TRABAJO FIN DE GRADO MEDICINA

Prevalencia del consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo

Nombre del Tutor Clínico: Dra. Martínez Hernanz

Servicio del Tutor: Psiquiatría

Nombre del Tutor Metodológico: Rocío Queipo Matas

Nombre del Alumno: Belén Avilés Alepuz

Hospital Universitario de Getafe

Fecha: 23 de abril de 2026

AGRADADECIMIENTOS

A mi familia, en particular a mis padres, por enseñarme el valor de la formación académica que me ha permitido, una vez más, apreciar cuanto he aprendido durante la etapa universitaria.

A la profesora Rocío Queipo Matas y la dra. Martínez Hernanz, ya que mi esfuerzo sin su apoyo, consejos y conocimiento no habrían dado el mismo fruto.

A Amadeo, por ser mi apoyo en los días más difíciles y por celebrar conmigo cada pequeño logro.

Y a Aitana.

ÍNDICE

AGRADADECIMIENTOS **2**

ÍNDICE **3**

ÍNDICE DE TABLAS **4**

ÍNDICE DE FIGURAS **4**

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE **5**

ABSTRACT AND KEY WORDS **7**

INTRODUCCIÓN **8**

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS **12**

METODOLOGÍA **14**

- **Diseño** **14**
- **Población** **14**
- **Selección y definición de las variables** **15**
- **Método de recogida de datos** **16**
- **Plan de análisis estadístico** **16**

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES **18**

RESULTADOS **19**

DISCUSIÓN **26**

CONCLUSIONES **32**

BIBLIOGRAFÍA **34**

ANEXOS **36**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra 20
Tabla 2. Relación entre el sexo y características clínicas 24
Tabla 3. Relación entre el consumo de sustancias y características clínicas 25

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de inclusión y exclusión de los pacientes..... 19
Figura 2. Distribución por sexo de la población..... 21
Figura 3. Consumo de tóxicos 22
Figura 4. Distribución de consumo entre los consumidores. 22
Figura 5. Prevalencia de consumo por sexo 23

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: El consumo de sustancias tóxicas es una práctica habitual en nuestra sociedad que constituye un factor de riesgo relevante en múltiples enfermedades, destacando de entre ellas las enfermedades psiquiátricas, aunque su impacto clínico muestra resultados contradictorios en la literatura disponible.

Objetivo: El objetivo principal es determinar la prevalencia del consumo de sustancias tóxicas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Como objetivos secundarios, se proponen: describir la muestra según el sexo; identificar el tipo de tóxicos consumidos; y analizar las diferencias entre pacientes consumidores y no consumidores en diversas variables clínicas y sociodemográficas como la edad de debut, el subtipo de esquizofrenia y la presencia de síntomas positivos y negativos, entre otras.

Metodología: Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal y de carácter retrospectivo en el que se incluyeron 122 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo atendidos entre 2019 y julio de 2025 en el Hospital Universitario de Getafe. Las variables principales han sido consumo de sustancias, tipo de sustancia consumida, sexo, edad de debut, número de ingresos, tipo de esquizofrenia y presencia de síntomas positivos o negativos. La base de datos se creó recogiendo información de las historias clínicas ya disponibles. Se emplearon las pruebas de Chi cuadrado y U de Mann – Whitney según correspondiesen. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% ($p = 0,05$)

Resultados: La prevalencia del consumo de sustancias en la población de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo fue del 36,9%. El tóxico más consumido fue el cannabis, consumido por un 26,2% de la población, seguido de la cocaína, consumida por un 11,5%.

Conclusiones: Existe alta prevalencia en el consumo de sustancias en la población con estos diagnósticos. Existe mayor consumo en los hombres que en las mujeres. No se

observaron diferencias significativas en la prevalencia, demográficas ni clínicas entre los pacientes que son consumidores y los que no.

Palabras clave: Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, sustancias tóxicas, prevalencia, cannabis, cocaína, hipnosedantes, debut.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Introduction: Substance use is a common practice in our society and constitutes a significant risk factor for numerous diseases, particularly psychiatric disorders, although the available literature presents conflicting findings regarding its clinical impact.

Objective: The main objective is to determine the prevalence of substance use among patients diagnosed with schizophrenia and schizoaffective disorder. Secondary objectives include describing the sample by gender, describing the types of substances used, and analysing differences between substance-using and non-using patients with regard to various clinical and sociodemographic variables, such as age of onset, subtype of schizophrenia, and the presence of positive and negative symptoms, amongst others.

Methodology: An observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study was designed, including 122 patients diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder who were treated between 2019 and July 2025 at Getafe University Hospital. The main variables were substance use, type of substance used, sex, age at onset, number of admissions, type of schizophrenia, and the presence of positive or negative symptoms. The database was created by collecting information from existing medical records. Chi-square and Mann–Whitney U tests were used as appropriate. A 95% confidence level ($p = 0.05$) was applied.

Results: The prevalence of substance use among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder was 36.9%. The most commonly used substance was cannabis, used by 26.2% of the population, followed by cocaine, used by 11.5%.

Conclusions: Substance use is more prevalent among people with these diagnoses than in the general population. Substance use is more common among men than among women. There are no significant differences in prevalence, demographic characteristics or clinical features between patients who use substances and those who do not.

Keywords: Schizophrenia, schizoaffective disorder, psychoactive substances, prevalence, cannabis, cocaine, sedatives, onset.

INTRODUCCIÓN

Tanto la esquizofrenia como el trastorno esquizoafectivo son trastornos mentales graves y crónicos que afectan el pensamiento, la percepción, las emociones y el comportamiento del individuo, con una elevada repercusión en el funcionamiento global(1). El diagnóstico de estas dos entidades no resulta sencillo en la práctica clínica requiriendo de una entrevista rigurosa que explore múltiples dimensiones del paciente y llevada a cabo por profesionales de la psiquiatría entrenados en la materia. Para abordar esta complejidad diagnóstica y unificar criterios, surge el Diagnostic and statistical manual of mental disorders, quinta edición (DSM-5-TR)(1), en el cual nos basaremos para la definición de estas entidades. Disponer de una clasificación común es necesario para el avance en este campo, facilitando la replicación de trabajos de investigación, las acciones interdisciplinares, la homologación de los tratamientos, los estudios epidemiológicos, y el análisis de la efectividad de las terapias basadas en la evidencia(2).

Conforme al DSM-5-TR la esquizofrenia se define como un trastorno psicótico de al menos 6 meses de duración de los síntomas entre los cuales se encuentran característicamente los síntomas positivos como las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, afecto inapropiado, comportamiento catatónico o desorganizado y síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o abulia, entre otros, en el cual existe disfunción socio-laboral (1).

Por otro lado, el trastorno esquizoafectivo queda definido por la DSM-5-TR como aquel en el que coexisten síntomas de esquizofrenia con un episodio anímico mayor, depresivo o maníaco, con al menos 2 semanas de síntomas psicóticos sin síntomas afectivos y con presencia de síntomas afectivos durante la mayor parte del curso total de la enfermedad(1).

