



# Facultad de Psicología

---

## UNIVERSIDAD DE SEVILLA

DURÁN RICO, LUZ MARINA

Origen del consumo de alcohol y cannabis: ¿cómo afecta el policonsumo a la aparición de conductas catalogables dentro del espectro psicótico?

10 de junio de 2018

CASADO CAÑERO, FRANCISCO DIONISIO

ARIAS SÁNCHEZ, SAMUEL

DURÁN RICO, LUZ MARINA

Origen del consumo de alcohol y cannabis: ¿cómo afecta el policonsumo a la aparición de conductas catalogables dentro del espectro psicótico?

10 de junio de 2018

CASADO CAÑERO, FRANCISCO DIONISIO

ARIAS SÁNCHEZ, SAMUEL

Fdo:

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive script that is difficult to decipher but appears to be a personal name.

Apellidos y Nombre Durán Rico, la Marina

Número de DNI o documento análogo

49093764B

DECLARO bajo mi responsabilidad que

Este proyecto fue escrito por mí y con mis propias palabras, a excepción de las citas procedentes de las fuentes referenciadas que están claramente indicadas y reconocidas como cita textual. Tengo constancia de que la incorporación de material público sin su correspondiente cita, la paráfrasis de este material sin referenciar o la utilización de textos, imágenes, metodologías, datos o resultados procedentes de algún trabajo previo o del que no sea autor/a individual, se considera plagio y por lo tanto es susceptible de conllevar el suspenso en el trabajo o la asignatura, así como posibles medidas disciplinarias. Por ello he tenido cuidado en citar cualquier texto, imagen, figura, tabla o ilustración que no sea consecuencia de mi propia investigación, observación o redacción.

Por otro lado, asumo que el profesorado podrá utilizar herramientas de control del plagio que garanticen la autoría de este trabajo.

En Sevilla, a 31 de mayo de 2018

(Firma)

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to be the name 'Durán Rico'.

## Índice de Contenidos

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. MÉTODO.....	12
3.1 Participantes.....	12
3.2 Instrumentos.....	13
3.3 Procedimiento.....	14
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	17
6. REFERENCIAS.....	21
7. ANEXOS.....	25
6.1. Anexo I: Cuestionario sobre variables sociodemográficas.....	25
6.2 Anexo II: Cuestionario sobre el consumo de cannabis.....	26

## Resumen

El consumo de drogas cada vez es más frecuente entre jóvenes adultos, siendo numerosos los factores que incrementan el riesgo del desarrollo de dependencia al alcohol y cannabis. Pero ¿se vincula el consumo de este tipo de sustancias con un deterioro cognitivo superior? El objetivo de este estudio es analizar la influencia de la ansiedad social y de los familiares consumidores sobre el consumo de alcohol y cannabis, y cómo dicho consumo puede afectar a la aparición de conductas que están catalogadas dentro del espectro psicótico. La muestra está conformada por 67 estudiantes con edades comprendidas entre 18 y 29 años. Los resultados revelan que: la ansiedad social incrementa el consumo de alcohol y cannabis; existen variables que median la relación entre el policonsumo de drogas en el entorno del joven y el consumo juvenil; y que mientras el consumo de alcohol incrementa la frecuencia con la que aparecen conductas psicóticas, el cannabis no consigue este efecto, al menos no de manera significativa.

**Palabras claves:** ansiedad social, familiares consumidores, consumo de alcohol, consumo de cannabis, jóvenes adultos y conductas psicóticas.

## Abstract

Use drug is more frequent among young adults; there are a lot of factors that increase the risk of development an alcohol or cannabis use disorder. However, is use drug linked with a higher cognitive impairment? The aim of this study is to analyze the connection between social anxiety and the number of drug addicts in close relationships as family and alcohol and cannabis use; and how it can affect in the appearance of psychotic behavior. The sample consists of 67 students aged between 18 and 29 years old. The results show that: social anxiety increases alcohol and cannabis use; there are some factors which mediate the influence of polydrug use in young people's environment and youth use; and while alcohol use increases the frequency with which psychotic behaviors appear, cannabis doesn't achieve this effect, at least not in a significant way.

**Keywords:** social anxiety, drug addict family, alcohol, cannabis, young adults and psychotic behaviors.

Los trastornos mentales y de conducta aparecen indistintamente en personas de todo el mundo, sin importar la región, país o sociedad; pudiéndose considerar como una nueva epidemia. Cada año se diagnostican alrededor de 450 millones de casos; es decir, a lo largo de la vida, uno de cada cuatro acabará por desarrollar una enfermedad mental o un problema de conducta (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Dentro de esta problemática hemos de señalar que cada vez es más habitual el policonsumo de drogas entre los adultos jóvenes. Las sustancias más utilizadas son primordialmente el alcohol y el tabaco, y en segundo lugar el cannabis; existiendo evidencias acerca de que el consumo de una sustancia aumenta la probabilidad de consumir otras (Hernández, Font y Gras, 2015).

La ansiedad social es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de la dependencia al alcohol u otras drogas. A pesar de que la mayoría de las investigaciones se han realizado con adultos, es de vital importancia tener en cuenta el periodo de adultez joven, por ser el periodo dónde el consumo excesivo de sustancias ocurre con más frecuencia. (Thompson, Goldsmith y Tran, 2011). La ansiedad social es definida por la Asociación Psiquiátrica Americana (2000) como el miedo intenso, duradero y poco racional que siente la persona cuando se enfrenta a una situación social. Está caracterizada por la hipersensibilidad a la evaluación negativa o al rechazo, desembocando en función del grado de ansiedad en conductas de evitación o en el caso de que esto no sea posible, en el enfrentamiento de las situaciones con un gran malestar. Cuando no es tratada, se observa progresivamente el deterioro en el funcionamiento social, laboral y académico (Caballo, Salazar, Arias, Irurtia y Caldero, 2010), dificultando el establecimiento y la conservación de las relaciones interpersonales (Alden y Taylor, 2004; cit. en Jiménez-López y Jurado, 2014).

Merikangas, Avenevoli, Acharyya, Zhang y Angst (2002) explican que los adultos jóvenes con ansiedad social subclínica triplican las probabilidades de desarrollar un trastorno de abuso frente a los que carecen de diagnóstico, y lo duplican frente a los que tienen diagnosticada ansiedad social; entendiéndose el trastorno de abuso como el patrón desajustado de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo durante 12 meses (DSM-IV-TR, 2002). Este hecho puede deberse a que la conducta social evitativa aumenta a medida que lo hace el nivel de ansiedad social, actuando por tanto como un factor de protección al reducir la participación de estos sujetos en situaciones sociales donde la accesibilidad al alcohol es alta (Thompson et al., 2011).

