

Laura Gómez Pérez¹
Anna Mané Santacana^{1,2,3,4}
Daniel Bergé Baquero^{1,2,3}
Víctor Pérez-Solá^{1,5}

Revisión sistemática de las razones y efectos subjetivos del consumo de cannabis en pacientes con trastornos psicóticos

¹Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Barcelona

²Unitat de Recerca en Neurociència Cognitiva (URNC), Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

³Grup de Recerca en Neuroimatge (GREEN), Fundació IMIM, Spain

⁴Programa Esquizofrenia Clínica, Hospital Clínic, Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

El consumo de cannabis es un problema frecuente en los pacientes con trastornos psicóticos y se ha relacionado con un peor pronóstico. Entender las razones de este consumo, puede ayudar a desarrollar planes de tratamiento más integrales y mejorar la evolución de la psicosis.

Métodos: Se ha revisado sistemáticamente la literatura publicada en inglés y español desde 1990 a marzo del 2012, que describe las razones de consumo y los efectos subjetivos de las sustancias consumidas en pacientes con psicosis, se han incluido sólo aquellos estudios en los que el cannabis aparece entre las tres principales sustancias estudiadas.

Resultados: Se han identificado inicialmente 73 estudios, de los cuales doce cumplen los criterios de inclusión. La mayoría incluyen pacientes heterogéneos, en diferentes fases de la enfermedad y pocos estudios utilizan comparación con sujetos con consumo sin psicosis. Las razones más habituales del consumo observadas son las relacionadas con la actividad social, las alteraciones del ánimo, la relajación y la intoxicación.

Conclusiones: Las razones más habituales del consumo en pacientes con psicosis están relacionadas con la actividad social, las alteraciones del ánimo, la relajación y conseguir intoxicarse, pero sería necesario establecer una metodología más homogénea en diferentes fases de la enfermedad para facilitar el desarrollo de intervenciones destinadas a reducir el uso/abuso de esta sustancia en todas las fases de los trastornos psicóticos.

Palabras clave: Psicosis, Trastornos psicóticos, Esquizofrenia, Cannabis, Razones de consumo de la sustancia, Motivaciones, Efectos subjetivos

Actas Esp Psiquiatr 2014;42(2):83-90

Reasons and subjective effects of cannabis use among people with psychotic disorders: a systematic review

Cannabis use is a frequent problem among people with psychotic disorders that has been related to a worse prognosis. Understanding the reasons of cannabis use may help to develop comprehensive treatments and, as a result, improve the psychosis course.

Methods: A systematic review of studies published in English and Spanish language from 1990 until March 2012 describing reasons for and subjective effects of cannabis use in patients with psychosis were reviewed. However, only those studies in which cannabis use was one of the three main substances studied were included.

Results: Initially, 73 studies, of which 12 met the inclusion criteria, were identified. Most of the studies include heterogeneous patients, at different illness stages, and a few studies included a non-psychotic comparison group. The most common reasons for cannabis use were those related with social activities, mood disturbance, relaxation and getting high.

Conclusions: The most common reasons for cannabis use in patients with psychosis were related with social activities, mood disturbances, relaxation and getting high. However, a more homogeneous methodology need to be established, including different illness stages, to facilitate the interventions to reduce cannabis use in all phases of psychotic disorders development.

Key words: Psychosis, Psychotic disorders, Schizophrenia, Cannabis, Reasons for substance use, Motivations, Subjective effects

Correspondencia:

Laura Gómez Pérez

Llull, 410

08019, Barcelona, España.

Correo electrónico: 99956@parcdesalutmar.cat

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema creciente entre la población actual¹. En las personas con enfermedad mental se ha descrito una prevalencia de consumo de sustancias de aproximadamente un 50%^{2,3}. El cannabis es una de las sustancias que se consume con mayor frecuencia entre pacientes con trastorno psicótico⁴. El consumo de cannabis en pacientes con psicosis se ha relacionado con una peor adherencia al tratamiento y peor evolución clínica^{5,6,7}.