Existe amplia evidencia sobre la asociación entre el consumo de sustancias tóxicas y la aparición y evolución de los trastornos psicóticos(3). Por ello, resulta pertinente situar el problema en nuestro entorno, para ello se resumen los datos recogidos en la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), elaborada por el Ministerio de Sanidad(4). Según este informe, el cannabis es la sustancia ilegal más consumida con un consumo en los últimos 12 meses del 10,6%, con inicio temprano en comparación con

otras (edad media 18,3 años) y mayor prevalencia en el grupo de 15–34 años(4). La segunda sustancia más consumida en nuestro entorno, aunque no ilegal, son los hiposedantes (consumo en los útimos 12 meses 13,1%), ya sea con o sin receta (4). Otras sustancias ilegales con consumo reseñable incluyen, la cocaína (2,3% en los últimos 12 meses), las anfetaminas, el éxtasis y las sustancias alucinógenas (4).

Múltiples estudios coinciden en destacar la alta prevalencia de consumo de cannabis, en particular, y drogas de consumo en general, en pacientes con trastornos psicóticos. En el estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA) en población general concluyeron que un 47% de los sujetos con esquizofrenia presentaban una drogodependencia asociada(5). Entre las principales razones para el consumo de cannabis destacan la búsqueda de la relajación (86%), como actividad social con amigos (81%) y, en menor proporción, para reducir los efectos secundarios de la medicación (15%) o para disminuir los síntomas positivos de la psicosis como las voces (11%) y la paranoia (8%)(6).

Más allá de la prevalencia, la literatura ha explorado cómo estas sustancias —especialmente el cannabis— se asocian con el riesgo de psicosis. Un estudio clásico es el de Andréasson et all (1987), que concluyó que existía un Riesgo Relativo (RR) de 2 a 4 de debutar con esquizofrenia en quienes consumieron cannabis al menos una vez, y un RR de 6 en quienes lo usaron más de 50 veces(3), sin embargo este estudio fue criticado por no ajustar por el consumo de otras sustancias o por diagnósticos previos(7). Estudios más recientes parecen confirmar este hallazgo, un estudio de 2025 que comparó la incidencia de esquizofrenia antes y después de la legalización del cannabis en Canadá observó que la fracción de riesgo atribuible poblacional se triplicó tras dicha legalización(8).

La literatura científica es mucho menor cuando se trata del consumo de otras drogas de abuso ilegales (DAIs) distintas de la marihuana, aunque sí que existen trabajos que han estudio la relación de trastornos psiquiátricos, entre ellos la esquizofrenia y la ansiedad, con cannabis, cocaína, heroína, opioides e hiposedantes, entre otros, solamente hallando evidencia en la relación entre el cannabis y la esquizofrenia(9).

Otro aspecto relevante en este campo es la posible existencia de diferencias en la presentación clínica de la esquizofrenia y otras psicosis entre consumidores y no

consumidores de drogas de abuso ilegales (DAI). Con el objetivo de analizar estas posibles diferencias en los síntomas positivos y negativos, Rentero Martín et al. llevaron a cabo un estudio en el cual no encontraron asociaciones significativas entre el consumo y el rendimiento cognitivo; sin embargo, sí concluyeron que existía predominio de síntomas positivos frente a negativos (10) entre los consumidores de cannabis. Otros trabajos han señalado resultados en la misma línea, describiendo una mayor hostilidad y síntomas ansiosos(11), manía y alteraciones conductuales(12) en los pacientes consumidores de DAIs.

Por el contrario, estudios más recientes sugieren que el consumo de cannabis podría asociarse a una disminución de la sintomatología psicótica, tanto la positiva como la negativa(13).

A pesar de la heterogeneidad de resultados, la evidencia disponible apunta a que un elevado por porcentaje de pacientes con trastornos psiquiátricos consume cannabis y que su consumo induce síntomas psicóticos, que incrementa los síntomas positivos de la esquizofrenia, el riesgo de recaídas e ingresos por psicosis y, a su vez, disminuye la presencia de síntomas negativos(7).

Con respecto al uso de cocaína la literatura se vuelve más escasa y dispar. Parece que la cocaína presenta un efecto exaltador en los efectos negativos a la vez que disminuye la edad de debut de la enfermedad(14).

Existe, por tanto, cantidad de literatura sobre la relación entre el cannabis y la esquizofrenia, siendo esta menor al explorar otras sustancias, y con resultados no siempre acordes. Pero más allá de las limitaciones relacionadas con el tipo de sustancia y desarrollo clínico de la enfermedad, hay que tener en cuenta que los patrones de consumo y factores de riesgo varían en función del territorio(15), lo que refuerza la necesidad de obtener datos locales que puedan facilitar una medicina personalizada con los beneficios que ello reporta(16).

Es por ello que el objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia del consumo de sustancias (a excepción del tabaco y el alcohol) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, y comparar las características

sociodemográficas y clínicas entre consumidores y no consumidores. Esta información pretende facilitar la optimización de medidas de prevención primaria y secundaria, así como personalizar estrategias farmacológicas y psicoconductuales en el manejo integral del paciente, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente el ODS 3 (Salud y Bienestar), orientado a la promoción de la salud mental y la prevención del consumo de sustancias, y de forma indirecta con el ODS 10 (Reducción de las Desigualdades), al contribuir a una atención más equitativa en población vulnerable(17).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis: En población de pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo la prevalencia de consumo de tóxicos, distintos del alcohol y tabaco, es del 25%.

Se ha definido la prevalencia del 25% en base a la prevalencia en la población española general del consumo de sustancias tóxicas distintas de alcohol y tabaco, según el informe EDADES(4).

Objetivo principal: Determinar la prevalencia de consumo de tóxicos, distinto de tabaco y alcohol, dentro de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo del Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos secundarios:

- Describir las características sociodemográficas (edad, sexo) y clínicas (tipo de esquizofrenia, número de ingresos, presencia de síntomas positivos y negativos).
- Describir la población en función del sexo y analizar su relación con variables clínicas, incluyendo edad de debut, número de ingresos, tipo de esquizofrenia y presencia de síntomas positivos y negativos.
- Describir en aquellos que consumen el tipo de sustancia consumida.
- Estudiar la relación entre el consumo de tóxicos (sí/no) y las siguientes variables clínicas:
    i. Subtipo de esquizofrenia
    ii. Número de ingresos
    iii. Presencia de síntomas positivos

  Se entienden como síntomas positivos delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado (alteración del pensamiento y aparición de descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia o neologismos en el discurso), afecto inapropiado (risas inmotivadas, incoercibles o vacías, ensoñación) y comportamiento marcadamente desorganizado o catatónico (estupor, mutismo, excitación, negativismo, rigidez, catalepsia, flexibilidad cérea, obediencia automática, ecopraxia, ecolalia, estereotipias y manierismos)(1).

iv. Presencia de síntomas negativos

Se entiende como síntomas negativos el aplanamiento afectivo (inmovilidad, falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre, reducción del lenguaje corporal, actitud ausente), alogia, abulia, anhedonia y deterioro en las relaciones sociales(1).

METODOLOGÍA

Diseño

Con el fin de cumplir los objetivos descritos se ha diseñado un estudio observacional, descriptivo, transversal y de carácter retrospectivo.

Población

La población del estudio estuvo constituida por pacientes atendidos entre enero de 2019 y julio de 2025 con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que se encuentren en la base de datos del Hospital Universitario de Getafe.

Criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Edad ≥ 18 años
- Diagnóstico de esquizofrenia o transtorno esquizoafectivo
- Haber sido atendido en el HUG, en consultas, urgencias u hospitalización, o Centros de especialidades médicas de los cuales el HUG es el hospital de referencia.

Criterios de exclusión:

- Múltiples diagnósticos psiquiátricos
- Antecedentes de traumatismo cráneo-encefálico grave
- Imposibilidad de obtener todos los datos sobre las variables mencionadas mediante la visualización de la historia clínica electrónica y demás informes médicos disponibles en el momento de su consulta.

