

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria

2023/2024

**RELACIÓN ENTRE ESQUIZOTIPIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS
EN JÓVENES GALLEGOS**

(Modalidad Empírica)

LUCÍA RAZZOUKI RODRÍGUEZ

Oviedo, Junio de 2024

RESUMEN

Introducción: La esquizotipia es considerada la “puerta de entrada” de la psicosis y su estudio puede ser de gran utilidad para la prevención. Se ha demostrado que el consumo de sustancias es un factor importante de riesgo de psicosis. **Objetivo:** Analizar la relación entre el consumo de sustancias y los rasgos esquizotípicos en jóvenes gallegos. **Método:** Han participado 195 jóvenes (78 hombres, 105 mujeres y 12 que no han indicado sexo). Se utilizaron diversos cuestionarios tipo autoinforme para obtener información sobre consumo de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias), rasgos de esquizotipia y variables sociodemográficas, como el nivel socio-económico. Se analizaron las relaciones entre las distintas subescalas de los cuestionarios, y se exploraron las posibles diferencias en función del sexo. Se realizó un análisis de redes para estudiar la estructura dinámica de las variables. **Resultados:** El consumo de las distintas sustancias correlaciona entre sí de forma positiva y además de con las dimensiones esquizotípicas de Desorganización interpersonal y la Distorsión de la realidad, variables con índices altos de centralidad en el modelo de red. **Conclusiones:** El consumo de sustancias se relaciona con la esquizotipia, siendo un ámbito importante de prevención de la psicosis y variando según la Comunidad Autónoma.

Palabras clave: esquizotipia, consumo de sustancias, riesgo de psicosis, jóvenes, Galicia

ABSTRACT

Introduction: Schizotypy is a personality disorder considered the “gateway” of psychosis, which is why its study can be very useful for prevention. Drug use has also been shown to be an important risk factor for psychosis. **Objective:** To analyze the relationship between substance consumption and schizotypal traits in young Galicians. **Method:** A total of 195 young people have participated (78 men, 105 women and 12 who have not indicated this information). Various self-report questionnaires were used to obtain information related to substance consumption (alcohol, tobacco, cannabis and other substances), schizotypy traits, as well as sociodemographic variables, such as socioeconomic level. The relationships between the different subscales of the questionnaires were analyzed, and possible differences based on sex were also explored. A network analysis was carried out to study the dynamic structure of the variables. **Results:** The consumption of different substances correlates positively and significantly with the schizotypal dimensions of Interpersonal Disorganization and Reality Distortion, variables also with high centrality indices in the network model. **Conclusions:** Drug consumption is related to schizotypy, being an important area of psychosis prevention, and this may vary depending on the autonomous region.

Keywords: schizotypy, drugs, risk of psychosis, young people, Galicia

INTRODUCCIÓN

Esquizotipia y riesgo de psicosis

La **psicosis** es definida en el DSM-5 (APA, 2014) y se refiere de forma general a un conjunto de síntomas que implican una pérdida de contacto con la realidad, incluyendo: 1. ideas delirantes (creencias falsas y fijas que no se modifican a pesar de la evidencia o de la lógica, como pensar que se está siendo perseguido o que se está conspirando contra uno), 2. alucinaciones (percepciones falsas sin un estímulo externo correspondientes, como oír voces o tener sensaciones corporales extrañas), 3. pensamiento y lenguaje desorganizados (dificultades a la hora de seguir una línea coherente de pensamiento, expresarse claramente o mantener una conversación normal), 4. comportamiento motor alterado (sería el caso de posturas rígidas, movimientos repetitivos o mostrar una falta de respuesta, y 5. síntomas negativos (especialmente predominantes en esquizofrenia, como expresión emotiva disminuida, abulia, anhedonia, alogia o asociabilidad).

El abordaje de la psicosis ha experimentado una transformación significativa en los últimos años, con un cambio hacia la atención en las etapas iniciales del trastorno. Esta modificación ha generado avances en la evaluación, diagnóstico y enfoques terapéuticos, así como en la reestructuración de los servicios de atención. La investigación y propuestas en este ámbito probablemente influirán en los métodos de trabajo actuales en el campo de la psicosis. La duración de la psicosis no tratada (DUP, siglas correspondientes a *Duration of Untreated Psychosis*, en inglés) desempeña un papel crucial en la intervención temprana, y los esfuerzos por reducir el DUP muestran promesas para mejorar los resultados en personas que experimentan psicosis. De hecho, se han descubierto correlaciones estadísticamente significativas entre el tiempo de demora en el tratamiento y todas las subescalas estudiadas, lo que sugiere que un mayor tiempo de demora se relaciona con resultados más desfavorables. En estudios a 24 meses, a pesar de contar con un número reducido de estos, se mantuvieron correlaciones significativas entre un DUP prolongado y peores resultados en el funcionamiento general, síntomas positivos y calidad de vida, aunque no se encontraron asociaciones para los síntomas negativos o el funcionamiento social (Marshall et al., 2005).

La **esquizotipia** ha sido definida de formas variadas a lo largo de la historia, tanto considerándola una forma atenuada de esquizofrenia como un factor de vulnerabilidad de la psicosis. Se trataría entonces de una característica típica de ciertas personalidades (Fonseca-Pedrero et al., 2010) o a una organización de personalidad latente (Grant et al., 2018; Lenzenweger, 2018) que supuestamente indica la predisposición de un individuo a la psicosis/esquizofrenia.

La esquizotipia comprendería un total de **tres dimensiones**, con una configuración similar a la de la esquizofrenia, compuesta por una dimensión positiva (cognitivo-perceptual o experiencias perceptuales), una negativa (anhedonia introvertida o déficit interpersonal) y una dimensión de desorganización cognitiva (Raine, 1991). La dimensión positiva se caracteriza por experiencias perceptuales anómalas, como serían ilusiones, alucinaciones, ideas de referencia o ideación paranoide (Bressan y Kramer, 2013), asociándose a síntomas de ansiedad, depresión y abuso de sustancias (Lewandowski et al., 2006). La dimensión negativa se caracteriza por la presencia de anhedonia, así como la dificultad para las relaciones interpersonales o ansiedad social (Dinn et al., 2002). Por último, en la dimensión de desorganización cognitiva se engloban tanto el pensamiento como la conducta o el lenguaje extraños o inusuales (Minor et al., 2011).

Al intentar buscar cual es **el factor central de la esquizotipia**, los resultados han indicado que las dimensiones tienen una importancia diferencial para las distintas áreas de estudio del funcionamiento psicológico, viéndose que la dimensión negativa o interpersonal se relaciona más con la sintomatología clínica, la dimensión cognitivo-perceptual con los marcadores de vulnerabilidad y la desorganización cognitiva contribuye a ambas (Fumero et al., 2017).

En este contexto, Fonseca-Pedrero et al. (2009) explicaron algunos aspectos relevantes a considerar las **experiencias psicóticas atenuadas**, relacionadas con la esquizofrenia en el sentido de que comparten características y síntomas similares, pero difieren en intensidad y duración. En la población adolescente se han estudiado ciertas características sobre estas experiencias:

- Prevalencia: Las tasas de prevalencia varían según los instrumentos de medición utilizados, sin embargo, se estima que entre el 5% y el 17% de los adolescentes reportan haber experimentado alguna forma de experiencia psicótica.

- Naturaleza transitoria: La mayoría de estas experiencias son transitorias y no necesariamente indican un riesgo futuro de desarrollar un trastorno psicótico.
- Heterogeneidad: El fenotipo psicótico abarca una diversidad más amplia que la propuesta por los sistemas clasificatorios internacionales.
- Importancia clínica: A pesar de que la mayoría de los casos no evolucionan hacia trastornos psicóticos, es relevante identificar y comprender estas experiencias durante la adolescencia.

Factores de riesgo de psicosis, I: variables sociodemográficas.

La literatura nos muestra que variables como el **sexo o la edad**, suelen ser factores intervinientes en el riesgo de psicosis, en general, y en la esquizotipia en particular. Diversos estudios (Fonseca-Pedrero et al., 2008; Paino-Piñeiro et al., 2008) han analizado las posibles diferencias en los individuos en función de las dos variables. Por ejemplo, Fonseca-Pedrero et al. (2008) indican que los hombres suelen puntuar más alto en anhedonia física y social, así como en la no conformidad impulsiva, mientras que las mujeres tienden a una mayor puntuación en síntomas positivos, evaluación negativa y paranoia social. Sobre la edad, estos autores encuentran que muchas facetas de la esquizotipia son más frecuentes en etapas posteriores de la adolescencia, pudiendo interpretar esta diferencia en términos relativos a la turbulencia emocional típica de esta etapa de la vida.