Existen varios modelos que intentan explicar la relación entre ansiedad social y consumo de alcohol. Entre ellos, destaca el modelo de automedicación, que propone que el consumo de alcohol en respuesta a un estímulo ansioso amortigua los efectos de la ansiedad generada por situaciones sociales, produciendo posteriormente el uso continuado y excesivo de alcohol por haber aliviado el síntoma (Conger, 1956; cit. en Thompson et al., 2011). Los modelos sociocognitivos, en cambio, dicen que son las expectativas que se tienen sobre el consumo de alcohol y los motivos (enfrentamiento y conformidad), las variables intermedias responsables de este; es decir, el consumo de alcohol para disminuir la ansiedad social está correlacionado con la expectativa de aumento de la asertividad social (White, 1996; cit. en Camacho, 2005). En un estudio realizado por Tran y Haaga (2002), se encontró que los sujetos que presentaban ansiedad social junto con el trastorno de abuso de alcohol tenían unas expectativas más marcadas acerca de que el alcohol facilitaría su actuación en situaciones sociales estresantes que aquellos que solo presentaban ansiedad social; pero además, Abrams y Kushner (2004) hallaron que entre los sujetos con ansiedad social, los que tenían una mayor creencia de que el alcohol reducía la tensión, mostraban menos miedo a la evaluación negativa y menor angustia emocional después de ingerir una bebida que pensaban que contenía alcohol (Thompson et al., 2011).

Por otro lado, aproximadamente el 20% de los adultos jóvenes admiten consumir al menos una vez en semana cannabis y que el inicio de este fue durante la adolescencia temprana, considerada un periodo de alta susceptibilidad a la exposición ambiental (Moore et al., 2007). El consumo de cannabis puede llegar a alterar el funcionamiento del sistema cannabinoide endógeno, implicado en regular las emociones y responder al estrés (Hill, 2012; cit. en Arias et al., 2012); sin embargo, la relación entre el padecimiento de ansiedad social y el trastorno de consumo de cannabis ha recibido menos atención que la relación anteriormente descrita (Agosti, Nunes y Levin, 2002; cit. en Buckner et al., 2008), aunque los datos epistemológicos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad muestran claramente que la dependencia al cannabis es mayor (concretamente 5 veces) entre las personas que padecen trastorno de ansiedad social (29%) frente a la población general (4%). Y al igual que ocurre con los hallazgos relacionados con el alcohol, también serán los niveles subclínicos de ansiedad social los que tengan un mayor riesgo de desarrollar el trastorno de consumo de cannabis (Merikangas et al., 2002, cit. en Thompson et al., 2011). Según Buckner y Schmidt (2008) la ansiedad y las expectativas sobre el resultado de consumir cannabis (deterioro, reducción de la tensión y expectativas de mejora) están relacionadas significativamente. De esta forma, si el sujeto presenta una expectativa negativa del consumo de cannabis,

la probabilidad de que desarrolle un problema de consumo disminuye (Thompson et al., 2011). Pero la relación entre el consumo de cannabis y la ansiedad social puede ser paradójica, ya que mientras algunos usuarios dicen consumirlo para reducir la ansiedad, uno de los efectos indeseables de la droga son los episodios de pánico, en función de si la dosis es baja o alta, generando efectos ansiolíticos o reacciones ansiogénicas respectivamente (Crippa et. al, 2009; cit. en Bergamaschi et al., 2011).

En un estudio realizado por Buckner, Ecket y Vinci (2013) se asignó los participantes aleatoriamente a una tarea de interacción social o de lectura, con el fin de ver cuál era el momento en el que surgía el ansia de consumir cannabis tras inducir la ansiedad social. Los sujetos debían calificar el ansia que sentían antes, durante y después de la tarea. Se comprobó que la necesidad de consumir cannabis aumentaba tanto antes, como durante la tarea, cuando esta pertenecía a la condición de interacción social, no ocurriendo cuando pertenecía a la condición de lectura. Pero este estudio tenía una clara limitación, ya que la muestra estaba compuesta mayoritariamente por mujeres y no se sabe si podría extrapolarse los resultados a la población masculina; además, aquí se examinó el ansia, no el uso, aunque ambos estén relacionados (Buncker, Crosby, Silgado, Wonderlich y Schmidt, 2012; cit. en Buncker et al., 2013). Por estas razones sería conveniente realizar investigaciones que observaran el consumo real de cannabis. Por último, tendría que tenerse en cuenta, que, en la mayoría de los países, el cannabis es una droga ilegal, por lo que muchos pacientes con ansiedad pueden ser reacios a revelar su consumo (Degenhardt et al., 2003; cit. en Crippa et al., 2009).

Pero la ansiedad social no es la única variable considerada como influyente sobre el consumo de alcohol y cannabis. La transmisión familiar del alcoholismo se hace evidente a través de numerosas investigaciones, siendo la heredabilidad aproximadamente del 50% (Schuckit, 2009; cit. en Molina, Donovan y Belendiuk, 2010), y, por tanto, el alcoholismo familiar (presencia de padres, abuelos, tíos... alcohólicos), uno de los factores de riesgo más destacados (Capone y Wood, 2008; Baer, 2002; cit. en Baer, Sampson, Barr, Connor y Streissguth, 2003). En un estudio realizado con estudiantes universitarios, se observó cómo era común que los participantes fueran policonsumidores cuando sus referentes próximos también lo eran, razón principal de que el entorno se considere un elemento esencial y se deba tener en cuenta en las campañas de prevención (Hernández et al., 2015).

El consumo de alcohol aumenta la probabilidad de que surjan problemas y emociones no saludables en el entorno familiar. Muchos estudios se centran en los hijos de padres alcohólicos por ser los que más afectados se ven por el entorno, encontrando



que estos niños muestran más dificultades para desarrollar relaciones interpersonales y presentan con más frecuencia conductas problemáticas de externalización, como hiperactividad, y de internalización, como baja autoestima y emociones negativas. (El-sheikh y Flanagan 2001; Lease 2002; Molina et al. al. 2010; Mylant 2002; Rafferty y Hartley, 2006; Yau et al., 2012; Hinz, 1990; cit. en Park y Schepp, 2015); todas ellas, conductas capaces de predecir el consumo de alcohol durante la adolescencia y el alcoholismo durante la adultez (Molina et al., 2010).

Bandura y Walters (1979) desarrollan la teoría del aprendizaje social para explicar como a través de la observación de conductas es posible aprender, por lo que el consumo de una droga sería entendido como una conducta socialmente aprendida a través del modelado y reforzamiento; es decir, la exposición continuada de un joven a un modelo que utiliza las drogas influiría directamente sobre la conducta de este (Hernández et al., 2015). Además, existe un estudio que muestra que entre los niños que habían probado el alcohol, la mayoría (78%) lo había hecho acompañado de un familiar (Johnson et al., 1997; cit. en Donovan y Molina, 2008).

