eran fumadores previamente.

El funcionamiento social fue estudiado por González-Blanch et al. (2015), quienes desarrollaron estudiaron la evolución a lo largo del tiempo de esta variable en pacientes con un PEP, diferenciando entre los consumidores de cannabis y los no consumidores; realizando un seguimiento de 30 meses. En primer lugar, no se encontraron diferencias entre los participantes que consumían cannabis y los que no ni en la línea base, ni en los primeros 6, 12 y 18 meses. Sin embargo, a partir de los 24 meses los consumidores presentaban un funcionamiento social significativamente menor que los no fumadores. Además, esta diferencia entre grupos se mantuvo significativa al final del estudio. A lo largo del tiempo, observaron que el funcionamiento social de los no fumadores mejoraba naturalmente, mientras que los consumidores se estancaron, sin mejoras desde la primera medición. Por tanto, los resultados sugieren que los pacientes PEP muestran diferentes trayectorias en su funcionamiento social según su consumo de cannabis.

Resultados similares fueron obtenidos por Waterreus et al. (2023) en uno de sus trabajos, con 371 participantes con trastorno psicótico seguidos durante 5 años, que tenía por objetivo comparar los perfiles funcionales y sintomáticos de aquellos que consumían cannabis y aquellos que cesaron el consumo. Así, al final del estudio, los participantes que dejaron de usar cannabis mostraron una mejora en su funcionamiento, frente a los consumidores, que tuvieron un leve empeoramiento no significativo.

En el caso de Barrowclough et al. (2015), llevaron a cabo un estudio para identificar el impacto de consumir cannabis en el curso de la esquizofrenia, incluyendo el funcionamiento. Estos autores no encontraron una relación significativa entre el uso de marihuana y el funcionamiento; sin embargo, hallaron que el cese del consumo se relacionaba con una mejoría en el funcionamiento global de los participantes.

Por su parte, Setián-Suero et al. (2019) también estudiaron la evolución del nivel de funcionamiento de una muestra de pacientes psicóticos a lo largo de diez años. Sus resultados concluyen que los participantes con un consumo continuado de cannabis presentaban un empeoramiento del funcionamiento social en comparación con los no consumidores. Además, observaron que aquellas personas que dejaron de consumir a lo largo del seguimiento mostraron niveles de funcionamiento social similares a los participantes que nunca habían fumado, por lo que el cese reporta beneficios en este ámbito.

En el trabajo de Scheffler et al. (2021), los participantes consumidores de cannabis también presentaban un funcionamiento social y ocupacional más pobre que los no consumidores, tanto en la medición realizada en la línea base como a los 24 meses de seguimiento.

van der Meer et al. (2015) realizaron un estudio longitudinal de 3 años, en el que compararon el curso del trastorno psicótico de diferentes grupos de participantes: consumidores persistentes de cannabis, personas que comenzaron el consumo recientemente, personas que dejaron de consumir y no consumidores. De este modo, en la línea base, los fumadores persistentes y los nuevos consumidores eran los que mostraban un menor funcionamiento. De modo específico, encontraron que la variable de frecuencia de uso funcionaba como un mediador en esta relación en el grupo de consumidores persistentes, de modo que aquellos participantes que fumaban diaria o semanalmente presentaban un peor funcionamiento.

En su caso, Ouellet-Plamondon et al. (2017) llevaron a cabo un estudio sobre el impacto de diferentes sustancias sobre la esquizofrenia (alcohol, cannabis, psicoestimulantes, etc.). Así, hallaron que el consumo persistente de cannabis se asociaba con un deterioro en el funcionamiento a lo largo del tiempo.

Finalmente, otro tema abordado por la investigación ha sido el efecto de consumir cannabis sobre la cognición de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia. En el caso de Setién-Suero et al. (2019), estudiaron este tema mediante un estudio longitudinal de 10 años. En el mismo, encontraron que en la evaluación inicial los consumidores de cannabis presentaban una menor velocidad de procesamiento frente a los no fumadores. A lo largo del seguimiento, todos los grupos (fumadores, no consumidores y exconsumidores) presentaron mejorías en su funcionamiento cognitivo, y no se hallaron diferencias significativas entre grupos en ningún dominio.

Resultados similares fueron obtenidos en el estudio de de Vos et al. (2020), en el que el análisis de los datos neuropsicológicos entre consumidores y no consumidores no reveló diferencias significativas entre grupos.

Por su parte, Setién-Suero et al. (2022) se centraron específicamente en el impacto de esta sustancia sobre los procesos atencionales en pacientes psicóticos. En la evaluación inicial, se observaron diferencias en el rendimiento atencional entre consumidores y no consumidores, mostrando un mejor desempeño los fumadores. Para el seguimiento, los participantes se dividieron en tres grupos: consumidores, participantes que cesaron el consumo y aquellos que nunca habían fumado cannabis. Tras los 3 años de estudio, los no consumidores fueron los que mostraron una mayor mejoría, incluyendo la atención selectiva y la atención alternante. Sin embargo, aquellos participantes que cesaron el consumo también presentaron un gran progreso en su desempeño, con puntuaciones cercanas a los no consumidores. Los fumadores persistentes mostraron un menor desarrollo de sus capacidades atencionales a largo plazo.

3. Recaídas.

Otro factor que ha sido relacionado por la investigación con el consumo de cannabis son las recaídas en las personas con esquizofrenia. Así, estas se entienden como la necesidad de volver a ingresar en el hospital tras un empeoramiento del curso del trastorno.

Los autores Levi et al. (2023) se interesaron por este tema en un trabajo reciente. En el mismo, encontraron una relación positiva entre consumir cannabis y el riesgo de sufrir una recaída. Además, el análisis reveló un efecto dependiente de la dosis, es decir, a mayor consumo de marihuana mayor riesgo de recaída.

Por su parte, Bioque et al. (2022) llevaron a cabo un estudio longitudinal, con el objetivo de realizar un seguimiento de una cohorte de 119 participantes en remisión tras un PEP y comparar aquellos que sufrieron una recaída de los que se mantuvieron en remisión, para identificar factores influyentes. Analizaron variables como el tratamiento psicológico y farmacológico recibidos, pero también en el consumo de sustancias. De este modo, los participantes consumidores de marihuana eran significativamente más abundantes en el grupo que experimentó una recaída durante los tres años de seguimiento.

En su caso, Schoeler et al. (2016c) fueron un paso más allá, y estudiaron el efecto del cannabis sobre el riesgo de experimentar una recaída, considerando tanto la frecuencia de consumo como el tipo de marihuana usada. De este modo, encontraron que el grupo de participantes que consumía con alta frecuencia y que fumaba cepas de cannabis más potentes, tipo skunk, tenía mayor probabilidad de sufrir una recaída. Además, estos sujetos eran los que tardaban un menor tiempo en presentar una recaída. Estos eran seguidos del grupo de participantes que consumían de forma continuada pero cepas de baja potencia. A continuación, se encontraban los fumadores de skunk pero en baja frecuencia. Finalmente, los que tardaron más en tener una recaída fueron los no-consumidores.

Este mismo autor desarrolló otro trabajo relacionado con las recaídas. En este caso, los resultados también mostraron un mayor riesgo de recaída en los participantes con un consumo continuado a lo largo del estudio. Además, el consumo tenía una relación positiva significativa con el número de recaídas, la duración de estas, la intensidad de cuidados requerida y el tiempo hasta que la recaída tenía lugar (Schoeler et al., 2017).

Por su parte, en el trabajo de Barrowclough et al. (2015), no encontraron que el consumo de cannabis tuviese ningún impacto significativo sobre el riesgo de sufrir una recaída en personas con esquizofrenia.

Otro estudio longitudinal de interés fue el de Scheffler et al. (2021), con una duración de 2 años, cuyos resultados indican que los participantes que consumían marihuana

presentaron mayor número de recaídas, incluso más del doble, que los no-consumidores durante el seguimiento.

También van der Meer et al. (2015) identificaron en su trabajo un mayor número de recaídas en los consumidores persistentes de cannabis, en comparación con los no fumadores y con aquellos participantes que dejaron de usarlo, que presentaron significativamente menos recaídas. Además, los participantes que comenzaron a fumar recientemente durante el seguimiento presentaron más recaídas que los dos grupos mencionados previamente (exfumadores y no fumadores), pero menos que los fumadores persistentes.

En una línea similar, en los resultados obtenidos por Schoeler et al. (2016a) también se encontraron diferencias en el riesgo de recaída en función del consumo de marihuana. Así, se compararon tres grupos: los no consumidores, con un 28.5%; aquellos participantes con un consumo intermitente, con un 36%; y los consumidores persistentes, con la mayor puntuación, con un 59.1% de riesgo de recaída. Además, también observaron que esta relación era dependiente de la dosis, de modo que al incrementar el consumo se aumentaba también el riesgo. También se interesaron por la dirección de la relación entre el consumo de cannabis y la recaída, concluyendo que se trataba de un efecto unidireccional, en el que fumar marihuana predice la recaída, y no al revés.

En su caso, Hyatt et al. (2024) siguieron a un grupo de personas con un PEP durante un año tras el alta hospitalaria, y detectaron que aquellos que habían referido consumir cannabis en el último contacto con los servicios de cuidados presentaban un mayor riesgo de recaída. Así, calcularon una probabilidad de recaída del 42.2% en los consumidores, en comparación con un 18.5% en los no fumadores.

4. Adherencia.

En este subapartado, nos centraremos en los resultados hallados respecto a la relación entre consumir marihuana y la adherencia al tratamiento de las personas con esquizofrenia, un factor muy importante para un curso clínico favorable a largo plazo.

El estudio de Levi et al. (2023) en torno a la relación entre el cannabis y la recaída en los trastornos psicóticos cuenta con una segunda parte, dedicada al papel de la adherencia a la medicación en esta asociación. Así, hipotetizaron que la adherencia podría ser un mediador, de modo que el cumplimiento de la medicación reduciría el riesgo de recaída incluso si los

participantes consumen marihuana. Sin embargo, los resultados mostraron que la adherencia no influía significativamente en la probabilidad de recaída, de modo que, incluso los pacientes que cumplían con el tratamiento prescrito presentaban mayor riesgo de recaída al consumir cannabis. A pesar de esto, es cierto que los consumidores no adherentes presentan un riesgo incluso mayor. Aun así, fumar marihuana incrementa la posibilidad de experimentar una recaída, tanto en personas adherentes como no-adherentes. Por otro lado, los análisis revelaron que el consumo precedía a la falta de cumplimiento, y no al revés, lo que se asociaba a un posterior empeoramiento clínico.

En esta misma línea, Schoeler et al. (2017) también encuentran un papel mediador parcial de la adherencia en la asociación entre el consumo de marihuana y la recaída. De este modo, el riesgo de requerir una nueva hospitalización era mayor en las personas con un consumo continuado que no eran adherentes o que tomaban la medicación prescrita de forma irregular.

En otro de sus trabajos, Schoeler et al. (2016a) hallaron que los pacientes psicóticos que consumían marihuana presentaban peores niveles de adherencia. De este modo, los no consumidores presentaban mayor adherencia que los participantes que fumaban de forma intermitente, quienes eran más adherentes que los fumadores persistentes.

Desde otra perspectiva, Vega, Acosta y Saavedra (2021) se centraron en estudiar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes psicóticos, y los resultados de su trabajo identifican el consumo de cannabis como una variable significativa.

Por su parte, los autores Ouellet-Plamondon et al. (2017) compararon el efecto de varias sustancias (alcohol, psicoestimulantes, policonsumo, cannabis...) sobre el curso de la esquizofrenia. En el caso del cannabis, los resultados también señalan que los pacientes con un PEP que consumen cannabis son los menos adherentes al tratamiento farmacológico durante los 2 años de duración del estudio.

Finalmente, Colizzi et al. (2016) también estudiaron el efecto de varias drogas sobre una muestra de pacientes con un PEP. Los resultados de su estudio longitudinal, de un año de duración, también señalan el consumo de cannabis como un factor asociado a una baja adherencia a la medicación.

5. Otros resultados relevantes.

En este último subapartado se presentan hallazgos adicionales de este campo de investigación, que, aunque no sean los más destacados o representados, también incrementan los conocimientos sobre el tema abordado.

Así, además de la sintomatología y las recaídas, se ha investigado el impacto del cannabis sobre las conductas de los pacientes psicóticos, interesándose autores como Beaudoin et al. (2020) en los **comportamientos violentos**. Así, sus resultados indican la existencia de una relación significativa entre el consumo persistente de cannabis y las conductas violentas, incluso al controlar otras variables como el uso de alcohol y drogas psicoestimulantes. Además, los datos muestran que se trata de una relación unidireccional en la que fumar marihuana deriva en un incremento de las conductas violentas, mientras que tener conductas violentas no predice ser usuario de cannabis.

Por otro lado, Scheffler et al. (2021) no encontraron influencia del consumo de cannabis sobre la **calidad de vida** de las personas con un trastorno psicótico.

En el caso de Hyatt et al. (2024), se interesaron por los factores que predicen la **participación en el servicio de seguimiento** tras el alta hospitalario de los pacientes con un PEP. Así, el análisis de los datos reflejaba que los participantes que referían consumir cannabis en el momento del alta tenían un 17,9% menos de probabilidades de participar en el seguimiento. De este modo, se calculaba un 32,8% de participación en los no consumidores y un 14,9% en los fumadores.

Las **hospitalizaciones** también han sido un factor considerado en la investigación de algunos autores al estudiar el curso de la esquizofrenia. De este modo, Ouellet-Plamondon et al. (2017) muestran en los resultados de su estudio sobre el impacto del cannabis en el curso clínico, que los consumidores de esta sustancia presentaban mayor cantidad de visitas a los servicios de emergencias y hospitalizaciones. Sin embargo, estos datos no fueron estadísticamente significativos debido al pequeño tamaño de la muestra.

Sin embargo, en el caso de Barrowclough et al. (2015), los resultados de su trabajo no identifican una asociación entre el consumo de cannabis y las hospitalizaciones.

Finalmente, Colizzi et al. (2016) investigaron el impacto del consumo de cannabis sobre el progreso del trastorno durante un año en pacientes con PEP. Así, los resultados de su

trabajo reflejan que la conducta de fumar se asociaba con una mayor probabilidad de no alcanzar la **remisión** durante el año de seguimiento. De todos modos, se propone que la adherencia farmacológica también podría actuar como variable mediadora entre el consumo y la remisión.

Discusión

En la actualidad, el consumo de cannabis muestra una alta prevalencia entre las personas con un trastorno psicótico. Este tipo de pacientes presenta un peor curso del trastorno, con un incremento de la sintomatología clínica, un peor funcionamiento, mayor número de recaídas y una menor adherencia al tratamiento, entre otras.

Para esta Discusión, comentaremos los hallazgos siguiendo el orden establecido en el apartado de Resultados.

1. Síntomas clínicos principales.

En este subapartado abordamos distintas manifestaciones clínicas, incluyendo la sintomatología psicótica, así como los síntomas depresivos y ansiosos. Dentro de la temática de nuestro trabajo, este es el aspecto más estudiado, siendo el que cuenta con un mayor número de referencias en la bibliografía que hemos revisado.

La sintomatología es un aspecto clave en la evolución y en la calidad de vida de las personas que lo padecen. Por tanto, conocer cómo afecta el consumo de cannabis a estos síntomas es de gran relevancia para garantizar el mejor pronóstico de los pacientes, tener conocimientos sobre la magnitud de su efecto y desarrollar estrategias de tratamiento y de prevención de ser necesario.

De este modo, en primer lugar nos centraremos en la sintomatología psicótica, tanto positiva como negativa. Los autores consultados obtuvieron resultados muy variados en sus estudios, por lo que, a pesar de su importancia, sigue siendo uno de los temas de investigación con menos consenso.

Así, los autores Seddon et al. (2016), Toftdahl et al. (2016), D'Andrea et al. (2014) obtuvieron en sus resultados datos que apoyaban la hipótesis de que el consumo de cannabis empeoraba la sintomatología psicótica, positiva y negativa.

Por su lado, Levi et al. (2013), van der Meer et al. (2015), Ouellet-Plamondon et al. (2017), Setién-Suero et al. (2019) y de Vos et al. (2020) encontraron que el consumo

persistente de cannabis a lo largo de sus estudios se relacionaba con un incremento únicamente de los síntomas positivos, pero no afectaba a los negativos.

En contraposición, una exacerbación exclusivamente de los síntomas negativos fue encontrada por el grupo de Ihler et al. (2023), en específico de la dimensión “expresión disminuida”.

Por otra parte, los estudios de Coutinho et al. (2019), Barrowclough et al. (2015) y Scheffler et al. (2021) negaron la existencia de un efecto significativo del consumo de cannabis sobre las manifestaciones clínicas, de modo que ni los síntomas positivos ni negativos presentaron variaciones notables a lo largo del tiempo en los participantes consumidores incluidos. En cuanto a Ihler et al. (2021), se centraron exclusivamente en estudiar los síntomas negativos de apatía y expresión disminuida, sin embargo no encontraron efecto de consumir cannabis sobre estas dimensiones.

Finalmente, en la bibliografía revisada se plantea otra perspectiva de investigación centrada en el impacto de la abstinencia sobre el curso de la esquizofrenia. En este caso, Waterreus et al. (2023) observaron cómo las personas que abandonaron el consumo mejoraron sus síntomas positivos, concretamente el número de alucinaciones, en comparación con aquellos que continuaron fumando. Al respecto de los síntomas negativos, se produjo una leve mejoría en los abstinentes pero no alcanzó niveles significativos. Por su parte, Rabin et al. (2018) no encontraron cambios significativos de la abstinencia de cannabis sobre la sintomatología de los participantes, aunque el seguimiento fue muy breve con una duración de 28 días.