Tamaño muestral

Aplicando la fórmula para la estimación de una proporción se calcula que una muestra aleatoria de 92 individuos es suficiente para obtener un nivel de confianza del 95%, con una precisión de ±9 puntos porcentuales y asumiendo una proporción poblacional del

25%. Se estima una proporción del 25% ya que es esta la proporción aproximada de consumo de tóxicos distintos de alcohol y tabaco en la población española(4). No se ha considerado una tasa de pérdidas en el seguimiento (tasa de pérdidas del 0%). Para el cálculo se ha utilizado la aproximación de Poisson(18).

Selección y definición de las variables

Para responder al objetivo principal se recogió la variable "consumo de tóxicos". Se trata de una variable cualitativa dicotómica con las categorías (sí/no). Se describe como "consumidor" a todo paciente en el que se haya descrito el consumo de una sustancia tóxica al menos en una ocasión, pudiendo ser en un informe del servicio de psiquiatría, urgencias o de cualquier otro especialista. Se excluye el consumo de tabaco y alcohol debido a la dificultad de obtener esta información, ya que el consumo ocasional de estos dos tóxicos es muy prevalente en nuestra sociedad y no suele quedar reflejado en la historia clínica a no ser que se trate de un consumo crónico.

Se recogió información referente a las variables sociodemográficas que incluyeron el "sexo" como variable cualitativa nominal dicotómica, medido como hombre o mujer; la "edad", variable cuantitativa discreta medida en años y definida como la edad del paciente en el momento de consulta de su historia clínica; "consumo de tóxicos" ya mencionada; y "tipo de tóxico consumido" como cuantitativa discreta con las categorías cannabis, cocaína, hipnosedantes (se consideraron el consumo de benzodiacepinas y fármacos z – zolpidem, zoplicona, etc. – como consumo excesivo, intoxicación o intento autolítico con dichas sustancias, no el uso pautado por especialista), metadona, heroína y sin especifica.

Se recogió información referente a las variables clínicas que incluyeron "tipo de esquizofrenia" como variable cualitativa nominal con las categorías paranoide, desorganizada, indiferenciada, residual, simple, de inicio tardío y sin especificar; "edad de debut" como variable cuantitativa discreta medida en años; "esquizofrenia", "trastorno esquizoafectivo", "síntomas positivos" y "síntomas negativos", todas ellas cualitativas nominales dicotómicas clasificadas como positivas/presentes o negativas/ausentes; y "número de ingresos" como cuantitativa discreta.

Todas las variables se consideran independientes. Todas las variables propuestas, además de su descripción y categorías, se encuentran recogidas en la Tabla 1 del Anexo 2.

Método de recogida de datos

La recogida de datos se realizó a través de una revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes diagnosticados con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, atendidos en el HUG o centros de salud asociados, cuyos datos se encuentran recogidos en el Health Care Information System (HCIS). Se utilizaron exclusivamente datos ya existentes en las bases clínicas del hospital, sin necesidad de realizar entrevistas, cuestionarios ni nuevos registros.

Los datos fueron extraídos directamente de las historias clínicas electrónicas del hospital, previamente registradas por profesionales sanitarios y conforme a lo establecido por la Ley de protección de datos(19) y a los procedimientos establecidos por el servicio de archivo clínico y servicio de psiquiatría.

La base de datos utilizada ha sido pseudonimizada, es decir, los datos personales identificativos (nombre, DNI, número de historia clínica, etc.) fueron sustituidos por el código proporcionado por el HCIS, impidiendo la identificación directa de los pacientes. La base de datos se almacenará en el servidor seguro Z del Hospital Universitario de Getafe.

Plan de análisis estadístico

Generalidades

Todos los contrastes son bilaterales y se considera un nivel de significación de $p < 0,05$. Los resultados se presentan con estimaciones puntuales e intervalos de confianza del 95% (IC95%). El análisis se ha llevado a cabo mediante el software JAMOVI.

Análisis descriptivo

Se ha descrito la prevalencia del consumo de tóxicos mediante proporción e IC95%. Las variables categóricas "sexo", "tipo de esquizofrenia", "consumo de tóxicos", "síntomas positivos", "síntomas negativos" y "tipo de sustancia consumida" han sido caracterizadas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La variable cuantitativa "edad" fue descrita mediante media y desviación estándar (DE) por seguir una distribución normal, la variable "edad de debut" y "número de ingresos" se caracterizaron mediante mediana y rango intercuartílico (RIC) por no seguir la normalidad. La normalidad ha sido evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk y la inspección gráfica.

Análisis bivariante

Se estudió la relación entre el "consumo de tóxicos" (sí/no) y las variables independientes. Para la relación entre el "sexo" y las características clínicas se empleó; la prueba Chi cuadrado para "consumo de tóxicos", "tipo de esquizofrenia", presencia de "síntomas positivos" y presencia de "síntomas negativos"; se utilizó la prueba de U de Mann – Whitney para "edad de debut" y "número de ingresos".

Para relación entre el "consumo de tóxicos" y "sexo", "tipo de esquizofrenia", "síntomas positivos" y "síntomas negativos" se utilizó la prueba de Chi Cuadrado. Para la relación entre el "consumo de tóxicos" y la "edad de debut" y el "consumo de tóxicos" y el "número de ingresos" la prueba de U de Mann – Whitney.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El proyecto fue enviado al Comité de ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Universitario de Getafe (CEIm). Al tratarse de un estudio retrospectivo se solicitó exención por parte del Comité de Ética de solicitar consentimiento informado.

El trabajo se ha realizado respetando las normativas en materia de bioética según la declaración de Helsinki, el informe de Belmont y el convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina.

El manejo de los datos personales de los pacientes en este estudio se ha realizado en cumplimiento con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales(20), la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en lo que respecta al uso de la historia clínica(21), y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica(22). En todo momento se garantizó la seguridad y confidencialidad, de acuerdo con las normativas vigentes en España.

El protocolo fue aprobado con resolución positiva por el comité de ética del Hospital Universitario de Getafe, con fecha 28 de enero de 2026 y con código CEImTFG19/25 (informe de resolución positiva en anexo 3).

El uso de inteligencia artificial, en específico ChatGPT, se realizó teniendo en cuenta los usos permitidos y no permitidos especificados en el Anexo 3.

RESULTADOS

Se solicitó al servicio de informática del Hospital Universitario de Getafe un listado con los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno esquizoafectivo atendidos entre enero de 2019 y julio de 2025, obteniéndose 146 pacientes. De estos, se excluyeron 24 pacientes por los siguientes motivos: 12 por presentar un segundo diagnóstico psiquiátrico, 4 por imposibilidad de acceso a la historia clínica, 3 por no cumplir criterios diagnósticos de esquizofrenia ni trastorno esquizoafectivo (incluidos en la lista inicial con trastorno psicótico crónico), 3 por ausencia de información sobre la edad de debut de la enfermedad y 2 por constar el número de ingresos al haber sido atendidos en otros hospitales y figurar dicha información en la historia.