Sin embargo, los resultados que se han obtenido en los distintos estudios no son lo suficientemente concluyentes. Algunos autores como Veloza et al. (2012) están de acuerdo con que el consumo de drogas está relacionado con el aprendizaje a través del padre, madre, hermano u otros familiares próximos, mientras que otros como Halley et al. (2014) no consideran relevante el hecho de tener un familiar cercano drogadicto ya que durante la etapa de adolescencia, los jóvenes van adquiriendo una mayor independencia y los padres que hasta entonces habían sido los modelos de referencia primarios, disminuyen su influencia (Hernández et al., 2015).

Es posible que dicha correlación esté mediada a su vez por otras variables, como la relación padre – hijo (calidez, apoyo...) y la efectividad de los esfuerzos realizados por los padres en el manejo de la situación (disciplina consistente...); es decir, los efectos negativos que puede tener la presencia de numerosos familiares alcohólicos pueden ser moderados por las prácticas de crianza (Molina et al., 2010), sin olvidar que cuando los progenitores consumen es muy probable que no sean capaces de cumplir con sus responsabilidades como padres (Barnes y Farrell, 1992; Chassin et al., 1993; Holden et al., 1988, Tarter et al., 1993, y Hoffmann y Su, 1998; cit. en Lattendresse, Rose, Viken, Pulkkinen, Kaprio y Dick, 2007). Además, se ha encontrado una correlación entre el consumo de alcohol y el tipo de estrategias de afrontamiento, entendidas como estrategias para solventar situaciones problemáticas; así, el abuso de alcohol por parte de la familia genera un aumento en el riesgo de que se desarrollen estrategias de

afrontamiento disfuncionales que provoquen que estos niños utilicen el alcohol como una conducta de adaptación (Wilson y Orford, 1978; Schor, 1996, Wolin et al., 1980; cit. en Hasson, Rundberg, Zetterlind, Johnsson y Berglund, 2006).

La mayoría de las investigaciones se dedican a estudiar el consumo de las sustancias de forma independiente, siendo reducido el número que abordan las relaciones entre el policonsumo y los factores contextuales (Becoña et al., 2012; Buu et al., 2009; Martín-Montañez et al., 2011; Mason et al. 2009; cit. en Hernández et al., 2015).

El padecimiento de un trastorno de ansiedad social y de consumo de cannabis, se vincula con un deterioro superior y un aumento de problemas psiquiátricos (Buckner, Heimberg, Schneier, et al., 2012; cit. en Buncker et al., 2013; Acarturk, Graff, Van Straten, Have y Cuijpers, 2008; cit. en Filho et al., 2010), así como con un mayor riesgo de suicidios (Taimen et al., 2001; cit. en Pallanti, Quercioli y Hollander, 2004); y son varios estudios los que informan de altas tasas de comorbilidad, con pequeñas variaciones entre ellos (Achim et al., 2011). Por ejemplo, la ansiedad social aparece comórbidamente con la esquizofrenia entre un 7% y un 40% de los casos (Blanchard et al., 1998; cit. en Voges y Addington, 2005); siendo este solapamiento diagnóstico problemático, en el sentido de que los síntomas de la ansiedad son considerados como predictores de la calidad de vida en esquizofrénicos (Norman et al., 1988; cit. en Seedat, Fritelli, Oosthuizen, Emsley y Stein, 2007).

Concretamente, el consumo de cannabis además de ser perjudicial para la salud puede desencadenar algunos trastornos mentales, y con especial importancia, los trastornos psicóticos; caracterizados por la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y síntomas negativos, como la abulia, generando una disfunción social y laboral, durante al menos 6 meses (DSM-IV-RT, 2002). A través de los estudios neurobiológicos se ha observado los efectos que tiene el cannabis sobre el SNC, mostrando que esta sustancia afecta directamente al sistema dopaminérgico implicado en los síntomas psicóticos (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006) así como al glutamatérgico, generando una cascada de bioquímicos, quizás neurotóxicos, que también sean capaces de aumentar el riesgo de desarrollar trastornos psicóticos (Bossong y Niesink, 2010; Rocchetti et al., 2013; cit. en Fonseca, Otuño, Paino y Muñiz, 2016).

Hay que tener en cuenta que las experiencias psicóticas no solo aparecen en la población clínica, sino que pueden aparecer en la población general. Y como indica

Nuevo et al. (2010) estas vivencias consideradas subclínicas provocan un fuerte impacto sobre la salud, pudiendo ser relacionadas con ansiedad, síntomas depresivos y desregulación afectiva (Fonseca, Paino, Lemos y Muñiz, 2012).

La correspondencia entre el consumo de cannabis y la psicosis es un tema que actualmente sigue en discusión. Se sabe que la intoxicación por cannabis puede generar algunos síntomas psicóticos como la despersonalización o las ideas paranoides, puede producir psicosis inducidas que desaparecerán con la abstinencia y que, además, la prevalencia de consumo en sujetos con trastornos mentales graves es mayor. Es por esta razón, por la que existen dudas acerca de la causalidad de esta relación. Aunque independientemente de la dirección de la influencia, lo que es evidente es que la comorbilidad aumenta la gravedad del cuadro clínico (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006).

Los modelos más recientes apoyan la idea de que la relación que se encuentra entre el consumo y las experiencias psicóticas son de alta complejidad, con dinamicidad y de múltiples factores (edad de inicio de consumo, frecuencia, historia familiar del trastorno...) (Henquet, Di Forti, Morrison, Kuepper, y Murray, 2008; cit. en Fonseca et al., 2016).

En una investigación llevada a cabo en Australia, Saha et al. (2011) encontraron que las experiencias delirantes estaban relacionadas con un consumo mayor de alcohol, cannabis y tabaco. Hasta ahora, los trabajos se han centrado en analizar preferentemente las experiencias psicóticas de tipo positivo, dejando a las de tipo negativo y depresivo analizadas sin profundidad y sin resultados concluyentes. Así, algunos estudios muestran que las personas que consumen cannabis y/o alcohol tienen puntuaciones más bajas en la dimensión negativa que las personas que no consumen (Nunn et al., 2001; Skosnik, Park, Dobbs, y Gardner, 2008), otros que no hay asociación (Barkus et al., 2006; Dumas et al., 2002; Fridberg, Vollmer, O'Donnell, y Skosnik, 2011; Schiffman, Nakamura, Earleywine, y LaBrie, 2005) y otros que la hay, pero positiva (Bailey y Swallow, 2004; Davis et al., 2013) (cit. en Fonseca et al., 2016).