Diversos trabajos han estudiado la relación del consumo de sustancias, incluyendo cannabis, y las psicosis. Talamo y colaboradores⁸ llevaron a cabo un metaanálisis que comparaba las puntuaciones en la escala PANSS de pacientes con esquizofrenia con problemas de uso de sustancias (incluyendo cannabis) y sin uso de sustancias. Encontraron que los pacientes con esquizofrenia y problemas por uso de sustancias presentaban más síntomas positivos que negativos. Por otro lado, Potvin y colaboradores⁹ realizaron un metaanálisis para estudiar la severidad de los síntomas depresivos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y patología dual (incluyendo cannabis). Los autores concluyeron que algunos pacientes con patología dual presentan síntomas depresivos más severos que los pacientes con esquizofrenia sin patología dual. Sin embargo, los autores no pueden explicar la causalidad de dichas relaciones. Se han establecido varias hipótesis, no necesariamente excluyentes¹⁰ que expliquen relación del consumo de cannabis con la psicosis: una vulnerabilidad común al problema de uso sustancias y la psicosis; que el consumo sea secundario a la psicosis (automedicación), o la psicosis sea secundaria al consumo. La hipótesis más estudiada es la de la "automedicación" que interpreta el consumo de sustancias como método para aliviar los síntomas generados por la propia enfermedad¹¹⁻¹³. Otra teoría estudiada es la de utilizar el cannabis como método para mejorar los efectos secundarios de los antipsicóticos, principalmente los clásicos, disminuyendo así la inquietud, la disforia y el enlentecimiento que puede generar el tratamiento con neurolépticos^{14,15}. Sin embargo todavía no existe consenso entre los diferentes autores.

Conocer las razones por las que los pacientes con psicosis consumen cannabis y los efectos subjetivos que esta sustancia provoca en ellos, parece un punto clave para entender la relación entre psicosis y cannabis y poder desarrollar planes de tratamiento más adecuados.

El objetivo del presente trabajo es revisar aquellos artículos que describan las razones del consumo de cannabis en pacientes con psicosis y los efectos subjetivos generados por éste, con la intención de mejorar el conocimiento sobre la motivación que les lleva al consumo y poder desarrollar planes de tratamiento integrales.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática de los artículos publicados en las bases de datos de Medline y Google Scholar utilizando las siguientes palabras clave: "schizophrenia", "psychosis", "psychotic disorder" en combinación con "reasons for substance use", "motivations", "cannabis", "subjective effects". Se han seleccionado artículos tanto en inglés como en español publicados desde 1990 hasta marzo del 2012. Se han incluido los estudios que describen las razones de consumo y los efectos subjetivos de las sustancias consumidas en pacientes con psicosis pero sólo aquellos en los que el cannabis aparece entre las tres principales sustancias estudiadas. Posteriormente se han buscado de forma manual algunas referencias indexadas en los artículos encontrados inicialmente que cumplieran los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Se han identificado inicialmente 73 artículos, de los cuales 12 cumplían los criterios de inclusión (se describen en la tabla 1).

A continuación se relatan de forma detallada los resultados más concluyentes que se resumen en la tabla 2.

Razones para consumir cannabis

Uno de los primeros artículos en abordar la cuestión fue el de Dixon et al (1991)^{16,17} que evalúa las razones por las que consumen cannabis un total de 83 pacientes ingresados con diagnóstico de trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Los pacientes son separados en dos grupos, consumidores de sustancias (abuso/dependencia) y no consumidores con el objetivo de valorar las diferencias clínicas y sociodemográficas de ambas muestras. Para la evaluación de las razones de consumo de cannabis se utiliza un listado de razones de consumo (Tabla 3). Los autores concluyen que el 72% de los pacientes consumen para sentirse intoxicados y aliviar los sentimientos de tristeza. Un 64 % de los pacientes refieren consumir para relajarse e incrementar las sensaciones de placer y finalmente alrededor del 55% de los entrevistados atribuyen el consumo a causas sociales, como formar parte de un grupo o facilitar la relación con los demás.

Varios autores han utilizado una versión de este listado para la evaluación de las razones del consumo en sus respectivos estudios.