A este respecto, consideramos que el consumo de cannabis se asocia con un posible empeoramiento de la clínica psicótica dada nuestra experiencia. El autor Seddon et al. (2016) justifica la exacerbación de los síntomas por la interferencia de la sustancia en la metabolización de las medicaciones antipsicóticas, junto al incremento de la probabilidad de baja adherencia entre los consumidores.

De este modo, barajamos que el cannabis puede afectar a los síntomas de las personas con esquizofrenia debido a varios motivos. Por un lado, a causa de los propios efectos del consumo sobre la neurotransmisión y el funcionamiento cerebral implicado en el curso del trastorno. También mediante la falta de adherencia, como plantean los autores, al reducirse las capacidades de llevar una toma regular de los antipsicóticos debido al estado derivado del

consumo o al considerar que el efecto del cannabis es beneficioso y que no requieren continuar con el tratamiento. Finalmente, consideramos que el consumo también puede interferir en la eficacia o la metabolización de los medicamentos, reduciendo o suprimiendo su efecto, por lo que sería interesante investigar el impacto de la marihuana sobre los fármacos que se emplean en la actualidad.

En resumen, todo esto puede llevar a una exacerbación o desestabilización de la sintomatología, debido al papel del cannabis tanto en un mal manejo de la clínica del trastorno y/o sobre cambios neurológicos que afecten al trastorno.

En lo referente a la sintomatología depresiva, todos los estudios que hemos revisado (Barrowclough et al., 2015; Levi et al., 2023; Ouellet-Plamondon et al., 2017; Rabin et al., 2018) coinciden en sus resultados, identificando una asociación entre el consumo de cannabis y el agravamiento de los síntomas depresivos en pacientes psicóticos. Desde nuestro punto de vista, estos hallazgos se explican teniendo en cuenta los efectos del cannabis sobre las personas. Así, la sensación de desmotivación que genera esta droga puede derivar en un empeoramiento del funcionamiento, un mayor retraimiento social y una pérdida de interés por las actividades, lo que deriva en un deterioro del estado de ánimo. Por otro lado, consumir se asocia con un peor curso clínico, con mayor sintomatología, más recaídas, etc., lo que generaría en los pacientes sentimientos de frustración y desesperanza, agravando los síntomas depresivos.

Lo mismo ocurre en el caso de la ansiedad, concordando los resultados de toda la bibliografía revisada (Barrowclough et al., 2015; Levi et al., 2023) en la existencia de una asociación significativa positiva entre fumar marihuana y la sintomatología ansiosa. Consideramos que el aumento de la ansiedad se relaciona con el propio efecto del tetrahidrocannabinol (THC) en el organismo, pero puede que también se relacione con la intensificación de las alucinaciones y delirios, que podrían derivar en miedo, nerviosismo o ansiedad en la persona consumidora. Además, si al consumir se producen sensaciones desagradables como temblores o taquicardias, estas podrían contribuir también a una mayor sensación de ansiedad.

2. Impacto funcional y cognitivo.

En este subapartado se incluyen dos variables importantes, como son el funcionamiento psicosocial, que comprende la capacidad de interactuar con los demás y

desempeñarse de modo independiente; y el funcionamiento cognitivo, referido a habilidades tan relevantes para llevar una vida normalizada como la atención y la memoria, entre otras.

En lo que respecta al funcionamiento psicosocial, gran parte de la bibliografía revisada encuentra en sus resultados una asociación entre el consumo de cannabis y un peor funcionamiento psicosocial al compararlos con pacientes no consumidores. Estas conclusiones fueron obtenidas por autores como Levi et al. (2023), Seddon et al. (2016), D'Andrea et al. (2024), González-Blanch (2015), Setién-Suero et al. (2019), Scheffler et al. (2021), van der Meer et al. (2015) y Ouellet-Plamondon et al. (2017).

Sin embargo, otros investigadores difieren respecto a estos resultados, pues los resultados del trabajo de Barrowclough et al. (2015) no hallaron una relación entre el consumo y el funcionamiento de los pacientes. Por su parte, Waterreus et al. (2023) sí apreciaron un leve empeoramiento del funcionamiento psicosocial de los participantes que consumían, pero los análisis revelaron que esta relación no era realmente significativa. Finalmente, en el caso de Coutinho et al. (2019), encontraron una relación significativa entre un peor funcionamiento y fumar marihuana en la línea base del estudio, pero esta significación se mantuvo a lo largo del seguimiento.

A pesar de esto, Barrowclough et al. (2015) y Waterreus et al. (2023) observaron en sus resultados que el abandono del consumo se relacionaba con una mejoría en el funcionamiento de los pacientes. Estos resultados también fueron hallados por Setién-Suero et al. (2019), por lo que la perspectiva del impacto del abandono del consumo también ha sido investigada en alguno de los artículos revisados, obteniendo resultados positivos a tener en cuenta.

Desde nuestro punto de vista, la hipótesis de que el consumo de cannabis se asocia a un peor desempeño psicosocial parece viable. Así, D'Andrea et al. (2024) señalan como posibles explicaciones que el consumo exacerbaría los síntomas y, además, afectaría negativamente a las habilidades cognitivas necesarias para un buen rendimiento social.

Respecto a estas afirmaciones, consideramos que la primera podría relacionarse con el incremento de los delirios de perjuicio, dificultando las relaciones con otros y aumentando la desconfianza; así como empeorando la sintomatología afectiva, depresiva y ansiosa, de modo que las personas tengan mayores inconvenientes para pasar tiempo con otras personas. Respecto a las habilidades cognitivas, si alguna tan básica como la atención o la memoria se

viesen afectadas, también se dificultará llevar una vida social normalizada. Lo mismo ocurre si se deteriora la capacidad de inhibición, necesaria para tener un comportamiento social adecuado. A esta capacidad podrían referirse Levi et al. (2023), cuando indicaron que las dificultades psicosociales halladas en los consumidores participantes de su estudio estaban mediadas por un incremento en la “pérdida de control”.

A mayores, proponemos otra hipótesis explicativa de esta asociación: el impacto de fumar cannabis sobre la motivación de las personas, puesto que es conocido que los consumidores presentan menos motivación o incluso pueden adquirir el “síndrome amotivacional”. Por tanto, esto podría explicar un peor funcionamiento social al no tener disposición para relacionarse con otras personas y dejando de desarrollar las propias habilidades sociales.

En otro orden de ideas, el impacto del consumo sobre el funcionamiento cognitivo de los pacientes psicóticos también ha sido objeto de estudio de algunos autores. En este caso, tanto Setién-Suero et al. (2019) como de Vos (2020) no hallaron diferencias significativas en el funcionamiento cognitivo al comparar fumadores y no-fumadores. En el caso de Setién-Suero et al. (2022), se centraron en investigar la capacidad atencional, hallando que los consumidores eran los que menores mejoras mostraban comparado con los no-fumadores o los ex-fumadores.

A este respecto, los resultados obtenidos discrepan de lo que esperábamos. En la población general, el consumo de cannabis se asocia con un deterioro de capacidades como la atención, la memoria y la velocidad de procesamiento, entre otras; por lo cual hipotetizamos que también impactaría las habilidades de las personas con esquizofrenia. Además, trabajos centrados en identificar factores implicados en la falta de adherencia señalan el consumo de cannabis como un factor importante, al incidir en las habilidades cognitivas de los pacientes para seguir la toma de la medicación de modo independiente.

De este modo, el estudio de Setién-Suero et al. (2019) cuenta con 10 años de seguimiento, siendo este un estudio con una duración considerable, por lo que sus resultados son relevantes. Sin embargo, no distingue la cantidad ni el tipo de cannabis consumido durante estos años, y excluye a personas con dependencia del cannabis, perdiéndose mucha información sobre el impacto del consumo agudo y problemático sobre la cognición. Además, las evaluaciones se realizaron con mucha distancia temporal, de modo que los datos

referentes al periodo entre los 3 y los 10 años se recogen de forma retrospectiva, perdiendo posiblemente mucha información. De cualquier forma, es un área de investigación en la que se puede continuar indagando, debido a la falta de resultados concluyentes.

3. Recaídas.

El tercer subapartado propuesto es el referido a las recaídas, entendidas como ingresos hospitalarios por empeoramiento del curso del trastorno.

En esta variable, encontramos consenso entre prácticamente todos los artículos revisados, puesto que solamente uno de los autores difiere en sus resultados. Así, la mayoría hallaron una asociación entre el consumo de cannabis y el incremento del riesgo de sufrir una recaída. En muchos de ellos, incluso encontraron una relación dependiente de la dosis, de modo que a mayor consumo más aumenta este riesgo; un menor tiempo entre recaídas en consumidores; mayor intensidad de los cuidados necesarios durante la recaída de los fumadores; y mayor número de recaídas en los pacientes que usan marihuana (Bioque et al., 2022; Hyatt et al., 2024; Levi et al., 2023; Scheffler et al., 2021; Schoeler et al., 2016a; Schoeler et al., 2016c; Schoeler et al., 2017; van der Meer et al., 2015).

Por su parte, Barrowclough et al. (2015) obtuvieron resultados diferentes, al no encontrar asociación entre el consumo y el riesgo de recaída en su estudio. En una línea similar, Ouellet-Plamondon et al. (2017) no encontraron una relación significativa entre el consumo y un mayor número de hospitalizaciones.

A este respecto, consideramos que es posible que el consumo de cannabis se asocie con un mayor riesgo de recaída. Así, consumir esta sustancia produce un impacto negativo sobre el curso del trastorno, exacerbando los delirios y las alucinaciones, por lo que es posible que se incremente la probabilidad de requerir un ingreso hospitalario. Además, el consumo ha sido asociado en numerosos estudios con una reducción de la adherencia al tratamiento, como se comentará en el subapartado siguiente, lo que puede incrementar el riesgo de presentar una recaída o un nuevo brote.

4. Adherencia.

Otro factor importante al hablar del manejo de la esquizofrenia es la adherencia, entendida como la toma de la medicación antipsicótica pautaada. El consumo de sustancias ha

sido identificado como una variable relacionada con la falta de adherencia, incluido el cannabis.

A este respecto, hallamos consenso entre los resultados de la bibliografía revisada. Así, los autores Colizzi et al. (2016), Ouellet-Plamondon et al. (2017), Schoeler et al. (2016a) y Vega et al. (2011) concluyeron en sus respectivos trabajos que el consumo de cannabis se relaciona con una reducción significativa de la adherencia al tratamiento.

En este subapartado también se cuestiona si la adherencia actúa como variable mediadora en la relación entre consumo y recaída. Así, se incluyen dos estudios con resultados discrepantes. Por un lado, Levi et al. (2023) no hallaron diferencias significativas en el riesgo de recaída al comparar pacientes adherentes y no adherentes. Sin embargo, Schoeler et al. (2017) encontraron que las recaídas eran mayores en los pacientes no adherentes o parcialmente adherentes, por lo que identificaron la adherencia como un mediador parcial en esta relación.

Creemos que la adherencia puede verse afectada por el consumo por múltiples motivos. Por un lado, el uso de cannabis afecta a la cognición, por lo que habilidades como la memoria o la planificación podrían verse mermadas y dificultar seguir el tratamiento de forma continuada. Otro motivo puede ser la exacerbación de la sintomatología positiva, generando o incrementando delirios de perjuicio hacia la medicación o los profesionales sanitarios. Por otra parte, la interacción entre el consumo y la medicación puede generar efectos adversos no deseados, que generan malestar y pueden derivar en un abandono del tratamiento para evitarlos.

Cabe añadir que, en línea con la investigación sobre el poder mediador, tratar de asegurar la adherencia de los pacientes consumidores puede ser una alternativa para paliar parcialmente los efectos del consumo sobre el curso del trastorno. Por tanto, consideramos interesante seguir estudiando la existencia de este papel mediador como medida protectora al elevado uso de cannabis en esta población.

5. Otros resultados relevantes.

En este último subapartado presentamos hallazgos que, aunque no se incluyen en las cuatro categorías principales, consideramos relevantes para este trabajo. La mayoría de estos resultados han sido explorados en un único estudio, por lo que su interpretación debe

realizarse con cautela. No obstante, aportan información adicional que puede contribuir a una comprensión más amplia de la temática analizada.

Referente a los **comportamientos violentos**, Beaudoin et al. (2020) hallaron en sus resultados una relación entre el consumo persistente de cannabis y el incremento de las conductas violentas en personas con esquizofrenia.

La elevación de este tipo de comportamientos en consumidores es un aspecto relevante, teniendo en cuenta la elevada prevalencia de consumo en esta población. Además, la existencia de esta relación podría reportar consecuencias perjudiciales a nivel legal y de estigma en las personas con esquizofrenia. Consideramos que esta asociación podría relacionarse con la abstinencia de consumo, que se caracteriza con un aumento de la hostilidad y la irritabilidad en cualquier tipo de población. Otra hipótesis es que el cannabis podría afectar a la impulsividad de las personas, al incidir en la inhibición, derivando en una mayor probabilidad de mostrar violencia.

Por su parte, Scheffler et al. (2021) encontraron en su trabajo que el consumo de cannabis en pacientes psicóticos no influía significativamente sobre su **calidad de vida**.

Este hallazgo nos resultó sorprendente, puesto que muchos trabajos han identificado un peor curso del trastorno en fumadores. Así, consideramos poco probable que personas con un agravamiento de los síntomas clínicos (psicóticos, depresivos, ansiosos), un peor funcionamiento psicosocial y una mayor probabilidad de recaída, entre otros, no vean mermada su calidad de vida.

En el caso del estudio de Scheffler et al. (2021), midieron la calidad de vida durante su seguimiento de dos años, pero no fue una de las variables que más peso recibió en el estudio. De hecho, esta variable se evaluó con un único ítem y empleando únicamente la opinión subjetiva de los pacientes. Por tanto, podrían darse limitaciones en su medición. Dado lo anterior, es necesario seguir investigando este aspecto y desarrollar estudios centrados en este factor de forma más individual para alcanzar conocimientos más robustos.

En lo tocante al **uso de los servicios de seguimiento** tras el alta hospitalaria, Hyatt et al. (2024) concluyeron en los resultados de su trabajo que las personas que mostraban consumo presentaban una menor probabilidad de participar en el seguimiento.

El uso de los servicios de seguimiento es bajo entre todos los pacientes psicóticos, pero todavía se ve más reducido en los consumidores de cannabis. Entre las hipótesis que hemos barajado para justificar estos resultados se encuentra la sensación de los pacientes de un posible alivio temporal de los síntomas, por lo que infravaloran la necesidad de tratamiento y seguimiento profesional. Por otra parte, también puede tratarse del efecto negativo de la sustancia sobre los síntomas, incrementando los delirios de perjuicio, como comentamos en otro apartado, generando una desconfianza hacia médicos y sanitarios. Estos dos factores derivarían en absentismo a las citas programadas con sus profesionales de referencia.

Otro factor investigado es la **remisión** en los pacientes consumidores, entendida como la reducción y/o estabilización de los síntomas durante un periodo de tiempo concreto. A este respecto Colizzi et al. (2016) encontraron unos resultados que muestran que la probabilidad de remisión durante un año de seguimiento es menor en los fumadores de marihuana.

A este respecto, nos parece viable la conclusión alcanzada por el autor, puesto que el consumo de cannabis parece derivar en un agravamiento de la sintomatología psicótica, lo que dificulta alcanzar la estabilización clínica. Además, fumar esta sustancia se ha asociado con una mayor tasa de abandono del tratamiento, la previamente comentada “adherencia”, la cual es un factor clave para conseguir la remisión. Incluso la investigación ha asociado la falta de adherencia al impacto negativo del cannabis sobre las funciones cognitivas, dificultando la administración independiente y adecuada del tratamiento farmacológico, clave para estabilizar los episodios psicóticos.

Propuesta Aplicada

En base a la literatura revisada, el consumo de cannabis se constituye como un factor desfavorable para el curso y la evolución de la esquizofrenia. A pesar de los múltiples intentos de desarrollar programas de intervención dirigidos a esta problemática, gran parte de ellos no han logrado resultados favorables.

No obstante, en los últimos años se han hallado resultados prometedores. En particular, el programa diseñado por González-Ortega et al. (2022) logró resultados favorables al alcanzar una disminución significativa de la cantidad y la frecuencia de consumo de cannabis en el grupo experimental, frente al grupo control.

Por tanto, tomando como referencia esta propuesta y apoyándonos en la evidencia existente, a continuación presentamos una propuesta de intervención dirigida a reducir el consumo de cannabis en personas con trastorno psicótico. Este programa ha sido adaptado para ser aplicado en el contexto de una asociación destinada a personas con trastornos mentales graves.

1. Objetivos.

En nuestra intervención para pacientes psicóticos con consumo de marihuana los objetivos principales perseguidos son los siguientes:

- Reducir o cesar el consumo de cannabis en personas con un diagnóstico de esquizofrenia.

En cuanto a los objetivos específicos:

- Incrementar el conocimiento sobre los efectos del cannabis sobre el curso del trastorno.
- Reducir la exposición a estímulos o situaciones desencadenantes del consumo.
- Adquirir herramientas para el manejo de las manifestaciones fisiológicas y/o cognitivas del craving.

- Modificar creencias que fomentan o mantienen el consumo, remplazándolas por otras más adaptativas.
- Mejorar la capacidad para identificar y afrontar los problemas cotidianos.
- Adquirir habilidades sociales de asertividad y para rechazar invitaciones de consumo.
- Alcanzar la habituación psicológica a situaciones que generan ansias de consumir.
- Prevenir futuras recaídas tras la intervención.

2. Destinatarios.

El programa de intervención desarrollado se dirige a personas que cumplan una serie de criterios de inclusión:

- Posesión de un diagnóstico de esquizofrenia (según criterios del DSM-5 o CIE-11).
- Edad igual o superior a 18 años.
- Consumo habitual de cannabis al menos los últimos 6 meses.
- En una fase clínica estable, sin descompensación psicopatológica, sintomatología activa o grave que interfiera en la participación en el programa.