Es por tanto necesario realizar nuevas investigaciones que estudien la relación entre el consumo de sustancias y este tipo de experiencias psicóticas, a ser posible en la etapa del desarrollo que presenta mayor vulnerabilidad, la adultez temprana (Fonseca et al., 2016).

A raíz de la información expuesta, los objetivos de este estudio son:

1. Averiguar si el nivel de ansiedad social y los antecedentes familiares influyen en el consumo de alcohol y cannabis.
2. Conocer la influencia del consumo en la presencia de conductas que pueden ser catalogables como experiencias del espectro psicótico.

Generando cinco hipótesis: con una ansiedad social moderada, mayor nivel de consumo de alcohol; con una ansiedad social moderada, mayor nivel de consumo de cannabis; ante la presencia familiares alcohólicos, mayor nivel de consumo de alcohol; ante la presencia de familiares consumidores de cannabis, mayor nivel de consumo de cannabis; y a mayor nivel de consumo, mayor número de conductas psicóticas.

## Método

### Participantes.

La muestra inicial estuvo compuesta por 67 estudiantes de tres grados superiores pertenecientes a tres centros educativos diferentes de Dos Hermanas (Sevilla), siendo dos de ellos públicos y uno concertado, que participaron de forma voluntaria. La edad máxima fue 25 años y la mínima 18. La muestra final fue constituida por 65 participantes (58.5% hombres y 41,5% mujeres), debido a que dos sujetos no cumplieron los criterios de inclusión de completar en su totalidad la batería de test y de pertenecer al rango de edad comprendido entre 18 y 29 años. En la tabla 1 puede verse la distribución por instituto y grado, sexo y edad.

*Tabla 1. Distribución por sexo y edad (media) de los sujetos que participaron por cada grado superior.*

		Mujeres			Hombres			Total		
Grados superiores		N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT
Antonio Gala	Nutrición	13	19.62	1.71	6	20.67	2.16	19	19.95	1.87
IES Virgen de Valme	TAFAD	11	19	1.1	17	19.41	1.62	28	19.25	1.43
IES Arenal	Mecatrónica	3	20.67	2.08	15	20.87	2.13	18	20.83	2.07
Todos los grados		27	19.48	1.55	38	20.18	1.99	65	19.89	1.85

## **Instrumentos.**

El instrumento para medir la ansiedad social fue la “Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión autoinforme” (Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report, LSAS-SR; Liebowitz, 1987). Está compuesto por 24 ítems (e.g., “mirar a los ojos a gente que no conoce muy bien”) repartidos en dos subescalas: la ansiedad y la evitación que le provoca al sujeto cada una de las diferentes situaciones sociales propuestas. Es una escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta en cada subescala, que va desde 0 (nada o nunca) hasta 3 (mucho o habitualmente). La puntuación total se consigue mediante el sumatorio de las subescalas ansiedad y evitación. Para la interpretación se utilizan varios puntos de corte: si se obtiene menos de 55 puntos no se aprecia ansiedad social; si está entre 55 y 65, la ansiedad social es moderada; entre 65 y 80 es significativa; entre 80 y 85 es severa y si es mayor de 95 la ansiedad social es muy severa. Posee una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = .91) y se cumplimenta en 10 minutos aproximadamente, de forma autoadministrada.

Alcohol Use Disorders Identification Test, Test AUDIT (OMS, 2001). Este cuestionario evalúa el consumo excesivo de alcohol y está compuesto por diez preguntas (e.g., “¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?”). Presenta una alta fiabilidad ( $r = .89$ ) y validez (.80) Las respuestas pueden ir desde 0 a 4 y la puntuación total se obtendrá a través de la suma de cada una; así una puntuación entre 8 y 15 indicará la necesidad de consejo para la reducción del consumo, una puntuación entre 16 y 19 la necesidad de terapia breve y un abordaje continuado, y las puntuaciones mayores a 20 requerirán una ampliación de la evaluación diagnóstica de la dependencia al alcohol. El cuestionario se cumplimenta aproximadamente en 10 minutos de forma autoadministrada.

Cuestionario sobre variables sociodemográficas (anexo 1). Este cuestionario fue realizado ad hoc para la investigación con el fin de evaluar distintas variables sociodemográficas consideradas de interés, especialmente los antecedentes de consumo familiar del sujeto. Está compuesto por nueve preguntas con distinto tipo de respuesta. Se tarda alrededor de 5 minutos en autocompletarlo.

Cuestionario sobre el consumo de cannabis. Este cuestionario tiene como fin evaluar el consumo de cannabis (anexo 2). Fue extraído de la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (2013), sufriendo algunas modificaciones para así poder conseguir el objetivo de la investigación. Es descriptivo, y su tiempo de cumplimentación es de 5 minutos aproximadamente, de forma autoadministrada.

Community Assessment of Psychic Experiences, CAPE-42 (Van Os, Verdoux y Hanssen, 2003). El objetivo de este cuestionario es medir las experiencias psicóticas tanto en los dominios afectivos como en los no afectivos, incluyendo además de la frecuencia, la angustia que genera cada situación concreta. El tipo de respuesta de los 42 ítems por los que está formado es de tipo Likert (e.g., “¿Alguna vez se sintió triste?”), con cuatro opciones (de nunca a casi siempre, 1-4), y siempre que no se escoja la opción nunca, será necesario completar una segunda parte asociada al ítem en la que se pregunta por la angustia que genera al sujeto la experiencia explicada, también con cuatro opciones de respuesta (de ligero a mucho malestar, 0-3). Se obtendrán dos puntuaciones totales, una surge del sumatorio de la frecuencia y otra del sumatorio de la angustia. Este cuestionario ofrece tres dimensiones: positiva (20 ítems: 2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 17, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 41 y 42), negativa (14 ítems: 3, 4, 8, 16, 18, 21, 23, 25, 27, 29, 32, 35, 36 y 37) y depresiva (8 ítems: 1, 9, 12, 14, 19, 38, 39 y 40). Las puntuaciones obtenidas en estudios previos presentan adecuados niveles de fiabilidad y diferentes evidencias de validez (alfa de Cronbach = .89) (Barragan, Laurens, Blas Navarro, y Obiols, 2011; Obiols, 2008; cit. en Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz, 2012). El tiempo de cumplimentación es de aproximadamente 20 minutos, aplicándose de forma autoadministrada.

### **Procedimiento.**

Es un estudio exploratorio y se realizó un muestreo intencional de tres clases de tres centros educativos de Dos hermanas (Sevilla).

En primer lugar, para la recogida de datos se contactó con los diferentes centros telefónicamente y se le explicó el objetivo de la investigación al responsable de cada uno de ellos, con el fin de concertar la cita. La persona encargada de la recogida era estudiante de psicología y acudió a los tres centros siempre en horario de mañana en el siguiente orden: Antonio Gala, Virgen de Valme y Arenal.