En estudios sobre la esquizofrenia y la esquizotipia, se han encontrado grandes diferencias, incluso hormonales, que parecen llevar a una mayor gravedad de los síntomas negativos en hombres, así como diferencias en las implicaciones del tratamiento, tanto farmacológico como psicosocial (Tomyshev et al., 2023). Spann et al. (2024) corroboraron los hallazgos de Tomyshev et al. (2023) y además corroboraron que la esquizofrenia tiende a manifestarse en hombres a una edad más temprana que en mujeres.

Por su parte, Paíno-Piñeiro et al. (2008) analizan la **dimensionalidad de la esquizotipia**, dando importancia a estos mismos factores, tanto el género como la edad, en su evaluación. Los resultados obtenidos respaldan la idea de que la esquizotipia puede manifestarse de manera diferente según sexo y edad. Del mismo modo, este estudio destaca la necesidad de usar medidas multidimensionales en la evaluación de la esquizotipia, dado que esta no se manifiesta de forma homogénea en todos los individuos. En general, encontraron

que los participantes más jóvenes presentaban mayores niveles de Anhedonia Física y Alucinaciones, en comparación a los participantes más mayores. Por otro lado, la Anhedonia mostró una tendencia inversa, siendo mayor en los participantes de mayor edad. Con respecto al género, vieron que los hombres presentaban un mayor déficit social y las mujeres más síntomas de tipo perceptual, coincidiendo con estudios previos y observaciones en la esquizofrenia.

Por otro lado, la esquizotipia, al igual que la mayoría de los problemas de salud mental, puede estar también mediada por **variables de tipo socioeconómico** y laboral. En el año 2010, Rocha et al. (2010) llevaron a cabo un análisis trasversal utilizando datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006) con 29.500 participantes de 16 a 64 años. Se usó como instrumento de cribado de problemas de salud mental el *General Health Questionnaire* (GHQ-12) en su versión en español (Sánchez-López y Dresch, 2008), y se encontró una mayor prevalencia de problemas de salud en mujeres que en hombres, pero además también ciertos factores sociales, como tener peores condiciones socioeconómicas y poco apoyo social. Así se pudo observar que las personas con peores condiciones socioeconómicas presentan una mayor prevalencia de problemas de salud mental (sin estudios o primarios: 16,7% hombres, 29,1% mujeres).

En el caso concreto de la psicosis, estudios como el realizado por Morales et al. (2012) muestran que las personas con alto riesgo de desarrollar un trastorno psicótico se encuentran en su mayoría en una situación de bajo nivel socioeconómico.

Del mismo modo, Schelleman-Offermans et al. (2024) llevaron a cabo un estudio en mujeres en Etiopía usando también el GHQ-12 y encontrando este mismo resultado: un bajo nivel socioeconómico se relacionaría con más problemas de salud mental. Sin embargo, en la investigación llevada a cabo por Ribeiro et al. (2020) en adolescentes Brasileiros, se encontró una relación positiva entre características relacionadas con un estado socioeconómico alto, como, por ejemplo, tener una empleada del hogar, o acudir a una escuela privada, con mayores tasas de trastornos mentales. De este modo, podemos observar que los resultados encontrados sobre la influencia de las características socioeconómicas sobre los problemas de salud mental son muy variados, lo cual muestra una necesidad mayor de examen en este ámbito.

Factores de riesgo de psicosis, II: Consumo de sustancias

El estudio sobre el **consumo de sustancias** tanto en adultos como en adolescentes no es un ámbito nuevo. De hecho, en España se lleva a cabo la encuesta ESTUDES (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, del Observatorio Español sobre Drogas, el OED) de forma bienal desde 1994, la cual tiene como objetivo el conocimiento de la situación actual, así como de las distintas tendencias de consumo de sustancias y otras adicciones en los estudiantes de nuestro país entre 14 y 18 años. La metodología utilizada es similar a la llevada a cabo en otros países de la Unión Europea, así como en Estados Unidos, poniendo en relevancia esta temática a nivel internacional.

El informe más actualizado sería el del 2023 (ESTUDES 2023, Portal Plan Nacional sobre Drogas, 2023) donde podemos observar que las tres sustancias con mayor prevalencia de consumo son el alcohol, el tabaco y el cannabis, con un aumento en el consumo de alcohol con respecto a ediciones anteriores. Aun contemplando la tendencia descendente en el número de consumidores de tabaco y cannabis, un 21% y un 15% de los encuestados reportan haber consumido estas sustancias en los últimos 30 días, cifra mucho mayor en el alcohol, donde se llega al 57% de estos.

Además del ESTUDES, el Gobierno de España realiza una encuesta similar con personas entre 15 y 65 años, la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, el EDADES (EDADES 2022, Portal Plan Nacional sobre Drogas, 2022). En la última edición podemos observar que se mantienen las sustancias más habituales en ser consumidas (alcohol, tabaco y cannabis, en ese orden), encontrando una concordancia con los datos del ESTUDES, pues aumenta con respecto a la edición anterior el consumo de alcohol, pero se reduce el de tabaco y el de cannabis. Además, encontramos otros datos de interés, como que la edad media de inicio en estas sustancias de forma habitual es en la adolescencia tardía, entre los 16 y los 18 años, con una tendencia de inicio más precoz en hombres que en mujeres.

Al analizar los resultados en distintas partes de España, se observa que en la comunidad autónoma de Galicia la edad de inicio de consumo de las tres sustancias principales de forma esporádica es de entre 14 y 15 años. En Galicia, también se muestra que el consumo de tabaco, alcohol y cannabis es superior a la media de España en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años.

Además, según Uribe Alvarado et al. (2011), el consumo frecuente de sustancias, tanto “lícitas” (como el tabaco y el alcohol) como “ilícitas” (como la marihuana, cocaína y heroína), en adolescentes está asociado con la percepción del nivel de peligrosidad de estas sustancias, así como con la actitud hacia su consumo. Esta relación es diferente entre hombres y mujeres. De acuerdo con Ravert et al. (2009), la búsqueda de sensaciones y la percepción de invulnerabilidad frente al peligro son los principales predictores de comportamientos riesgosos para la salud en adolescentes, entre los cuales se encuentra predominantemente el uso de sustancias. Esto explicaría unos factores de riesgo comunes para el consumo de distintas sustancias, posible explicación del policonsumo de estas.

Estos datos son especialmente preocupantes, pues Martín et al. (2020) encontraron que, de los pacientes que eran ingresados por un primer brote psicótico, aquellos que consumían cannabis lo hacían a una menor edad que aquellos que no. Otros estudios llevados a cabo en los últimos años muestran relación entre el consumo de otras sustancias además del cannabis y la probabilidad de sufrir una psicosis inducida, como sería el caso de la tropicamida (Sorroche et al., 2024), la cocaína (Dalda et al., 2024) o el *speedball* (Palma et al., 2023).

Por todo lo anteriormente explicado, el consumo de sustancias luce con un tema de especial interés en Galicia, dado la tendencia ascendente del consumo de cannabis y la alta tasa de consumidores en tabaco y alcohol. Las consecuencias de esos consumos aún están en estudio, pero ya en 2020, Fonseca-Pedrero et al. encontraron a nivel España que los adolescentes que consumían tabaco y alcohol tenían más probabilidades de mostrar rasgos esquizotípicos que los no consumidores, independientemente de otras variables como el género, la edad, el CI, el nivel socioeconómico y la psicopatología.

También se ha analizado la relación entre **experiencias psicóticas atenuadas y el consumo de sustancias**, cuyos hallazgos indican que un alto porcentaje de la muestra reportó experiencias delirantes y un consumo significativo de sustancias, especialmente alcohol y cannabis (Fonseca et al., 2016). Estos resultados apoyarían los modelos dimensionales del fenotipo psicótico, sugiriendo la necesidad de mayor investigación sobre los factores de riesgo y la interacción de los genes con el ambiente en la psicosis.

Ya trabajos anteriores (García Montes et al., 2013) se habían interesado en buscar la relación entre el consumo de sustancias y la vulnerabilidad en diversos trastornos psicopatológicos, específicamente la esquizotipia, centrándose en la propensión a alucinaciones y la fusión cognitiva, en estudiantes universitarios. Los resultados mostraron una correlación positiva entre el consumo de cannabis y cocaína y la fusión cognitiva, así como entre el consumo de alcohol y cannabis y las puntuaciones en la escala de esquizotipia. Del mismo modo, se encontró que la propensión a alucinaciones correlaciona positivamente con el consumo de cannabis. Todos estos hallazgos ya apoyaban la relación entre el uso de sustancias, especialmente el cannabis, y el riesgo de desarrollar sintomatología relacionada con la esquizofrenia.

Paralelamente, Fumero et al. (2009) investigaron también sobre la relación entre esquizotipia y consumo de alcohol y otras sustancias, viendo estas acciones como una estrategia de afrontamiento pasiva ante el estrés, lo cual conlleva un aumento de estos consumos, mientras que Obradors-Rial et al. (2018) observó una relación entre el posicionamiento socioeconómico con el riesgo de consumo de alcohol entre adolescentes. Estos estudios parecen indicar múltiples relaciones en distintas direcciones entre factores como el consumo de sustancias, el nivel socioeconómico y los trastornos mentales.