Por su parte, también se plantean ciertos criterios de exclusión:

- Posesión de diagnósticos psicopatológicos comórbidos.
- Consumo de otras drogas ilícitas además del cannabis.
- Deterioro cognitivo o enfermedades de origen orgánico que dificulten el seguimiento de la intervención.

3. Evaluación.

A lo largo del programa, se realizarán tres evaluaciones: una pre-intervención para seleccionar a los participantes y obtener información relevante; otra durante el programa mediante autorregistros; y, por último, una post-intervención para conocer la evolución de cada persona tras completar el tratamiento.

En un primer momento se emplearán los siguientes instrumentos:

1. Test de Screening del Abuso de Cannabis (CAST; Leglèye, Karila, Beck & Reynaud, 2007): Evalúa el consumo de cannabis y su impacto en diferentes áreas vitales y personales en los últimos 12 meses.
2. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler, 1987): Proporciona información sobre la sintomatología psicótica.

Un criterio necesario para la admisión en el programa es la estabilidad sintomatológica, por lo que este instrumento sirve para realizar un cribado pero también permite comparar los síntomas pre y post-intervención.

3. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996): Evalúa el estado de ánimo de una persona.

En el caso de nuestro programa, no se admiten a personas con trastornos comórbidos como la depresión al no contar con sesiones dedicadas a incidir sobre el estado del ánimo. Sin embargo, puede proporcionar información relevante sobre este aspecto, permitiendo conocer el estado inicial con la influencia del consumo y los niveles tras finalizar el tratamiento.

4. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982): Evalúa sintomatología ansiosa.

Como en el caso anterior, no se admiten personas con trastornos de ansiedad comórbidos en el programa, sin embargo puede aportar información para analizar la evolución de este aspecto.

5. Cuestionario de Preparación para el Cambio (Miller & Rollnick, 1991, adaptación española de Rodríguez-Martos et al., 2000): Instrumento que permite conocer la etapa de cambio en la que se encuentra un individuo.

En el contexto de nuestro programa, esta herramienta será empleada para conocer su motivación de cara a reducir o cesar el consumo de cannabis.

Durante el desarrollo del programa, se llevará a cabo una evaluación continua mediante autorregistros, que se detallan en el apartado 6 de desarrollo del programa.

Finalmente, tras la conclusión de la última sesión, se aplicarán de nuevo una serie de cuestionarios y escalas a los participantes para conocer su evolución a lo largo de las semanas y, además, conocer la eficacia del programa. Así, se aplicarán:

1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler, 1987).
2. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996).
3. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982).

La evolución en el consumo se obtendrá mediante el análisis de los autorregistros cubiertos por los participantes a lo largo del tratamiento.

4. Formato de intervención.

La propuesta de intervención diseñada consta de un total de 13 sesiones, llevadas a cabo con una periodicidad semanal y 1 hora y 30 minutos de duración. El formato de intervención es grupal, con un máximo de 8 participantes por grupo. Además de estas sesiones, se llevarán a cabo dos seguimientos -uno a los 3 meses, y otro a los 6 meses-, con un carácter grupal.

Además, a continuación se detallan los recursos requeridos para la aplicación del programa.

En cuanto a los recursos humanos, la intervención será desarrollada por una psicóloga general sanitaria. Por su parte, respecto a los recursos materiales se emplearán:

- Medios audiovisuales: ordenador, proyector, plataformas como Power Point o canva.
- Pizarra y tizas.
- Papel y bolígrafo a disposición de los participantes en todas las sesiones, para tomar notas y realizar actividades.
- Fichas y cuestionarios.
- Dado personalizado (Actividad de la Sesión 1).

Finalmente, las sesiones se desarrollarán en un aula de la asociación, con mesas y sillas dispuestas en “U”, orientadas hacia la pizarra y el proyector para garantizar una mejor visualización de las actividades y favorecer la participación y la interacción de los participantes.

5. Procedimiento.

En el contexto de una asociación destinada a las personas con trastorno mental grave, se ofertará un nuevo taller dirigido específicamente a usuarios con trastorno psicótico. De este modo, se elaborará un cartel informativo que será colocado en el comedor de la asociación para facilitar su visualización, y, a mayores, se acudirá a un par de talleres para ofrecer el servicio de forma oral.

Tras ofrecer la información sobre la existencia del nuevo taller, se pondrá a disposición de los usuarios interesados un formulario para anotarse.

A continuación, las personas apuntadas serán cribadas, con el objetivo de seleccionar los 8 usuarios que conformarán el grupo, al tratarse de un número limitado de participantes. En este momento, se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión previamente determinados.

Una vez formado el grupo, se iniciará el programa de intervención, en el aula seleccionada y empleando los recursos descritos en el apartado anterior.

6. Desarrollo del programa.

A continuación se presenta una tabla con el resumen de las sesiones (Tabla 1), incluyendo los objetivos y las actividades desarrolladas. Finalmente, la descripción detallada de cada sesión se recoge en el Anexo 2.

Tabla 1

Tabla-resumen del programa de intervención.

Sesión	Objetivos	Descripción	Tareas intersesión
1	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar la cohesión grupal.- Adquirir conocimientos sobre el trastorno.	<ul style="list-style-type: none">- Presentación de los objetivos y el contenido del programa.- Actividad 1. “Creando lazos”: presentaciones con una pregunta al azar entre 6 opciones disponibles.- Psicoeducación: Aspectos básicos referentes a la sintomatología, la adherencia al tratamiento y el estilo de vida.- Determinar los objetivos personales.	
2	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar la cohesión grupal.	<ul style="list-style-type: none">- Psicoeducación: Efectos del consumo de cannabis sobre el curso del trastorno. Factores de riesgo y protección.	<ul style="list-style-type: none">- Cubrir el autorregistro de consumo de cannabis.

	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conocimientos sobre el impacto del cannabis sobre la esquizofrenia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 2. “Una historia común”: Compartir datos básicos sobre la historia de consumo y los motivos de cambio. - Presentación del autorregistro de consumo de cannabis. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la exposición a estímulos o situaciones desencadenantes del consumo. - Modificar el estilo de vida hacia hábitos saludables. - Adquirir herramientas para el manejo de las manifestaciones fisiológicas y/o cognitivas del craving. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del autorregistro de consumo de cannabis. - Control de estímulos: Identificar estímulos desencadenantes y reducir la presencia de los mismos en la vida diaria de los usuarios. - Programación de actividades: Identificar actividades saludables para sustituir la conducta de fumar. - Entrenamiento en respiración profunda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir el autorregistro de consumo de cannabis. - Llevar a cabo las actividades saludables y gratificantes seleccionadas. - Práctica de la respiración profunda.

4	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la exposición a estímulos o situaciones desencadenantes del consumo. - Modificar el estilo de vida hacia hábitos saludables. - Modificar las creencias que favorecen o mantienen el consumo. - Adquirir herramientas para el manejo de las manifestaciones fisiológicas y/o cognitivas del craving. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del autorregistro de consumo de cannabis prestando atención a los estímulos desencadenantes. - Programación de actividades: Añadir actividades gratificantes. - Reestructuración cognitiva: identificación y refutación de mitos asociados al consumo. - Entrenamiento en respiración profunda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir autorregistro de consumo de cannabis. - Practicar respiración profunda. - Registrar creencias o pensamientos favorables al consumo a lo largo de la semana. - Llevar a cabo las actividades saludables y gratificantes seleccionadas.
5	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar el estilo de vida hacia hábitos saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del autorregistro de consumo de cannabis. - Revisión de la programación de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir autorregistro de consumo de cannabis.

	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar las creencias que favorecen o mantienen el consumo. - Adquirir herramientas para el manejo de las manifestaciones fisiológicas y/o cognitivas del craving. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Actividad 3. “Generando creencias útiles”. Modificar las creencias identificadas por cada participante. ○ Trampas del pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo las actividades saludables y gratificantes seleccionadas. - Practicar respiración profunda. - Registrar creencias o pensamientos favorables al consumo a lo largo de la semana.
6	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar las creencias que favorecen o mantienen el consumo. - Adquirir herramientas para el manejo de las manifestaciones fisiológicas y/o cognitivas del craving. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar autorregistro de consumo de cannabis. - Revisar el registro de creencias favorables o mantenedoras del consumo y refuerzo de la reestructuración. - Entrenamiento en técnicas de distracción: Aprender a generar alternativas. Actividad 4. “Esquivando los pensamientos”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir autorregistro de consumo de cannabis. - Practicar la distracción en la vida diaria. - Practicar la solución de problemas en la vida diaria.

	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la capacidad para identificar y afrontar los problemas cotidianos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en solución de problemas: Actividad 5. “La mejor elección para mí”. 	
7	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la capacidad para identificar y afrontar los problemas cotidianos. - Adquirir herramientas para el manejo de las manifestaciones fisiológicas y/o cognitivas del craving. - Adquirir habilidades sociales de asertividad y para rechazar invitaciones de consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar autorregistro de consumo de cannabis. - Revisar la aplicación de la solución de problemas y refuerzo. - Entrenamiento en autoinstrucciones. - Entrenamiento en habilidades sociales (I): Iniciar conversaciones. Role-play. - Exposición con prevención de respuesta: Introducción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir el autorregistro de consumo de cannabis. - Practicar la distracción y las autoinstrucciones en la vida diaria. - Practicar la solución de problemas en la vida diaria. - Practicar las habilidades sociales (I) en la vida diaria.
8	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir herramientas para el manejo de las manifestaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar el autorregistro de consumo de cannabis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir autorregistro de consumo de cannabis.

	<p>fisiológicas y/o cognitivas del craving.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la capacidad para identificar y afrontar los problemas cotidianos. - Adquirir habilidades sociales de asertividad y para rechazar invitaciones de consumo. - Alcanzar la habituación psicológica a situaciones que generan ansias de consumir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar la evolución en las técnicas de distracción, autoinstrucciones y solución de problemas. - Entrenamiento en habilidades sociales (II): Rechazo de ofrecimientos. - Exposición con prevención de respuesta: Introducción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar practicando y aplicando técnicas adquiridas. - Hacer un listado de situaciones que generan ansias de consumir (10-15).
9	<ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar la habituación psicológica a situaciones que generan ansias de consumir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar el autorregistro de consumo de cannabis. - Revisar la evolución en las demás técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir autorregistro de consumo de cannabis. - Exposición a los 2 siguientes de la jerarquía hasta alcanzar un

		<ul style="list-style-type: none"> - Exposición con prevención de respuesta: Jerarquía de exposición. Exposición en imaginación. 	<p>nivel de ansiedad igual o inferior a 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cubrir el autorregistro de exposición.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar la habituación psicológica a situaciones que generan ansias de consumir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del autorregistro de consumo de cannabis. - Exposición con prevención de respuesta: Revisión. Planificación. - Dinámica 1. “Mi evolución”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir autorregistro de consumo de cannabis. - Exposición a los 2 siguientes de la jerarquía hasta alcanzar un nivel de ansiedad igual o inferior a 3. - Cubrir el autorregistro de exposición.
11	<ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar la habituación psicológica a situaciones que generan ansias de consumir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del autorregistro de consumo de cannabis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir autorregistro de consumo de cannabis. - Exposición a los 2 siguientes de la jerarquía hasta alcanzar un

		<ul style="list-style-type: none"> - Exposición con prevención de respuesta: Revisión. Planificación. - Dinámica 2. “A mi yo futuro...”. 	<p>nivel de ansiedad igual o inferior a 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cubrir el autorregistro de exposición.
12	<ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar la habituación psicológica a situaciones que generan ansias de consumir. - Prevenir futuras recaídas tras la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del autorregistro de consumo de cannabis. - Exposición con prevención de respuesta: Revisión. - Prevención de recaídas: Situaciones de alto riesgo. Refuerzo de técnicas y habilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir autorregistro de consumo de cannabis. - Seguir practicando la exposición con prevención de respuesta.
13	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir futuras recaídas tras la intervención. - Cierre del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del autorregistro de consumo de cannabis. - Prevención de recaídas: Escape. Imaginación. Preparación para recaídas. 	

		<ul style="list-style-type: none">- Refuerzo y agradecimiento.- Feedback y cumplimentación de la evaluación post-tratamiento.- Cierre del programa.	
--	--	---	--

Seguimiento a los 3 meses y a los 6 meses.

Conclusiones

La prevalencia del consumo de cannabis ha aumentado notablemente en los últimos años, convirtiéndose en una de las drogas ilegales más consumidas en la actualidad, incluso entre las personas con trastornos mentales crónicos como la esquizofrenia. Es conocido que esta sustancia puede ejercer efectos sobre el funcionamiento cognitivo, el estado emocional y la salud mental de las personas. En consecuencia, nos parece de gran relevancia indagar específicamente en el ámbito de la población psicopatológica, por lo que hemos centrado nuestro trabajo en analizar el impacto del uso de cannabis sobre el curso clínico de los pacientes con trastorno psicótico.

A este respecto, la revisión de la literatura llevada a cabo nos ha permitido extraer varias conclusiones.

En primer lugar, en lo referente a la sintomatología psicótica, todavía no se ha alcanzado un consenso respecto al impacto, encontrando algunas investigaciones afectación en ambas dimensiones (positiva y negativa), en una de ellas únicamente e incluso en ninguna. Sin embargo, la mayoría de los estudios revisados apuntan hacia una exacerbación de la sintomatología positiva. Además, otra perspectiva de investigación que hemos tenido en cuenta ha sido la centrada en el efecto de la abstinencia de consumo sobre el curso clínico. A pesar de que tampoco se haya alcanzado acuerdo entre todos los autores, los resultados favorables hallados pueden abrir una oportunidad prometedora para mejorar la evolución de pacientes deteriorados por la marihuana.

En cuanto al funcionamiento, la mayoría de los trabajos apuntan a un deterioro de las capacidades sociales en las personas con esquizofrenia y consumo de cannabis. También se señala una mejora en esta área al abandonar el uso de la sustancia. Por su parte, no se halla un impacto del consumo sobre el funcionamiento cognitivo en esta población.

En lo referido a las recaídas, gran parte de la literatura examinada concluye que fumar marihuana incrementa el riesgo de requerir un ingreso hospitalario en los pacientes psicóticos.

Por otro lado, se alcanza consenso respecto al impacto negativo del consumo sobre la adherencia farmacológica al tratamiento antipsicótico, mostrando un menor cumplimiento con la toma de la medicación los pacientes fumadores frente a los no fumadores.

En el caso del último apartado, acerca de otros resultados relevantes, las conclusiones extraídas deben tomarse con cautela, puesto que se sostienen sobre un número excesivamente reducido de estudios. Así, la literatura revisada señala que el cannabis incrementa las conductas violentas; no afecta significativamente a la calidad de vida; reduce la probabilidad de acudir a seguimiento; y reduce la probabilidad de remisión o estabilización de los síntomas.

En definitiva, se confirma que el consumo de cannabis se asocia con efectos negativos sobre el curso del trastorno, tanto con exacerbaciones sintomatológicas, como con deterioro del funcionamiento social, un incremento de las recaídas y una reducción de la adherencia al tratamiento, principalmente. Además, el estudio del impacto de abandonar el consumo de cannabis nos parece una línea de investigación interesante, puesto que podría permitir trabajar también con personas con esquizofrenia que han consumido marihuana de forma persistente, recuperando en cierta medida algunas de sus capacidades y mejorando su clínica.

Con respecto a la intervención sobre el consumo de cannabis en población psicótica, González-Ortega et al. (2022) han alcanzado resultados satisfactorios con su propuesta de intervención. Anteriormente, los distintos investigadores no habían logrado reducir el consumo en esta población con sus programas, por lo que debe continuarse en esta nueva línea creada y desarrollar tratamientos cada vez más eficaces y basados en la evidencia científica. Esto supondría una gran mejora en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, así como una reducción de gasto público sanitario.

Limitaciones y Directrices Futuras

Las principales limitaciones a la hora de desarrollar este trabajo fue la existencia de un número restringido de páginas y un límite temporal para llevar a cabo la revisión, puesto que cuestiones interesantes como las incluidas en el apartado de “otros resultados relevantes” no pudieron explayarse más por estas razones.

Otra limitación a considerar es la falta de consenso en algunas de las áreas que hemos analizado, de modo que las conclusiones extraídas todavía deben interpretarse con cautela y continuar investigando en el futuro para alcanzar hallazgos sólidos y concluyentes.

Respecto a la metodología de los estudios revisados, existe heterogeneidad entre los instrumentos empleados para la recoger la información (por ejemplo, cuestionarios estandarizados frente a entrevistas clínicas) y en la selección de las muestras (por ejemplo, pacientes con PEP, población general, pacientes psicóticos sin especificar, etc.), lo que puede dificultar la comparación de los resultados. Además, se han obviado aspectos sociodemográficos incluidos en algunos de los estudios incluidos, por lo que también se ha perdido información en ese ámbito.

En cuanto a las propuestas de investigación en el futuro, es necesario seguir estudiando aquellos puntos en los que no se ha alcanzado consenso todavía, como en el impacto sobre la sintomatología. Asimismo, nos parece que debe continuarse la investigación sobre los beneficios de abandonar el consumo, con el objetivo de poder trabajar también con los pacientes con un consumo prolongado. A mayores, debe proseguir el estudio de programas de intervención para abordar en el consumo de cannabis en personas con trastorno psicótico, tanto para ayudarlos a cesar su consumo como para prevenir el inicio de la conducta de fumar, puesto el notable incremento de la prevalencia que se ha producido en las últimas décadas.

Otro aspecto que podría resultar interesante en la investigación futura es el estudio de la existencia de variables mediadoras entre el consumo de cannabis y el deterioro del curso clínico en las personas con esquizofrenia, así como la identificación de estas. Esto podría

explicar el motivo por el que algunas personas se ven más afectadas que otras al fumar marihuana.