Entre ellos, Addington et al.¹⁸ evalúa las razones por las que consumen 41 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, ambulatorios, 21 de ellos con criterios para trastorno por dependencia al cannabis. Encuentra que un 95% refieren consumir para aumentar

Tabla 1

Resumen de las características de los artículos incluidos en la revisión

Autores	Muestra		Diagnóstico	Criterios de inclusión para consumo de sustancias	Razones de consumo		Efectos subjetivos de la sustancia	
	N	Edad (DS)			Metodología	N	Metodología	N
Dixon et al. (1991)	83	30.6 (8.5)	DSM-III-R (SCID): Esquizofrenia, T. Esquizoafectivo, T. Esquizofreniforme; pac. ingresados	DSM-III-R (SCID): abuso/dependencia 6 meses previos	Registro en una lista	53	Registro en una lista; Respuestas basadas en Incremento, descenso o no efecto	23
Warner et al. (1994)	55		Esquizofrenia, T. Esquizoafectivo, Trastorno Bipolar Pac. ambulatorios	No existen criterios de inclusión relacionados con consumo de sustancias	Entrevista semi-estructurada	55	Entrevista adaptada Con respuestas de mejor, igual, peor	x
Addington et al. (1997)	41	35 (9.3)	DSM-III-R (SCID): Esquizofrenia, T. Esquizoafectivo; Pac. Ambulatorios	DSM-III-R (SCID): Abuso/dependencia	Registro en una lista (Dixon) adaptada	21	Registro en una lista; Respuestas basadas en Incremento o descenso de efectos	21
Fowler et al. (1998)	194	36.3	DSM-III-R (SCID): Esquizofrenia, pac. ambulatorios	Sin criterios de abuso/dependencia Entrevista por consumo en los últimos 6 meses.	Entrevista abierta	58		
Spencer et al. (2002)	69	31	DSM-IV (SCID): Trast. Psicótico; pac. Ingresados y ambulatorios	Sin criterios de abuso/dependencia Entrevista por consumo en el último años.	Cuestionario adaptad <i>Drinking Motives Questionnaire (DMQ)</i> Respuestas escala Likert	49		
Goswami et al. (2004)	22	33.5 (9.4)	DSM-IV (SCID): Esquizofrenia; pac. Ambulatorios	DSM-IV para abuso/dependencia Cannabis en el mes previo	Cuestionario (<i>State Reasons Scale</i>), adaptado Dixon et al.	5	Cuestionario (adaptado Dixon)	5
Green et al. (2004)	45	29.4 (8.5)	DSM-IV (SCID): Esquizofrenia y Tr. Esquizoafectivo	Consumo de 0.25g de cannabis por semana durante 1 mes en los últimos 3 meses	Entrevista abierta	45	Entrevista abierta	45
Busquets et al. (2005)	30	29.20 (10.58)	DSM-IV (SCID): T. psicótico; Pac. ingresados	Comparación entre pac. Con y sin criterios de abuso/dependencia a sustancias en los últimos 6 meses			Cuestionario <i>Addiction Research Center Inventory (ARCI)</i>	20
Schofield et al. (2006)	49	25	Esquizofrenia, T. Esquizofreniforme, T. Esquizoafectivo	Consumo de cannabis en los 6 meses previos	Cuestionario adaptado Dixon et al.	49	Encuesta adaptada Al consumo de cannabis escala Likert:	49
Schaub et al. (2008)	36	30.4 (6.8)	DSM IV-TR Esquizofrenia	Criterios para abuso/dependencia de cannabis	Cuestionarios de 15 ítems	36		
Saddichhha et al. (2010)	91	30	CIE-10 Esquizofrenia, Trastorno Bipolar	CIE-10 Abuso/dependencia de sustancias	Entrevista abierta	91		
Archie et al. (2012)	45	23	DSM IV-TR Psicosis afectiva y no afectiva	No criterios de inclusión	Entrevista abierta	45		

el placer, las sensaciones positivas o simplemente para intoxicarse; alrededor de un 80% consumen para relajarse y para aliviar síntomas de tristeza; finalmente alrededor de un 70% consumen para pertenecer a un grupo, ser más sociales o mejorar la capacidad para interaccionar socialmente. Un porcentaje menor (40%), consumen para disminuir el enlentecimiento generado por la medicación o para reducir síntomas positivos como la desconfianza o las alucinaciones auditivas. Sin embargo, cabe destacar que un 50% de los pacientes afirman empeoramiento de sintomatología positiva con el consumo.

