

Aspectos psiquiátricos y tratamiento farmacológico por uso de cannabis

Dr. Amador Calafat

Irefrea // Socidrogalcohol

Director Revista Adicciones

Cuadros psiquiátricos más frecuentes

Los ingresos en hospitales por psicosis debidas a las drogas se multiplican por cinco en una década

E. DE B., Madrid

El consumo de drogas ilegales pasa factura también a largo plazo. “Cada vez tenemos más datos que demuestran que todas las drogas, incluidas el cannabis, tienen efectos a largo plazo sobre la salud mental”, afirma el secretario general del Ministerio de Sanidad, Fernando Lamata. La última prueba es el dato de los ingresos hospitalarios debidos a psicosis causadas por los estupefacientes: entre 1993 y 2002 han pasado de 383 a más de 2.000, un aumento del 422%, señala Lamata. “No son cifras grandes, pero muestran una tendencia preocupante”, añade.

La psicosis es una enfermedad “muy grave” que surge cuan-

do “se pierde el contacto con la realidad”. Entonces aparecen “razonamientos que no tienen que ver con la experiencia”. Un 30% de las personas que sufren esta patología se cura con un tratamiento adecuado, y otro 30% llega a “disfrutar de una autonomía bastante buena”. “El otro 30% no tiene posibilidad de curación”, señala Lamata, quien además es psiquiatra.

La causa del aumento de estas dolencias es, sobre todo, el consumo de cocaína, pero “empieza a haber consumidores de cannabis y ya empiezan a registrarse los primeros casos por consumo de drogas de síntesis”, afirma Lamata.

El secretario general de Sani-

dad no comparte la explicación, dada por algunos defensores de legalizar las llamadas drogas blandas, de que la relación entre consumo de estupefacientes y problemas mentales se debe a que son las personas con tendencia a la psicosis las que más consumen. “Eso querría decir que cada vez hay más personas con enfermedad mental”, y su incidencia “no ha crecido tanto”, apunta.

El secretario recordó que en el periodo estudiado (1993-2002) los ingresos por psicosis debidas al consumo de alcohol han aumentado un 47% y el envenenamiento por psicotrópicos un 376%. En cambio, los ingresos por síndrome de abstinencia han bajado un 38%.

El Ministerio de Sanidad ha recabado estos datos como parte de la revisión de la Estrategia Nacional contra las Drogas. Ante la gravedad del problema, Sanidad ha incluido dos actuaciones. La primera consiste en crear una línea de atención telefónica para familiares de jóvenes que consuman. Lamata aseguró que espera que este servicio esté en marcha para finales de año.

También prepara un servicio de atención a domicilio para las familias. Este proyecto irá más despacio ya que hay que coordinarlo con las iniciativas que ya están en marcha en las comunidades. Lamata confía en que haya un programa piloto en cada una antes de fin de año.

PREVALENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS EN LA PSICOSIS

Mueser et al. 1990 USA	42%	Pacientes hospitalizados
Linszen et al. 1994 Holanda	26%	Pacientes ambulatorios de inicio reciente
Kirpatrick et al. 1996 México	31.3%	
Edwards et al. 2004 Australia	70%	Primer episodio psicótico
PPEP. 2005 Cantabria	60%	Primer episodio psicótico

RELACION ENTRE CANNABIS Y PSICOSIS. HALLAZGOS EMPIRICOS

- Las tasas de cannabis en la esquizofrenia son el doble que en la población general
- El consumo de cannabis en la adolescencia aumenta en dos o tres veces el riesgo de desarrollar esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme
- El grado de riesgo se relaciona con la dosis consumida
- Cuanto mas pronto se inicia el consumo mas grande es el riesgo de desarrollar psicosis
- Se estima que el 8% de las esquizofrenias se podrían evitar eliminando el uso de cannabis
- El cannabis no parece ser un elemento suficiente o necesario para el desarrollo de una psicosis, pero forma parte de su constelación causal en personas con vulnerabilidad