En definitiva, aunque ya se han logrado avances muy valiosos para nuestro trabajo en el ámbito de los trastornos mentales crónicos, todavía debemos seguir progresando para garantizar un curso clínico favorable en esta población.

Referencias

- Argote, M., Sescousse, G., Brunelin, J., Baudin, G., Schaub, M. P., Rabin, R., Schnell, T., Ringen, P. A., Andreassen, O. A., Addington, J. M., Brambilla, P., Delvecchio, G., Bechdolf, A., Wobrock, T., Schneider-Axmann, T., Herzig, D., Mohr, C., Vila-Badia, R., Rodie, J. U., Mallet, J., ... & Rolland, B. (2023). Association between cannabis use and symptom dimensions in schizophrenia spectrum disorders: an individual participant data meta-analysis on 3053 individuals. *Lancet eClinical Medicine*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102199>
- Ayesa-Arriola, R., García Alcaraz, E., Hernández, V., Pérez-Iglesias, R., López Moríñigo, J. D., Duta, R., David, A. S., Tabares-Seisdedos, R. & Crespo-Facorro, B. (2015). Suicidal behaviour in first-episode nonaffective psychosis: Specific risk periods and stage-related factors. *European Neuropsychopharmacology*, 25, 2278-2288. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.09.008>
- Beaudoin, M., Potvin, S., Giguère, C. E., Discepola, S. L. & Dumais, A. (2020). Persistent cannabis use as an independent risk factor for violent behaviors in patients with schizophrenia. *npj Schizophrenia*, 6(14). <https://doi.org/10.1038/s41537-020-0104-x>
- Berry, K., Gregg, L., Lobban, F. & Barrowclough, C. (2016). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. *Comprehensive Psychiatry*, 67, 73-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.014>

Colizzi, M., Carra, E., Fraietta, S., Lally, J., Quattrone, D., Bonaccorso, S., Mondelli, V., Ajnakina, O., Dazzan, P., Trotta, A., Sideli, L., Kolliakou, A., Gaughran, F., Khondoker, M., David, A. S., Murray, R. M., MacCabe, J. H. & Di Forti, M. (2016). Substance use, medication adherence and outcome one year following a first episode of psychosis. *Schizophrenia Research*, 170(2-3), 311-317.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.11.016>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2024). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2024*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [ENCUESTA SOBRE ALCOHOL DROGAS EN ESPAÑA \(EDADES\) 1995 – 2024 Resumen ejecutivo](#)

de Vos, C., Leopold, K., Blanke, E. S., Siebert, S., Baumgardt, J., Burkhardt, E. & Bechdolf, A. (2020). The relationship between cannabis use and cognition in people diagnosed with first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 293.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113424>

Fusar-Poli, L., Pries, L., van Os, J., Radhakrishnan, R., Pençe, A. Y., Erzin, G., Delespaul, P., Kenis, G., Luykx, J. J., Lin, B. D., Akdede, B., Bombay, T., Altınyazar, V., Yalınçetin, B., Gümüş -Akay, G., Cihan, B., Soygür, H., Ulas, H., Cankurtaran, E. S., (...) & Guloksuz, S. (2022). The association between cannabis use and facial emotion recognition in schizophrenia, siblings, and healthy controls: Results from the EUGEI study. *European Neuropsychopharmacology*, 63, 47-59.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.08.003>

González-Blanch, C., Gleeson, J. F., Koval, P., Cotton, S. M., McGorry, P. D. & Álvarez-Jiménez, M. (2015). Social functioning trajectories of young first-episode psychosis

patients with and without cannabis misuse: A 30-month follow-up study. *PLoS ONE*, 10(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122404>

González-Ortega, I., Echeburúa, E., Alberich, S., Bernardo, M., Vieta, E., Salazar de Pablo, G. & González Pinto, A. (2022). Cognitive behavioral therapy program for cannabis use cessation in first-episode psychosis patients: A 1-year randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127325>

Green, B., Kavanagh, D. J. & Young, R. M. (2004). Reasons for cannabis use in men with and without psychosis. *Drug and Alcohol Review*, 23, 445-453. <https://doi.org/10.1080/09595230412331324563>

Hyatt, A., Mullin, B., Hasler, V., Madore, D., Progovac, A. M., Cook, B. L. & DeLisi, L E. (2024). Predictors of relapse and engagement in care one year after ending services in an urban safety net coordinated specialty care program for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 264, 140-146. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.12.022>

Ihler, H. M., Lagerberg, T. V., Lyngstad, S. H., Melle, I. & Romm, K. L. (2021). Exploring the relationship between recency and frequency of cannabis use and diminished expression and apathy as two dimensions of negative symptoms in first episode psychosis. A one-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 236, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.08.004>

Ihler, H. M., Lyngstad, S. H., Gardsjord, E. S., Widing, L. H., Flaaaten, C. B., Åsbø, G., Wold, K. F., Engen, M. J., Simonsen, C., Ueland, T., Lagerberg, T. V., Melle, I. & Romm, K. L. (2023). The trajectory of two negative symptom dimensions in first-episode

- psychosis and the role of cannabis use: A 10-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 252, 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.024>
- Jones, J. D., Calkins, M. E., Scott, J. C., Bach, E. C. & Gur, R. E. (2017). Cannabis Use, Polysubstance Use, and Psychosis Spectrum Symptoms in a Community-Based Sample of U.S. Youth. *Journal of Adolescent Health*, 60, 653-659. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.006>
- Lee, S. Y., Kim, K. H., Kim, T., Kim, S. M., Kim, J., Han, C., Song, J. Y. & Paik, J. W. (2015). Outpatient Follow-Up Visit after Hospital Discharge Lowers Risk of Rehospitalization in Patients with Schizophrenia: A Nationwide Population-Based Study. *Psychiatry Investigation*, 12(4), 425-433. <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2015.12.4.425>
- Levi, L., Bar-Haim, M., Rossum, I. W., Davidson, M., Leucht, S., Fleischhacker, W. W., Park, J., Davis, J. M., Kahn, R. S. & Weiser, M. (2023). Cannabis use and symptomatic relapse in first episode schizophrenia: trigger or consequence? Data from the OPTIMISE Study. *Schizophrenia Bulletin*, 49(4), 903-913. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad033>
- Li, N., Chen, S., Wu, Z., Dong, J., Wang, J., Lei, Y., Mo, J., Wei, W. & Li, T. (2024). Secular trends in the prevalence of schizophrenia among different age, period and cohort groups between 1990 and 2019. *Asian Journal of Psychiatry*, 101. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.104192>
- Ouellet-Plamondon, C., Abdel-Baki, A., Salvat, É. & Potvin, S. (2017). Specific impact of stimulant, alcohol and cannabis use disorders on first-episode psychosis: 2-year functional and symptomatic outcomes. *Psychological Medicine*, 47(14), 2461-2471. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000976>

Pope, L. G., Manseau, M. W., Kelley, M. E. & Compton, M. T. (2021). Symptomatology and neurocognition among first-episode psychosis patients with and without cannabis use in the three months prior to first hospitalization. *Schizophrenia Research*, 228, 83-88.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.012>

Scheffler, F., Phahladira, L., Luckhoff, H., du Plessis, S., Asmal, L., Kilian, S., Di Forti, M., Murray, R. & Emsley, R. (2021). Cannabis use and clinical outcome in people with first-episode schizophrenia spectrum disorders over 24 months of treatment. *Psychiatry Research*, 302.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114022>

Schoeler, T., Petros, N., Di Forti, M., Pingault, J. B., Klamerus, E., Foglia, E., Small, A., Murray, R. & Bhattacharyya, S. (2016a). Association Between Continued Cannabis Use and Risk of Relapse in First-Episode Psychosis. A Quasi-Experimental Investigation Within an Observational Study. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1173-1179.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2427>

Schoeler, T., Monk, A., Sami, M. B., Klamerus, E., Foglia, E., Brown, R., Camuri, G., Altamura, A. C., Murray, R. & Bhattacharyya, S. (2016b). Continued versus discontinued cannabis use in patients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 215-225.

[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00363-6)

Schoeler, T., Petros, N., Di Forti, M., Klamerus, E., Foglia, E., Ajnakina, O., Gayer-Anderson, C., Colizzi, M., Quattrone, D., Behlke, I., Shetty, S., McGuire, P., David, A. S., Murray, R. & Bhattacharyya, S. (2016c). Effects of continuation, frequency, and type of cannabis use on relapse in the first 2 years after onset of psychosis: an observational

study. *Lancet Psychiatry*, 3, 947-953. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30188-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30188-2)

Schoeler, T., Petros, N. Di Forti, M., Klamerus, E., Foglia, E., Murray, R. & Bhattacharyya, S. (2017). Poor medication adherence and risk of relapse associated with continued cannabis use in patients with first-episode psychosis: a prospective analysis. *Lancet Psychiatry*, 4, 627-633. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30233-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30233-X)

Seddon, J. L., Birchwood, M., Copello, A., Everard, L., Jones, P. B., Fowler, D., Amos, T., Freemantle, N., Sharma, V., Marshall, M. & Singh, S. P. (2016). Cannabis Use Is Associated With Increased Psychotic Symptoms and Poorer Psychosocial Functioning in First-Episode Psychosis: A Report From the UK National EDEN Study. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 619-625. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbv154>

Segura, A.G., Mané, A., Prohens, L., Rodríguez, N., Mezquida, G., Cuesta, M. J., Vieta, E., Amoretti, S., Lobo, A., González-Pinto, A., Díaz-Caneja, C. M., Bejarano, A., Jimenez, E., Baeza, I., Legido, T., Saiz-Ruiz, J., Bernardo, M., Mas, S. & PEPs Group (2023). Exploration of cannabis use and polygenic risk scores on the psychotic symptom progression of a FEP cohort. *Psychiatry Research*, 325. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115249>

Setién-Suero, E., Neergaard, K., Ramírez-Bonilla, M., Correa-Ghisays, P., Fañanás, L., Crespo-Facorro, B. & Ayesa-Arriola, R. (2017). Cannabis use in male and female first episode of non-affective psychosis patients: Long-term clinical, neuropsychological and functional differences. *PLoS ONE*, 12(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183613>

- Setién-Suero, E., Neergaard, K., Ortiz-García de la Foz, V., Suárez-Pinilla, P., Martínez-García, O., Crespo-Facorro, B. & Ayesa-Arriola, R. (2019). Stopping cannabis use benefits outcome in psychosis: findings from 10-year follow-up study in the PAFIP-cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *140*(4), 349-359.
<https://doi.org/10.1111/acps.13081>
- Setién-Suero, E., Ayesa-Arriola, R., Peña, J., Crespo-Facorro, B. & Ojeda, N. (2022). Longitudinal effects of cannabis use on attentional processes in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *244*, 71-80.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.05.011>
- Tiles-Sar, N., Habtewold, T. D., Liemburg, E. J., van der Meer, L., Bruggeman, R., Alizadeh, B. Z. & GROUP investigators (2023). Understanding Lifelong Factors and Prediction Models of Social Functioning After Psychosis Onset Using the Large-Scale GROUP Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*, *49*, 1447-1459.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbad046>
- Toftdahl, N. G., Nordentoft, M. & Hjorthøj, C. (2016). The effect of changes in cannabis exposure on psychotic symptoms in patients with comorbid cannabis use disorder. *Journal of Dual Diagnosis*, *12*. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1176426>
- van der Meer, F. J., Velthorst, E. & Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators (2015). Course of cannabis use and clinical outcome in patients with non-affective psychosis: a 3-year follow-up study. *Psychological Medicine*, *45*, 1977-1988.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714003092>
- van Os, J. & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, *374*, 635-645.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60995-8)

Wang, Q., Qin, Z., Xing, X., Zhu, H & Jia, Z. (2024). Prevalence of cannabis use around the world: A systematic review and meta-analysis, 2000-2024. *China CDC Weekly*, 6(25), 597-604. <https://weekly.chinacdc.cn/en/article/doi/10.46234/ccdcw2024.116>

Waterreus, A., Di Prinzio, P., Ambrosi, T. & Morgan, V. A. (2023). Discontinuing cannabis use: Symptomatic and functional outcomes in people with an established psychotic disorder. *Schizophrenia Research*, 254, 118-124. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.02.016>

Índice de Tablas

Tabla 1. Tabla-resumen del programa de intervención	45
Tabla 2. Tabla Resumen-Estudios	70
Tabla 3. Autorregistro de consumo de cannabis	100
Tabla 4. Autorregistro de ansiedad durante la exposición	112

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios	16
Figura 2. Dado “Creando lazos”	97
Figura 3. Diapositiva “Factores de riesgo y protección en el abandono/reducción del consumo de cannabis”	99
Figura 4. Ficha “control de estímulos”	101
Figura 5. Ejemplos de diapositivas sobre mitos asociados al cannabis	104
Figura 6. <i>Dilemas propuestos al grupo en la actividad “La mejor elección para mí”</i>	108
Figura 7. Ficha-resumen de prevención de recaídas	117

Apéndice: Listado de Acrónimos

PEP: Primer episodio psicótico.

THC: Tetrahidrocannabinol.

Anexos

ANEXO 1.

Tabla 2.