Goswami et al.¹³ evalúa a 22 pacientes ambulatorios con esquizofrenia y consumo de sustancias; de éstos sólo 5 pacientes consumen cannabis. Para la evaluación también utiliza un cuestionario adaptado de Dixon et al.¹⁷ administrado a los 22 pacientes. Los resultados encontrados entre los consumidores de cannabis son que el 80% consumen para intoxicarse, el 60% para disminuir la ansiedad y relajarse, el 40% por razones sociales, un 40% para disminuir síntomas positivos y finalmente, el 20% para aliviar efectos relacionados con la medicación.

Schofield et al.³ estudia las razones por las que consumen cannabis 49 pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y esquizofrenia, utilizando también, un cuestionario adaptado de Dixon et al. En referencia a las razones por las que consumen los pacientes, el 80% están relacionadas con la actividad social y la relajación; el 79% para mejorar el aburrimiento; un 49% para mejorar la ansiedad; un 15% en reducir los efectos secundarios de la medicación y una menor proporción (11% y 8%), con reducir la sintomatología positiva de la enfermedad (alucinaciones auditivas y paranoia, respectivamente).

Otros estudios, que se detallan a continuación, comparan las razones del consumo de cannabis en pacientes con psicosis en relación a un grupo consumidor sin psicosis. Como método de evaluación no utilizan el cuestionario de Dixon et al. ni una versión adaptada.

Green et al.¹⁹ realiza un estudio prospectivo a 4 semanas donde evalúa a 49 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo en relación a 47 controles sin psicosis. La evaluación se realiza a través de entrevista telefónica preguntando cuál es la razón más importante para consumir y los efectos positivos y negativos del consumo de cannabis. Las razones más destacadas a nivel basal y a las 4 semanas de seguimiento en los pacientes son: causas sociales (el 37.8% y 28.9%, respectivamente), para intoxicarse, sentirse alegres y disminuir las alteraciones del ánimo (35.6% y 42.1%, respectivamente), reducir la ansiedad (26.7% y 28.9%, respectivamente) y reducir el aburrimiento (22.2% y 31.1%, respectivamente). Los porcentajes de los controles en relación a los motivos relatados por los pacientes son: causas sociales un 48.9% basal y 51.1% a las 4 semanas de seguimiento, para tener sensaciones positivas en un 25.5% y

27.7%, respectivamente y reducir la ansiedad en un 10.6% y 21.3%, respectivamente.

Schaub et al.²⁰ compara 36 pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia en tratamiento con antipsicóticos atípicos con un grupo control de estudiantes consumidores de cannabis, mediante cuestionario de 15 ítems, para testar si la razón del consumo de cannabis sería aliviar los efectos secundarios del tratamiento. Los resultados se asemejan a los estudios previos con mayores puntuaciones en reducir aburrimiento, relajarse, aumentar el placer, pertenecer a un grupo (más del 60%). Solo el 8% refiere consumir para aliviar efectos secundarios de la medicación y el 19% para aliviar alucinaciones auditivas. En el grupo control las razones más reportadas son la intoxicación y el poder relajarse con porcentajes superiores al 80%.

Otro estudio donde comparan grupo de pacientes ingresados con esquizofrenia y trastorno bipolar y dependencia a sustancias, entre ellas cannabis, *versus* controles sin enfermedad mental con consumo es el de Saddichha et al.²¹ En este estudio los autores utilizan para la evaluación una entrevista abierta. Clasifican los motivos en dos apartados: Factores Externos y Factores Internos. Obtienen como resultados que los pacientes con esquizofrenia y consumo de cannabis atribuyen el consumo a razones de tipo interno (baja autoestima, *craving* de consumo, mejorar el humor, aliviar la apatía, la anestesia afectiva, etc.), mientras que el grupo control lo atribuye predominantemente a causas externas (tipo de trabajo, presión social, estrés familiar, etc.).

Otros estudios que han evaluado el consumo de cannabis en pacientes con psicosis sin grupo control y con métodos de evaluación no basados en el cuestionario de Dixon son el de Fowler et al.¹⁹, Spencer et al.²³ y el de Archie et al.²⁴

Fowler et al.²² examina las razones de consumo en una muestra de 194 pacientes ambulatorios con esquizofrenia y criterios para abuso de sustancias. Los pacientes consumidores de cannabis son un total de 58. El 41% refiere consumir el cannabis para sentirse intoxicado, el 62% para aliviar los sentimientos de disforia, alteraciones del ánimo y finalmente sólo el 6.9% reporta razones que relacionan con la enfermedad o la medicación.