Antes de la aplicación de los cuestionarios se explicó de forma colectiva cuál era el fin del estudio, se especificó que la información obtenida sería siempre utilizada de forma anónima y se obtuvo el consentimiento informado de forma verbal. No fue necesario dar instrucciones verbales sobre la realización de los test, puesto que en cada uno de ellos había escrita una breve explicación. El orden de aplicación de los test fue: Cuestionario variables sociodemográficas, AUDIT, Cuestionario consumo de cannabis, Escala de ansiedad social de Liebowitz, versión autoinforme y CAPE-42. Las dudas

fueron resueltas por la persona encargada de recoger los datos y de la supervisión en el momento en el que surgían.

La batería de test fue completada por los participantes aproximadamente en 50 minutos.

## Resultados

Se utilizó un nivel de significación de .05 para cada prueba de hipótesis realizada. Además, en las ocasiones que se utilizó ANOVA, se contrastó previamente el supuesto de homocedasticidad mediante la prueba de Levene, eligiendo la prueba heterocedástica de Welch en el caso de incumplimiento de la misma.

Para analizar la relación entre la ansiedad social y el consumo de alcohol se utilizó ANOVA de un factor, ya que se comprobaron los supuestos y se obtuvo varianzas homogéneas ( $p = .25$ ). En el análisis, la variable ansiedad social fue recodificada en dos grupos: el grupo 1 formado por quienes no padecían ansiedad social y quienes tenían ansiedad social severa o muy severa; y el grupo 2, formado por quienes tenían ansiedad social moderada y significativa. Se encontró que los sujetos del grupo 1 ( $M = 4.25$ ,  $DT = 3.53$ ) tenían un consumo de alcohol significativamente inferior al consumo del grupo 2 ( $M = 10.78$ ,  $DT = 4.84$ ),  $F(1,63) = 23.82$ ,  $p = .000$ ,  $R^2 = .27$  (alto).

Sin embargo, en el estudio de la relación entre ansiedad social y consumo de cannabis se utilizó Chi-cuadrado como técnica de análisis; cómo puede verse en la Figura 2, los sujetos del grupo 1 presentaban un consumo de cannabis significativamente inferior a los sujetos del grupo 2,  $\chi^2 = 8.29$ ,  $p = .004$ ,  $V = .36$  (mediano).

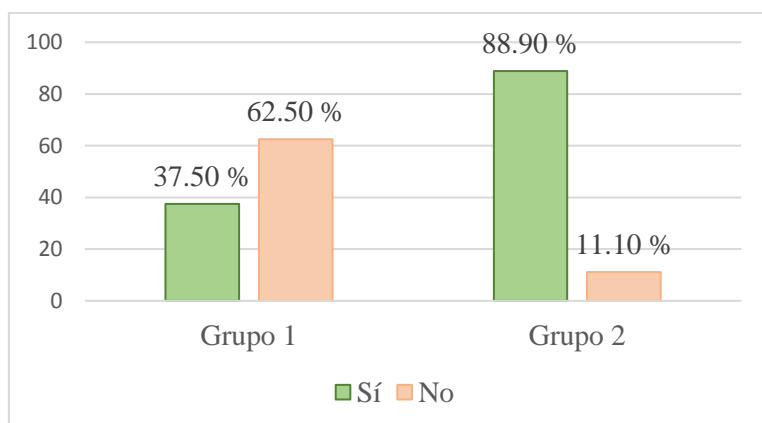


Figura 2. Porcentajes de sujetos dentro del grupo 1 y 2 que consumen cannabis.

Para analizar la relación entre los casos de familiares alcohólicos y el consumo de esta sustancia y tras la obtención de varianzas no homogéneas ( $p = .000$ ) se utilizó  $F$  de Welch. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de consumo de alcohol entre aquellos sujetos que sí tenían antecedentes familiares ( $M = 7.19$ ;  $DT = 6.18$ ) y los que no tenían ( $M = 4.49$ ;  $DT = 3.37$ ),  $F(1,18) = 2.78$ ,  $p = .113$ ,  $R^2 = .07$  (pequeño).

En el análisis de la relación entre la presencia de familiares consumidores de cannabis y el consumo del mismo se utilizó la prueba Chi-cuadrado. Como resultado se obtuvo, cómo puede observarse en la Figura 4, que los que tenían familiares consumidores de cannabis, presentaban un consumo significativamente mayor que aquellos que no los tenían,  $\chi^2 = 8.93$ ,  $p = .003$ ,  $V = .37$  (mediano).

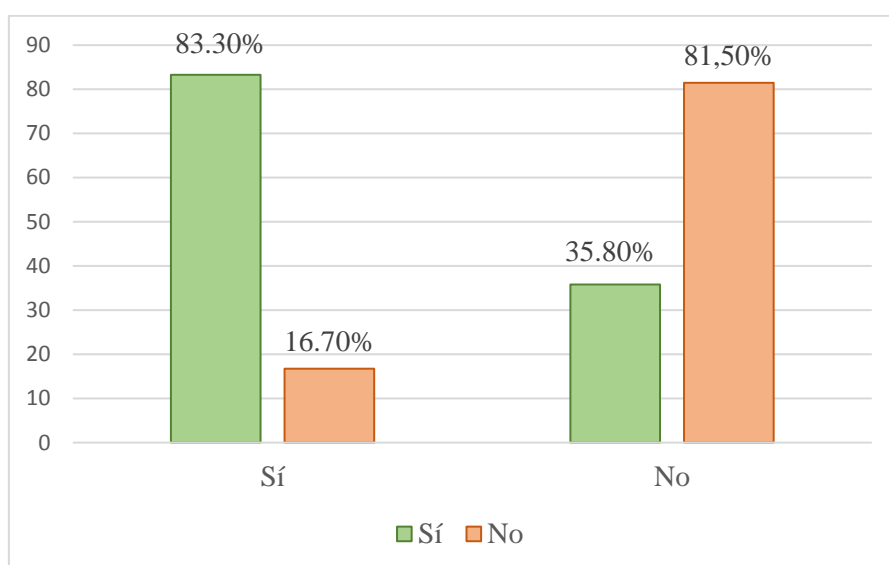


Figura 4. Porcentaje de sujetos que consumen cannabis en función de si tienen familiares consumidores.