Tabla Resumen-Estudios.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
van der Meer, Velthors and Genetic Risk y Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators (2015).	678 pacientes diagnosticados de trastorno psicótico no afectivo, de entre 16 y 50 años, germanoparlantes.	Obtener información sobre el efecto a largo plazo del consumo de cannabis en pacientes que ingresaron al estudio dentro de los primeros 10 años de su trastorno psicótico.	Consumo de sustancias: cannabis, alcohol y otras drogas ilegales. Sintomatología psicótica. Nivel de funcionamiento. Recaídas.	Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI). Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.	Los usuarios con un consumo de cannabis persistente a lo largo de los 3 años de seguimiento presentaban más síntomas positivos y generales, peor funcionamiento global y más recaídas psicóticas en comparación con los no usuarios y aquellos que dejaron de consumir. Los pacientes que comenzaron a consumir cannabis después del inicio del estudio se caracterizaban por un peor funcionamiento al inicio y mostraron un aumento de síntomas generales (incluyendo depresión y ansiedad) en el seguimiento a los 3 años.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Barrowclough, Gregg, Lobban, Bucci y Emsl (2015).	110 participantes diagnosticados de trastorno psicótico no afectivo con abuso o dependencia de cannabis comórbido, entre 16 y 35 años, con consumo de cannabis al menos una vez a la semana en los últimos 3 meses antes, angloparlantes.	Investigar la relación entre el consumo de cannabis y los resultados clínicos, incluyendo si el cambio en el consumo de cannabis afecta los síntomas psicóticos, los síntomas afectivos, el funcionamiento y la recaída psicótica en una muestra de personas con psicosis y comorbilidad de abuso o dependencia de cannabis.	Consumo de cannabis y otras sustancias. Sintomatología psicótica. Nivel global de funcionamiento. Depresión. Adherencia a la medicación antipsicótica.	Positive and Negative Syndrome Scales (PANSS). Global Assessment of Functioning (GAF) Scale. Beck Anxiety Inventory (BAI). Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS).	No se encontró evidencia de una asociación específica entre el consumo de cannabis y los síntomas positivos, síntomas negativos, recaídas o ingresos hospitalarios. Sin embargo, una mayor dosis de cannabis se asoció con un aumento posterior de la depresión y la ansiedad. El cambio en la cantidad de cannabis consumido se relacionó con un cambio estadísticamente significativo en los puntajes de ansiedad, pero no en los de depresión. Además, la reducción en la exposición al cannabis se relacionó con una mejora en el funcionamiento del paciente.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
González-Blanch, Gleeson, Koval, Cotton, McGorry y Álvarez-Jiménez (2015).	81 participantes con un primer episodio psicótico, de los cuales 42 eran consumidores de cannabis y 39 no consumidores.	Investigar las trayectorias del funcionamiento social en jóvenes con un primer episodio psicótico (FEP) con y sin mal uso de cannabis durante un seguimiento de 30 meses, utilizando un análisis secundario de datos del ensayo Episode-II.	Sintomatología psicótica. Severidad de los síntomas depresivos. Funcionamiento premórbido. Coeficiente intelectual. Funcionamiento social. Consumo indebido de cannabis. Consumo problemático de cannabis.	Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Premorbid Adjustment Scale (PAS). Full-Scale IQ (FSIQ). Wechsler Test of Adult Reading (WTAR). Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS). SCID. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIS).	El consumo indebido de cannabis no se asoció con el funcionamiento social en la evaluación inicial. Durante un seguimiento de 30 meses, los pacientes con un primer episodio psicótico (FEP) sin trastorno por consumo de cannabis mostraron mejoras significativas en su funcionamiento social, mientras que los pacientes con consumo indebido de cannabis al inicio no mostraron tal mejoría. Los pacientes con y sin consumo indebido de cannabis mostraron diferencias significativas en sus niveles de funcionamiento social después de 24 meses.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variabes	Instrumentos	Resultados
Colizzi, Carra, Fraietta, Lally, Quattrone, Bonaccorso, Mondelli, Ajnakina, Dazzan, Trotta, Sideli, Kolliakou, Gaughran, Khondoker, David, Murray, MacCabe, y Di Forti (2016).	205 personas que ya han pasado por un primer episodio psicótico.	Evaluar el efecto independiente de cada sustancia sobre la adherencia al tratamiento y la remisión.	Consumo de tabaco. Consumo de alcohol. Consumo de cannabis, tabaco, estimulantes y otras drogas a lo largo de la vida. Patrones de consumo de cannabis. Consumo de drogas estimulantes. Edad de inicio de consumo. Frecuencia y duración del consumo. Tipo de cannabis consumido.	Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Cannabis Experience Questionnaire modified version (CEQmv).	Los pacientes presentaron altas tasas de consumo de sustancias en general antes (37-65%) y después del inicio de la psicosis (45-66%). El 44% mostró una baja adherencia al tratamiento y el 55% no alcanzó la remisión de la psicosis. La dependencia de la nicotina y el consumo de cannabis después del inicio de la psicosis predijeron significativamente tanto la baja adherencia al tratamiento como la no remisión, y la baja adherencia al tratamiento mediaba los efectos de estas sustancias sobre la no remisión.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Schoeler, Petros, Forti, Pingault, Klamerus, Foglia, Small, Murray y Bhattacharyya (2016a).	220 pacientes con un primer episodio psicótico, de entre 18 y 65 años.	Examinar la naturaleza precisa de la asociación entre el consumo continuado de cannabis después del inicio de la psicosis y el riesgo de recaída de la psicosis.	Consumo de cannabis. Patrón de consumo de cannabis. Recaída. Consumo de otras drogas ilegales. Adherencia a la medicación.	Modified version of the Cannabis Experience Questionnaire.	Hubo un aumento en las probabilidades de experimentar una recaída de la psicosis durante los períodos de consumo de cannabis en comparación con los períodos de no consumo. El cambio en el patrón de continuidad aumentó significativamente el riesgo, lo que sugiere una asociación dependiente de la dosis. El análisis confirmó un efecto del consumo de cannabis sobre el riesgo posterior de recaída y no un efecto de la recaída sobre el consumo posterior de cannabis.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Toftdahl, Nordentoft y Hjorthøj (2016).	60 pacientes con un diagnóstico dual de esquizofrenia y trastorno por consumo de cannabis.	Investigar la existencia de una asociación entre la gravedad del consumo de cannabis y la gravedad de los síntomas psicóticos a lo largo del tiempo.	Síntomatología psicótica. Cantidad de cannabis consumido.	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Timeline follow-back (TLFB).	Los pacientes fueron clasificados en cuatro grupos según su consumo de cannabis: Uso Mínimo, Uso Moderado, Uso Alto (en disminución) y Uso Severo. Aquellos con un consumo severo y persistente de cannabis presentaron puntuaciones significativamente más altas en los síntomas positivos y generales en comparación con los del grupo de uso mínimo. Además, el grupo de uso severo tuvo puntuaciones más altas en síntomas negativos en comparación con el grupo de uso moderado. Por otro lado, los pacientes en el grupo de uso alto (en disminución) mostraron la mayor mejoría en los síntomas psicóticos en todas las mediciones.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Seddon, Birchwood, Copello, Everard, Jones, Fowler, Amos, Freemantle, Sharma, Marshall y Singh (2016).	1027 participantes, con un primer episodio psicótico entre los 14 y 35 años.	Examinar el consumo de cannabis en los 12 meses posteriores a un primer episodio de psicosis (FEP) y la relación con el curso sintomático y los resultados tras 1 año después del inicio de la psicosis.	Sintomatología psicótica. Consumo actual de sustancias. Consumo de sustancias a lo largo de la vida. Manía. Depresión. Funcionamiento psicosocial. Dependencia del cannabis.	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Young Mania Rating Scale (YMRS). Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). Global Assessment of Functioning (GAF) Scale. Kavanagh Drug Check Scale. Severity of Dependence Scale.	El consumo de cannabis estuvo significativamente asociado con un aumento en la gravedad de los síntomas psicóticos, manía, depresión y un peor funcionamiento psicosocial. Este efecto no se explicó por la edad, género, duración de la psicosis no tratada, edad de inicio de la psicosis, etnia u otro consumo de sustancias.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Schoeler, Petros, Forti, Klamerus, Foglia, Ajnakina, Gayer-Anderson, Colizzi, Quattrone, Behlke, Shetty, McGuire, David, Murray, Bhattacharyya (2016c).	256 pacientes con un primer episodio psicótico, entre 18 y 65 años.	Conocer si los efectos del consumo de cannabis sobre el curso de la esquizofrenia varían dependiendo del tipo de cannabis consumido y el patrón de uso.	Consumo de cannabis. Patrón de consumo. Frecuencia de consumo. Tipo de cannabis. Admisiones hospitalarias. Recaída. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Intensidad de cuidados. Edad de inicio del trastorno. Adherencia a la medicación.	Cannabis Experience Questionnaire (CEQmv).	Los ex-consumidores regulares de cannabis que lo dejaron después del inicio de la psicosis tuvieron el curso del trastorno más favorable en términos de recaídas. Por otro lado, los usuarios continuos de alta frecuencia de cannabis de alta potencia (tipo "skunk") presentaron los peores resultados, con mayor riesgo de recaídas, más recaídas, un tiempo más corto hasta la recaída y necesidad de atención psiquiátrica más intensiva después del inicio de la psicosis.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Ouellet-Plamondon, Abdel-Baki, Salvat y Potvin (2017).	227 pacientes que experimentaron un primer episodio psicótico y acudían a los Servicios de Intervención Temprana en Canadá, de entre 18 y 30 años, con un diagnóstico primario de psicosis, que no hayan recibido tratamiento o lleven menos de 1 año recibéndolo.	Investigar el impacto del consumo de cannabis, alcohol, drogas psicoestimulantes o policonsumo en el resultado de un primer episodio psicótico.	Sintomatología psicótica. Depresión. Consumo de alcohol, cannabis y otras drogas. Funcionamiento social. Funcionamiento global.	Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS). Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). Drug Use Scale (DUS). Alcohol Use Scale (AUS). QoL Scale. Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS). Global Assessment of Functioning (GAF). Clinical Global Impression.	El único grupo que experimentó un deterioro entre el primer y el segundo año (en síntomas y funcionamiento) fueron los pacientes con trastorno por consumo de cannabis (TCC) persistente solo. El resultado fue peor en los pacientes con TCC en comparación con el grupo sin trastorno por consumo de sustancias (no-SUD) a los 2 años. La cocaína, las anfetaminas y el poly-SUD se asociaron con peores resultados sintomáticos y funcionales desde el primer año de tratamiento, persistiendo a lo largo del tiempo con un mayor uso de servicios (hospitalización).

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Schoeler, Petros, Forti, Klamerus, Foglia, Murray, Bhattacharyya (2017).	397 pacientes con un primer episodio psicótico.	Explorar si algunos de los efectos adversos del consumo continuado de cannabis sobre el riesgo de recaída pueden explicarse por su asociación con la adherencia al tratamiento; si la asociación entre el consumo continuado de cannabis y el riesgo de recaída está parcialmente, pero no completamente, mediada por la adherencia al tratamiento; y si los efectos de mediación también están presentes en otros resultados relacionados con la recaída, como el número de recaídas, la duración de la recaída, el tiempo hasta que ocurre la recaída y la intensidad de la atención (por ejemplo, atención ambulatoria de baja intensidad o ingreso involuntario de alta intensidad bajo una sección).	Uso de los servicios médicos. Edad de inicio de la psicosis. Riesgo de recaída. Número, duración e intensidad de cuidado de las recaídas. Consumo de cannabis. Adherencia a la medicación. Consumo de otras drogas. Etnia.	WHO Life Chart Schedule. Cannabis Experience Questionnaire (CEQmv).	El consumo continuado de cannabis predijo peores resultados, como mayor riesgo de recaída, más recaídas, mayor duración de las recaídas y mayor intensidad de atención durante el seguimiento. En los análisis de modelos estructurales, la adherencia al tratamiento mediaba parcialmente el impacto del consumo continuado de cannabis sobre estos resultados, excepto en la duración de las recaídas. Los modelos ajustados explicaron de manera moderada la variabilidad de los resultados relacionados con el riesgo de recaída, el número de recaídas, la duración de las recaídas, el tiempo hasta la recaída y la intensidad de la atención.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Rabin, Kozak, Zakzanis, Remington y George (2018).	19 personas con un diagnóstico de esquizofrenia y dependencia de cannabis y 20 personas sin trastornos psiquiátricos con dependencia al cannabis.	Investigar los efectos de 28 días de abstinencia de cannabis sobre la sintomatología psicótica y depresiva en pacientes dependientes de cannabis con esquizofrenia.	Dependencia actual del cannabis. Cantidad de cannabis. Consumo de alcohol y otras drogas. Dependencia a la nicotina. Frecuencia del uso de cannabis, alcohol, cigarrillos y cafeína. Cantidad de cannabis. Abstinencia de cannabis. Sintomatología psicótica. Depresión. Sintomatología afectiva.	Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Timeline Follow-Back (TLFB). Marijuana Withdrawal Checklist (MWC). Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS). Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D).	El 42% (8 de 19) de los pacientes y el 55% (11 de 20) de los controles lograron 28 días de abstinencia sostenida de cannabis. En los pacientes, los subpuntajes de la PANSS no cambiaron con el tiempo, independientemente del estado de abstinencia. En cambio, los pacientes que se abstuvieron del cannabis mostraron una reducción más pronunciada en los puntajes de depresión en comparación con los que no se abstuvieron. Sin embargo, la interacción entre el estado de abstinencia y el tiempo no fue significativa.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Coutinho, Honorato, Higuchi, Cavalcante, Belangeiro, Noto, Bressana, Cordeiro, Noto y Gadelha (2019).	175 pacientes que habían tenido un primer episodio psicótico y nunca habían recibido medicación antipsicótica previamente.	Investigar si el consumo de cannabis genera perfiles de síntomas y funcionalidad distintos en una cohorte de pacientes sin administración previa de antipsicóticos en su primer episodio de psicosis (PEP). También se investiga la relación entre las variables de exposición al cannabis (uso agudo, uso a lo largo de la vida y edad al primer consumo) y las dimensiones de los síntomas y la funcionalidad.	Exposición al cannabis. Sintomatología psicótica. Nivel de funcionamiento. Tiempo durante el que el trastorno no fue tratado. Sexo. Edad. Número de días que se consumió cannabis.	Addiction Severity Index (ASI-6). PANSS five-factor model. Global Assessment of Functioning (GAF). Clinical Global Impression (CGI).	Los individuos que reportaron consumo agudo de cannabis presentaron síntomas de excitación más altos al inicio, así como mayores tasas de respuesta de excitación y positiva, pero no hubo diferencias significativas en el seguimiento. Además, un mayor número de días de consumo de cannabis en el último mes predijo una peor funcionalidad e impresión clínica al inicio, pero no en el seguimiento.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Setién-Suero, Neergaard, Ortiz-García de la Foz, Suárez-Pinilla, Martínez-García, Crespo-Facorro y Ayesa-Arriola (2019).	209 pacientes con un primer episodio psicótico, de entre 15 y 60 años, residentes de Cantabria, sin tratamiento previo con antipsicóticos, con un diagnóstico del espectro psicótico.	Examinar los patrones a largo plazo (hasta 10 años) relacionados con el consumo de cannabis en una muestra de pacientes con primer episodio de psicosis (PEP) y el efecto que dicho consumo podría tener en las manifestaciones clínicas, la funcionalidad y la neurocognición a largo plazo.	Sexo. Edad. Años de educación. Coeficiente Intelectual (CI) premórbido. Hospitalizaciones (sí/no). Estado socioeconómico parental. Zona de residencia. Convivencia en el hogar (solo/familia/etc.). Estado laboral (trabajando/paro). Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Duración del trastorno sin tratamiento. Edad de inicio del trastorno. Sintomatología psicótica. Psicopatología general.	Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS). Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). Young Mania Rating Scale (YMRS). Premorbid Adjustment Scale (PAS). Disability Evaluation Scale (DAS). Functioning of the Global Evaluation (GAF). Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT). Rey Complex Figure (RCF).	En el seguimiento a 10 años, se encontraron diferencias clínicas entre los usuarios persistentes de cannabis y los otros dos grupos (ex-usuarios y aquellos que nunca consumieron). Los usuarios persistentes mostraron síntomas más graves y una funcionalidad más baja. Por otro lado, los pacientes que dejaron de consumir cannabis antes de la reevaluación presentaron un perfil clínico y funcional similar al de aquellos que nunca habían consumido.

			<p>Funcionamiento social premórbido.</p> <p>Variables neurocognitivas: memoria verbal, memoria visual, memoria de trabajo, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento, destreza motora, atención, funcionamiento cognitivo global.</p>	<p>WAIS-III digits backward subtest.</p> <p>Trail Making Test (TMT).</p> <p>WAIS-III digits symbol subtest.</p> <p>Grooved Pegboard Test.</p> <p>Continuous Performance Test.</p> <p>Global Cognitive Functioning (GCF).</p>	
--	--	--	--	--	--

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
de Vos, Leopold, Blanke, Siebert, Baumgardt, Burkhardt y Bechdorf (2020).	89 pacientes con un diagnóstico de un trastorno del espectro psicótico, con menos de 5 años desde el inicio del trastorno, dispuestos a participar en un grupo terapéutico, germanoparlantes y que proporcionen consentimiento por escrito.	Examinar la asociación entre el consumo de cannabis y la cognición en las personas diagnosticadas con un primer episodio psicótico.	Severidad de la sintomatología psicótica. Nivel de funcionamiento actual. Duración de la psicosis sin tratamiento. Tratamiento antipsicótico actual. Fluencia verbal. Memoria verbal. Nivel de alerta. Atención dividida. Consumo de sustancias y cannabis.	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Global Assessment of Functioning (GAF). Nottingham Onset Schedule (NOS). Regensburger Wortflüssigkeitstest (RWT) (equivalente de Controlled Oral Word Association Test). Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest (VLMT) (equivalente de Rey Auditory-Verbal Learning Test). Test for Attentional Performance (TAP). Divided Attention from TAP. Addiction Severity Index (ASI).	Los consumidores de cannabis (CU) tenían significativamente más probabilidades de ser hombres y mostraron más síntomas positivos en comparación con los no consumidores (CNU). En cambio, los CNU exhibieron significativamente más síntomas negativos que los CU. No hubo diferencias entre grupos en tareas neurocognitivas de memoria verbal, fluidez verbal y atención. En conclusión, no se encontró evidencia de que consumir cannabis esté asociado con deterioros cognitivos en personas diagnosticadas con un primer episodio de psicosis (PEP).