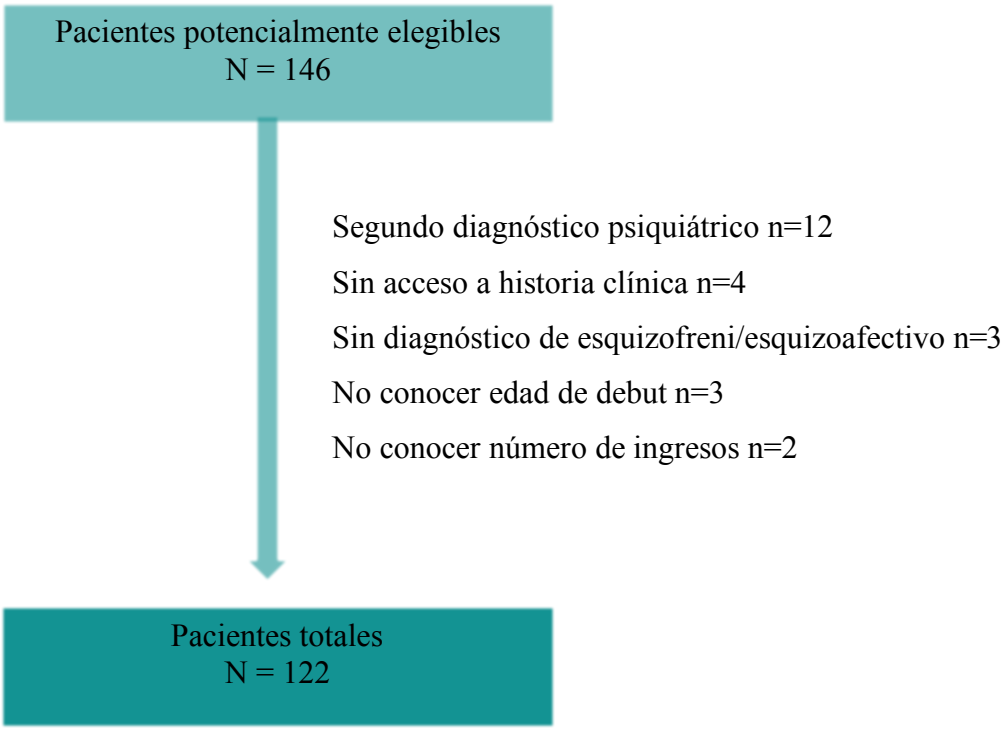

Figura 1. Diagrama de flujo de inclusión y exclusión de los pacientes

Descripción de las características sociodemográficas y clínicas

La muestra final estuvo formada por 122 pacientes, 120 con diagnóstico de esquizofrenia y 2 con trastorno esquizoafectivo. Tenían edades comprendidas entre 21 y 67 años con una media de 47,9 (10,2 DE) años. El subtipo de esquizofrenia más prevalente fue el paranoide con 87 pacientes (71,3%) seguido del residual con 9 pacientes (7,4%). La muestra contó con significativamente mayor número de hombres 98 (80,3%), que mujeres 24 (19,7%) (p<0,01), figura 2. La tabla 1 recoge las características sociodemográficas y clínicas de la muestra; sexo, edad, tipo de esquizofrenia, número de ingresos, síntomas positivos y negativos.

Tabla 1. Características de la muestra

	n(%) / Media ± DE /Mediana ± RIC	**Mínimo**	Máximo
Consumo de sustancias	45 (36,9%)		
Características sociodemográficas			
Sexo			
Mujer	24 (19,7%)		
Hombre	98 (80,3%)		
Edad	47,9 ± 10,2	**21**	67
Caracteristicas clínicas			
T. esquizoafectivo	2 (1,6%)		
Esquizofrenia	120 (98,4%)		
Tipo de esquizofrenia			
Paranoide	87 (71,3%)		
Desorganizada	7 (5,7%)		
Indiferenciada	3 (2,5%)		
Residual	9 (7,4%)		
Simple	3 (2,5%)		
De inicio tardío	1 (0,8%)		
Sin especificar	11 (9%)		
Edad de debut	23 (19-30)	13	47
Número de ingresos	2 (1-4)	0	20
Síntomas positivos	107 (87,7%)		
Síntomas negativos	60 (49,2%)		

Los datos se expresan como número (porcentaje), media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico), según corresponda. RIC: rango intercuartílico

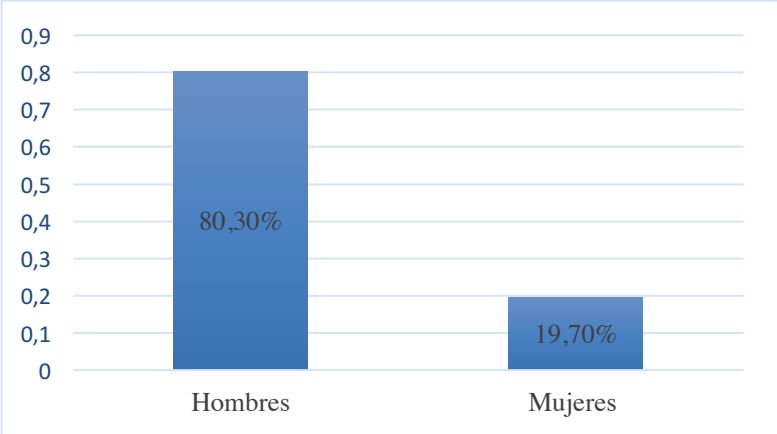

Figura 2. Distribución por sexo de la población

Descripción del consumo de tóxicos

De la muestra de 122 pacientes, 45 (36,9%) fueron clasificados como consumidores y 77 (63,1%) como no consumidores como se muestra en la Figura 3, datos en Tabla 1. La Figura 4 muestra la distribución de consumo de tóxicos; el tóxico más consumido fue el cannabis tomado por 32 pacientes (26,2%), seguido de la cocaína consumida por 14 (11,5%) y los hipnosedantes (13,3%).

Al estratificar el consumo por sexo, se observó una mayor prevalencia de consumo entre los varones, con 41 pacientes consumidores (41,4% del total de varones) frente a 4 mujeres consumidoras (17,4% del total de mujeres), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,031$). Estas diferencias se representan en la figura 5, datos recogidos en tabla 3.

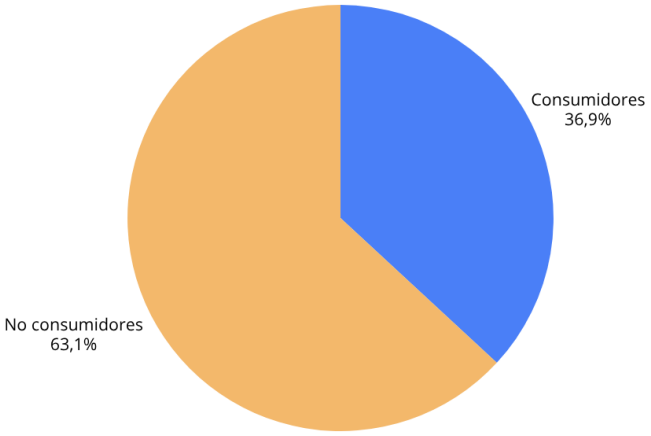

Figura 3. Consumo de tóxicos

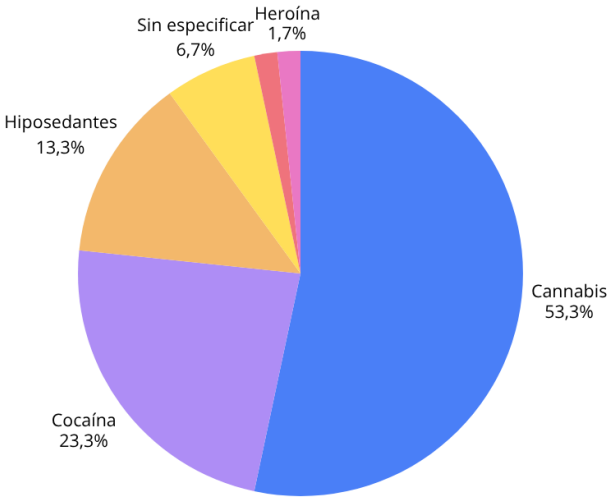

Figura 4. Distribución de consumo entre los consumidores.