Enfoque dimensional de la psicosis: el modelo de redes

Uno de los grandes avances en el ámbito de la psicología en los últimos años ha sido el conocido como modelo de redes para el análisis de variables (Borsboom, 2017, Borsboom et al., 2013), lo cual permite formas alternativas de analizar los datos y las relaciones que se encuentran entre las variables, así como llevar a cabo una forma diferente al DSM (APA, 2013) de crear modelos. Así, se entienden los síntomas psicológicos como redes de síntomas, complejos, ya que no se puede predecir el resultado con una sola variable, y dinámico, porque va evolucionando con el tiempo, donde tanto signos como síntomas pueden ser interrelacionados de forma causal (Borsboom et al., 2013). Esto es de especial utilidad ante la falta de claridad a la hora de encuadrar conceptualmente las experiencias psicóticas, siendo aún hoy en día un tema de debate.

Este modelo ya ha sido utilizado en el estudio de las experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente (Fonseca et al., 2020), viendo que el fenotipo psicótico se podía entender como una red de interacción entre las variables cognitivas, emocionales y

comportamentales, permitiendo un mayor entendimiento del riesgo psicótico y abriendo nuevas líneas de investigación en este terreno. También otros autores han usado esta línea de análisis de los síntomas de tipo psicótico, así como sus factores de riesgo para analizar los síntomas negativos (Levine et al., 2016) o las experiencias psicóticas de tipo subclínico (Klippel et al., 2018)

Objetivos

La falta de estudios de este tipo concretamente centrados en la comunidad autónoma de Galicia, históricamente relacionada con el consumo de sustancias y viendo las posibles repercusiones de este en adolescentes, han sido las principales motivaciones para la realización de este trabajo. Por todo esto, el objetivo general del presente estudio es el análisis de la relación entre el consumo de sustancias y la esquizotipia, en una muestra de jóvenes gallegos. Además, se intentará explorar de que forma el sexo, la edad o el nivel socioeconómico pueden llegar a jugar un rol importante en la expresión fenotípica de la esquizotipia. A continuación, se describen los objetivos específicos:

1. Explorar la posible asociación entre las dimensiones de la esquizotipia con el sexo y la edad.
2. Determinar la presencia o ausencia de relaciones entre el nivel socioeconómico y las diversas dimensiones de la esquizotipia.
3. Investigar si el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, cannabis y otras sustancias) se relaciona con las dimensiones de esquizotipia analizadas.
4. Analizar las frecuencias obtenidas para la población gallega y compararlas con el resto de España.
5. Profundizar en el estudio de todas las relaciones encontradas mediante un análisis de redes complementario para observar la estructura dinámica de las variables.

Teniendo en cuenta tanto estos objetivos como la evidencia aportada, se plantean las siguientes hipótesis:

1. Tanto el sexo como la edad son factores que afectan diferencialmente a los síntomas de esquizotipia.

2. El nivel socioeconómico está inversamente relacionado con las dimensiones de la esquizotipia.
3. Existen correlaciones entre el consumo de sustancias y los niveles de esquizotipia
4. Los jóvenes gallegos consumen más sustancias que en el resto de España, provocando puntuaciones distintas en las subescalas de la esquizotipia.
5. El análisis en red indicará otras relaciones dinámicas que quedaron ocultas al estudiar las correlaciones.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó una muestra recogida durante los meses de noviembre de 2023 a enero de 2024. Han participado un total de 205 jóvenes, de los cuales 10 han sido eliminados por tener una puntuación total superior a 3 en el cuestionario de Infrecuencia de Respuesta utilizado (ver apartado de Instrumentos). La muestra final ha estado conformada por 195 participantes, 105 mujeres (53,85%), 78 varones (40%) y 12 (6,15%) personas que prefirieron no aportar ese dato. La edad mínima para participar fue de 18 años, y la máxima 22, con una media de 20,18 años ($DT = 1.17$), siendo la distribución por edades como sigue: 18 años ($n = 39$), 19 años ($n = 21$), 20 años ($n = 47$), 21 años ($n = 42$) y 22 años ($n = 46$). Todo el estudio se ha hecho con personas pertenecientes a la comunidad autónoma de Galicia.

Instrumentos

Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia – Abreviado, ESQUIZO-Q-A, (Fonseca-Pedrero et al., 2010)

Se trata de una versión acortada del ESQUIZO-Q, siendo este un cuestionario creado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo, cuya finalidad es la evaluación de los rasgos principales de la personalidad esquizotípica en personas en edad adolescente, con criterios concordantes con los indicados en el DSM-IV-TR (APA, 2000). Cuenta con 3 dimensiones: Distorsión de la realidad, Dimensión negativa y Desorganización interpersonal. Se compone de un total de 23 ítems, a responder con una escala tipo Likert de 1 (“Totalmente de desacuerdo”) a 5 (“Totalmente de acuerdo”).

En su versión no abreviada (ESQUIZO-Q), contaría con 10 subescalas: Ideación Referencial, Pensamiento Mágico, Experiencias Perceptivas Extrañas, Pensamiento y Lenguaje Extraños, Ideación Paranoide, Anhedonia Física, Anhedonia Social, Comportamiento Extraño, Ausencia de Amigos Íntimos y Ansiedad Social Excesiva (Fonseca-Pedrero et al., 2011a), que se agrupan en las tres subescalas del ESQUIZO-Q-A.

Las propiedades psicométricas del ESQUIZO-Q han sido ampliamente analizadas en estudios realizados previamente (Fonseca-Pedrero et al., 2011a; Fonseca-Pedrero et al., 2011b), donde se muestran unos niveles de consistencia interna que oscilaron entre 0.62 y 0.90, y una alta validez convergente con otros autoinformes de sintomatología tanto emocional como comportamental. En el caso de la versión abreviada (ESQUIZO-Q-A) que ha sido la utilizada en el presente estudio, en el trabajo llevado a cabo por Fonseca-Pedrero et al. (2012), los niveles de consistencia interna para las subescalas oscilaron entre 0,62 y 0,75. En estudios más actuales (Paíno et al., 2021) confirmaron la aceptabilidad y viabilidad del sistema de cribado online con este mismo cuestionario. El ESQUIZO-Q-A también ha sido utilizado, al igual que su versión extendida, en estudios recientes, como por ejemplo el de Mateo et al. (2023).

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST (OMS, 2011)

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. En el presente estudio, se ha utilizado una versión modificada de esta prueba, contando con un total de 4 preguntas que hacen referencia a la frecuencia con la que los participantes han consumido tabaco, alcohol, cannabis y otras sustancias en los últimos tres meses. Estas preguntas han sido respondidas y puntuadas mediante una escala tipo Likert de 0 (“Nunca”) a 4 (“A diario o casi a diario”). En su versión original (OMS, 1997) se desarrolló con el fin de administrarlo más rápidamente que las pruebas existentes y hacer pruebas de detección de todas las sustancias psicoactivas, no solo de alcohol y tabaco, entre otras razones. Ha pasado por distintas etapas para avalar su validez, entre las que se encuentran una prueba aleatoria controlada para validar la intervención breve vinculada a esta prueba.

En el año 2012, Pérez-Moreno et al. llevaron a cabo un estudio de la estructura factorial de este test, aplicando análisis tanto exploratorio como confirmatorio. Las conclusiones que obtuvieron fueron que ASSIST posee una alta fiabilidad (alfa de Cronbach = 0.779), con una estructura unidimensional adecuada y con evidencias de validez basadas en la estructura interna.

Family Affluence Scale-II (FAS II) (Fismen et al., 2016)

Se trata de una herramienta cuya finalidad es medir la riqueza material de las familias, siendo de gran utilidad para evaluar el nivel socioeconómico y la posición financiera. Se basa en preguntas altamente específicas sobre posesiones materiales y diversas condiciones de vida. Se puntúa otorgando una puntuación entre 0 y 2. Ha sido aplicado en más de 35 países, permitiendo analizar las diferencias entre distintos grupos poblacionales, así como evaluar la equidad económica.

La FAS-II, en su versión española, ha sido utilizada previamente en otros estudios, tanto en España como en otros países (Hobza et al, 2017; Liu et al, 2012; Sánchez-García et al., 2021), y en su versión inglesa se han realizado diversos análisis sobre su validez. Torsheim et al. (2016) observaron que, en la versión inglesa, esta escala cuenta con un factor general consistente en una amplia variedad de países (Dinamarca, Italia, Escocia...), siendo invariantes entre los distintos países los ítems sobre el número de coches, de ordenadores y si tienen o no habitación propia. La fiabilidad test-retest para el FAS III se calculó en los seis países y correlación test-retest combinada fue de $r = 0,90$. La fiabilidad test-retest por país fue de 0,76 para Groenlandia, 0,81 para Noruega, 0,87 para Italia, 0,89 para Escocia, 0,91 para Polonia y 0,91 para Eslovaquia.