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Beaudoin, Potvin, Giguère, Discepola y Dumais (2020).	965 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.	Investigar si existe una relación temporal entre el consumo acumulado de cannabis y la violencia en una población con esquizofrenia. También se investiga la dirección en esta asociación (consumo de cannabis lleva a violencia o viceversa).	Conductas violentas. Consumo de sustancias: cannabis, alcohol, cocaína, opiáceos, anfetaminas, tabaco y PCP.	Instrumento Abreviado de Violencia Comunitaria de MacArthur.	El consumo persistente de cannabis predijo la violencia posterior, la violencia no predijo el consumo de cannabis. Por lo tanto, la relación fue unidireccional y persistió cuando se controló el consumo de estimulantes y alcohol. Un conjunto significativo de evidencia sugiere un vínculo entre el consumo persistente de cannabis y la violencia en personas con trastornos mentales.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Scheffler, Phahladira, Luckhoff, Plessis, Asmal, Kilian, Di Forti, Murray y Emsley (2021).	98 pacientes con un primer episodio psicótico y un diagnóstico de esquizofrenia, sin exposición a antipsicóticos o menor de cuatro semanas, sin diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias.	Investigar la influencia del consumo de cannabis en la gravedad del trastorno y los resultados del tratamiento en pacientes con trastornos del espectro de esquizofrenia en su primer episodio, cuando se asegura la adherencia al tratamiento.	Duración de la psicosis sin tratamiento. Sintomatología psicótica. Depresión. Nivel general de funcionamiento. Calidad de vida evaluada por el paciente. Estado de remisión. Recaídas. Consumo de sustancias y cannabis.	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS). Health Organisation WHOQOL-BREF Quality of Life Scale. Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG) consensus criteria. Clinical Global Impressions (CGI) scale. Test de orina.	El estudio no encontró diferencias significativas en la evolución de los síntomas entre los pacientes que consumían cannabis y los que no, durante 24 meses de tratamiento para su primer episodio de esquizofrenia. Aunque los usuarios de cannabis tenían una funcionalidad algo más baja al inicio, ambos grupos tuvieron tasas de remisión similares. Sin embargo, los usuarios de cannabis mostraron una mayor tendencia a recaer, especialmente aquellos que consumían con más frecuencia, según lo detectado en pruebas de toxicología. Esto sugiere que el consumo continuo de cannabis aumenta el riesgo de recaída, probablemente al reducir el umbral para un nuevo episodio psicótico, aunque no afecta directamente la respuesta general al tratamiento en términos de reducción de síntomas.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Vega, Acosta y Saavedra (2021).	110 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.	Identificar factores asociados con la falta de adherencia tras el alta hospitalaria de personas con esquizofrenia.	<p>Psicopatología.</p> <p>Insight.</p> <p>Rendimiento cognitivo.</p> <p>Actitudes y creencias hacia la medicación.</p> <p>Percepción de tomas de decisiones compartidas.</p> <p>Ruta de administración de la medicación antipsicótica.</p> <p>Supervisión del tratamiento.</p> <p>Tipo de tratamiento.</p> <p>Adherencia objetiva.</p> <p>Adherencia subjetiva.</p> <p>Falta de adherencia y razones para no serlo.</p> <p>Adherencia al seguimiento ambulatorio.</p>	<p>Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale severity subscale (CGI-S-SCH).</p> <p>Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD).</p> <p>Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S Scale).</p> <p>Drug Attitude Inventory (DAI).</p> <p>Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ).</p> <p>Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9).</p> <p>Morisky-Green Test.</p> <p>Brief Adherence Rating Scale (BARS).</p>	Se observó falta de adherencia en más de la mitad de los pacientes, con un perfil identificable. Entre los factores asociados a la falta de adherencia estaban el bajo nivel socioeconómico, el consumo actual de cannabis, haber tenido recaídas y reingresos por falta de adherencia, y una mayor gravedad de los síntomas a los seis meses de seguimiento. La razón más común para no seguir el tratamiento fue la creencia de que el medicamento no era necesario.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Ihler, Lagerberg, Lyngstad, Melle y Romm (2021).	460 participantes con un primer episodio psicótico, con diagnósticos del espectro de la esquizofrenia, entre 18 y 65 años, parlantes de idioma escandinavo, que aporten consentimiento escrito.	Investigar la asociación entre diferentes aspectos del consumo de cannabis y 1) la expresión disminuida y 2) la apatía, como síntomas negativos, en una muestra de participantes con un primer episodio de psicosis.	Datos demográficos y clínicos. Consumo sustancias. Consumo de cannabis. Consumo de alcohol. Consumo de tabaco. Frecuencia de consumo de sustancias. Sintomatología psicótica. Depresión. Funcionamiento social y académico premórbido. Duración del trastorno sin tratamiento. Medicación antipsicótica actual.	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). Premorbid Adjustment Scale (PAS).	Se encontró una asociación entre la frecuencia del consumo de cannabis dos años antes de la evaluación inicial y la gravedad de la expresión disminuida y la apatía en ese momento, aunque solo la asociación con la expresión disminuida se mantuvo significativa tras controlar factores clínicos y demográficos potencialmente influyentes. Esta asociación se mantuvo en la evaluación de los doce meses. En conclusión, el estudio sugiere que la frecuencia de consumo de cannabis contribuye a la gravedad de la expresión disminuida al inicio y tras 12 meses de seguimiento. También se halla una relación dosis-respuesta entre la frecuencia de consumo y la gravedad de los síntomas, y aportan evidencia a la asociación entre el consumo de cannabis y los síntomas negativos.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Setién-Suero, Ayesa-Arriola, Peña, Crespo-Facorro y Ojeda, (2022).	648 participantes, de los que 461 eran pacientes PEP y 187 participantes control sin psicopatología. De los 648 sujetos incluidos, 187 pacientes y 42 controles eran consumidores, un total de 229 consumidores de cannabis.	Analizar cómo los procesos atencionales evolucionan tras 3 años del inicio del trastorno en una amplia muestra de pacientes con un primer PEP (n=461), comparando consumidores de cannabis y no consumidores.	Duración del periodo sin tratamiento desde el inicio del trastorno. Psicopatología general. Sintomatología psicótica. Depresión. Diagnóstico de esquizofrenia. Funcionamiento. Atención.	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS). Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID-I). Disability Assessment Scale (DAS). Global Assessment of Functioning (GAF). Stroop Test. Degraded-Stimulus Continuous Performance Task (DS-CPT). WAIS-III battery subscale. Digit Symbol (DS) of the WAIS. Trailing Making Test, Part B (TMT-B).	Al inicio del estudio, los grupos control (consumidores y no consumidores) superaron a los grupos de pacientes (consumidores y no consumidores) en todas las tareas de atención. Los análisis longitudinales mostraron mejoras significativas en la atención a los 3 años, principalmente en los pacientes que nunca habían consumido cannabis, seguidos por los ex-consumidores y los consumidores persistentes. En el seguimiento a 3 años, el grupo de ex-consumidores fue el que alcanzó puntuaciones más cercanas a las de los controles.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Bioque, Mezquida, Amoretti, García-Rizo, López-Ilundain, Diaz-Caneja, Zorrilla, Mané, Rodríguez-Jiménez, Corripio, Pomarol-Clotet, Ibáñez, Usall, Contreras, Mas, Vázquez-Bourgon, Cuesta, Parellada, González-Pinto, Hidalgo-	119 pacientes en remisión tras un primer episodio psicótico (PEP), con un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme, entre 16 y 40 años, que no han tenido recaídas desde el PEP, hispanoparlantes y que proporcionasen consentimiento escrito.	Monitorear el curso clínico de los casos reclutados para comparar el subgrupo de pacientes con un segundo episodio con aquellos que permanecen en remisión, atendiendo a datos sociodemográficos, clínicos, de consumo de sustancias y referidos al tratamiento.	Historia psiquiátrica familiar. Sintomatología psicótica. Severidad de la depresión. Estado clínico. Funcionamiento global. Sociabilidad y retraimiento, relaciones con los compañeros, rendimiento escolar, adaptación a la escuela, y capacidad para establecer relaciones socio-afectivas y sexuales en diferentes rangos de edad. Abuso de drogas. Ambiente familiar.	Validated Spanish version of the Positive and Negative Symptom Scale (PANSS). Spanish validated version of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Clinical Global Impression for Schizophrenia (CGI-SCH). Functional Assessment Staging Test (FAST). Premorbid Adjustment Scale (PAS). Spanish adaptation of the Strauss and Carpenter prognostic scale.	El 49.6% de los participantes recayeron durante el seguimiento de tres años. No se encontró una asociación significativa entre las características clínicas y demográficas iniciales y las recaídas. Un 22% de los pacientes que no tuvieron recaídas al final del seguimiento no estaban tomando antipsicóticos. Los pacientes que sufrieron recaídas tuvieron dosis más altas de antipsicóticos, mayor uso de politerapia antipsicótica, benzodiazepinas y reportaron más efectos secundarios. También recibieron más tratamiento psicológico y consumieron más cannabis. El uso de clozapina fue significativamente mayor en el grupo que permaneció en remisión.

<p>Figueroa, Bernardo y 2EPs GROUP (2022).</p>			<p>Tratamiento psicológico y farmacológico. Recaída.</p>	<p>Multidimensional assessment tool European Addiction Severity Index (EuropAsi). Family Environment Scale (FES).</p>	
--	--	--	--	---	--

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Waterreus, Prinzio, Ambrosi y Morgan (2023).	371 personas con un diagnóstico de esquizofrenia, consumidores y no consumidores de cannabis.	Investigar el efecto de dejar de consumir cannabis sobre la severidad de la sintomatología psicótica y los niveles de funcionamiento de personas con un trastorno psicótico diagnosticado.	Alucinaciones. Severidad de síntomas negativos. Nivel de funcionamiento psicosocial. Consumo de cannabis y edad del primer consumo. Datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, calificaciones educativas, estado laboral. Datos clínicos: curso del trastorno, ideación suicida en el año previo, depresión en el año previo, falta de insight. Consumo de tabaco, drogas (anfetaminas, heroína, cocaína, LSD, éxtasis, inhalantes y disolventes) y alcohol. Uso de medicación antipsicótica.	Diagnostic Interview for Psychosis (DIP). Personal and Social Performance Scale (PSP). AUDIT-C.	En el seguimiento, un tercio (33.3%) de los usuarios de cannabis al inicio habían dejado de usarlo. La discontinuación se asoció con una probabilidad significativamente menor de alucinaciones en el último año y una mejora promedio en el nivel de funcionamiento (según la escala de rendimiento personal y social), en comparación con el deterioro del funcionamiento en los usuarios continuos. No se observaron diferencias significativas en la gravedad de los síntomas negativos.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Ihler, Lyngstad, Gardsjord, Widing, Flaaten, Åsbø, Wold, Engen, Simonsen, Ueland, Lagerberg, Melle y Romm (2023).	351 participantes con un primer episodio de psicosis no afectiva.	Explorar los efectos del consumo de cannabis al inicio y persistente sobre la trayectoria de la expresión disminuida y la apatía a lo largo de 10 años, controlando otros posibles factores y predictores de los síntomas negativos secundarios.	Datos clínicos y demográficos. Consumo de sustancias. Sintomatología psicótica. Sintomatología depresiva. Efectos secundarios de los antipsicóticos. Funcionamiento social y académico premórbido. Duración del trastorno sin tratamiento. Consumo de cannabis. Consumo de drogas ilegales: cocaína, opioides, alucinógenos y anfetaminas. Uso de antipsicóticos.	Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. PANSS. Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). The Udvalg for Kliniske Undersøgelser (UKU) side effect rating scale. Premorbid Adjustment Scale (PAS).	La gravedad tanto de la expresión disminuida como de la apatía disminuyó durante el período de seguimiento después del primer episodio de psicosis, siendo la mayor mejora observada desde el inicio hasta el seguimiento a 1 año. El consumo de cannabis al inicio se asoció con una carga de síntomas más alta y duradera para la expresión disminuida, pero no para la apatía. Incluir el consumo persistente de cannabis en el modelo fortaleció aún más la asociación con la expresión disminuida.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Levi, Bor-Haim, Winter-van Rossum, Davidson, Leucht, Fleischhacker, Park, Davis, Kahn y Weiser (2023).	446 pacientes diagnosticados con un primer episodio de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o esquizofreniforme, sin toma de antipsicóticos por más de 2 semanas en el último año o por más de 6 semanas a lo largo de su vida.	Examinar la relación entre el consumo de cannabis, la adherencia a los antipsicóticos y el riesgo de recaída en pacientes en remisión tras un primer episodio de esquizofrenia, esquizofreniforme o trastorno esquizoafectivo.	Sintomatología psicótica. Funcionamiento social. Consumo de cannabis. Adherencia al tratamiento. Recaída. Hospitalizaciones. Sintomatología psicótica. Funcionamiento social. Consumo de cannabis. Adherencia al tratamiento. Recaída. Hospitalizaciones.	Clinical Global Impression scale. PANSS. Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS). Sellwood Compliance Scale.	En comparación con los no usuarios, el consumo de cannabis aumentó el riesgo de recaída, incluso en pacientes que cumplían con el tratamiento antipsicótico. El consumo de cannabis fue un factor previo al empeoramiento de los síntomas, que incluyó un deterioro en la puntuación total de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo y un empeoramiento del funcionamiento social al final del seguimiento.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
Hyatt, Mullin, Hasler, Madore, Progovac, Cook y DeLisi (2024).	143 pacientes que han tenido un primer episodio psicótico que participaron en un servicio de cuidado continuado.	Identificar los factores de riesgo para recaídas (visitas a la sala de emergencias psiquiátricas o hospitalización) y la falta de seguimiento con atención psiquiátrica ambulatoria en los 12 meses posteriores al final de los servicios en un programa urbano de atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio de psicosis (FEP).	Recaídas. Seguimiento. Datos demográficos: raza, etnia, sexo, primer idioma. Información sobre el uso de servicios. Diagnóstico. Consumo de cannabis. Consumo de alcohol. Adherencia a la medicación. Visita a los servicios de urgencias. Consumo de tabaco. Nivel de funcionamiento.		Las personas que tuvieron alguna visita a la sala de emergencias o hospitalización en los 12 meses previos a terminar los servicios de CSC y aquellas que consumían cannabis en el último contacto con CSC presentaron un mayor riesgo de recaída después de finalizar los servicios. El consumo de cannabis en el último contacto también se asoció con menores tasas de seguimiento psiquiátrico ambulatorio, mientras que la duración de los servicios de CSC en meses mostró una pequeña asociación positiva con el seguimiento psiquiátrico posterior al CSC. No se encontraron diferencias en las recaídas ni en el seguimiento según raza o etnia, diagnóstico principal o uso de medicación.

Estudio	Muestra	Objetivos	Variables	Instrumentos	Resultados
D'Andrea, Ouellet-Plamondon, Villeneuve, Shah, Iyer y Abdel-Baki (2024).	395 pacientes que han presentado un primer episodio psicótico, entre 18 y 30 años, con un diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia, sin un tratamiento antipsicótico previo o menor de un año, con conocimiento de inglés o francés y sin discapacidad intelectual.	Identificar las diferentes trayectorias del consumo de cannabis, así como la gravedad clínica de trastorno psicótico y la evolución del funcionamiento social a lo largo de un período de 5 años en personas con un primer episodio de psicosis.	Severidad de la sintomatología psicótica. Consumo de cannabis. Funcionamiento social. Variables sociodemográficas: edad, sexo, educación, empleo, fuentes de ingresos, ser sin hogar. Experiencias adversas en la infancia. Variables clínicas: diagnósticos de trastorno psicótico, consumo de sustancias.	Clinical Global Impression-Severity subscale (CGI-S). Drug Use Scale (DUS). Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS). Bernstein's Childhood Trauma Questionnaire.	El modelo mejor ajustado identificó cinco trayectorias conjuntas. El primer grupo presentó solo una mejora marginal, a pesar de no consumir cannabis, mientras que el segundo grupo sin consumo de cannabis y el tercero con un uso bajo y decreciente mostraron una mejora clínica. Un cuarto grupo dejó de consumir progresivamente y experimentó una mejora clínica. El quinto grupo, que continuó consumiendo cannabis, no mostró mejoras significativas durante el seguimiento y también presentó mayores probabilidades de vivir sin hogar y haber enfrentado adversidades en la infancia.

ANEXO 2. Descripción detallada de la propuesta de intervención.

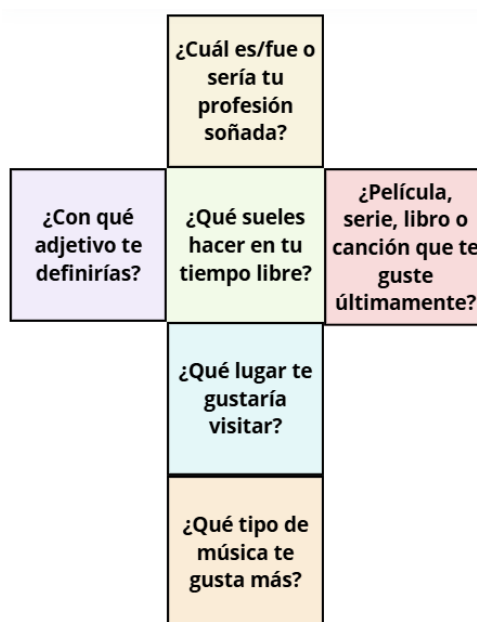
Sesión 1.

La sesión se inicia con la presentación del programa a los participantes, explicándoles los objetivos perseguidos por el mismo, que pueden ser tanto el cese como la reducción del consumo, así como la adquisición de conocimientos y estrategias necesarias para llevarlo a cabo. A continuación, se presenta de modo general el contenido del programa, comentando que se incluirán aspectos más teóricos e informativos (información sobre el trastorno y el cannabis, explicación de técnicas, etc.) pero también se trabajarán dinámicas prácticas e interactivas (role-play, preguntas de grupo, etc.).

Tras esta breve introducción, el siguiente objetivo es el de incrementar la cohesión social. Para ello, se comenzará por una dinámica simple para que los participantes compartan aspectos sobre ellos mismos con los demás, se conozcan e interactúen. Con este propósito se desarrolla la actividad “Creando lazos”. Para llevarla a cabo se emplea un dado de cartón personalizado, en el que cada una de las 6 caras del cubo tiene escrita una pregunta diferente.

Figura 2.

Dado “Creando lazos”.



Nota. Elaboración propia.

Así, la psicóloga le dará el dado a un primer participante al azar, que debe lanzar el dado y responder a la pregunta que le haya tocado. Posteriormente, el dado es pasado por cada uno a otro miembro del grupo que ellos elijan, que debe repetir el mismo proceso.

Al finalizar esta primera actividad, se continúa con una breve sesión de psicoeducación, abordando aspectos sobre los trastornos psicóticos. Así, se les pregunta a los participantes si conocen cuáles son los principales síntomas de la esquizofrenia, que irán siendo anotados en la pizarra. Una vez que no haya más respuestas, se añadirán aquellos que pudieron no haber sido mencionados, y se explicará de forma simple las dos categorías de síntomas principales (positivos y negativos). A continuación, se abordará el tema de la adherencia al tratamiento, haciendo énfasis en tópicos como la importancia de no discontinuar de forma abrupta los tratamientos o no tomarlos de forma irregular, por sus efectos contraproducentes. Finalmente, se hará hincapié en la importancia de mantener un estilo de vida saludable, con el suficiente descanso, mantenerse activos, no saltarse comidas y evitar el consumo de alcohol y otras drogas.

Antes de cerrar la primera sesión, se presentará un última actividad breve para conocer los objetivos los miembros del grupo. Así, se introducirá la actividad: “Ahora que hemos empezado a conocernos, me gustaría también saber... ¿para qué os gustaría aprovechar este programa o qué pretendéis lograr? Puede ser algo concreto o algo más general si todavía no lo tenéis claro”. Tras esto, se reparte un folio con el título “A lo largo de este programa me gustaría lograr...”, el cual deberán continuar. Cuando hayan terminado de redactar, pueden compartirse con el grupo o mantenerse en privado antes de entregárselo a la psicóloga general sanitaria.

Sesión 2.

En esta segunda sesión, se comenzará por una parte teórica centrada en los efectos del consumo de cannabis sobre el curso de la esquizofrenia, para continuar el objetivo centrado en dotar de conocimientos sobre el trastorno a los participantes.

Así, se hablará de forma breve sobre el impacto negativo del consumo sobre el funcionamiento social, el incremento del riesgo de recaídas y exacerbación de la sintomatología positiva, la reducción de la adherencia al tratamiento, etc.

En segundo lugar, se abordan los factores que facilitan o dificultan dejar de consumir, es decir, factores de riesgo y protección. Para ello, de forma rápida se escriben en la pizarra dos columnas “Lo que ayuda”/”Lo que no ayuda”, y se les pide a los participantes que propongan alguna para cada columna, en base a su experiencia o a suposiciones. Acto seguido, se proyectan unas diapositivas con un pequeño listado de factores de riesgo y protección, señalando aquellos que han salido pero incidiendo más en los que no fueron propuestos. Finalmente, cada uno en un folio -que puede llevarse consigo- anota aquellos factores de riesgo y protección que percibe en su caso. Así se pretende que tomen conciencia de aquellos elementos personales que pueden favorecer o complicar su proceso de cambio.

Figura 3.

Diapositiva “Factores de riesgo y protección en el abandono/reducción del consumo de cannabis”.

<u>Lo que ayuda</u>	<u>Lo que NO ayuda</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre el impacto del consumo sobre el trastorno. • Tener horarios estructurados y hobbies. • Contar con una red de apoyo (familia, amigos, profesionales) y libre de consumo. • Poseer estrategias para manejar las emociones (respiración, deporte, etc.). • Terapia y grupos de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo social o entorno consumidor. • Poseer creencias distorsionadas sobre el cannabis. • No poseer habilidades para manejar las emociones (uso de cannabis como escape). • Déficit de habilidades sociales para rechazar ofertas de consumo. • Depresión o bajo estado de ánimo (apatía, aislamiento, etc.).