EFECTOS CLINICOS DEL CONSUMO DE CANNABIS

● Consumo agudo

- Ataques de pánico o ansiedad
- Humor deprimido, depresión mayor
- Problemas cognitivos (concentración, dificultad psicomotora, memoria,...) reversibles

● Consumo crónico

- Ansiedad, paranoia o depresión
- Cansancio; síndrome amotivacional
- Problemas cognitivos irreversibles ??
- Intento de suicidio

Otros cuadros

- **Dependencia**
- **Síndrome de abstinencia**
- **Rendimiento escolar**
- **Conducta antisocial**
- **Policonsumo, escalada consumo,..**
- **Accidentes de tráfico, laborales,...**

- **Dependencia al cannabis**

Dependencia cannabis DSM-IV requiere tener 3 de los criterios

- 1. Generar tolerancia**
- 2. Síndrome abstinencia**
- 3. Consumir más de lo planeado**
- 4. Craving o dificultad para bajar la dosis**
- 5. Emplear mucho tiempo en conseguir, fumar o en recuperarse de sus efectos**
- 6. Se reducen de forma impt. Actividades sociales, recreativas o laborales**
- 7. Seguir consumiendo a pesar de tener problemas derivados de su uso**

Frecuencia de la dependencia a distintas sustancias entre los que las han probado

- ▶▶ **Tabaco32%**
- ▶▶ **Heroína23%**
- ▶▶ **Cocaína 17%**
- ▶▶ **Alcohol 15%**
- ▶▶ **Cannabis 9%**



Anthony JC; Warner LA; Kessler RC (1994) Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey

Síntomas de dependencia más frecuentes

Estudio longitudinal de 2032 australianos siendo el 7% dependiente

- Deseo persistente: 91%;
- Consumir más de lo planeado: 84%;
- Síndrome de abstinencia: 74%;
- Emplear mucho tiempo en obtener/usar: 74%
- Seguir usando a pesar de problemas derivados del uso: 63%
- Tolerancia: 21%
- Consecuencias sociales: 18%

Coffey C; Carlin JB; Degenhardt L; Lynskey MT; Sanci L; Patton G (2002) Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction* 97 187-194

DEPENDENCIA CANNABIS

(PERKONIGG et al, 1999)

➡ Estudio longitudinal de 1.288 entrevistados en Munich por primera vez entre los 14 y 17 años

➡ Entre los que consumieron repetidamente:

- ✓ Sólo un 26% dejaron de consumir
- ✓ 20 % progresaron hacia un uso 'regular'
- ✓ 19% hacia un uso considerable
- ✓ 15% hacía un uso heavy

- **Cuando se trata de consumidores a largo plazo la frecuencia de consumo diario está entre el 40% al 60%, durante largos periodos (Swift W; Hall W; Copeland J, 1998 y Cohen P; Kaal H 2001)**
- **En un seguimiento a un año de antiguos fumadores demuestra que la estabilidad del consumo y de la dependencia es importante (Swift W; Hall W; Copeland J, 1998)**

INDICADORES DE ABUSO THC ENTRE CONSUM. RECREATIVOS (n 1.341) (Calafat et al, 2.000)

- ✓ 16% dicen que sería la sustancia más difícil de dejar de tomar y un 23% con dificultades pero menores que para el alcohol o tabaco.
- ✓ 7,7% de la muestra ha continuado tomándolo a pesar de haber tenido problemas con su uso
- ✓ 9% han recibido aviso de familiares o amigos acerca de su uso abusivo

Comparación dependencia al cannabis y al alcohol

- **Muestra representativa de 1.601 jóvenes (edad media 20,7 años) australianos dentro de un estudio longitudinal**
- **59% habían probado el cannabis**
- **17% lo usaban por lo menos semanalmente**
- **El 7% tenían criterios de dependencia del DSM-IV.**
- **En comparación con los que dependían del alcohol (de la misma muestra), presentaban un uso más compulsivo y descontrolado, síntomas de abstinencia en la misma proporción y mucha menos tolerancia**

Coffey C; Carlin JB; Degenhardt L; Lynskey MT; Sanci L; Patton G (2002) Cannabis dependence in young adults: an Australian population study *Addiction*, 97 (2) 187-194