Spencer et al.²³ evalúa a 69 pacientes ingresados y ambulatorios con diagnóstico de trastorno psicótico, sin criterios de abuso/dependencia de sustancias, pero con consumos en el último año con un instrumento de medida *The Drinking Motives Measure* (DMM) adaptado para alcohol y cannabis. Los pacientes con consumo de cannabis dieron como principales motivaciones la mejoría del humor, sentirse intoxicados y los motivos sociales. Motivaciones menos relevantes eran aliviar efectos secundarios de la medicación o síntomas de la enfermedad.

El único estudio que evalúa las razones del consumo en pacientes con un primer episodio psicótico es el de Archie et al.²⁴ que evalúa un grupo de 45 pacientes con un pri-

Tabla 2

Resultados de razones de consumo y efectos subjetivos

Autores	Resultados (Razones de Consumo)	Resultados (Efectos subjetivos) Mejoría de:
Dixon et al. (1991)	72% Intoxicación 72% mejorar ánimo, disforia 64% Relajarse, incrementar placer 55% Social	96% Ansiedad 83% Depresión 78.3% Relajación 69.6% Energía 4.3% Alucinaciones
Addington et al. (1997)	95% Incrementar placer e intoxicación 81% Relajarse, mejorar el ánimo 71% Social 40% Enfermedad (extrapiramidalismo o síntomas positivos)	91% Felicidad 24% Ansiedad 71% Aburrimiento 71% Relajación 67% Sociabilidad 14.7% Alucinaciones
Fowler et al. (1998)	62% Disforia, mejorar ánimo 41% Intoxicación 6.9% Enfermedad (extrapiramidalismo o síntomas positivos)	X
Spencer et al. (2002)	Mayor puntuación: Mejorar ánimo, intoxicación, social Menor puntuación: Aliviar síntomas positivos y efectos de medicación	X
Goswami et al. (2004)	80% intoxicación, relajarse 60% disminuir ansiedad, 40% mejorar ánimo 40% social 40% Síntomas positivos	Ansiedad Energía Alucinaciones Suspiciacia
Green et al. (2004)	37.8% Social 35.6% mejorar ánimo 26.7% Reducir ansiedad 22.2% Aburrimiento	62.2% Alteración del ánimo 26.7% Ansiedad y depresión 11.1% Aburrimiento 48.9% Relajación 20% Sociabilidad 2.2% Síntomas positivos
Busquets et al. (2005)		Búsqueda de efectos euforizantes
Schofield et al. (2006)	86% Relajarse 81% Social 58% Insomnio 49% Disforia 15% Reducir efectos secundarios medicación 11 % Alucinaciones 8% Ideas delirantes	Ansiedad Del humor Del aburrimiento De la socialización
Schaub et al. (2008)	83% Intoxicación 60% Mejorar ánimo 19% Alucinaciones	x
Saddichhha et al. (2010)	70% Social, mejorar estado de ánimo, intoxicación	x
Archie et al. (2012)	70% Social, mejorar estado de ánimo, intoxicación	x

mer episodio psicótico a través de una entrevista abierta. Los pacientes refieren 3 motivos principalmente: Consumo para pertenecer a un grupo y sentirse aceptados socialmente, para mejorar el estado de ánimo y simplemente para sentirse intoxicados.

Efectos subjetivos del consumo de cannabis

Los artículos mencionados hasta el momento se centran principalmente en relatar las razones de consumo de cannabis, pero algunos de ellos también mencionan los efectos

Tabla 3	Listado de razones de consumo de Dixon et al.	
	RAZONES	SÍ NO
	Intoxicación/"colocón"	
	Disminuir la tristeza	
	Relajarme	
	Incrementar el placer	
	Incrementar la energía	
	Pertenecer a un grupo	
	Incrementar las emociones	
	Ser más hablador	
	Ser más creativo	
	Satisfacer la curiosidad	
	Mejorar la concentración	
	Trabajar y/o estudiar mejor	
	Aliviar efectos secundarios de la medicación	
	Disminuir alucinaciones/susplicia	

subjetivos que relatan los pacientes a parte de las razones que les llevan a consumir. Por ejemplo, Dixon et al.¹⁷ evalúa los efectos subjetivos del cannabis, alcohol y cocaína en el humor y los síntomas de la enfermedad en un total de 23 pacientes. Obtiene como resultados que el uso del cannabis en comparación a las otras sustancias reduce la ansiedad y la depresión (96 y 83% de los pacientes respectivamente), aumenta la energía (66%) pero también empeora las alucinaciones y la desconfianza.