Por último, se utilizó una regresión lineal múltiple para predecir la frecuencia de aparición de conductas psicóticas en función del consumo de alcohol en primer lugar y del consumo de cannabis en segundo lugar. Se obtuvo que la frecuencia de conductas catalogables dentro del espectro psicótico podía predecirse a partir del consumo de alcohol ( $\beta = .30$ ), existiendo entre ambas variables una relación estadísticamente significativa y con un tamaño de efecto medio,  $t(63) = 2.48$ ,  $p = .016$ ,  $R^2 = .09$ . Pero, como puede observarse en la Figura 5, esta relación no siguió siendo estadísticamente significativa en el segundo modelo, con ajuste en función del consumo de cannabis, ( $\beta = .25$ ),  $t(62) = 1.93$ ,  $p = .058$ ,  $\Delta R^2 = .51$ . El consumo de cannabis no generó un



incremento significativo en el índice de bondad de ajuste del modelo,  $F(1,62) = 1.32$ ,  $p = .255$ ,  $\Delta R^2 = .02$ .

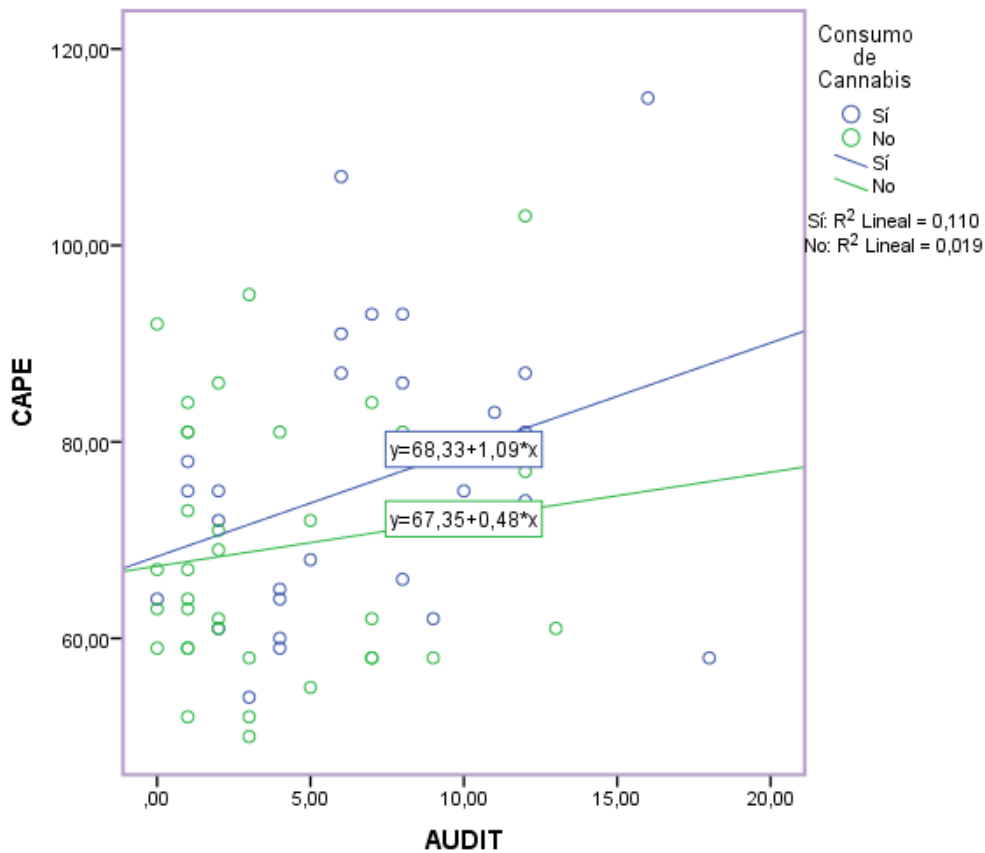


Figura 5. Regresión múltiple entre el consumo de alcohol y la frecuencia de conductas psicóticas, en función de si consumen o no cannabis.

### Discusión y conclusiones

El presente estudio ha incrementado la posibilidad de conocer el motivo de consumo de alcohol y cannabis en jóvenes adultos, y cómo este se relaciona con la aparición de conductas que se catalogan dentro del espectro psicótico.

Uno de los principales objetivos es conocer la influencia de la ansiedad social sobre el consumo de alcohol. Los resultados muestran que los jóvenes adultos que presentan una ansiedad social moderada o subclínica consumen más alcohol que aquellos que carecen de diagnóstico o tienen una ansiedad social diagnosticada. A través del modelo de automedicación propuesto por Conger (1956), se plantea que el consumo de alcohol surge como respuesta al estímulo ansioso que generan las situaciones sociales, continuándose con dicho consumo por aliviar el síntoma. Pero, además, Thompson et al (2011), explican que la conducta social evitativa aumenta a la vez que lo hace el nivel

de ansiedad social, y que, por tanto, esta evitación reduce drásticamente la participación de estas personas en situaciones sociales dónde el consumo de alcohol es frecuente, quedando claramente explicados los resultados que se han obtenido.

Como ya se ha mencionado a lo largo del estudio, la ansiedad social no sólo tiene influencia sobre el consumo de alcohol, también lo tiene sobre el cannabis. De hecho, los resultados obtenidos son similares a los hallados con anterioridad; los jóvenes adultos que no tienen ansiedad social o que presentan un diagnóstico de la misma, consumen menos cannabis que aquellos que tienen ansiedad social subclínica, quedando explicados por el mismo motivo que se da para el consumo de alcohol. Estos resultados respaldan los encontrados por Merikangas et. al (2002), quienes hallan que los jóvenes que presentan una ansiedad social subclínica triplican y duplican las probabilidades de desarrollar un trastorno de abuso de cannabis frente a los que no tienen ansiedad social y a los que la tienen diagnosticada, respectivamente (cit. en Thompson et al., 2011)

Otra posible variable con influencia en el consumo tanto de alcohol como de cannabis es el número de familiares consumidores. Los resultados señalan que mientras el número de familiares alcohólicos no influye en el consumo de esta sustancia, el número de familiares consumidores de cannabis sí lo hace sobre el consumo de este. El primer resultado es contradictorio con lo que se propone en la teoría del aprendizaje social, mientras que la segunda relación sería congruente; ya que, según esta teoría, el consumo sería una conducta socialmente aprendida a través del modelado y reforzamiento (Bandura y Walters, 1979; cit. en Hernández et al., 2015). Sin embargo, concuerda con lo planteado por Halley et al. (2014), quien explica que, durante la adolescencia, la influencia de los modelos de referencia primarios se ve debilitada cuando los jóvenes van adquiriendo más independencia. Posiblemente, el haber obtenido estos resultados se deba a que existen otras variables que influyen en estas relaciones, como puede ser las prácticas de crianza (Molina et al., 2010). Quizás, hubiera sido conveniente analizar además de la presencia de modelos de referencia primarios consumidores, el tipo de crianza que han utilizado. Pues, si la persona a pesar de tener un padre, madre, hermano... consumidor de alcohol o cannabis ha recibido una crianza correcta, podría no presentar problemas con el consumo de sustancias, ya que, al recibir estrategias de afrontamiento funcionales no tendría que recurrir a esta alternativa para conseguir la adaptación (Wilson y Orford, 1978; Schor, 1996, Wolin et al., 1980; cit. en Hasson, Rundberg, Zetterlind, Johnsson y Berglund, 2006); o haber incluido el número de iguales íntimos consumidores, teniendo en cuenta que el

policonsumo principalmente tiene lugar en contextos recreativos dónde participan otros jóvenes (Hernández et al., 2015).