En general, se ha observado que existe una fuerte asociación entre los ingresos familiares reportados por los padres y el nivel socioeconómico de los hijos mostrado en el FAS-II, aunque en algunos países, esta asociación es aún más marcada con el FAS III.

Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV) (Fonseca-Pedrero et al., 2009)

Su utilidad sería la de discernir y poder eliminar aquellos participantes que han contestado al azar a los instrumentos autoinformados pertenecientes a un estudio. Se trata de un instrumento de medida autoinformado de 12 ítems, con una escala tipo Likert de 1 (“Totalmente de desacuerdo”) a 5 (“Totalmente de acuerdo”). Se han eliminado aquellas respuestas con una puntuación igual o mayor a 3.

Esta escala ha sido utilizada anteriormente, como en el estudio sobre ideación suicida llevado a cabo por Fonseca-Pedrero et al. (2017). Aquellos que, una vez dicotomizados todos los ítems, puntuaban más de 2 de forma incorrecta, son eliminados del estudio. Un ejemplo de ítem sería “La distancia entre Madrid y Barcelona es mayor que entre Madrid y Nueva York”.

Procedimiento

El cuestionario ha sido cubierto de forma anónima mediante una plataforma digital, siendo propuesto principalmente para estudiantes de la Universidad de Vigo (Campus de Pontevedra) y jóvenes cursando FP en la provincia de Coruña, aunque también hay datos aportados por estudiantes de otras provincias. En su inmensa mayoría, los participantes se encontraban cursando estudios superiores en el momento en que cubrieron el cuestionario.

El estudio fue presentado a los participantes como una investigación sobre el consumo de sustancias, asegurándoles la confidencialidad de las respuestas, así como que esta no contenía potenciales riesgos o incomodidades, ni a nivel físico ni psicológico. No se les proporcionó a los participantes ningún incentivo por participar.

Fue necesaria la aceptación del consentimiento informado antes de la realización de los cuestionarios, por parte de todos los participantes (Anexo I). A continuación, se recogieron datos demográficos, para posteriormente administrar los autoinformes en el siguiente orden: ESQUIZO-Q-A, FAS-II y el ASSIST. Las preguntas que conformaron el INF-OV han sido intercaladas a lo largo del ESQUIZO-Q-A por contener el mismo formato de respuesta (Escala Likert 1 a 5).

Análisis de datos

Se ha utilizado un diseño ex post facto retrospectivo de grupo único. El conjunto de los datos ha sido analizado mediante el programa JASP en su versión 0.18.3 (JASP Team, 2024).

En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos para ver las distintas frecuencias, así como las medias y las desviaciones típicas de las distintas variables. A continuación, se usó la prueba de Shapiro-Wilk para contrastar la posible normalidad de nuestro conjunto de datos y así se comprobó que los datos obtenidos no tenían una distribución normal, a excepción de la dimensión de Desorganización interpersonal del

ESQUIZO-Q-A. Dado que solo una de las variables cumplía con los supuestos de normalidad, a continuación, se ha llevado a cabo del análisis de correlaciones aplicando Rho de Spearman.

Por último, se estimó un modelo de redes, que consta de nodos (subescalas del ESQUIZO-Q-A, consumo de distintas sustancias, sexo, edad y nivel socioeconómico) y de aristas (relaciones estadísticas entre los nodos). Para llevar a cabo este análisis de redes, se utilizaron los resultados del análisis correlacional previo, cuyos resultados han servido de estimador para intentar revelar tanto la estructura como la dinámica de las relaciones entre las variables anteriormente citadas de una forma más global.

En el estudio, se empleó el modelo de redes utilizando el gráfico Gaussiano (GGM), el cual permite visualizar las relaciones de dependencia entre variables. En este enfoque, la conexión entre dos nodos indica una relación estadísticamente significativa entre las variables correspondientes (Epskamp et al., 2018). Además, la estimación de los nodos se ha resuelto utilizando el algoritmo *Fruchterman-Reingold*, que estructura la red en función del peso (fuerza) de las relaciones (conexiones) entre nodos. El uso de números pseudoaleatorios en esta solución puede llevar a ligeras variaciones si se repiten los análisis.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

En la Tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de todas las variables analizadas en la muestra obtenida (N=195).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos

Variable	Mínimo	Máximo	M	D.T.	Asim.	Curtosis
Edad	18	22	20,18	1.43	-0,25	-1,21
EQA: Distorsión de la realidad	6	28	11,03	4,70	1,09	0,69
EQA: Dimensión negativa	7	20	10,90	2,82	0,50	-0,26
EQA: Desorganización interpersonal	10	46	28,64	6,23	-0.07	-0,12
Consumo de cannabis	0	4	0,46	0,96	2,46	5,70
Consumo de tabaco	0	3	0,64	1,19	1,37	-0,02
Consumo de alcohol	0	3	1,35	1,30	0,06	-1,75
TOTAL FAS-socioeconómico	1	6	4,59	1,14	-0,46	-0,32

Abreviaturas: EQA = ESQUIZO-Q-A; TOTAL FAS = Puntuación en *Family Affluence Scale – II*; M = Media; D.T.= Desviación típica; Asim. = Asimetría

Las puntuaciones medias del ESQUIZO-Q-A indican que la muestra se encuentra en el percentil 60 en Distorsión de la realidad (nivel moderado de síntomas), en el percentil 40 en Dimensión negativa (ausencia de síntomas) y en el percentil 80-85 en Distorsión de la realidad (nivel grave o de riesgo).

De manera específica, también han sido analizadas las frecuencias y porcentajes de consumo de las distintas sustancias (cannabis, tabaco, alcohol y otras sustancias) tenidas en cuenta en este estudio, las cuales quedan recogidas en la Tabla 2. Como podemos observar, un 11,28% de la muestra dice haber consumido cannabis en el último trimestre, de los cuales más de un 5% ha sido de forma semanal, con alta frecuencia. Además, un 26,15% ha consumido alcohol con alta frecuencia en este tiempo.

Tabla 2

Frecuencias y porcentaje obtenido sobre el consumo de diferentes sustancias en los últimos tres meses.

	Cannabis		Tabaco		Alcohol		Otras sustancias	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Nunca o casi nunca	173	88,71%	150	76,92%	89	45,64%	188	96,41%
A veces	12	6,15%	10	5,13%	55	28,20%	5	2,56%
Semanal o más	10	5,13%	35	17,95%	51	26,15%	2	1,03%
Total	195	100%	195	100%	195	100%	195	100%

Frec. = Frecuencia

Relación entre esquizotipia, consumo de sustancias y variables sociodemográficas

Los estadísticos Rho de Spearman relativos a las correlaciones se han presentado en la Tabla 3. El consumo de cannabis estaría relacionado con la Desorganización interpersonal (DI), la cual también correlaciona con el consumo de tabaco (Rho = 0,166; $p < 0.05$).

Al examinar la relación entre el consumo de cannabis y la Distorsión de la Realidad (DR), se observa que las personas que nunca o casi nunca han consumido puntúan más bajo en DR (10.81) en comparación con aquellas que consumen a veces (DR =12.75) o de forma habitual (DR = 12.70). Esto sugiere que la puntuación en Distorsión de la Realidad aumenta con el consumo de cannabis, independientemente de la frecuencia con la que se consume.

En el caso de la edad, esta correlaciona con la dimensión de la Distorsión de la realidad pero también con el consumo de alcohol. De hecho, en un análisis por menorizado podemos ver que la media de consumo de alcohol de la muestra, por edades, ha sido: 18 años ($M = 1.15$), 19 años ($M = 0.62$), 20 años ($M = 1.57$), 21 años ($M = 1.33$) y 22 años ($M = 1.63$).

Tabla 3

Correlaciones de Spearman entre los factores de esquizotipia, edad, sexo, nivel socioeconómico y consumo de sustancias.