Goswami et al.¹³ también evalúa los efectos subjetivos del consumo y encuentra que existe relación entre las razones por las que se consume cannabis con los efectos subjetivos presentados con éste. Los efectos que se identifican son la mejoría de la ansiedad, de la tristeza y de los síntomas relacionados con la enfermedad como las alucinaciones o la suspicacia.

Schofield et al.³ explica que los pacientes explican que con el consumo de cannabis consiguen reducir la ansiedad, sentirse mejor, dormir mejor, mejorar su ánimo y disminuir el aburrimiento. Identifican que en ocasiones el cannabis les ayuda a socializarse. Los autores añaden que los síntomas que se relacionan con la frecuencia y cantidad de consumo resultan ser la anestesia afectiva, la apatía y la sedación.

Green et al.¹⁹ evalúa también los efectos subjetivos de las sustancias en el estudio prospectivo a 4 semanas comparando grupo de 49 pacientes con psicosis *versus* 47 sujetos control. Los efectos subjetivos más reportados por el grupo de pacientes son los relacionados con la alteración del humor (alegría, intoxicación...) con porcentajes de 42.2% basal y 62.2% al seguimiento y la relajación con un 26.7% y 48.9%, respectivamente. Estos valores coinciden también con los efectos más reportados por el grupo control siendo la alteración del humor y la relajación los efectos más descritos.

Green et al. identifica que los efectos negativos del cannabis identificados con mayor frecuencia por los pacientes son el empeoramiento de síntomas positivos, mientras que el grupo control refiere los efectos físicos y empeoramiento cognitivo como efectos negativos del consumo.

Busquets et al.²⁵ estudia una muestra de 30 pacientes con diagnóstico del espectro psicótico y compara los efectos del consumo en aquellos pacientes con un trastorno comórbido relacionado con el consumo de sustancias durante los 6 meses previos con aquellos pacientes sin criterios de abuso/dependencia pero con consumo de sustancias. La evaluación de los efectos del consumo se realiza a través de la escala *Addiction Research Center Inventory* (ARCI) que consta de 5 escalas que evalúan la intensidad de los efectos de las sustancias con puntuaciones de 0 a 11-15. Se observa que los pacientes con trastorno por abuso/dependencia obtienen mayor proporción de efectos euforizantes que los que no presentan el trastorno de sustancias comórbido.

DISCUSIÓN

De los artículos incluidos en el estudio, cabe destacar que solamente 3 artículos comparan las razones del consumo de cannabis en pacientes con psicosis con sujetos que consumen cannabis sin psicosis. Además, la mayoría de estos estudios incluyen pacientes en diferentes fases de la psicosis y algunos incluyen las psicosis afectivas. Con respecto al consumo de tóxicos, en algunos estudios se han utilizado criterios de abuso/dependencia a cannabis para la inclusión, mientras que en otros simplemente consumo de la sustancia.

A pesar de la heterogeneidad observada en las medidas de evaluación de las razones del consumo de cannabis, en la mayoría de los estudios se establecen cuatro categorías principales de razones de consumo, como otros autores han subrayado²⁶ 1) mejoría de las sensaciones positivas (obtener placer, sentirse bien, sentir más emociones); 2) Aliviar la disforia (disminuir la tristeza, relajarse, disminuir la inquietud); 3) Social (pertenecer a un grupo de amistades, evitar el aislamiento social, mejorar la expresividad, ser más hablador); 4) Relacionadas con los síntomas positivos de la enfermedad y la medicación (disminuir las alucinaciones, disminuir la suspicacia, disminuir el enlentecimiento, la inquietud o la sintomatología extrapiramidal generada por la medicación).