Por último, referente al estudio de la influencia del consumo de alcohol y cannabis sobre la frecuencia de conductas psicóticas, los resultados obtenidos indican que el consumo de alcohol aumenta la frecuencia de la aparición de conductas psicóticas y además, esta frecuencia se verá incrementada cuando el sujeto también consuma cannabis; destacando que, a pesar de que en la figura 5 sea esto lo que se observa, la influencia del cannabis en el consumo de alcohol y en la aparición de conductas psicóticas no es significativa, por lo que los resultados no son concluyentes. Por este motivo, estos resultados no coinciden con los encontrados en la mayor parte de los estudios realizados, por ejemplo, en la investigación realizada por Saha et. al (2011) se obtuvo claramente que las experiencias delirantes estaban relacionadas tanto con el consumo de alcohol, como de tabaco y cannabis (cit. en Fonseca et al., 2016). Sin embargo, pueden justificarse en el sentido de que la mayoría de los estudios han tenido en cuenta únicamente la dimensión positiva, mientras que, en el presente estudio, se ha considerado la dimensión positiva, negativa y depresiva.

Debemos tener en cuenta que existe una limitación general que puede afectar a todos los resultados hallados en el presente estudio. Consumir drogas puede ser aceptado o rechazado por la sociedad, provocando que las respuestas de los sujetos que han participado estén a su vez incrementadas o disminuidas por el intento de cumplir con las expectativas que esta impone sobre ellos. Por lo que hubiera sido conveniente utilizar informantes externos o recurrir a medidas de laboratorio como puede ser una analítica para verificar objetivamente el consumo.

Una segunda limitación sería la utilización del autoinforme para recabar información. Esta técnica obtiene una puntuación objetiva de la subjetividad de la persona que lo completa (Caballo, 1987; cit. en Zubeitdat, Fernández-Parra y Sierra, 2006), que puede no ser la real y, por tanto, aumenta la posibilidad de error. Además, el estudio es transversal, haciéndose mucho más complicado definir inferencias causa-efecto a ciencia cierta.

Por otra parte, teniendo en cuenta que actualmente ya no predominan las familias tradicionales, sino que predominan las familias extensas, monoparentales, reconstituidas e incluso con padres del mismo sexo (Becoña et al., 2012; cit. en Hernández et. al, 2015), sería conveniente estudiar la influencia de estos nuevos tipos familiares y el policonsumo.

También sería interesante examinar si el apareamiento selectivo entre personas alcohólicas (Merikangas y Brunetto, 1996; cit. en Molina et. al, 2010) incrementa la posibilidad de que dicha patología esté presente en la familia.

Como conclusión, se puede decir que parte de este estudio corrobora los resultados obtenidos en otros desarrollados con anterioridad, en los que se demuestra que la ansiedad social incrementa el consumo de alcohol y cannabis, generando un mayor riesgo de que se desarrolle una dependencia a estas sustancias. A raíz de estos resultados, sería recomendable, como dice Arhart-Treichel y Kessler (2007, 2003), considerar el incidir indirectamente sobre los problemas de consumo, a través de programas de prevención de la ansiedad social (cit. en Jiménez-López y Jurado, 2014).

La segunda conclusión, en función de los resultados encontrados, es que existen variables intermediarias aún por determinar que afectan la relación entre la presencia de familiares que consumen alcohol o cannabis y el consumo. Es más probable que las prácticas de crianza sean inconsistentes y sus niveles de calidez y nutrición sean más bajos (Brook et al., 1990; cit. en Latendresse, S. et al, 2008) cuando los padres presentan un trastorno de abuso de las dos sustancias mencionadas; es decir, el consumo de drogas no sólo afecta a quien las consume, sino también a las familias y a la sociedad general, a través del tipo de relaciones interpersonales que se establecen; asumiendo que la falta de valores, educación y las bajas exigencias, incrementan la posibilidad de recurrir al uso de drogas; de ahí la importancia de los programas de prevención.

La tercera y última conclusión que este estudio ofrece es que, aunque el alcohol si incrementa la frecuencia de conductas psicóticas (conductas comprendidas dentro de la dimensión positiva, negativa y depresiva), el cannabis no lo hace; es decir, el consumo de cannabis no afecta a la aparición de estas. Aun así, sería fundamental intentar educar a las poblaciones más vulnerables, como pueden ser los adolescentes o adultos jóvenes y aquellas personas con más riesgos de padecer enfermedades psiquiátricas.

Las drogas han existido desde tiempos inmemorables, pero el consumo excesivo es algo que se ha acentuado en los últimos años. Cada vez es más frecuente y más fácil acceder a determinados tipos de drogas y a edades más tempranas. Vivimos en una sociedad en la que el consumo del alcohol está legalizado y el consumo de cannabis normalizado entre los adolescentes; olvidando en numerosas ocasiones que afectan negativamente a la salud, alterando el organismo.

## Referencias.

- Achim, A.M., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Mérette, C. y Roy, M.A. (2009). How prevalent are anxiety disorders in Schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 811-821. doi:10.1093/schbul/sbp148.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. y Babin, F. (2013). Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2), 123-130.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. y Monteiro, M.G. (2011). Alcohol Use Disorders Identification Test, Test AUDIT. Doi: WHO/MSD/MSB/01.6a.
- Baer, J.S., Sampson, P.D., Barr, H.M., Connor, P.D. y Streissguth, A.P. (2003). A 21-year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. *American Medical Association*, 60(4), 377-385. doi: 10.1001/archpsyc.60.4.377
- Bergamaschi, M. M., Queiroz, R. H. C., Chagas, M. H. N., De Oliveira, D. C. G., De Martinis, B. S., Kapczinski, F., Quevedo, J., Roesler, R., Schröder, N., Nardi, A.E., Martín-Santos, R., Hallak, J.E.C., Zuardi, A.W. y Crippa, J. A. S. (2011). Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naïve social phobia patients. *Neuropsychopharmacology*, 36(6), 1219–1226. doi:10.1038/hpp.2011.6.
- Buckner, J.D., Ecker, A. H., & Vinci, C. (2013). Cannabis use vulnerability among socially anxious users: Cannabis craving during a social interaction. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 236-242. doi: 10.1037/a0029763.
- Buckner, J.D., Heimberg, R. y Schmidt, N. (2011). Social anxiety and marijuana – related problems: The role of social avoidance. *Addictive Behaviors*, 36(1-2), 129-132. doi:10.1016/j.addbeh.2010.08.015.
- Buckner, J.D., Schmidt, N.B., Lang, A.R., Small, J.W., Schlauch, R.C. y Lewinsohn, P.M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 230-239. doi: 10.1016/j.jpsychires.2007.01.002.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C., Arias, B., Irurtia, M.J. y Caldero M. (2010). Validación del “Cuestionario de Ansiedad Social Para Adultos” (Caso-A30) en universitarios

españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral Psychology*, 18(1), 5-34.