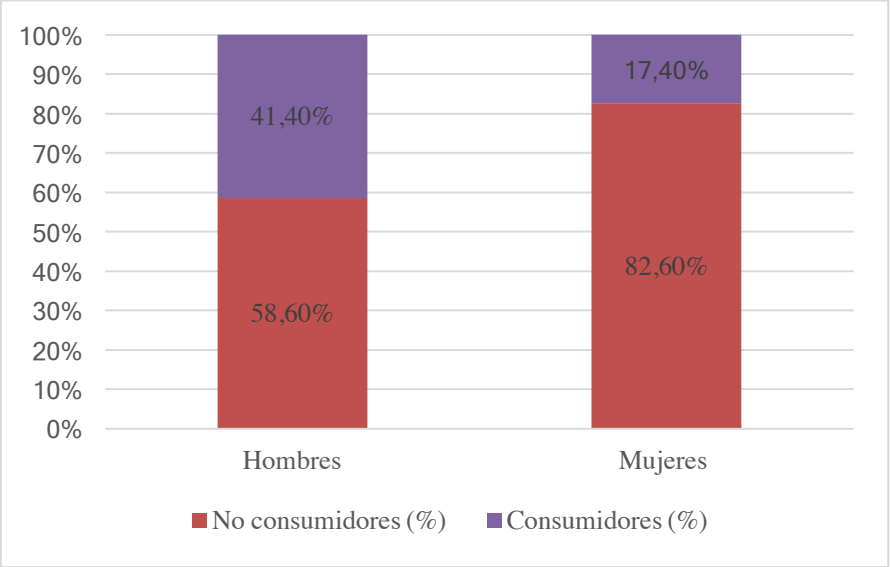

Figura 5. Frecuencia de consumo de sustancias en hombres y mujeres

Relación entre el sexo y las características clínicas de la muestra

La mediana de edad de debut de la enfermedad fue de 23 años (RIC 19–30). Al estratificar por sexo, la edad de debut fue mayor en las mujeres, con una mediana de 29 años (RIC 21,8–32,3), en comparación con los hombres, cuya mediana fue de 22 años (RIC 19–27,8) (p = 0,038).

En relación con el número de ingresos, los hombres presentaron una mediana de 3 ingresos (RIC 2–5), mientras que en las mujeres la mediana fue de 2 ingresos (RIC 1–4), sin alcanzarse significación estadística (p = 0,08).

La presencia de síntomas positivos se registró en 85 hombres (69,7%) y en 22 mujeres (18,7%), sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p = 0,51). Tampoco se identificaron diferencias significativas entre el sexo y la presencia de síntomas negativos ni en la distribución de los distintos subtipos de esquizofrenia. Estas asociaciones entre sexo y características clínicas se recogen de forma detallada en la Tabla 2.

Tabla 2. Relación entre el sexo y características clínicas

	Sexo		
	Hombres	**Mujeres**	**p - valor**
Edad de debut	22 (19-27,8)	29 (21,8 – 32,3)	0,038
Tipo de esquizofrenia			
Paranoide	69 (56,6%)	18 (14,8%)	0,656
Desorganizada	5 (4,1%)	2 (1,6%)	0,542
Indiferenciada	3 (2,5%)	0	0,385
Residual	9 (7,4%)	0	0,123
Simple	2 (1,6%)	1 (0,8%)	0,547
De inicio tardio	0	1 (0,8%)	0,042
Sin especificar	9 (7,4%)	2 (1,6%)	0,896
Número de ingresos	2 (1-4)	de 3 (2-5)	0,08
Síntomas positivos	85 (69,7%)	22 (18,7%)	0,51
Síntomas negativos	49 (40,2%)	11 (9%)	0,714

Los valores se expresan como mediana (RIC) o como número (porcentaje), según corresponda. El valor de p se calculó mediante la prueba de la χ^2 para variables cualitativas y la prueba de Mann Whitney para variables cuantitativas.

Características clínicas de los pacientes según consumo de sustancias

En la Tabla 3 se presenta la relación entre el consumo de sustancias y distintas características clínicas de la muestra.

La edad de debut no mostró diferencias significativas entre consumidores y no consumidores, con medianas de 21 años (RIC 19–27) y 24 años (RIC 19–30), respectivamente ($p = 0,336$). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los distintos tipos de esquizofrenia en función del consumo de sustancias, incluyendo los subtipos paranoide, desorganizada, indiferenciada, residual, simple, de inicio tardío o no especificada ($p > 0,05$ en todos los casos).

El número de ingresos fue similar entre ambos grupos, con una mediana de 3 ingresos (RIC 2–5) en consumidores y de 2 ingresos (RIC 1–4) en no consumidores ($p = 0,299$). Asimismo, no se identificaron diferencias significativas en la presencia de síntomas positivos ni de síntomas negativos entre consumidores y no consumidores ($p = 0,148$ y $p = 0,961$, respectivamente).

Tabla 3. Relación entre el consumo de sustancias y características clínicas

	No consumidores	**Consumidores**	**p - valor**
Sexo			
Hombre	58 (58,6%)	41 (41,4%)	0,031
Mujer	19 (82,6%)	4 (17,4%)	
Edad de debut	24 (19-30)	21 (19-27)	0,336
Tipo de esquizofrenia			
Paranoide	55 (63,2%)	32 (36,8%)	0,97
Desorganizada	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0,763
Indiferenciada	1 (33%)	2 (66,7%)	0,279
Residual	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0,625
Simple	2 (63,1%)	1 /33,3%)	0,897
De inicio tardio	1 (100%)	0	0,443
Sin especificar	8 (73%)	3 (27%)	0,488
Número de ingresos	2 (1-4)	3 (2-5)	0,299
Síntomas positivos	65 (60,7%)	42 (39,3%)	0,148
Síntomas negativos	38(63,3%)	22 (36,7%)	0,961

Los datos se expresan como número (porcentaje) o mediana (RIC), según corresponda. El valor de p se calculó mediante la prueba de la χ^2 para variables cualitativas y la prueba de Mann Whitney para variables cuantitativas.

DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio era determinar la prevalencia de consumo de sustancias tóxicas distintas de alcohol y tabaco en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo del área de gestión del Hospital Universitario de Getafe. De los 122 pacientes analizados, 45 eran consumidores, lo que representa una prevalencia de consumo del 36,9%. La sustancia tóxica más consumida fue el cannabis, consumido por el 26,2% de la muestra, seguido de la cocaína (11,5%) y los hipnosedantes (6,6%). Estos resultados se encuentran en consonancia con los obtenido en el informe EDADES (4), el cual concluyó que el consumo de sustancias, excluyendo el alcohol y el tabaco, era del 25% de la población española y que la DAI más consumida era el cannabis, con una prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de 10,6%, seguido de la cocaína (2,4%) y los hipnosedantes sin receta (1,3%).

Parece existir una mayor prevalencia de consumo en los pacientes de nuestra área con estos diagnósticos que en la población española general, pero futuros estudios deberán esclarecer si verdaderamente existen estas diferencias y el tipo de relación que existe entre ellas.