Dentro de ellas, observamos que las más habituales son las de aliviar la disforia, relajarse, seguidas por los motivos sociales y finalmente las relacionadas con la intoxicación y el mantenimiento y mejora del humor. Los motivos relacionados claramente con la enfermedad (síntomas positivos) y la medicación son minoritarios, observándose congruencia entre los resultados de los diferentes estudios donde muestran porcentajes más bajos respecto al resto de razones. Además debemos tener en cuenta que los sujetos control (pacientes sin psicosis con consumo), explican razones de consumo muy similares a los pacientes con psicosis. Los datos mencionados irían en contra de la hipótesis de la "automedicación", que postula que los pacientes estarían consumiendo con el objetivo de aliviar síntomas de la enfermedad. En contraposición, a favor de la hipótesis de la "automedicación" debemos tener en cuenta que a menudo los pacientes presentan una conciencia de enfermedad parcial²⁷, por lo que síntomas negativos como la apatía, la abulia, la alteración del ánimo pueden ser interpretados como primarios. Además las escalas utilizadas no evalúan claramente los síntomas negativos. Así, no podemos descartar completamente una relación entre el motivo de consumo y síntomas secundarios a la enfermedad o al tratamiento²⁸. De hecho algunas de las razones atribuidas frecuentemente al consumo (disforia, nerviosismo), podrían ser síntomas secundarios a la enfermedad. Para poder dilucidar esta cuestión serían necesario más estudios comparando pacientes con psicosis y consumo versus sujetos sin psicosis y consumo donde se correlacionaran los síntomas de la enfermedad con las razones de consumo explicadas.

Otro tipo de estudios que podría ayudar a dar respuesta a esta cuestión, son los estudios como el realizado por Swendsen y colaboradores²⁹. Este estudio intenta encontrar la relación entre el consumo de sustancias y la sintomatología de los pacientes en tiempo real, a través de dispositivos electrónicos. Este estudio halla que el consumo de cannabis suele seguir estados de ansiedad y la percepción de eventos negativos. Asimismo, encuentra un empeoramiento de la clínica positiva tras el consumo de cannabis.

Por otro lado, los efectos subjetivos del cannabis descritos por los pacientes con psicosis los podemos clasificar en: 1) Relacionadas con el afecto (depresión, felicidad); 2) Relajación; 3) Socialización (amistad, soledad...); 4) Efectos físicos (euforia, energía, cansancio...); 5) Síntomas y efectos secundarios de la medicación (paranoia, suspicacia, confusión, inquietud).

En los resultados de los estudios se observa congruencia entre las razones de consumo y los efectos obtenidos por los pacientes tras el consumo. Principalmente en los motivos relacionados con el mantenimiento del humor, donde los pacientes relatan efectos subjetivos centrados en mejoría del afecto. Sin embargo, como hemos mencionado, diversos estudios encuentran empeoramiento de la clínica positiva con el consumo.

LIMITACIONES

Los artículos incluidos en la revisión presentan una marcada heterogeneidad, en relación a las muestras, la metodología de evaluación y la expresión de resultados. Las muestras de los estudios publicados son pequeñas, los criterios de selección de los participantes son dispares, tanto de la enfermedad mental (primer episodio psicótico, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido...), como en los criterios temporales para establecer el diagnóstico para uso, abuso, dependencia de la sustancia a estudiar. La metodología de evaluación utilizada es muy variable (cuestionarios adaptados, entrevistas abiertas, escalas estandarizadas, escalas analógicas visuales...), de esta manera la síntesis y unificación de resultados resulta más dificultosa, si bien varios estudios han utilizado la escala de Dixon et al. para la evaluación. También se debe tener en cuenta que los estudios incluidos pueden presentar sesgos, principalmente de recuerdo, y respuestas que pueden estar facilitadas bajo efectos de la intoxicación de la droga en cuestión. A considerar también como limitación el hecho de que los estudios presentados son a lo largo de 20 años, por lo que el concepto del uso del cannabis y la frecuencia de su uso puede cambiar a lo largo de los años.