Nota. Elaboración propia.

A continuación, se llevará a cabo una dinámica dirigida a seguir fomentando la cohesión grupal. En este caso, se desarrolla la actividad “Una historia común”, en la que los participantes se juntan en parejas y comparten entre ellos cuántos años llevan consumiendo, cuál creen que fue el motivo por el que comenzaron y el motivo por el que buscan cesar o reducir el consumo. Al terminar, se les propone comentarlo con el grupo, pero de forma voluntaria. Con esto, se pretende que interactúen entre ellos, se conozcan más y puedan generarse lazos al sentirse identificados con la historia de otros.

Finalmente, se presenta a los participantes un autorregistro de consumo de cannabis que deberán ir cubriendo a lo largo de la semana. Se explicará el contenido que debe anotarse en cada una de las columnas, así como su funcionamiento y recomendaciones (por ejemplo, anotar lo ocurrido lo antes posible para no perder información, llevar el autorregistro con ellos, etc.). Con este recurso, se pretende monitorear su consumo de cannabis a lo largo del tiempo, pudiendo observar así su evolución a lo largo de las sesiones. Además, las columnas referidas al contexto, a las emociones y pensamientos serán útiles en sesiones próximas y favorecen la toma de conciencia de los desencadenantes por parte de los usuarios.

Tabla 3.

Autorregistro de consumo de cannabis.

Día	Hora	¿Qué hacías antes?	Pensamientos/sentimientos previos	Nº de porros consumidos	¿Qué hiciste tras consumir?	¿Cómo te sentiste tras consumir?

Nota. Elaboración propia.

Sesión 3.

Esta sesión se inicia con una revisión parcial del autorregistro de consumo de cannabis, de modo que en un primer momento solo se analizará el número de porros consumidos al día y el total de la semana, obviando temporalmente otras columnas.

A continuación, se introduce al grupo el objetivo de reducir su exposición a estímulos o situaciones desencadenantes del consumo. Por tanto, se presenta la técnica de control de estímulos, explicando la existencia de una asociación entre ciertos estímulos (pueden ser sentimientos, objetos, contextos, pensamientos, etc.) y el incremento de la probabilidad de que se produzca una conducta. Es decir, “existen ciertos estímulos cuya presencia aumenta la probabilidad de consumir cannabis. Por tanto, con esta técnica se pretende aprender a identificarlos para reducir o evitar la exposición a los mismos y, en consecuencia, reducir el consumo”.

Para iniciar, se retomará el autorregistro de consumo de cannabis, de modo que cada participante debe prestar atención a las columnas “¿Qué hacías antes?” y “Pensamientos y sentimientos previos” para observar ejemplos reales de lo recién explicado y que tomen conciencia de que es un aspecto real y relevante que afecta a cada uno de ellos.

Para identificar otros estímulos desencadenantes, se proporciona a cada uno de los miembros del grupo una ficha con una serie de preguntas, en las que deben escribir el mayor número de estímulos que recuerden para cada una.

Figura 4.

Ficha “control de estímulos”.

Sesión 3. “Control de estímulos”.

1.- ¿Dónde sueles fumar normalmente?

2.- ¿Con quién?

3.- ¿En qué momentos del día?

4.- ¿Qué sientes justo antes de fumar?

5.- ¿Hay cosas que te lo recuerdan (olores, música, objetos, etc.)?

Nota. Elaboración propia.

A continuación, se realiza una puesta en común, de modo que los usuarios puedan reconocer estímulos que han olvidado y apuntarlos. Además, al compartir las listas, se seleccionan los estímulos o situaciones desencadenantes más comunes, y se procede a, de forma colaborativa, buscar alternativas para evitarlos.

Por ejemplo, si una situación desencadenante es estar en la habitación, deben retirarse todos los objetos relacionados con fumar de la estancia (mecheros, grinder, etc.). En caso de que sea una persona o un grupo de amigos, deben comunicar que están tratando de dejar de fumar y pedir que los inviten a planes en los que no haya consumo únicamente.

Así, los participantes deben identificar desencadenantes y aplicar el control de estímulos para evitar su exposición a ellos de ahora en adelante.

Encadenado a esto, se pretenderá modificar su estilo de vida hacia hábitos más saludables, para lo que se empleará una programación de actividades con los usuarios. De este modo, se explicará que en ocasiones fumar se emplea para escapar de emociones como el aburrimiento o rellenar el tiempo libre, pero esto puede ser sustituido por actividades gratificantes con efectos más beneficiosos a largo plazo. Así, entre todos los usuarios deben proponerse entre 10-12 actividades agradables -tanto de interior como de exterior, con opciones más sencillas y otras más demandantes-, que irán siendo apuntadas en la pizarra por la psicóloga. Estas actividades también serán anotadas en un folio que guardará la profesional para la siguiente sesión.

Al final, los usuarios deben seleccionar 2 actividades que perciban como sencillas y posibles de implementar en su vida de inmediato, y tendrán que desarrollar cada una al menos una vez en la próxima semana.

Para concluir la sesión, se practicará una técnica para que los usuarios puedan manejar las sensaciones fisiológicas asociadas con el craving o los impulsos de consumir que aparecerán en el futuro. En concreto, se llevará a cabo un entrenamiento en respiración profunda, una técnica sencilla y generalizable a múltiples contextos que permite reducir el nerviosismo. De este modo, se desarrollará una práctica siguiendo las siguientes instrucciones:

1. Sentarse en una posición cómoda, con la espalda apoyada en el respaldo y los pies apoyados en el suelo. Cerrar los ojos para mayor concentración. No cruzar las piernas, y si se lleva cinturón o pantalones muy apretados, desabrocharlos para mayor comodidad.
2. Colocar una mano en el pecho y la otra mano en el abdomen.

3. Realizar una inspiración lenta, de aproximadamente 4 segundos, por la nariz, notando cómo los pulmones se llenan de aire y el abdomen se hincha.
4. Mantener el aire durante 2-3 segundos.
5. Expulsar el aire muy lentamente, en 4-5 segundos, notando cómo el abdomen se desinfla.
6. Estos pasos serán repetidos aproximadamente unas 5 veces más.

Finalmente, se les recordará que a lo largo de la semana deben: continuar cubriendo el autorregistro de consumo de cannabis, implementar las actividades agradables seleccionadas y practicar la respiración profunda.

Sesión 4.

La presente sesión se inicia de modo similar a la anterior, con la revisión del autorregistro del consumo de cannabis. En este caso, se presta atención al número de porros fumados al día y a la semana, y también se revisan las situaciones, pensamientos y emociones precedentes, realizando un refuerzo del control de estímulos si alguien requiere apoyo.

Una vez superado ese tópico, se continúa con la programación de actividades, confirmando si los usuarios han cumplido el objetivo de dos actividades semanales propuesto la semana anterior. Además, se explorará con ellos cómo se sintieron tras realizar las actividades y si hubo un cambio en sus pensamientos/sentimientos respecto a antes de la actividad agradable. A continuación, la psicóloga proyectará una diapositiva con la lista de actividades que fueron anotadas la semana pasada, de forma que cada usuario pueda seleccionar otras 2 actividades para llevar a cabo esta semana junto a las previamente elegidas.

En esta sesión, se introduce otro objetivo importante, el de modificar aquellas creencias de los participantes que favorecen o mantienen el consumo de cannabis. Para ello, se aplicará la reestructuración cognitiva, explicándoles a los participantes cómo nuestras creencias influyen sobre nuestros comportamientos.

De este modo, iniciaremos con una presentación de los principales mitos existentes en torno al consumo de cannabis: “fumar relaja”, “fumar calma los síntomas de esquizofrenia”, “fumar te vuelve más creativo”, “mucha gente lo hace, es normal”, etc. Después de presentar cada mito, debajo aparece la refutación correspondiente.

Tras la presentación, se preguntará al grupo cuáles de estos mitos habían escuchado, e incluso cuáles de ellos formaban parte de sus creencias. De este modo, adquieren conciencia de sus propias creencias sobre la sustancia, obtienen conocimientos veraces para refutar estas ideas y adquieren una actitud más crítica ante las publicidades a favor de la marihuana.

Figura 5.

Ejemplos de diapositivas sobre mitos asociados al cannabis.



Nota. Elaboración propia.

Como última actividad, se lleva a cabo otra práctica conjunta de la respiración profunda como en la sesión anterior, puesto que las técnicas de respiración son sencillas pero requieren ser practicadas para disfrutar de sus beneficios.

Finalmente, se les recordará que a lo largo de la semana deben: seguir cubriendo el autorregistro de consumo de cannabis, practicar la respiración profunda, llevar a cabo las cuatro actividades agradables seleccionadas y anotar aquellas creencias a favor de la marihuana que detecten.

Sesión 5.

Esta quinta sesión se inicia con la revisión del autorregistro de consumo de cannabis, prestando atención al plano general para analizar el progreso en el patrón de consumo de los participantes.

A continuación, se pregunta a cada uno si llevaron a cabo las cuatro actividades agradables planificadas, cómo se sintieron realizándolas y tras finalizarlas, si les gustaría mantenerlas en su día a día, etc. Debe reforzarse tanto a los que completan las cuatro como a los que solo realizan 1-3, puesto que cambiar hábitos es un proceso complejo y progresivo.

En esta sesión, se continuará con la modificación de las creencias mantenedoras del consumo. Así, se retomará brevemente lo comentado en el taller anterior sobre la relación creencias-comportamientos y los mitos, y se introducirá la actividad “Generando creencias útiles”. Para ello, se emplearán las creencias registradas a lo largo de la semana anterior, a las que se aplicarán dos preguntas.

En primer lugar, “¿En qué ayuda esta creencia a mi objetivo?”, de modo que cuestionen esas creencias identificadas en sí mismos y en su entorno, decidiendo si quieren mantenerlas o sería más beneficioso para su proceso de cambio reestructurar estas ideas.

Así, seguidamente se plantea otra cuestión: “¿Cómo podría reformularse para que se alinee mejor con mi objetivo personal?”. De este modo, los propios participantes llevan a cabo un proceso de modificación de sus creencias. Esto es interesante, pues en esta sesión cuenta con el apoyo de la psicóloga, pero es importante practicar esta habilidad para situaciones futuras y/o en las que se encuentren solos.

Tras esta dinámica, el objetivo de modificación de creencias continúa exponiendo al grupo la existencia de los sesgos cognitivos o las trampas de pensamiento. De esta forma, se explicarán algunos sesgos y se mostrarán ejemplos de cada uno: sesgo de minimización del problema (“fumar porros no es tan grave, hay gente que consume drogas peores”), sesgo de

justificación por comparación (“conozco a personas que fuman más que yo, así que no estoy tan mal”), el pensamiento dicotómico (“si no dejo el cannabis para siempre a la primera, seré un fracaso”), sesgo de filtro mental o atención selectiva (“cuando fumo siempre me lo paso bien, no disfruto con otras cosas”, olvidando otras actividades y situaciones gratificantes que ha realizado).

El conocimiento de la existencia de estas distorsiones cognitivas es relevante, pues puede interferir en su proceso de cambio y muchas veces se producen de forma involuntaria, de modo que obtener información sobre los mismos los ayudará a detectarlos y tener mayor control sobre sus pensamientos y creencias.

Para finalizar la sesión, se les recordará que a lo largo de la semana deben: continuar cubriendo el autorregistro de consumo, practicar la respiración profunda pudiendo introducirla ya en otros contextos fuera del hogar, llevar a cabo las actividades gratificantes seleccionadas y seguir registrando creencias favorables al consumo que puedan seguir apareciendo.

Sesión 6.

Para comenzar la sesión, se revisará el autorregistro de consumo de cannabis con el objetivo de monitorizar el progreso del grupo. Para ellos, se analizarán tanto el número de porros diarios y semanales consumidos, como los desencadenantes.

Acto seguido, se preguntará a los participantes si han registrado creencias favorables al consumo a lo largo de la semana, ayudando a reestructurar grupalmente aquellas que puedan surgir, haciendo un refuerzo de la reestructuración cognitiva.

En esta sesión además se introducirán nuevas técnicas. Así, retomando el objetivo de adquirir habilidades para el manejo del craving, nos centraremos en este caso en las manifestaciones cognitivas del mismo. A medida que los participantes avancen en la reducción del consumo, aumentará la probabilidad o la intensidad de las sensaciones de craving o urgencias de consumir.

Se comunicará al grupo que los deseos de consumir, además de con sensaciones corporales como el nerviosismo, también pueden manifestarse en sus pensamientos. Por

ejemplo, con cogniciones repetitivas sobre el deseo de consumir o con imágenes intrusivas de la sustancia o de ellos mismo consumiéndola.

Para afrontar estas manifestaciones cognitivas, se les entrenará en la técnica de distracción. Así, se enseñará al grupo a, ante la detección de estos pensamientos, responder mediante la búsqueda de conductas alternativas en las que centrar su atención.

Para ello, se planteará la actividad “Esquivando los pensamientos”, para la que se entregará un folio y bolígrafo a cada participante, en el que tendrán que anotar y responder una pregunta: “¿Qué haces tú cuando tienes ganas de consumir?”.

Una vez que los participantes hayan contestado, compartirán sus respuestas con el grupo, siendo anotadas en la pizarra por la psicóloga. El siguiente paso consiste en clasificar cada una de ellas en uno de los tres grupos: “Útil” (por ejemplo, “salgo a caminar para distraerme”), “Neutra” (por ejemplo, “me echo a dormir”) o “Mantiene el consumo” (“por ejemplo, “fumo un poco para quitarme las ganas”).

Una vez comprendida la diferencia entre cada grupo, se propondrán entre todos una lista de unas 10 conductas alternativas para realizar ante la aparición de estos pensamientos. Finalmente, cada uno elige 2 o 3 para emplear en estos casos. Además, se les recordará que pueden incluir en su lista alguna de las actividades gratificantes incorporadas a su rutina, si les sirve para calmar sus pensamientos.

Como último elemento de esta sesión, se introducirá también un entrenamiento en solución de problemas, con el objetivo de mejorar su capacidad para detectar y responder ante dilemas cotidianos. Así, se les enseñará el esquema básico:

1. Identificar el problema a resolver, describiéndolo claramente.
2. Generar varias posibles alternativas para responder a la dificultad.
3. Valorar las opciones y seleccionar la percibida como más viable o eficaz.
4. Implementar la alternativa elegida y valorar su eficacia.

Para asentar estos conocimientos, se propondrá una nueva actividad, “La mejor elección para mí”. En ella, se le repartirá a cada persona un folio con la descripción de dos dilemas

para los que deben elegir una solución empleando el esquema previamente aprendido. Al finalizar, pueden ser compartidos con el grupo o revisados individualmente por la psicóloga.

Figura 6.

Dilemas propuestos al grupo en la actividad “La mejor elección para mí”.

Dilema 1: *“Un amigo con el que solías consumir te llama para quedar. Dice que tiene marihuana y que pueden fumar juntos como antes. Te apetece verlo, pero también sabes que estás intentando dejarlo”.*

Dilema 2: *“Has tenido un mal día. Te sientes nervioso, agobiado y piensas en lo bien que te sentaba fumar para calmarte. Empiezas a pensar en fumar un poco”.*

Nota. Elaboración propia.

Finalizando la sesión, se avisa como de costumbre a los participantes de que a lo largo de la próxima semana deben: continuar cubriendo el autorregistro de consumo de cannabis, comenzar a practicar la distracción y a aplicar la solución de problemas.

Sesión 7.

Para iniciar, se revisará el autorregistro de consumo de cannabis como de costumbre, para analizar su evolución en cantidad consumida y en situaciones y estímulos desencadenantes.

Respecto a la solución de problemas, se preguntará al grupo si han aplicado esta técnica a lo largo de la semana previa, ofreciendo feedback de lo que cuenten, reforzando la aplicación y resolviendo dudas u ofreciendo apoyo si se solicita.

Se continuará abordando el objetivo de la semana previa de la adquisición de habilidades para manejar la dimensión cognitiva del craving. De esta forma, se retomará la sesión anterior, recordando la técnica de distracción y preguntando si ha sido aplicada por

alguno de los presentes. Tras el feedback y el refuerzo correspondiente, se introduce una nueva técnica al grupo: las autoinstrucciones.

Ante la aparición de pensamientos asociados al deseo de consumir, además de la distracción con otras actividades, los participantes pueden utilizar autoafirmaciones o slogans para mantenerse firmes en su objetivo de no consumir.

De esta manera, la psicóloga proporcionará una serie de ejemplos (“ahora tengo herramientas para hacer frente al deseo de consumir”, “esto pasará, ya lo ha hecho en otros momentos”, “tengo un objetivo y ceder no va a beneficiarlo”), y el grupo debe proponer algunas más. Todas estas afirmaciones se anotarán en la pizarra a la vista de todos, y cada participante debe seleccionar 2-3 que más resuenen consigo para implementarlas en su vida diaria.

En esta sesión, se introducirá un nuevo tópico: las habilidades sociales. Estas habilidades son necesarias para todas las personas, pero a lo largo del programa hemos hablado de lo beneficioso de poseer un entorno social que ofrezca apoyo y no consuma y de cambiar el entorno de consumidores por personas con hábitos más saludables. Por tanto, también se abordará el objetivo de adquirir habilidades sociales tanto para crear nuevas relaciones como para rechazar las invitaciones de consumo en las existentes que deseen mantenerse.

En esta ocasión, se centrará en el desarrollo de habilidades para iniciar conversaciones y crear nuevos vínculos sociales. Para ello, se explicarán unas nociones básicas: la importancia del lenguaje no verbal (postura, contacto ocular...), modos de empezar una conversación, el papel de la escucha activa, el uso de preguntas abiertas y las muestras de atención.