El elevado hábito de consumo de los pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo está descrito en la literatura disponible con estudios que sostienen que hasta la mitad de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentan una drogodependencia(5), siendo los tóxicos más consumidos la nicotina, el alcohol y el cannabis(23,24).

Al realizar el análisis de la muestra destacó una proporción significativamente mayor de hombres que de mujeres, estando esta formada por un 80,3% de hombres y tan solo 19,7% de mujeres. Existen datos controvertidos sobre la mayor prevalencia de la esquizofrenia en los varones. Mientras que tanto la revisión sistemática de McGrath et al (25) como el meta-análisis de Aleman et al (26) coincidieron en una mayor incidencia de la enfermedad en varones, más recientemente la revisión sistemática conducida por Saha et al (27), que analizó 188 estudios, determinó que la evidencia mostraba un ratio mediana hombre – mujer de 1,1, no encontrando diferencias estadísticamente significativas y concluyendo que hay otros factores, como la zona de población, que tienen mayor influencia. Quedan, por tanto, muchas incógnitas que responder en trabajos futuros.

Se identificó una diferencia significativa en la edad de debut, siendo esta más temprana en los hombres con mediana de 22 años frente a las mujeres con mediana a los 29 años. También destacaron el mayor número de ingresos en los varones que en las mujeres. No se pudo concluir que existan diferencias significativas en cuanto al tipo de esquizofrenia, y presencia de síntomas positivos o negativos.

Realizando el análisis de consumo por sexo, se puso de manifiesto el mayor consumo de los hombres con respecto a las mujeres, con un 41,4% vs. 17,40%, respectivamente. Este mayor consumo de los varones va en línea con lo observado tanto en la población general (4) como en los pacientes con trastornos psiquiátricos(5,6) en estudios anteriores. Falta determinar en futuros proyectos si el mayor consumo de sustancias en varones es significativamente mayor en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con respecto a la población sin diagnóstico psiquiátrico.

Uno de los temas más controvertidos en el ámbito de la esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y el consumo de sustancias es la posibilidad de que el consumo constituya un factor de riesgo para una edad de debut temprana. Diversos trabajos han descrito este inicio precoz; en el ensayo de Veen et al(28) se estimó que en los consumidores de cannabis el diagnóstico podía presentarse hasta 7 años más temprano. Estudios posteriores ratifican estas conclusiones(29). Sin embargo, en nuestra población no se hallaron diferencias significativas en la edad de debut entre consumidores y no consumidores, con una mediana de 24 en los no consumidores y de 21 en los consumidores.

Existe controversia a propósito de la edad de debut debido en parte a la dificultad de establecer dicha fecha, que suele ser anterior a la del diagnóstico y a que la mayoría de estudios, como este, son retrospectivos(7). La dificultad de establecer con claridad la edad de debut ha constituido una limitación en el presente estudio a la que ya se enfrentaron otros autores(28).

Al analizar la relación entre el consumo y el número de ingresos, los pacientes consumidores de sustancias presentaron una mediana de ingresos superior a la de los no consumidores (3 frente a 2), si bien esta diferencia no alcanzó significación estadística. Estudios anteriores avalan la mayor tasa de ingresos entre los pacientes consumidores(30,31,32). La ausencia de significancia podría explicarse por un tamaño

muestral pequeño y una potencia estadística insuficiente para detectar diferencias de tan pequeña magnitud. Además, la elevada variabilidad en el número de ingresos, siendo el mínimo de 0 y el máximo de 20, así como una clasificación simplificada del consumo (dicotómica, sin considerar frecuencia o cantidad), podrían haber atenuado la capacidad para identificar asociaciones significativas. No obstante, la tendencia observada es consistente con la literatura previa, que describe una mayor frecuencia de ingresos en pacientes con consumo de sustancias.

Otra de las limitaciones del estudio fue que no se consideraron variables relacionadas con la duración de los ingresos, como el número de días por episodio o el número total de días de hospitalización acumulados. La inclusión de estos indicadores podría haber permitido una evaluación más precisa de la carga asistencial y, potencialmente, aumentar la capacidad para detectar diferencias significativas entre consumidores y no. Estas variables se encuentran recogidas por varios de los trabajos previos consultados (3,30). Información respecto a estas variables no fue recogida debido a la dificultad para acceder a dicha información de manera completa y fiable, especialmente en aquellos ingresos realizados fuera del hospital de referencia, donde únicamente consta el hecho del ingreso sin detalles sobre su duración.

No se encontraron diferencias entre el consumo de sustancias y el tipo de esquizofrenia, lo cual coincide con la evidencia disponible(30).

Tampoco se encontraron diferencias entre el consumo de sustancias y la presencia de síntomas positivos. Los resultados de la literatura disponible a este respecto no son concordantes. Frente a lo descrito en el meta análisis de Talamo et al(14) en el que los pacientes consumidores, especialmente de cannabis, presentaron mayor frecuencia de síntomas positivos, otros estudios han presentado resultados contradictorios(33). Estas discrepancias podrían explicarse porque, en pacientes clínicamente estables y en primeros episodios, las diferencias pueden no ser tan evidentes, así como por las diferencias entre el consumo ocasional y el crónico, y el uso concomitante de distintas sustancias tóxicas(7).

En cuanto a la presencia de síntomas negativos, el análisis estadístico no mostró relación significativa con el consumo de sustancias. Algunos estudios muestran menor

sintomatología negativa es pacientes con trastorno de esquizofrenia consumidores sin especificar el tóxico consumido(33), con menor sintomatología en consumidores de cannabis(7,13,34) y mayor sintomatología en consumidores de cocaína(14). Pese a la menor relación de sintomatología negativa en psicóticos observada en la literatura no es posible actualmente establecer conclusiones sobre el tipo de relación, puesto que no se conoce si el consumo de sustancias, sobre todo el cannabis, tiene efecto atenuante sobre los síntomas negativos o si aquellos pacientes con mayor funcionalidad social se implican más en el consumo de estas sustancias(7).

En la actualidad, uno de los temas de mayor interés y relevancia en salud pública a este respecto es la duda de que el cannabis u otra DAI pueda ser factor de riesgo en el desarrollo de trastornos psicóticos como la esquizofrenia o trastorno esquizooafectivo. De confirmarse esta asociación, el cannabis podría considerarse el único factor de riesgo modificable implicado en la aparición de esta enfermedad(7).

Existe una plausibilidad biológica entre la relación de la esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y el consumo de sustancias. La más estudiada por tener mayor relación es con el cannabis. Se conocen dos mecanismos principales que podrían explicar la inducción de psicosis asociada al consumo de estos; por un lado, la interacción del cannabis con el sistema dopaminérgico, favoreciendo la aparición de síntomas psicóticos; y por otro, la posible implicación del sistema endocannabinoide en la fisiopatología de los trastornos psicóticos. El tetrahidrocannabinol (THC) aumenta la actividad dopaminérgica en la vía mesolímbica(35) y los agonistas del receptor CB1 pueden incrementar la liberación de dopamina a nivel cortical(36). Dado el papel central del sistema dopaminérgico en la psicosis, estos hallazgos apoyarían la plausibilidad biológica de la asociación entre consumo de cannabis y síntomas psicóticos.

Pero, en conjunto, la evidencia epidemiológica es contradictoria: mientras algunos autores no encuentran pruebas suficientes para establecer una relación causal entre cannabis y psicosis, la mayoría de estudios apoya que el consumo de cannabis actúa como un factor de riesgo en la aparición de esquizofrenia, aunque con posibles factores moduladores(7).