- **Genética**

Instauración de la dependencia

Estudio longitudinal con una muestra comunitaria de 2.000 adultos de los que 599 han sido consumidores habituales de cannabis

- ▶▶ **Los que crearán dependencia empiezan normalmente a consumir antes**
- ▶▶ **las primeras sensaciones de pérdida de control son más tempranas**
- ▶▶ **25% presentan las características de la dependencia se presentaron en los tres primeros años de uso**
- ▶▶ **40% de los que luego fueron dependientes ya el primer año se ‘colocaban’ en situaciones claramente inapropiadas (trabajo, reuniones sociales,...)**
- ▶▶ **La tolerancia tarda más en instaurarse**
- ▶▶ **Pasados diez años de consumo resulta ya difícil de desarrollar un cuadro de dependencia**

Rosenberg MF; Anthony JC (2001) Early clinical manifestations of cannabis dependence in a community sample *Drugs and Alcohol Dependence*, 64. 123-131

La experiencia de los primeros consumos predicen la dependencia

- 👉 **Estudio longitudinal con una muestra de 198 jóvenes neozelandeses que habían consumido cannabis antes de los 16 años.**
- 👉 **Si la experiencia había sido positiva aumentaba 28,5 veces la posibilidad de tener dependencia, siguiendo criterios del DSM-IV a los 21 años, no influyendo el número de veces que se había consumido antes de los 16 años, ni las experiencias negativas.**
- 👉 **Se sugiere que puede haber un factor genético como ocurre con el alcohol y el tabaco.**

Fergusson DM; Horwood LJ; Lynskey MT; Madden PA (2003) Early reactions to cannabis predict later dependence. Arch Gen Psychiatry, 60: 1033-39

Inicio consumo temprano de cannabis y dependencia futura

- Estudio entre 311 gemelos mono y dizigóticos de 30 años de media, del mismo sexo, que sólo se diferencian por haber consumido o no cannabis antes de los 17
- Los que sí habían consumido tenían entre 2,1 y 5,2 más posibilidades de haber utilizado otra droga, de tener dependencia al alcohol y de haber abusado o tener dependencia del cannabis, incluso después de haber controlado variables como inicio temprano de alcohol/tabaco, abuso sexuales, conflictos familiares, trastornos de conducta, ansiedad,...

Linskey MT; Heath AC; Bucholz KK; Slutske WS; Madden PA; Nelson EC; Statham DJ; Martin NG (2003) Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls JAMA, vol 289

Ambiente y genes en uso y abuso de distintas drogas

- 1.196 gemelos varones
- Se estudian la influencia de la genética y del ambiente para uso y abuso de cannabis, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tranquilizantes y opiáceos
- Mucha comorbilidad entre el uso y abuso de las diferentes sustancias
- Se encontró un factor genético común tanto para el uso como para el abuso de las 6 sustancias.
- Existe una modesta influencia de factores genéticos específicos de cada sustancia para el uso, pero no para el abuso
- El ambiente era más importante para explicar el uso más que el abuso.

Kendler KS; Jacobson KC; Prescott CA; Neale MC (2003) Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. Am J Psychiatry 160 (4) 687-695

Genética y ambiente en la dependencia del cannabis

- Muestra de 6.265 gemelos varones y hembras nacidos entre 1.964-1971
- 11% de la muestra tiene 2 o más síntomas de dependencia
- Tras corregir posibles bias, concluyen que:
 - 44,7% se explica por genética
 - 20,1% a medias entre genética y ambiente
- Entre hombres la influencia genética es clara, pero no tanto en las mujeres.

Lynskey MT; Heath AC; Nelson EC; Bucholz KK; Madden PA; Slutske WS; Statham DJ; Martin NG (2002) Genetic and environmental contributions to cannabis dependence in a national young adult twin sample Psychol Med 32 (2) 195-207

Genética y ambiente en uso y adicción cannabis gemelos femeninos

- 1.934 gemelos femeninos mono y dizigóticos.
- 47,9% habían probado, 6,7% uso frecuente, 7,2% abuso y 2,2% dependencia (DSM-IV)
- Claramente la herencia (entre un 62 y un 79%) era importante para uso frecuente, abuso y dependencia, mientras que no tiene casi impt. el ambiente
- Haber probado si que depende del ambiente y muy poco de la herencia.