Tras esta primera parte teórica, se propondrá un role-play para que cada participante practique una situación de conversación con un desconocido. Para ello, se planteará una situación: “me encuentro con un vecino con el que todavía no había hablado en el ascensor del edificio”. La psicóloga actuará como una persona desconocida y cada uno tendrá que tratar de iniciar y desarrollar una conversación de 3-4 minutos.

Al finalizar, cada uno comentará qué aspectos le resultaron más difíciles, qué sensaciones experimentó, dudas y con qué se sintieron más cómodos. La psicóloga también proporcionará feedback y refuerzo a cada persona.

Para cerrar la sesión, se recordará que la próxima semana deben: continuar cubriendo el autorregistro de consumo de cannabis, practicar las técnicas de distracción y autoinstrucciones, aplicar la solución de problemas en su vida diaria y tratar de iniciar al menos una conversación con un desconocido o un conocido (puede ser en la asociación, en el supermercado, etc.).

Sesión 8.

Tras la revisión del autorregistro de consumo de cannabis para analizar la evolución del consumo, se procederá a preguntar al grupo cómo avanzan en el manejo de las distintas técnicas aprendidas (autoinstrucciones, distracción, solución de problemas, respiración, control de estímulos, etc.) y resolverán las dudas o se revisarán los casos concretos de cada uno de ser necesario.

A continuación, se retomará el entrenamiento en habilidades sociales, permitiendo que cada uno de ellos comente cómo ha sido su intento de iniciar conversaciones con otros.

Seguidamente, se explicará a los participantes que, además de generar nuevas amistades, es necesario aprender a decir que no ante ofrecimientos de marihuana para evitar situaciones difíciles en el futuro.

Para ello, se pedirá al grupo que generen dos o tres frases entre todos para rechazar invitaciones de consumo. A continuación, se llevará a cabo un role-play en parejas, de modo que un miembro actúa como el amigo que insiste en que el otro fume, mientras que el otro miembro debe rechazar la invitación de forma asertiva. Pueden emplear tanto las frases que han generado entre todos como improvisar nuevas a lo largo del diálogo. Cada representación durará unos 6 minutos, y al terminar, los miembros intercambian los papeles, hasta que todos los participantes del taller hayan representado la situación.

Al final, cada uno comentará qué les resultó más difícil y seleccionarán al menos una respuesta comodín para rechazar invitaciones en su vida diaria.

En otra línea, se introducirá la técnica de exposición con prevención de respuesta al grupo, con el objetivo de lograr una deshabitación psicológica a las situaciones que generan ansia de consumo. En esta sesión, únicamente se realizará una introducción, explicando que esta técnica consiste en afrontar de manera controlada situaciones que generan deseos de consumir y, en lugar de fumar, aprender a tolerarlas aplicando estrategias alternativas.

Tras esta introducción, se les pedirá que a lo largo de la semana anoten en un papel una lista de entre 10 y 15 situaciones que todavía les generan deseos de consumir.

A mayores de esta actividad intersesión, se les recordará que deben continuar cubriendo el autorregistro de consumo de cannabis y seguir practicando las demás habilidades adquiridas a lo largo del programa-

Sesión 9.

Como en las sesiones previas, se revisa el autorregistro de consumo de cannabis para monitorear la evolución del consumo de los participantes. Además, volverá a preguntarse al grupo cómo avanzan en el manejo y en la práctica de las distintas técnicas aprendidas (autoinstrucciones, distracción, solución de problemas, respiración, control de estímulos, etc.) y resolverán las dudas o se revisarán los casos concretos de cada uno de ser necesario.

Retomando los contenidos de la semana anterior, se pedirá a cada uno que recupere la lista de actividades que generan deseo de consumo que han ido recogiendo durante estos días.

A continuación, se les explicará cómo desarrollar una jerarquía de exposición a partir de esa lista. Para ello, deberán elaborar una jerarquía de 10 situaciones, ordenándolas de menor a mayor ansiedad o miedo generada por cada una de ellas.

De modo excepcional, en este caso, el autorregistro de todos los participantes comenzará con las 2 mismas situaciones, de modo que se seleccionarán aquellas más comunes a todos para seleccionarla como las dos primeras situaciones menos ansiógenas. Esto se realiza con el objetivo de realizar una exposición en imaginación grupal para comenzar.

Por tanto, tras la elaboración de la jerarquía con esas dos primeras situaciones comunes y, las ocho restantes individualizadas, se procederá a dividir a los participantes en

dos grupos de 4 personas. De este modo, la psicóloga llevará a cabo una exposición en imaginación del primer ítem de la jerarquía con un grupo y después con el otro. A lo largo de la exposición, se les recordará que pueden aplicar las técnicas que han ido adquiriendo para manejar sus sensaciones.

Al finalizar esta primera ronda, se preguntará cómo se han sentido y qué han pensado antes, durante y tras la imaginación guiada.

Una vez que todos se encuentren preparados, se procederá con la exposición mediante imaginación al segundo ítem de la jerarquía siguiendo el mismo procedimiento previo: primero un grupo y después otro, recordándoles que apliquen sus estrategias.

De nuevo, se les pedirá que compartan sensaciones y pensamientos antes, durante y después de la exposición.

Tras esta primera sesión de exposiciones, se les propondrá a los participantes una actividad intersesión semanal, en la que deberán exponerse a las dos siguientes situaciones de la jerarquía. Mientras la realizan, deberán cubrir un nuevo autorregistro para monitorizar su nivel de ansiedad ante cada exposición, repitiéndola hasta que la ansiedad sea igual o menor a un nivel 3.

Tabla 4.

Autorregistro de ansiedad durante la exposición.

Nº de ítem de la jerarquía	Ansiedad antes de la exposición (0-10)	Ansiedad durante la exposición (0-10)	Ansiedad tras la exposición (0-10)

Nota. Elaboración propia.

A mayores, se les recordará que es necesario que continúen cubriendo también el autorregistro de consumo de cannabis.

Sesión 10.

Llegando a la décima sesión, se iniciará con la revisión rutinaria del autorregistro de consumo de cannabis y el análisis del progreso de los usuarios.

Acto seguido, se revisará la exposición llevada a cabo por cada uno durante la semana anterior y el autorregistro de ansiedad experimentada, preguntando cómo se han sentido con esta actividad, las dificultades que han encontrado y si quieren alguna ayuda o resolución de dudas.

Finalizada la revisión, se procederá con la planificación de los siguientes dos ítems de la jerarquía a la que los participantes deberán exponerse en los próximos días. Además, se les recordará que sigan aplicando las estrategias adquiridas mientras se exponen para manejar el deseo de consumir y demás sensaciones. También se les recordará que cubran el autorregistro de consumo de cannabis y el autorregistro de ansiedad durante la exposición.

En este punto del programa, prácticamente todos los objetivos han sido cubiertos, por lo que sesiones como esta y la próxima no poseen tanto contenido como otras. Por tanto, se propondrá una dinámica para el resto de la sesión, denominada “Mi evolución”.

Para la misma, se propone a los participantes que compartan con el grupo qué mejoras han percibido en sí mismos a lo largo del programa, pudiendo ser de pensamiento, de conducta, habilidades, cambios en sus hábitos o aspectos que han cambiado en su vida a mejor.

Después, cada uno de ellos tendrá que elaborar una afirmación en la que se reconozcan a sí mismos sus propios méritos en este proceso de cambio.

Sesión 11.

La estructura y el contenido de esta sesión sigue una línea muy similar a la anterior.

De esta manera, se abre con la revisión del autorregistro de consumo de cannabis prestando atención a los cambios en el patrón de consumo.

En segundo lugar, se revisa la exposición llevada a cabo por cada participante durante el transcurso de la semana, el autorregistro de ansiedad y las dificultades que hayan podido

encontrar. No debe obviarse el refuerzo, pues la exposición es una técnica compleja y demandante para quienes la aplican, por tanto sus esfuerzos deben ser reconocidos y halagados.

Por último, volverá a planificarse cómo se aplicarán los siguientes dos ítems de la jerarquía en la próxima semana, recordándoles que cubran los dos registros que poseen.

Como en la sesión previa, se desarrollará una dinámica con el grupo. En este caso, se trata de “A mi yo futuro...”, una actividad en la que los participantes deben redactar una carta dirigida a sí mismos en el futuro. Para esto, se entregará un folio a cada persona en el que deben escribir una carta que incluya:

1. ¿Qué te ha ayudado en este proceso? (estrategias, habilidades, hábitos, personas, etc.).
2. ¿Qué logros has alcanzado y no quieres olvidar?
3. ¿Qué consejo te darías a ti mismo si en algún momento sientes ganas de volver a consumir?
4. Un mensaje de ánimo o de reconocimiento a sí mismos.

Al finalizar, se les propone compartir frases o fragmentos de la misma con el grupo de forma voluntaria. Además, se les pedirá que guarden y conserven la carta.

Para cerrar, se les solicitará que cubran por última vez los autorregistros de consumo de cannabis y de ansiedad durante la exposición.

Sesión 12.

De modo similar a las sesiones previas, se inicia con la revisión del autorregistro de consumo de cannabis y su monitorización.

En segundo lugar, se lleva a cabo la última revisión del autorregistro de ansiedad durante la exposición y se pregunta por las dificultades encontradas, por cómo se han sentido en estas últimas exposiciones y por las estrategias que han ido empleando.

En este punto, los participantes ya han afrontado todos los ítems de la jerarquía, por lo que se les reconocerá el gran avance que han hecho y el compromiso demostrado.

Como último objetivo del programa, se comenzará con el entrenamiento en la prevención de recaídas en perspectiva a la finalización del programa de intervención. De esta forma, se comunicará al grupo que el programa está cerca de finalizar, y aunque hayan logrado avances enormes, en el futuro pueden darse situaciones en las que sientan tentación de consumir.

Por ello, iniciaremos este apartado con una identificación de situaciones de alto riesgo. Se proporcionará a cada participante un folio en el que deberán redactar una lista de situaciones que todavía les generan ganas de fumar. Esta lista puede modificarse en el futuro si se producen cambios, y es bueno que la mantengan para poseer conciencia de situaciones peligrosas.

Para continuar, se les recordará que ante estas situaciones las estrategias adquiridas son eficaces:

- Habilidades sociales para rechazar invitaciones al consumo.
- Respiración profunda para el manejo de la activación fisiológica.
- Autoinstrucciones para mantenerse abstinentes.
- Distracción para manejar los pensamientos de deseo de consumir.
- Control de estímulos para modificar el contexto y evitar estímulos desencadenantes.

Tras esta iniciación en prevención de recaídas, se recordará al grupo que cubran el autorregistro de consumo de cannabis por última vez. Además, se les comunicará que es importante que sigan exponiéndose a situaciones de la jerarquía para mantener la deshabitación.

Sesión 13.

La última sesión se iniciará como de costumbre, analizando el autorregistro de consumo de cannabis y la evolución de cada miembro.

En segundo lugar se retomará la prevención de recaídas, mencionando de nuevo la posible aparición de situaciones de alto riesgo en el futuro. A continuación se les comunicará

que, además de las técnicas repasadas el último día, existen algunas más. En este caso, se le presentarán dos nuevas estrategias al grupo, para que las conozcan.

Por un lado, el escape, que consiste en la posibilidad de abandonar una situación cuando genera malestar o deseo de consumir, sin necesidad de permanecer en ella o afrontarla.

Por otra parte, la imaginación, que consiste en asociar una imagen desagradable al consumo. Por ejemplo, imaginar que si consume una persona importante para ellos sentirá una gran tristeza.

Además, la carta elaborada en la sesión 11 también puede actuar como un recurso de prevención de recaídas por su carga emocional y el recuerdo de todos los avances y esfuerzos que realizaron en el pasado.

Finalmente, se tratará un último aspecto: la preparación para la recaída. En este caso, en vez de centrarse en cómo evitar una recaída, la psicóloga se centrará en explicar qué hacer cuando se produce un retroceso en los avances alcanzados para cesar el consumo.

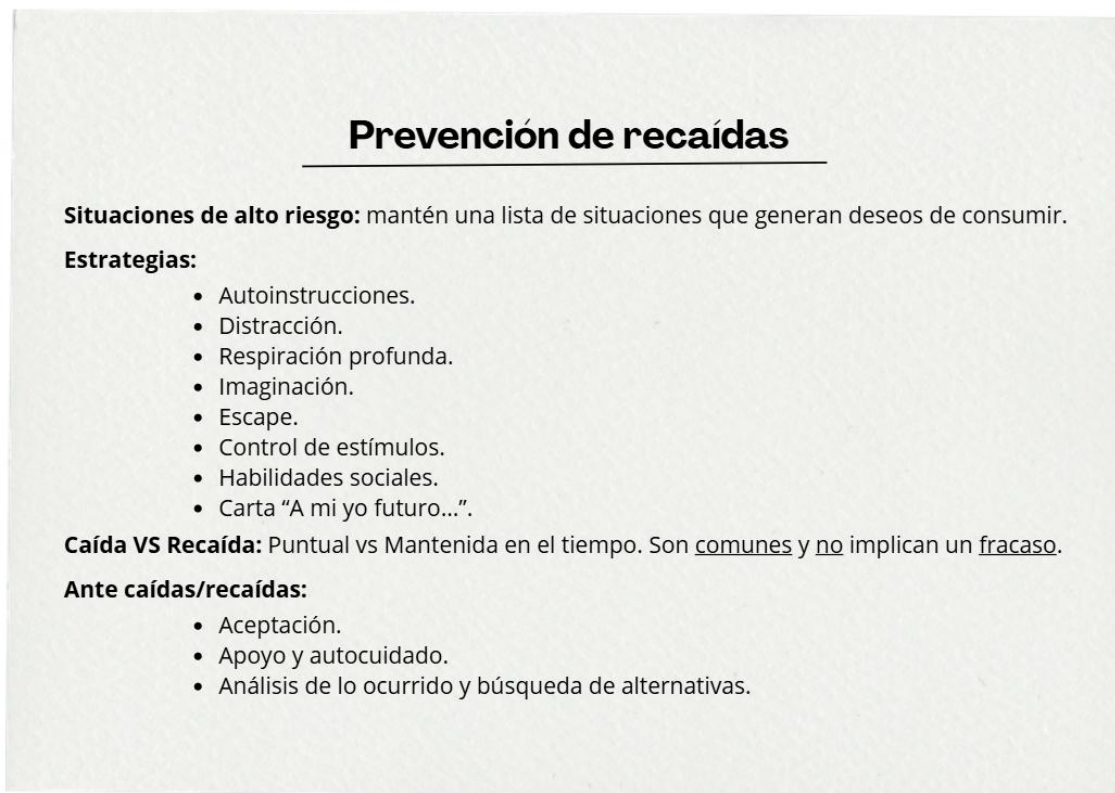
Así, se comenzará con una distinción entre recaída (retomar el consumo de cannabis de forma regular) y caída (pérdida de control momentánea que resulta en un consumo esporádico, que no se mantiene en el tiempo). Es importante que comprendan que una caída no invalida todo lo logrado en estas últimas semanas e, incluso, que las recaídas son comunes en el cese de una conducta de consumo. Por tanto, si en algún momento se produce, se les proporcionarán unas pautas.

1. Aceptación de la caída/recaída, sin culpabilización ni caer en trampas del pensamiento.
2. Búsqueda de apoyo (familias, amigos, profesionales de referencia, etc.) si necesitan hablar con alguien sobre ello y recibir apoyo; autocuidado, realizando actividades relajantes o gratificantes que ayude a reducir la ansiedad o las emociones negativas.
3. Analizar lo ocurrido: describir qué sucedió, detectar cuál fue el desencadenante, analizar la conducta emitida y buscar alternativas para que en el futuro no vuelva a producirse una caída/recaída en ese mismo contexto.

En definitiva, los participantes han adquirido una amplia variedad de estrategias para afrontar los deseos de consumir y mantenerse firmes en su objetivo. Para finalizar este apartado, se les entregará una ficha que recoja todos las técnicas y aspectos comentados estas dos últimas sesiones.

Figura 7.

Ficha-resumen de prevención de recaídas.



Prevención de recaídas

Situaciones de alto riesgo: mantén una lista de situaciones que generan deseos de consumir.

Estrategias:

- Autoinstrucciones.
- Distracción.
- Respiración profunda.
- Imaginación.
- Escape.
- Control de estímulos.
- Habilidades sociales.
- Carta "A mi yo futuro...".

Caída VS Recaída: Puntual vs Mantenida en el tiempo. Son comunes y no implican un fracaso.

Ante caídas/recaídas:

- Aceptación.
- Apoyo y autocuidado.
- Análisis de lo ocurrido y búsqueda de alternativas.

Nota. Elaboración propia.

Con esto, termina el contenido del programa de intervención. Por tanto, se procederá a realizar un refuerzo y un agradecimiento por su participación y compromiso a todos los miembros del grupo.

A continuación, se les solicitará que proporcionen su feedback respecto al programa y que cumplimenten los cuestionarios y las escalas seleccionadas para la evaluación post-intervención.

Finalmente, se llevará a cabo el cierre, recordándole las sesiones de seguimiento que se desarrollarán en 3 y 6 meses.

Además, se les comunicará que la psicóloga general sanitaria trabaja en la asociación, por lo que en cualquier momento pueden acudir a ella ante dificultades o dudas.

Seguimiento.

Ambas sesiones de seguimiento presentan el mismo formato: los 8 participantes y la psicóloga se reúnen a los 3 y a los 6 meses en el aula en la que se llevaba a cabo el programa. Allí, se preguntará a cada uno de ellos cómo les ha ido en los últimos meses, si han sufrido caídas o recaídas y cómo manejan las estrategias desarrolladas.

Se les otorgará un espacio para que compartan sus experiencias, planteen todas sus dudas o necesidades de apoyo e interactúen entre ellos.

Además, al finalizar cada sesión de seguimiento, si alguien quiere hablar algo en privado con la psicóloga puede hacerlo, si le resulta complicado exponer el tema en grupo.