VARIABLE	EDAD	EQA-DR	EQA-DN	EQA-DI	FAS	ALCOHOL	TABA-CO	CANNA-BIS	OTRAS SUS
EDAD	—								
EQA-DR	-0,185**	—							
EQA-DN	0,100	0,022	—						
EQA-DI	-0,084	0,548***	0,180*	—					
FAS	-0,026	-0,062	0,010	-0,104	—				
ALCOHOL	0,155*	0,051	-0,117	0,039	0,129	—			
TABACO	0,009	0,098	0,013	0,166*	0,040	0,326***	—		
CANNA-BIS	-0,042	0,144*	-0,073	0,168*	-0,139	0,435***	0,542***	—	
OTRAS SUS	0,052	0,051	0,031	0,072	-0,009	0,145*	0,238***	0,351***	—

EQA-DR: Subescala de Distorsión de la Realidad en el ESQUIZO-Q-A; EQA-DN = Subescala de Dimensión Negativa en el ESQUIZO-Q-A; EQA-DI = Subescala de Desorganización Interpersonal en el ESQUIZO-Q-A; FAS = Puntuación en la *Family Affluence Scale – II*;
*p<0.05; **p>0.01, ***p<0.001

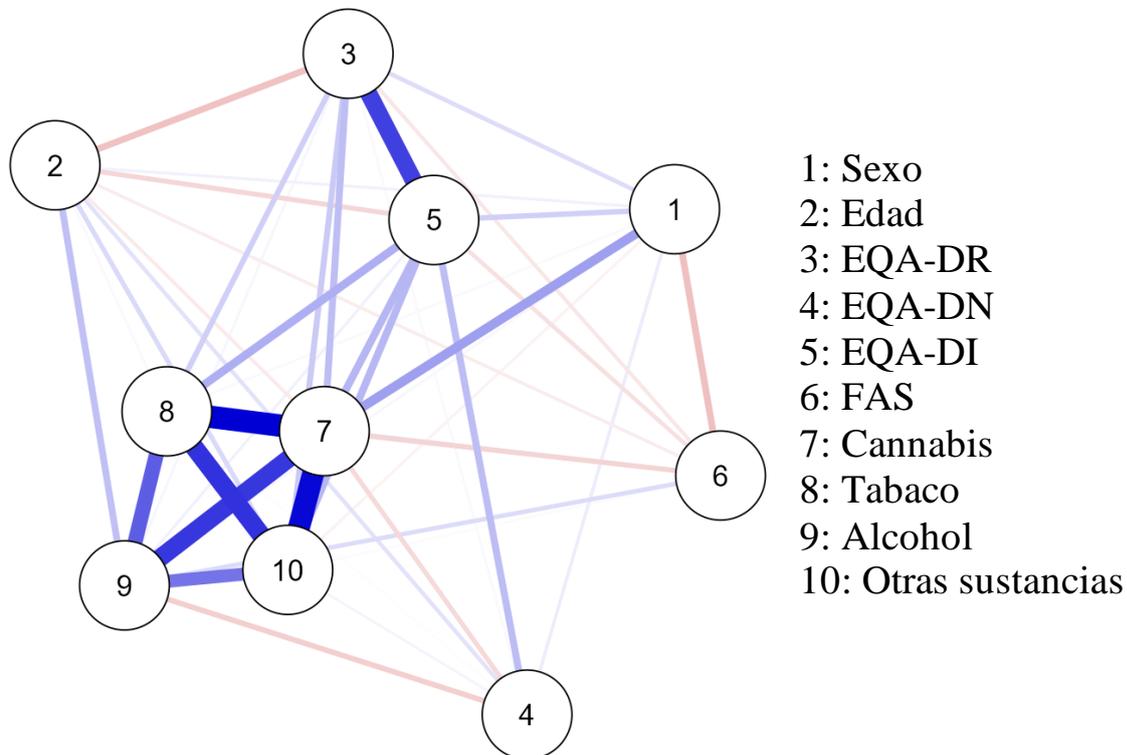
Modelo de redes

El análisis de redes realizado muestra las correlaciones, así como la fuerza de estas, de las dimensiones de esquizotipia y distintas variables que pueden guardar relación con estas (sexo, edad, consumo de sustancias y nivel socioeconómico). Así, en la Figura 1 podemos observar un total de 10 nodos, uno por cada variable que se ha usado a lo largo de este estudio, con un total de 45/45 bordes no nulos. Podemos observar fuertes conexiones entre los nodos de consumo de distintas sustancias entre ellos, como cannabis con tabaco, con bebidas alcohólicas y con otras sustancias; tabaco con bebidas alcohólicas o con otras sustancias; o el alcohol con el uso de otras sustancias. Del mismo modo ocurre con las dimensiones tanto de Desorganización Interpersonal como de Distorsión de la Realidad del ESQUIZO-Q-A.

La Dimensión negativa del ESQUIZO-Q-A (indicada con un 4 en el modelo de redes) se ha mostrado como una variable que, en esta muestra, queda de forma periférica, con poca conectividad con el resto de los dominios del ESQUIZO-Q-A, y sin fuertes conexiones con el consumo de sustancias.

Figura 1

Red estimada para las variables que intervienen en el desarrollo de la esquizotipia y el consumo de sustancias, así como el sexo, la edad y el nivel socioeconómico.

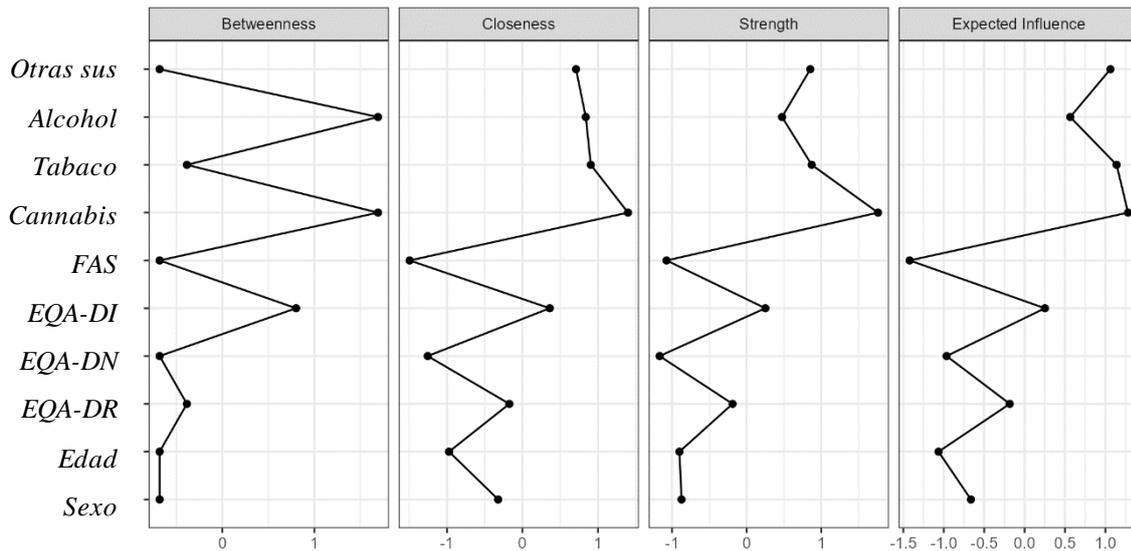


Abreviaturas: EQA-DR: Subescala de Distorsión de la Realidad en el ESQUIZO-Q-A; EQA-DN = Subescala de Dimensión Negativa en el ESQUIZO-Q-A; EQA-DI = Subescala de Desorganización Interpersonal en el ESQUIZO-Q-A; FAS = Puntuación en la *Family Affluence Scale – II*. Los bordes azules representan las asociaciones positivas; los bordes rojos representan las negativas. Tanto el ancho como la saturación de los bordes indican la fuerza de las asociaciones.

La Figura 2 muestra las medidas de inferencia de la red estimada. Al llevar a cabo el modelo de redes, este muestra un nivel medio de interconectividad. A excepción de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario FAS y la Dimensión negativa del ESQUIZO-Q-A, todo el resto de nodos tienen bastante fuerza, destacando el consumo de Cannabis. Estos resultados se mantienen muy similares cuando analizamos la cercanía.

Al atender a la influencia observada, podemos ver como el nodo central sería el consumo de cannabis, seguido por el de tabaco y otras sustancias. De nuevo, los resultados obtenidos en el FAS-II no tendrían una gran influencia. Cabe destacar que la subescala del ESQUIZO-Q-A con mayor influencia esperada sería la del Desorganización interpersonal.

Figura 2
Medidas de centralidad para las variables del estudio



Nota: Para una correcta interpretación, los valores del eje X han sido estandarizados (puntuaciones Z). Abreviaturas: Otras sus: Otras sustancias; FAS = Puntuación en la *Family Affluence Scale - II*; EQA-DI = Subescala de Desorganización Interpersonal en el ESQUIZO-Q-A; EQA-DN = Subescala de Dimensión Negativa en el ESQUIZO-Q-A; EQA-DR: Subescala de Distorsión de la Realidad en el ESQUIZO-Q-A.

DISCUSIÓN

El **objetivo general** del presente estudio era el análisis de la **relación entre el consumo de sustancias y la esquizotipia**, así como observar la influencia de otras variables: la edad, el sexo, el nivel socioeconómico...

Al analizar las subescalas del ESQUIZO-Q-A, se han encontrado varias correlaciones, lo cual es interpretable como una evidencia de la coherencia interna del instrumento, así como un respaldo a la validez de este, ya que son todas parte de un constructo más amplio: la esquizotipia. Así podemos ver como la Desorganización interpersonal correlaciona tanto con la Dimensión negativa como con la Distorsión de la realidad. De este modo, podemos observar como los cambios en una de las variables afectan, ya sea de forma directa o indirecta, al resto de ellas.