Limitaciones

Sumado a las limitaciones anteriormente comentadas, cabe mencionar las relacionadas a la recogida de datos, sobre todo del "consumo de tóxicos", la presencia de "síntomas negativos" y "síntomas positivos" y la "edad de debut". La información de estas tres variables no se recoge de forma sistemática en las historias clínicas, toda la información del estudio se ha obtenido entrando individualmente en cada uno de los informes disponibles para cada paciente y, en caso de no encontrar referencia sobre el consumo de tóxicos o síntomas, se ha dado por sentado que estos no han existido. Para la edad de debut, la información se obtuvo visualizando el primer informe médico que, en muchas ocasiones, especificaba que se trataba de un debut, pero al no tener acceso a las historias de los pacientes pediátricos, debuts previos a los 18 años no han podido ser identificados.

Otra limitación fue la imposibilidad de establecer la cantidad o tiempo de consumo de tóxicos.

Por último, debe tenerse en cuenta que únicamente se dispuso de información del Hospital Universitario de Getafe y centros de salud asociados. Los ingresos realizados en otros centros dentro o fuera de la Comunidad de Madrid no han sido contabilizados, si bien en caso de existir evidencia de ingreso en otros centros en los informes disponibles estos sí fueron incluidos.

Fortalezas

Pese a las varias limitaciones que se encontraron durante la realización del estudio y que han sido debidamente comentadas, cabe resaltar también las fortalezas.

Se pudo realizar el análisis de una muestra clínica de tamaño relevante (122 pacientes), lo que aporta solidez a las estimaciones y aumenta la validez de los resultados en un contexto asistencial real.

Los datos son originales, recogidos de las historias clínicas realizadas por profesionales, lo que garantiza la calidad de la información y favorece la aplicabilidad de los resultados a la práctica clínica habitual.

El estudio ha permitido cuantificar un dato clínicamente relevante, como es la prevalencia de consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, enfermedades con elevada comorbilidad y notable impacto en salud pública.

Objetivo desarrollo sostenible

Como se comentó en la introducción, este estudio queda enmarcado en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Salud y bienestar) de la Agenda 2030 de la ONU, al abordar una problemática relevante en la salud mental como es la comorbilidad por consumo de sustancias. Asimismo, el estudio se vincula con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 10 (Reducción de las desigualdades), dado que los pacientes con estos diagnósticos en el área de salud mental constituyen un grupo especialmente vulnerable, en los que el consumo de sustancias puede contribuir a incrementar las desigualdades en salud y el riesgo de exclusión social

Aplicación práctica clínica

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la elevada prevalencia de consumo de tóxicos en la población con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo de nuestra área y, con ello, la necesidad de una detección sistemática del consumo en estos pacientes, de intervenciones específicas y atención multidisciplinar con el objetivo de disminuir la comorbilidad que ello supone.

CONCLUSIONES

Conclusión Principal.

La prevalencia de consumo de sustancias distintas de tabaco y alcohol en la población de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo de la población del área de gestión del Hospital Universitario de Getafe es del 36,9%.

Conclusión 2. (Objetivo secundario: Características sociodemográficas)

Entre los pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo existe dominancia de varones (80,3%). El subtipo de esquizofrenia más prevalente es el paranoide (71,3%). La mediana de edad de inicio del trastorno es de 23 años, siendo la mediana de ingresos de 2. El 87,7% de la población presenta síntomas positivos y el 49,2% síntomas negativos.

Conclusión 3. (Objetivo secundario: Descripción de la población por sexo)

Las mujeres presentan una edad de debut más temprana, con mediana de 29 años en las mujeres y 22 en los hombres, y un menor número de ingresos, si bien esta última no alcanzó significación estadística.

Conclusión 4. (Objetivo secundario: Describir el consumo de tóxicos)

El tóxico más consumido en la muestra fue el cannabis (26,3%), seguido de la cocaína (11,5%) y los hipnosedantes (13,3%).

El consumo de sustancias en pacientes con estos diagnósticos es superior entre los hombres (41,4%%) que entre las mujeres (17,4%).

Conclusión 5. (Objetivo secundario: Relación entre el consumo de tóxicos y variables clínicas)

La edad de debut fue considerablemente menor en la población consumidora que en la que no, no resultando esta estadísticamente significativa.

No se hallaron diferencias entre la población consumidora y la que no lo era en relación al número de ingresos, tipo de esquizofrenia y la presencia de síntomas positivos o negativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
2. Sandín B. DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? Rev Psicopatol Psicol Clin. 2013;18(3):255-86. doi:10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925
3. Andréasson S, Engström A, Allebeck P, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia: a Longitudinal Study of Swedish Conscripts. The Lancet. diciembre de 1987;330(8574):1483-6. doi:10.1016/S0140-6736(87)92620-1
4. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023. 270 p
5. Regier DA, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA. 1990;264(19):2511-8. doi:10.1001/jama.1990.03450190043029.
6. Schofield D, et al. Reasons for cannabis use in psychosis. Aust N Z J Psychiatry. 2006;40(6-7):570-4. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01834.x
7. Arias Horcajadas F. Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. Adicciones. 1 de junio de 2007;19(2):191-204. doi:10.20882/adicciones.316
8. Myran DT, Pugliese M, Harrison LD, Solmi M, Anderson KK, Fiedorowicz JG, et al. Changes in incident schizophrenia diagnoses associated with cannabis use disorder after cannabis legalization. JAMA Netw Open. 2025;8(2):e2457868. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.57868
9. Martins SS, Gorelick DA. Conditional substance abuse and dependence by diagnosis of mood or anxiety disorder or schizophrenia in the U.S. population. Drug Alcohol Depend. 2011;119(1-2):28-36. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.05.010
10. Rentero Martín D, Arias F, Sánchez-Romero S, Rubio G, Rodríguez-Jiménez R. Psicosis inducida por cannabis: características clínicas y su diferenciación con la esquizofrenia con y sin consumo de cannabis asociado. Adicciones. 14 de julio de 2020;33(2):95-108. doi:10.20882/adicciones.1251
11. Fraser S, Hides L, Philips L, Proctor D, Lubman DI. Differentiating first episode substance induced and primary psychotic disorders with concurrent substance use in young people. Schizophr Res. abril de 2012;136(1-3):110-5. doi:10.1016/j.schres.2012.01.022
12. Dawe S, Geppert L, Occhipinti S, Kingswell W. A comparison of the symptoms and short-term clinical course in inpatients with substance-induced psychosis and primary psychosis. J Subst Abuse Treat. enero de 2011;40(1):95-101. doi:10.1016/j.jsat.2010.08.002
13. Baldaçara L, Ramos A, Castaldelli-Maia JM. Managing drug-induced psychosis. Int Rev Psychiatry. 2023;35(5-6):496-502. doi:10.1080/09540261.2023.2261544
14. 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. septiembre de 2006;86(1-3):251-5. doi:10.1016/j.schres.2006.04.004
15. Zolk O, Greiner T, Schneider M, Heinze M, Dahling V, Ramin T, et al. Antipsychotic drug treatment of schizophrenia in later life: Results from the European cross-sectional AMSP study. World J Biol Psychiatry. 28 de mayo de 2022;23(5):374-86. doi:10.1080/15622975.2021.2011403
16. Espinosa Brito A. La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. Medisur. 2015;13(6):920-4.
17. Organización de las Naciones Unidas. Salud [Internet]. Naciones Unidas; [citado 4 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/
18. Universitat de Barcelona. Granmo: calculadora del tamaño de la muestra para estudios proporcionales [Internet]. Barcelona: UB; 2025 [citado 4 abr 2026]. Disponible en: https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/
19. Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de Protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales. BOE 2021;126:39626-39649.

20. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en lo que respecta al uso de la historia clínica, y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.
21. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002;274: 39968-39978.
22. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. BOE 2007;159: 28360-28370.
23. Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. Br J Psychiatry. octubre de 2005;187(4):306-13. doi:10.1192/bjp.187.4.306
24. Green AI, Tohen MF, Hamer RM, Strakowski SM, Lieberman JA, Glick I, et al. First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. Schizophr Res. febrero de 2004;66(2-3):125-35. doi:10.1016/j.schres.2003.08.001
25. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Med. 28 de abril de 2004;2(1):13. doi:10.1186/1741-7015-2-13
26. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex Differences in the Risk of Schizophrenia: Evidence From Meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 1 de junio de 2003;60(6):565. doi:10.1001/archpsyc.60.6.565
27. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. Hyman SE, editor. PLoS Med. 31 de mayo de 2005;2(5):e141. doi:10.1371/journal.pmed.0020141
28. Veen ND, Selten JP, Van Der Tweel I, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS. Cannabis Use and Age at Onset of Schizophrenia. Am J Psychiatry. 1 de marzo de 2004;161(3):501-6. doi:10.1176/appi.ajp.161.3.501
29. Javed MS, El-Khoury R, Taha AA, Reagu SM. Prevalence of schizophrenia spectrum and bipolar disorder among patients with cannabis induced psychosis: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2026;26(1):186. doi:10.1186/s12888-025-07382-2. PMID: 41664079; PMCID: PMC12922385.
30. Allebeck P, Gunnarsson T, Lundin A, Löfving S, Dal H, Zammit S. Does a history of cannabis use influence onset and course of schizophrenia? Acta Psychiatr Scand. junio de 2023;147(6):614-22. doi:10.1111/acps.13562
31. Burrer A, Egger ST, Spiller TR, Kirschner M, Homan P, Seifritz E, et al. Examining the impact of substance use on hospital length of stay in schizophrenia spectrum disorder: a retrospective analysis. BMC Med. 10 de junio de 2024;22(1):233. doi:10.1186/s12916-024-03447-3
32. Hunt GE, Bergen J, Bashir M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. Schizophr Res. 2002;54(3):253-64. doi:10.1016/S0920-9964(01)00261-4. PMID: 11950550.
33. Barnes TR, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. Br J Psychiatry. 2006;188:237-42. doi:10.1192/bjp.bp.104.007237. PMID: 16507965.
34. Compton MT, Furman AC, Kaslow NJ. Lower negative symptom scores among cannabis-dependent patients with schizophrenia-spectrum disorders: preliminary evidence from an African American first-episode sample. Schizophr Res. 2004;71(1):61-4. doi:10.1016/j.schres.2004.01.005. PMID: 15374573.
35. Tanda G, Pontieri FE, Di Chiara G. Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common μ1 opioid receptor mechanism. Science. 1997;276(5321):2048-50. doi:10.1126/science.276.5321.2048. PMID: 9197269.
36. Steffens M, Engler C, Zentner J, Feuerstein TJ. Cannabinoid CB_1 receptor-mediated modulation of evoked dopamine release and of adenylyl cyclase activity in the human neocortex. Br J Pharmacol. 2004;141(7):1193-203. doi:10.1038/sj.bjp.0705706
37. Orden 491/2013, de 27 de junio, por la que se aprueba la «Política de seguridad de la información en el ámbito de la Administración Electrónica y de los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid».BOCM 2013;149: 45999-46005.

ANEXOS

Anexo 1. Resumen y descripción de las variables

Variable	Descipción de la variable	Categorías	Definición
Consumo de tóxicos	Cualitativa dicotómica	Sí/No	Consumo de cualquier tóxico, al menos una vez, a excepción de alcohol y tabaco.
Tipo de tóxico consumido	Cualitativa nominal	*Cannabis*	
		Hipnosedantes	
		Cocaina	
		Drogas alucinógenas	
		Éxtasis	
		Anfetaminas	
		Otros	
Variables sociodemográficas			
Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre/Mujer	
Edad de debut	Cuantitativa contínua	Años	Edad del paciente en años al momento del diagnóstico
Características clínicas			
Tipo de esquizofrenia	Cualitativa nominal	Esquizofrenia paranoide	Según DSM-IV-TR
		Esquizofrenia indiferenciada	
		Esquizofrenia desorganizada	
		Esquizofrenia catatónica	
		Esquizofrenia residual	
Número de ingresos	Cuantitativa discreta		Ingresos hospitalarios en cualquier hospital español independientemente del tiempo de ingreso. No se incluye estancia en observación.
Síntomas positivos	Cualitativa dicotómica	Sí/No	
Síntomas negativos	Cualitativa dicotómica	Sí/No	

Tabla 1. Resumen de variables

Anexo 2. Informe del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario de Getafe.

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

D. Óscar Peñuelas Rodríguez, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario de Getafe

CERTIFICA:

Que ha sido revisada la documentación presentada por la Investigadora Principal Dña. Belén Ávilés Alepuz, alumna de la Facultad de Medicina de la Universidad Europea de Madrid, en la que se incluyen los cambios solicitados en el informe favorable condicionado, emitido por el CEIm de este Hospital, en la reunión que tuvo lugar el día jueves, 30 de octubre de 2025 (A10/25), en relación a la evaluación del Trabajo fin de Grado titulado: **"Prevalencia del consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo".**

- **Protocolo:** *Versión 2.0, 15 de septiembre de 2025*

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.

Por ello, este Comité emite **Informe Favorable** sobre la realización de dicho Trabajo fin de Grado a, Dña. Belén Ávilés Alepuz, alumna del Grado de Medicina de la Universidad Europea de Madrid, como Investigadora Principal y cuya tutora es la Dra. Martínez Hernanz, del Servicio de Psiquiatría de nuestro centro.

Lo que firmo en Getafe, a 28 de enero de 2026.

Anexo 3. Declaración sobre el uso de chatgpt y herramientas de IA

Yo, Belén Avilés Alepuz , estudiante del Grado en Medicina, y autor/a del Trabajo Finde Grado titulado: Prevalencia del consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, declaro que:

1. **Uso no permitido:**
    - No he utilizado ChatGPT ni otras herramientas de inteligencia artificial para realizar análisis estadísticos, procesar datos, ni para elaborar de forma automática el contenido principal del Protocolo.
    - El diseño metodológico, la recogida y análisis de los datos, así como la redacción científica del trabajo, son fruto de mi propio esfuerzo académico.
2. **Uso permitido:**
    - Reconozco que he podido emplear ChatGPT y/o herramientas similares exclusivamente como apoyo en:
        - Mejora de la redacción y claridad del texto.
        - Resolución de dudas conceptuales o terminológicas.

3. Responsabilidad académica:

- Soy plenamente responsable de todo el contenido de este Trabajo Fin de Grado.
- Garantizo que las ideas, aquí presentados reflejan mi propio trabajo, y que cualquier recurso bibliográfico utilizado ha sido adecuadamente citado siguiendo las normas de la universidad.

En Madrid, a 30 de abril de 2026 .