Kendler KS, Prescott CA (1998) Cannabis use, abuse, and dependence in a population-based sample of female twins Am J Psychiatry, 155(8):1016-22

TRATAMIENTO



Table 8.**Demand for treatment for primary problems with cannabis.
Overview of EU member states: outpatient and inpatient addiction care⁴²**

Country	Survey year	Proportion of admissions for drug-related problems
Belgium	1999	25%
Finland	1998	22%
Germany	1999	22%
Ireland	1999	17%
Denmark	1999	16%
France	1999	16%
Sweden	1998	14%
The Netherlands	1999	10%
Luxembourg	1999	10%
United Kingdom	1999	10%
Italy	1999	8%
Greece	1999	7%
Spain	1999	6%
Portugal	1999	2-3%

Source: (4, 10; R Hartnoll, JM Costes, personal communication)⁴³.

Crecimiento de la demanda en España los últimos años

Las demandas asistenciales entre menores de edad sitúan al cannabis en el primer lugar con un 52% del total, mientras que cinco años antes representaba el 20'6%.

Respuesta al tratamiento

- Los consumidores de marihuana tenían menos confianza en poder dejar de consumir que los consumidores de cocaína antes del tratamiento

Budney AJ, Radonovich KJ, Higgins ST, Wong CJ (1998) Adults seeking treatment for marijuana dependence: a comparison to cocaine-dependent treatment seekers.

Experimental and Clinical Psychopharmacology, 6 (4) 419-426

- Solo un 20-40% consiguen abstinencia con el tratamiento, aunque más consiguen disminuir la frecuencia de consumo.
Budney AJ, Moore BA (2002) Development and consequences of cannabis dependence. J Clin Pharmacol, 42, 28S-33S

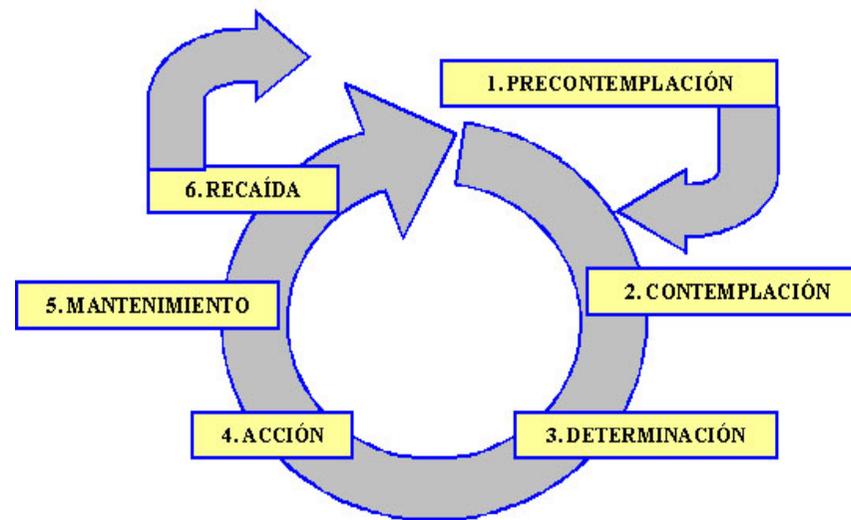
- Los porcentajes de recaída después del tratamiento son similares a las de las otras drogas. Solo un 30% de los que consiguen varias semanas de abstinencia consiguen mantenerla después de 6 meses después del tratamiento

Budney AJ, Moore BA (2002) Development and consequences of cannabis dependence. J Clin Pharmacol, 42, 28S-33S

Dificultades para que lleguen

- **A pesar de que reconozcan tener problemas, les cuesta aceptar que es una enfermedad que necesita tratamiento**
- **No acuden / acuden forzados / acuden tarde / acuden por otra patología**
- **Acude un familiar**