Así mismo, existen varias correlaciones entre el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilegales, coincidiendo con la idea de Uribe Alvarado et al. (2011) de unos factores de riesgo comunes para el consumo de distintas sustancias. Esto se debe a que el consumo de todas las sustancias, tanto lícitas como ilícitas en adolescentes se relaciona con la existencia de un bajo nivel de percepción de peligrosidad de esta. Dicha percepción existe, además, de manera diferencial entre hombre y mujeres. Las mujeres presentan mayor consistencia en su sistema de creencias, viendo mayor peligro en las sustancias ilícitas que en las lícitas y, por lo tanto, teniendo un mayor consumo de estas segundas (Uribe Alvarado et al., 2011).

Respecto al primer objetivo, relativo al **análisis de la relación entre la esquizotipia en función del sexo y la edad** los resultados han sido variados.

Con respecto a la edad, solo se ha encontrado que conforme esta aumenta, disminuye la distorsión de la realidad y aumenta el consumo de alcohol. Fonseca-Pedrero et al. (2008) habían encontrado mayores puntuaciones en esquizotipia en los adolescentes mayores, y lo habían relacionado con la turbulencia emocional típica de estas etapas. A pesar de que los resultados obtenidos en la muestra gallega difieren de los presentados por Fonseca-Pedrero et al. (2008), es importante tener en cuenta que la disparidad podría atribuirse al uso de diferentes instrumentos de medida. Mientras que Fonseca-Pedrero et al. emplearon el *Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire-Reduced* (Martínez-Suárez et al., 1999) y una adaptación del *Thinking and Perceptual Style Questionnaire* (TPSQ) (Linscott and Knight, 2004), en el presente estudio se ha utilizado el ESQUIZO-Q-A. Como bien indican

los autores del estudio del 2008, esta variación en los instrumentos de evaluación puede influir en los resultados, especialmente en lo que respecta a la influencia de la edad en la manifestación de rasgos esquizotípicos.

En este estudio no se han encontrado diferencias en función del género, a diferencia de lo que gran parte de la literatura propone, como por ejemplo Paíno-Piñeiro et al. (2008) o Fonseca-Pedrero et al. (2008), aunque es importante señalar que los estudios mencionados se llevaron a cabo en adolescentes y no en jóvenes adultos, aspecto clave que podría ofrecer una posible explicación a estas disparidades. Durante la adolescencia, se producen significativos cambios en el desarrollo psicosocial (Diz, 2014). Por lo tanto, esta mayor diferenciación entre sexos, tanto a nivel biológico como social, podría explicar las diferencias más pronunciadas en las puntuaciones de los adolescentes, pero no de los jóvenes adultos.

El segundo objetivo era el examen de las posibles **relaciones entre el nivel socioeconómico de la muestra y sus puntuaciones en esquizotipia**, en la línea de ver la posible importancia de las condiciones de privación socioeconómica como factor ambiental de riesgo de psicosis. A diferencia de estudios previos (Apiqueán et al., 1997; Rocha et al., 2010 o Tizón et al., 2010), en este caso no se han identificado asociaciones estadísticamente significativas entre ninguna escala de esquizotipia y el nivel socioeconómico. Esto puede deberse a que la escala utilizada, la *Family Affluence Scale* atiende a factores familiares, mucho más influyentes en adolescentes que en jóvenes adultos. Como ya se había comentado anteriormente, en la relación de las puntuaciones en problemas de salud mental con el nivel socioeconómico, los resultados encontrados hasta el momento pueden ser contradictorios, desde una relación positiva entre estas variables (Ribeiro et al., 2020) hasta una relación negativa (Rocha et al., 2010), o como en el presente estudio, una falta de relación. Esta falta de concordancia muestra la necesidad de una mayor investigación sobre esta variable, pudiendo estar mediada por otros factores que no se han tenido en cuenta.

El tercero de los objetivos de este trabajo se trataba de la **búsqueda de relaciones entre el consumo de diversas sustancias y la esquizotipia**. Comenzando por análisis del consumo de las distintas sustancias, cabe destacar que se ha encontrado una correlación positiva entre el consumo de cannabis con varias subescalas de la esquizotipia, en concreto con la distorsión de la realidad y con la desorganización interpersonal. El hecho de que el consumo de cannabis se relacione con puntuaciones en esquizotipia más altas es una información concordante con un amplio número de estudios anteriores (Fonseca et al., 2016;

Fumero et al., 2009; García Montes et al., 2013) que muestran una relación entre las experiencias psicóticas atenuadas y el consumo de distintas sustancias. Un estudio actual (Bahamonde, 2016) ha encontrado que en la relación entre el consumo de cannabis y la psicosis destacan las posibles alteraciones estructurales en pacientes. Se ha observado una asociación entre el consumo de cannabis en pacientes con psicosis y reducciones en el volumen cerebral y en áreas específicas del cerebro. Estudios también han reportado reducciones en la materia gris en regiones como el hipocampo, la amígdala y el cerebelo. El consumo de marihuana, especialmente en etapas tempranas, se ha relacionado cada vez más como un factor de riesgo para la esquizofrenia.

Más investigación sigue siendo necesaria para poder llegar a discernir si el consumo de sustancias aumenta las experiencias psicóticas o si acaso los distintos consumos son una forma de afrontamiento de esta situación. Puede, incluso, tratarse de una doble relación, donde ambas teorías convergen.

El cuarto objetivo buscaba la **estudio de los perfiles de esquizotipia y de consumo de sustancias en Galicia en comparación con España**. Comenzando con las puntuaciones del ESQUIZO-Q-A, puede hacerse una comparación de estos datos con los utilizados en la investigación que dio lugar a la creación del ESQUIZO-Q (Fonsesa-Pedrero et al., 2010) con datos de toda España con los datos obtenidos en el presente estudio solo con muestra gallega, se observan ciertas diferencias. La muestra de población gallega obtiene una puntuación ligeramente superior a la media española en Distorsión de la realidad y ligeramente inferior a esta en la Dimensión negativa. La diferencia más llamativa se encontraría en la Desorganización interpersonal, donde la población de Galicia se encuentra en el nivel más grave de riesgo, a pesar de tratarse de una muestra poblacional y no un grupo de riesgo. Sin haber logrado encontrar una respuesta sólidamente respaldada al porqué de esta diferencia, existen ciertas peculiaridades de esta región que podrían ser factores influyentes en estos resultados. Una posible explicación sería la de que la cultura y el aislamiento geográfico en Galicia (Goerlich et al., 2012), añadido a un clima más húmedo y lluvioso, lo que podría influir en la capacidad para relacionarse con los demás. Otro factor que no se ha tenido en cuenta es la posible interferencia de que en Galicia haya dos idiomas oficiales, y las posibles influencias de esto en la forma en que las personas se comunican y se relacionan entre sí.

También sería de gran interés realizar una comparación de los resultados de frecuencias de consumo de diferentes sustancias con los del estudio llevado a cabo por Sánchez-García et al. (2020) en el cual se analizó la relación entre el consumo de sustancias y los rasgos esquizotípicos en adolescentes a nivel nacional. Según esta encuesta, el 3,6% de la población española dice consumir cannabis más de una vez a la semana, y en el presente estudio se han encontrado un 5,13% que dice hacerlo con esta frecuencia. Con respecto al tabaco, 14,1% de la muestra de españoles dicen fumar como mínimo de forma semanal, mientras que en la muestra de gallegos el 17,95% admiten hacerlo con esta frecuencia. Al analizar el consumo de alcohol se observa que 16,6% de la muestra de Sánchez-García et al. dice consumir de forma semanal o diaria, mientras que en el presente estudio se ha encontrado un 26,15% de la muestra que dice tener este tipo de consumo. Estos datos parecen ir en consonancia con aquellos obtenidos en el EDADES 2023 (Portal Plan Nacional sobre Drogas, 2023), donde se vio un mayor consumo de sustancias en Galicia con en comparación con la media nacional, tanto en cannabis, como en tabaco o en alcohol.

Si bien no podemos comparar los datos obtenidos para el consumo de otras sustancias no pertenecientes a las anteriormente mencionadas, dado que en el estudio de Sánchez-García no fue una variable a tener en cuenta, en la muestra de población gallega los resultados obtenidos para esta han sido meramente residuales, pues el 96,41% de la muestra dice no haber consumido nunca o casi nunca sustancias de este tipo.

Por otro lado, la relación entre el cannabis y el tabaco con la desorganización interpersonal podrían ser una explicación al hecho de porqué está subescala puntúa de forma tan alta en los jóvenes adultos en Galicia, dado que el consumo de sustancias en esta comunidad también es superior al resto de España. Esta explicación no sería contradictoria, sino combinable con todas las anteriormente nombradas.