Camacho Acero, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 91-119.

Capone, C. y Wood, M.D. (2008). Density of familial alcoholism and its effects on alcohol use and problems in college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(8), 1451-1458. doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00716.x.

Crippa, J.A., Zuardi, A.W., Martín-Santos, R., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., McGuire, P. y Fusar-Poli, P. (2009). Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Human Psychopharmacology*, 24(7), 515-523. doi: 10.1002/hup.1048.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social (2006). Cannabis. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/21102009Cannabis.pdf>.

Donovan, J.E. y Molina, B.S.G. (2008). Children introduction to alcohol use: Sips and tastes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(1), 108-119. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00565.x.

Filho, A.S., Hetem, L.A.B, Ferrari, M.C.F, Trzesniak, C., Martín-Santos, R., Borduqui, T., de Lima Osório, F., Loureiro, S.R., Busato Filho, G., Zuardi, A.W. y Crippa, J.A.S (2009). Social anxiety disorder: what are we losing with the current diagnostic criteria? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(3), 216-226. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01459.x.

Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Paino, M., & Muñiz, J. (2016). Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de sustancias en universitarios. *Adicciones*, 28(3), 144-153. doi: 10.20882/adicciones.781.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Validation of the Community Assessment Psychic Experiences -42 (CAPE-42) in Spanish College students and patients with psychosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(4), 169-176.

Hasson, H., Rundberg, J., Zetterlind, U., Johnsson K.O. y Berglund, M. (2006). An intervention program for university students who have parents with alcohol

problems: a randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 41(6), 655-663. doi:10.1093/alcalc/agl057.

Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S. y Gras, M.E. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205-213.

Jiménez-López, L.M. y Jurado Cárdenas, S. (2013). Ansiedad social y consume riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 6(1), 37-50. doi:10.5460/jbhsi.v6.1.47601.

Latendresse, S.J., Rose, R.J., Viken, R.J., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D.M. (2008). Parenting Mechanisms in links between parent's and adolescent's alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(2), 322-330. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00583.x.

Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en España, EDADES. Recuperado de [http://www.pnsd.Msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2015\\_Cuestionario.pdf](http://www.pnsd.Msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2015_Cuestionario.pdf).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Informe del estado actual de la prevención en salud mental. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Estadoactualprevencionsaludmental.pdf>.

Molina, B.S.G., Donovan, J.E. y Belendiuk, K.A. (2010). Familial loading for alcoholism and offspring behavior: mediating and moderating influences. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(11), 1972-1984. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01287.x.

Moore, T.H.M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R.E, Jones, P.B., Burke, M. y Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370, 319-328. doi: 10.1016/S0084-3954(08)79121-8.

Pallanti, S., Quercioli, L. y Hollander, E. (2004). Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 53-58. doi: 10.1176/appi.ajp.161.1.53.

- Park, S. y Schepp, K.G. (2014). A systematic review of research on children of alcoholics: their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1222-1231. doi: 10.1007/s10826-014-9930-7.
- Seedat, S., Fritelli, V., Oosthuizen, P., Emsley, R.A. y Stein, D.J. (2007). Measuring anxiety in patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 320-324. doi: 10.1097/01.nmd.0000253782.47140.ac.
- Thompson, R.D., Goldsmith, A.A., y Tran, G.Q. (2011). Alcohol and drug use in socially anxious young adults. En C. A. Alfano y D. C. Beidel (Eds.), *Social anxiety in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice* (pp. 107-123). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Van Os, J., Verdoux, H. y Hassen, M. (2003). Community Assessment of Psychic Experiences, CAPE-42. Recuperado de <http://cape42.homestead.com/>.
- Voges, M. y Addington, J. (2005). The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 76(2-3), 287-292. doi:10.1016/j.schres.2005.01.001.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A. y Sierra, J.C. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24(1), 71-86.



## ANEXO I

### Cuestionario Variables sociodemográficas

---

#### Sexo:

Hombre

Mujer

**Edad:**

#### Nivel de estudios de sus padres:

Sin estudios

EGB (educación general básica)

BUP (desde los 14 años a los 17)

COU (equivalente a 2 de Bachiller)

Carrera Universitaria: \_\_\_\_\_

FP (formación profesional): \_\_\_\_\_

#### Nivel de ingresos en el hogar/ mes:

Menos de 1000

Entre 1000 – 1500

Entre 1500 – 2000

Más de 2000

**¿Hay antecedentes de consumo de alcohol en su familia? Sí / No ¿Quién?**

\_\_\_\_\_ **¿Y de cannabis? Si / No ¿Quién?**

\_\_\_\_\_ **¿Mantiene la relación con esa/s persona/s? Si / No**

## ANEXO II

### CUESTIONARIO CONSUMO DE CANNABIS

¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida, cannabis o marihuana (hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)? Sí / No (si selecciona No, no es necesario que continúe)

¿Qué edad tenía la primera vez que consumió cannabis o marihuana? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Anote la edad: \_\_\_\_\_ años.

¿Cuándo fue la primera vez que consumió cannabis o marihuana?

Durante los últimos 30 días		1
Hace más de un mes, pero menos de un año		2
Hace más de un año		3

¿Cuántos días ha consumido cannabis o marihuana en los últimos 12 meses?

1 – 3 días		1	Entre 30 – 150 días		5
4 – 9 días		2	Más de 150 días		6
10 – 19 días		3	No he consumido cannabis o marihuana en los últimos 12 meses		0
20 – 29 días		4			

Sólo responda la siguiente tabla si ha consumido cannabis en los últimos 12 meses.

	Nunca	Raramente	Bastante a menudo	Muy a menudo
¿Ha fumado cannabis antes del medio día?				
¿Ha fumado cannabis estando solo?				
¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?				
¿Le han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de cannabis?				
¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?				

<p>¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (¿disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, rendimiento laboral?  ¿Cuáles?.....</p>				
---	--	--	--	--

**En los últimos 12 meses ¿ha iniciado algún tratamiento para dejar o reducir el consumo de cannabis o marihuana (hachís, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)? Si / No**