Etapas del cambio (Prochaska y DiClemente, 1986)



Modelo directivo y motivacional

- **DIRECTIVO**
 - Da consejos
 - Va directo a los problemas
 - Confrontadora
 - Establece objetivos
 - Intenta convencer
 - Es rápido
- **MOTIVACIONAL**
 - Aplicación progresiva
 - Busca la colaboración
 - Centrado en las necesidades y posibilidades y del paciente
 - El propio entrevistado establece las prioridades
 - estimula la motivación
 - Se establecen conjuntamente los objetivos

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

- EMPATÍA
- INFORMAR Y ACONSEJAR.
- AUMENTAR LA AUTOEFICACIA.
- HACER EXPLÍCITAS LAS INCONGRUENCIAS.
- REMOVER LA RESISTENCIA.
- IMAGINARSE DENTRO DE UN TIEMPO.
- CONSECUENCIAS POSITIVAS/ NEGATIVAS DE ABANDONAR / CONTINUAR EL CONSUMO.
- PROPORCIONAR VARIAS ALTERNATIVAS.
- ELIMINAR PROBLEMAS QUE PUEDA PONER CON RESPECTO AL TRATAMIENTO: HORARIOS, DURACIÓN DEL TRATAMIENTO.
- RETROALIMENTACIÓN CONSTANTE SOBRE LOS AVANCES.
- DARLE CITA PARA LA PRÓXIMA SESIÓN CON BREVEDAD.

MITOS, ERRORES, DESINFORMACIONES

- **No perjudica**
- **Es terapéutico**
- **No produce dependencia**
- **Lo puedo dejar cuando quiera.**
- **No tiene relación con sus problemas de estudio, laborales, etc.**

Enfoque terapéutico

- **Psicoterapia (Seguimiento, asesoramiento, terapia más formal)**
- **Farmacología**
- **Combinación de los dos**

Tratamiento síndrome de abstinencia

- **Normalmente no requiere tratamiento porque es generalmente suave**
- **Benzodiazepinas (poco tiempo)**
- **Antidepresivos (por su efecto ansiolítico y para el humor depresivo)**
- **En ocasiones antipsicóticos (?) para cubrir posibles problemas**

Cuadros agudos

- **Crisis de ansiedad, agitación, despersonalización,...**
 - Normalmente tienden a desaparecer por si solos. Y basta con ofrecer una actitud tranquilizadora y acompañadora
 - Es útil una benzodiacepina.

Tratamiento de la dependencia

- **Ofrecer información sobre los efectos**
- **Acordarse de las etapas de cambio (metas progresivas y consensuadas)**
- **Tratamiento farmacológico ??**
 - **Si, cuando hay patología dual**
- **Importancia de la familia, pareja,...**
- **Abandonar amistades difíciles**
- **Papel del control (económico, salidas,...)**

Síntomas depresivos

- Normalmente se empieza con benzodiacepinas, pues los síntomas depresivos suelen desaparecer espontáneamente con la abstinencia.
- Si no desaparecen daremos además antidepresivos y se irán retirando los tranquilizantes a medida que empiecen a hacer efecto

Síntomas psicóticos y esquizofrenia

- **A veces hay cuadros agudos que mejoran (en días o semanas) espontáneamente o con medicación antipsicótica**
- **Tratamiento con antipsicóticos (seguimiento, control, etc) los demás casos.**

Trabajo con los padres

- **Informar, contextualizar, desdramatizar (pero tampoco 'aquí no pasa nada'), preparar para la acción**
- **Es distinto cuando viene el hijo o cuando no.**
- **Es un problema que puede llevar un tiempo**
- **Trabajar las diferencias de enfoque de los dos padres**
- **Análisis para asegurar la abstinencia (?)**

Control consumo

- **Cannabino-luria:**
puede persistir semanas
- **Urinálisis específicos para distinguir entre cannabinoides de diferente farmacocinética**
- **Tambien se puede determinar en sudor, orina, ...**

IREFREA

www.irefrea.org

irefrea@irefrea.org