El último de nuestros objetivos era profundizar en el **estudio de todas las relaciones encontradas mediante un análisis de redes** complementario para observar la estructura dinámica de las variables. En este análisis cabe destacar lo más resaltable. La red estimada ha sido de tipo no dirigida y no ponderada, por lo cual las asociaciones que se han encontrado son siempre bidireccionales. Al ser el consumo de cannabis el nodo central, podemos extraer varias conclusiones, en primer lugar, resulta ser un factor de riesgo que parece tener más relevancia que los demás que se han estudiado en la presente investigación. Del mismo modo, este factor podría influir en la presencia de otros, como puede ser el consumo de otras

sustancias, de tabaco o de alcohol, dado que se ha visto muchas correlaciones entre el consumo de distintas sustancias. En cuanto a la centralidad, el consumo de cannabis tiene una puntuación tan alta como el consumo de bebidas alcohólicas, mostrando que son nodos “puente”, aumentando las posibilidades del consumo de las otras sustancias, así como de puntuaciones más altas en las distintas escalas de la esquizotipia.

Es también de especial relevancia la posición de la dimensión de Desorganización interpersonal. Este parecería ser otra variable puente, en concreto entre el consumo de sustancias y el resto de las dimensiones de esquizotipia. Del mismo modo, las asociaciones encontradas en este análisis concuerdan con los obtenidos en otros estudios, entendiendo que las subescalas del ESQUIZO-Q-A han de presentar gran conexión entre sí (Domínguez et al., 2010; Fonseca-Pedrero, 2018).

El análisis de redes que se ha realizado podría ser una buena representación de las relaciones entre dos factores específicos, siendo estos la esquizotipia (en todas sus subescalas) y el consumo de sustancias. Mientras, ciertos factores que han parecido influir en otras investigaciones, como el sexo, la edad o el nivel socioeconómico, parecen quedar relegados a una influencia mucho menor, con puntuaciones diferencialmente más bajas, tanto en influencia como en centralidad.

Con respecto a las **limitaciones** del presente trabajo, su diseño sería considerado de naturaleza no-experimental, debido a que los datos han sido recabados mediante autoinformes, sin manipular deliberadamente las variables. Siguiendo este punto, el trabajo con autoinformes siempre conlleva un cierto sesgo de aceptabilidad social, aunque se ha intentado reducir al máximo mediante la aseguración del anonimato. Así mismo, la Escala de Infrecuencia utilizada ayuda a reforzar la veracidad de los datos obtenidos.

Además de esto, el tamaño de la muestra no es particularmente grande (195 participantes válidos) y con un rango de edad muy concreto (de 18 a 22 años), siendo estos jóvenes adultos. Del mismo modo, la mayor parte de la investigación en esquizotipia se ha realizado en etapas anteriores de la vida, sobre todo la adolescencia, siendo los jóvenes adultos un grupo poblacional poco explorado en este ámbito. La falta de estudios relativos a este rango de edad con lo que poder llevar a cabo una comparación sería no solo una limitación, sino también una posible razón para continuar la investigación en este grupo de edad.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones derivadas de los resultados de esta investigación:

1. La relación entre la edad y el sexo con la esquizotipia es menor en la muestra de población gallega que en los estudios hechos en todo el país. Parece que las correlaciones entre estas variables y la esquizotipia no son tan fuertes en esta comunidad autónoma
2. El nivel socioeconómico no está relacionado con los niveles de esquizotipia de la actual muestra, habiéndose obtenidos en otras investigaciones resultados contrarios.
3. La esquizotipia se relaciona con el consumo de sustancias, siendo un punto de mayor relevancia en Galicia, donde el consumo de sustancias es más elevado y con comienzo en edades más tempranas que la media de España
4. La Desorganización interpersonal y el consumo de cannabis juegan un papel crucial a la hora de comprender la relación entre el consumo de sustancias y la esquizotipia.

Se ratifica una vez más la necesidad de llevar a cabo campañas de prevención de consumo de sustancias, sobre todo en la adolescencia, pero también mantenido hasta la joven adultez, pues los efectos que estos podrían tener sobre la salud mental pueden ser definitivos, suponiendo una reducción de los recursos invertidos en tratamientos de trastornos mentales, así como una mejora de la calidad de vida de nuestra población.

Si bien estos resultados han de ser tomados con cautela, debido a las limitaciones anteriormente nombradas, podrían ser la puerta de entrada a un estudio mayor sobre las diferencias regionales en nuestro país, sobre todo en aquellas que cuentan con un idioma y una cultura propias. Las diferencias culturales dentro de nuestro estado único podrían llevar a una prevención diferencial en distintas zonas.

Por consiguiente, las conclusiones de este estudio resaltan las discrepancias observadas en este ámbito entre los resultados relativos a la esquizotipia a nivel estatal y los obtenidos al realizar una investigación en una región específica, como es el caso de Galicia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apiquián, R., Páez, F., Loyzaga, C., Cruz, E., Gutiérrez, D., Suárez, J. A., Ulloa, R. E., Fresán, A., Vallejo, G, Nicolini, H & Medina-Mora, M. E. (1997). Estudio mexicano sobre el primer episodio psicótico: Resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. *Salud Mental*, 20(3), 1-7 [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(97\)87693-7](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(97)87693-7)
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR®)* Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5®)* (5a Ed.). Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bahamondes, F. M. (2016). Marihuana, Psicosis y Esquizofrenia. *Psiquiatría Universitaria*, 12(4), 348-352.
- Bastia da Silva, I., Mara, M., Oliveira, G. & Valadão, N. (2020). Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do Erica. *Revista de Saúde Pública*, 54, 04. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001197>
- Bressan, P., & Kramer, P. (2013). The relation between cognitive-perceptual schizotypal traits and the Ebbinghaus size-illusion is mediated by judgment time. *Frontiers in Psychology*, 4, 56948. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00343>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D., y Cramer, A. O. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psycho pathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91–121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>

- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429-1436. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.024>
- Daldo, V., Anadón, L., Herrera, R., & Hernández, N. (2024). Esquizofrenia paranoide y el uso de drogas: A propósito de un caso. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(2), 162.
- De los Ángeles Sánchez-García, M. Ortuño-Sierra, J., Paino, M., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Relación entre consumo de sustancias y rasgos esquizotípicos en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 33(1), 19. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1216>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Dinn, W. M., Harris, C. L., Aycicegi, A., Greene, P., & Andover, M. S. (2002). Positive and negative schizotypy in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates. *Schizophrenia Research*, 56(1-2), 171-185. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(01\)00230-4](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(01)00230-4)
- Dominguez, M. D. G., Saka, M. C., Lieb, R., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2010). Early expression of negative/disorganized symptoms predicting psychotic experiences and

- subsequent clinical psychosis: A 10-year study. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1075-1082. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09060883>
- Fonseca-Pedredo, E. (2018). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico*. Pirámide.
- Fonseca-Pedredo, E., Lemos-Giráldez, S., Muñiz, J., García-Cueto, E., & Campillo-Alvarez, A. (2008). Schizotypy in adolescence: The role of gender and age. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 161-165. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318162aa79>
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, E., Paino, M., Villazón-García, U., Sierra-Baigrie, S., & Muñiz, J. (2009). Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente / Attenuated psychotic experiences in adolescents. *Papeles del Psicólogo*, 30, 63-73
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., & Villazón-García, Ú. (2010). *ESQUIZO-Q: Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia* (1ª ed.). TEA Ediciones.
- 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](https://doi.org/10.20882/adicciones.781)
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paíno, M., Sierra-Baigrie, S., Santarén-Rosell, M., & Muñiz, J. (2011). Internal structure and reliability of the Oviedo Schizotypy Assessment Questionnaire (ESQUIZO-Q). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 385-402.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paíno, M., Santarén-Rosell, M., Sierra-Baigrie, S., & Ordóñez-Cambor, N. (2011). Instrumentos de medida para la evaluación del fenotipo psicótico / Assessment instruments for psychotic phenotype. *Papeles del Psicólogo*, 32, 129-151.

- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M^a Á., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorría, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E & Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2017). Ideación Sucida en una muestra representativa de Adolescentes Españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Santarén-Rosell, M., Muñiz, J. (2012). Reliability and sources of validity evidence of the Oviedo Schizotypy Assessment Questionnaire Abbreviated (ESQUIZO-Q-A). *Spanish Journal of Psychology*, 15, 840-849. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n2.38895
- Fumero, A., Rodríguez, M., Roa, A., & Peñate, W. (2017). Importancia diferencial de los componentes fundamentales de la esquizotipia: Un metaanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 5-18. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.001>
- Fumero, A., Santamaría, C., & Navarrete, G. (2009). Predisposición al consumo de alcohol y drogas en personas vulnerables a la esquizofrenia. *Revista de neurología*, 49(1), 8-12. <https://doi.org/10.33588/rn.4901.2008672>
- García Montes, J. M., Zaldívar Basurto, F., Moreno Montoya, M., & Flores Cubos, P. (2013). Relationship between drug use and psychopathological variables of risk in university students. *Psicothema*, 25(4), 433-439. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.20>
- Goerlich, F. J., & Cantarino, M. I. (2012). Una grid de densidad de población para España. *Reports*. <https://doi.org/10.1080/13658816.2013.799283>

- Grant, P., Green, M. J., & Mason, O. J. (2018). Models of schizotypy: The importance of conceptual clarity. *Schizophrenia bulletin*, 44(2), 556-563. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby012>
- Hobza, V., Hamrik, Z., Bucksch, J., & De Clercq, B. (2017). The Family Affluence Scale as an indicator for socioeconomic status: Validation on regional income differences in the Czech Republic. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1540. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121540>
- Humeniuk, R.E., Henry-Edwards, S., Ali, R.L., Poznyak, V. & Monteiro, M. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Iglesias Diz, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93.
- JASP Team. (2024). JASP (Versión 0.18.3) [Windows].
- Klippel, A., Viechtbauer, W., Reininghaus, U., Wigman, J., Van Borkulo, C., Myin-Germeys, I., & Wichers, M. (2018). The cascade of stress: A network approach to explore differential dynamics in populations varying in risk for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 328-337. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx037>
- Lenzenweger, M. F. (2018). Schizotypy, schizotypic psychopathology and schizophrenia. *World Psychiatry*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.1002/wps.20479>
- Levine, S. Z., & Leucht, S. (2016). Identifying a system of predominant negative symptoms: Network analysis of three randomized clinical trials. *Schizophrenia Research*, 178(1-3), 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.002>
- Lewandowski, K. E., Barrantes-Vidal, N., Nelson-Gray, R. O., Clancy, C., Kepley, H. O., & Kwapil, T. R. (2006). Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia research*, 83(2-3), 225-235. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.11.024>
- Liu, Y., Wang, M., Villberg, J., Torsheim, T., Tynjälä, J., Lv, Y., & Kannas, L. (2012). Reliability and validity of Family Affluence Scale (FAS II) among adolescents in Beijing, China. *Child Indicators Research*, 5, 235-251. <https://doi.org/10.1007/s12187-011-9131-5>

- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975–983. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.975>
- Martín, D. R., Arias, F., Sánchez-Romero, S., Rubio, G., & Rodríguez-Jiménez, R. (2020). Psicosis inducida por cannabis: características clínicas y su diferenciación con la esquizofrenia con y sin consumo de cannabis asociado. *Adicciones*, 33(2), 95-108. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1251>
- Mateo, I. A., Felipe-Castaño, E., & Expósito, M. S. (2023). Insight cognitivo y esquizotipia en adolescentes no clínicos. *Psicología conductual/Behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 31(2), 379-391. <https://doi.org/10.51668/bp.8323208n>
- Minor, K. S., Cohen, A. S., Weber, C. R., & Brown, L. A. (2011). The relationship between atypical semantic activation and odd speech in schizotypy across emotionally evocative conditions. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 144-149. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.06.016>
- Morales, N., Luís Tizón, J., Cabré, V., & Artigue, J. (2012). Estudio de la calidad de vida en pacientes con psicosis incipiente. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatria*, 32(116), 723-738.
- Obradors-Rial, N., Ariza, C., Rajmil, L., & Muntaner, C. (2018). Socioeconomic position and occupational social class and their association with risky alcohol consumption among adolescents. *International Journal of Public Health*, 63, 457-467. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1078-6>
- Paíno-Piñeiro, M., Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giraldez, S., & Muñiz, J. (2008). Dimensionality of schizotypy in young people according to sex and age. *Personality and Individual Differences*, 45, 132–138. doi:10.1016/j.paid.2008.03.011
- Paíno, M., González-Menéndez, A. M., Vallina-Fernández, Ó., & Rus-Calafell, M. (2022). A new Algorithm for Detecting Clinical High Risk of Psychosis in Adolescents. *Psicothema*, 34(3), 383–391. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.10>

- Palma, R. F., Daigre C., Ballabriga, T., Monterde, E., Sierra, M., Cantillo, M., Pelaez, M., Castrillo, E., Camañes, L., Roncero, C., Ramos-Quieora, J. A., & Grau, L. (2023). Una visión clínica de los síntomas psicóticos inducidos por sustancias en una sala de venopunción supervisada: una década de experiencia. *Actas españolas de psiquiatría*, 51(4), 188-192.
- Pérez Moreno, P., Calzada Álvarez, N., Rovira Guardiola, J., & Torrico Linares, E. (2012). Estructura factorial del test ASSIST: aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. *Trastornos Adictivos*, 14(2), 44-49 [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(12\)70043-0](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(12)70043-0)
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 555-564. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.4.555>
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ribas-Sabaté, J., Lemos-Giráldez, S. (2014). Social skills training for people with schizophrenia: What do we train? *Psicología Conductual*, 22, 161-177.
- Sánchez-García, M., Ortuño-Sierra, J., Paino, M., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Relación entre consumo de sustancias y rasgos esquizotípicos en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 33(1), 19-30. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1216>
- Sánchez-López, M.P. & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ12): Fiabilidad, validez externa y estructura factorial en la población española. *Psicothema*, 20(4), 839-843
- Schelleman-Offermans, K., Dito, B. B., Gudeta, K. H., Fourie, E., Kebede, S. W., Mazzucato, V., & Jonas, K. J. (2024). Socio-economic inequities in mental health problems and wellbeing among women working in the apparel and floriculture sectors: testing the mediating role of psychological capital, social support and tangible assets. *BMC Public Health*, 24(1), 1157. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18678-5>

- Sorroche, C., Oliveras, C., & de Montagut, L. M. (2024). Psicosis inducida por tropicamida en el contexto de prácticas de chemsex. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 36(3), 228-228. <https://doi.org/10.55633/s3me/026.2023>
- Spann, D., Cicero, D. C., Straub, K., Pelligrini, A., & Kerns, J. G. (2024). Examining Measures of Schizotypy for Gender and Racial Bias Using Item Response Theory and Differential Item Functioning. *SSRN Electronic Journal*. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4724670>
- Tizón, J. L., Ferrando, J., Artigue, J., Parra, B., Parés, A., Gomà, M., Pérez, C., Pareja, F., Sorribes, M, Marzari, B., Quijada, Y. & Catalá, L. (2010). Psicosis y diferencias sociales: Comparando la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 193-218. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352010000200002>
- Tomyshev, A. S., Panikratova, Y., Lebedeva, I., Abdullina, E., & Pechenkova, E. (2023). Gender-specific anatomical correlations of schizotypy in healthy individuals. *European Psychiatry*, 66(1), 912-913. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1932>
- Torsheim, T., Cavallo, F., Levin, K. A., Schnohr, C., Mazur, J., Niclasen, B. & Currie, C. Psychometric Validation of the Revised Family Affluence Scale: A Latent Variable Approach. *Child Indicators Research*, 9, 771–784 (2016). <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9339-x>
- Uribe Alvarado, J. I., Verdugo Lucero, J. C., & Zacarías Salinas, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55

ANEXOS

ANEXO 1: Introducción y consentimiento del cuestionario

¿Sobre qué va la investigación?

Se trata de un estudio sobre la relación entre el consumo de distintas drogas con otras variables. Se trata de un estudio sobre gente perteneciente a la Comunidad Autónoma de Galicia entre 18 y 22 años

· ¿Quién lleva a cabo esta investigación?

Esta investigación la está llevando a cabo Lucía Razzouki, como parte de su TFM para el Máster en Psicología General Sanitaria en la Universidad de Oviedo.

· ¿Cuánto durará?

Tardarás entre 5 y 10 minutos en contestar, aproximadamente.

· ¿Mis respuestas serán anónimas y confidenciales?

Sí. Todas sus respuestas serán totalmente anónimas y confidenciales. Los datos solo se utilizarán de forma grupal, con fines académicos.

· ¿Cómo puedo obtener más información sobre la investigación?

Si quieres más información sobre esta, solo tienes que contactar por correo electrónico: lucia.razzouki@gmail.com

· ¿La realización de este estudio tiene algún tipo de riesgo físico o psicológico?

No. Esta investigación no contiene potenciales riesgos o incomodidades.

Consentimiento informado y confidencialidad:

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en esta investigación, la cual tiene como objetivo fundamental analizar la relación entre el consumo de drogas y otras variables. Se me ha informado en todo momento de que al contestar este cuestionario me mantengo en total anonimato, que los datos obtenidos son totalmente confidenciales y no afectan a mi persona, así como que puedo retirarme en cualquier momento del presente estudio, si así lo decido.