CONCLUSIONES

Los estudios concluyen que las razones más habituales de consumo son las relacionadas con la actividad social, las alteraciones del ánimo, la relajación y conseguir intoxicarse, mostrando resultados bastante congruentes con los efectos subjetivos del consumo. Cabe destacar sin embargo que algunos pacientes presentan empeoramiento de los síntomas positivos. Sería necesario establecer una metodología más homogénea con el objetivo de comparar los resultados. Diseñar nuevos trabajos distinguiendo las razones de consumo en las diferentes fases de la enfermedad y en correlación con los síntomas en pacientes con y sin psicosis facilitaría el desarrollo de intervenciones destinadas a reducir el uso/abuso de esta sustancia y con ello mejora del pronóstico de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hambrecht M, Hafner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1996;40:1155-63.
2. Baker A, Lewin T, Reichler H, et al. Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106:233-40.
3. Schofield D, Tennant C, Nash L, et al. Reasons for cannabis use in psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:570-4.
4. Tucker P. Substance misuse and early psychosis. *Australas Psychiatry*. 2009;17:291-4.
5. Caspari D. Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249:45-9.
6. Ziedonis DM, Trudeau K. Motivation to quit using substances

- among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophr Bull.* 1997;23:229-38.
7. Schimmelmann BG, Conus P, Cotton S, Kupferschmid S, McGorry PD, Lambert M. Prevalence and impact of cannabis use disorders in adolescents with early onset first episode psychosis. *Eur Psychiatry.*
 8. Talamo A, Centorrino F, Tondo L, Dimitri A, Hennen J, Baldessarini RJ. Comorbid substance-use in schizophrenia: relation to positive and negative symptoms. *Schizophr Res.* 2006 Sep;86(1-3):251-5.
 9. Potvin S, Sepehry AA, Stip E. Meta-analysis of depressive symptoms in dual-diagnosis schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007 Oct;41(10):792-9.
 10. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav.* 1998;23:717-34.
 11. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry.* 1985;142:1259-64.
 12. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry.* 1997;4:231-44.
 13. Goswami S, Mattoo SK, Basu D, Singh G. Substance-abusing schizophrenics: do they self-medicate? *Am J Addict.* 2004;13:139-50.
 14. Forchuk C, Norman R, Malla A, et al. Schizophrenia and the motivation for smoking. *Perspect Psychiatr Care.* 2002;38:41-9.
 15. Warner R, Taylor D, Wright J, et al. Substance use among the mentally ill: prevalence, reasons for use, and effects on illness. *Am J Orthopsychiatry.* 1994;64:30-9.
 16. Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients' self-reports. *Schizophr Bull.* 1990;16:69-79.
 17. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry.* 1991;148:224-30.
 18. Addington J, Duchak V. Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96:329-33.
 19. Green B, Kavanagh DJ, Young RM. Reasons for cannabis use in men with and without psychosis. *Drug Alcohol Rev.* 2004;23:445-53.
 20. Schaub M, Fanghaenel K, Stohler R. Reasons for cannabis use: patients with schizophrenia versus matched healthy controls. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42:1060-5.
 21. Saddichha S, Prakash R, Sinha BN, Khess CR. Perceived reasons for and consequences of substance abuse among patients with psychosis. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 12.
 22. Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1998;24:443-55.
 23. Spencer C, Castle D, Michie PT. Motivations that maintain substance use among individuals with psychotic disorders. *Schizophr Bull.* 2002;28:233-47.
 24. Archie S, Boydell KM, Stasiulis E, Volpe T, Gladstone BM. Reflections of young people who have had a first episode of psychosis: what attracted them to use alcohol and illicit drugs? *Early Interv Psychiatry.*
 25. Busquets E, Torrens M, Soler A, Farre M, Bulbena A. Differences in the subjective effects of drugs in patients with a first psychotic episode. Preliminary results. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005;33:19-25.
 26. Dekker N, Linszen DH, De Haan L. Reasons for cannabis use and effects of cannabis use as reported by patients with psychotic disorders. *Psychopathology.* 2009;42:350-60.
 27. Thornton LK, Baker AL, Lewin TJ, et al. Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addict Behav.* 37:427-34.
 28. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, et al. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry.* 1999;174:150-3.
 29. Swendsen J, Ben-Zeev D, Granholm E. Real-time electronic ambulatory monitoring of substance use and symptom expression in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2011 Feb;168(2):202-9.