

Psychiatric Times

La marihuana y el paciente con patología psiquiátrica

Dr. Burns Woodward

El Dr. Woodward es Profesor adjunto de Clínica Psiquiátrica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston. Atiende su práctica privada en Newton, MA.

En un artículo de 2014 ampliamente citado, Nora Volkow y sus colegas del National Institute on Drug Abuse destacaron la evidencia que asocia el uso de marihuana con psicosis, ansiedad, depresión, y adicción.¹

Un segundo artículo analizó sus efectos nocivos sobre la cognición, psicosis, y motivación.² El documento que declara la posición de la American Psychiatric Association comienza diciendo, “No existe evidencia científica actual que indique que la marihuana es de algún modo beneficiosa para el tratamiento de trastorno psiquiátrico alguno”.³

A pesar de las advertencias médicas casi unánimes, el uso de marihuana está muy difundido entre los pacientes psiquiátricos,⁴ inclu-

so los que sufren trastornos psicóticos.⁵ Sus defensores promocionan sus beneficios para la ansiedad, la depresión, y el trastorno bipolar⁶; y en 9 estados las reglamentaciones sobre marihuana medicinal incluyen el TEPT como una de sus indicaciones para su uso. El reparo de la psiquiatría está en claro desacuerdo con las actitudes más favorables de los pacientes y el público. Para los psiquiatras, ¿cuál es la mejor manera de abordar el uso de marihuana por parte de los pacientes en esta situación polémica?

A continuación se presenta un resumen crítico de la evidencia actualmente disponible que relaciona la marihuana con problemas cognitivos, psicosis, ansiedad, TEPT, depresión, y adicción. He recurrido a revisiones publicadas, además de búsquedas de datos más recientes en PubMed. Debo advertir que se trata de un panorama dinámico, ya que la investigación creíble sobre los efectos psiquiátricos del cannabis está surgiendo recién ahora, después de décadas de restricción legal. Me resulta polémico que el paciente se vea beneficiado cuando el psiquiatra lo asiste en el consumo de marihuana -dado que implica un acercamiento poco intervencionista y que probablemente pase por alto la relevante influencia sobre los síntomas- y que un abordaje colaborativo puede guiarnos a una situación intermedia entre la Escala de la rigurosa censura y el Caribdis de la ingenua aceptación.

Psicofarmacología

La psicofarmacología de la marihuana es compleja. El Delta-9 tetrahidrocarbinol (THC), uno de los muchos cannabinoides constitutivos más psicoactivo, actúa sobre receptores cannabinoides endógenos, que al igual que aquellos de monoaminérgicos y de opioides endógenos, se encuentran en zonas cerebrales que promueven la memoria, la cognición, las emociones, y la motivación. El cannabidiol (CBD) otro cannabinoide que se encuentra en la marihuana, parece contrarrestar los efectos psicodélicos del THC; se lo está investigando como tratamiento para diversos cuadros médicos y psiquiátricos.⁷ En la actualidad, las muestras de marihuana ilegal tienen una relación muy baja CBD:THC, que maximiza los efectos psicodélicos, en tanto que la marihuana medicinal se publicita con una relación CBD:THC que puede llegar a 20:1.⁸ Por ende, puede ser importante comprender el origen y las pretendidas características de la marihuana que usa un paciente.

Efectos psiquiátricos

Una amplia evidencia de laboratorio, clínica, y epidemiológica conecta el uso de marihuana con el deterioro cognitivo, y los datos tanto clínicos como epidemiológicos lo relacionan con la psicosis. Sin embargo las correlaciones

con adicción, ansiedad, y depresión se basan principalmente en encuestas de muestreos nacionales de población, que probablemente difieran de los pacientes que se presentan para el tratamiento. La evidencia de que la marihuana beneficia el TEPT proviene principalmente de datos en animales.

La **Tabla 1** resume esta evidencia, junto con recomendaciones de tratamiento.

peores resultados.⁵ Por ende, se puede asesorar a los pacientes con antecedentes individuales o familiares de psicosis en cuanto a que el consumo de marihuana aumenta su riesgo de desarrollo o exacerbación de una enfermedad psicótica. La estadística ampliamente citada sobre la propensión adictiva de la marihuana -que el 9% de las personas que prueban marihuana desarrollarán un trastorno por uso de cannabis - proviene de una muestra epidemio-

se han puesto de acuerdo respecto de cuánto del exceso de riesgo de trastornos de ansiedad se puede atribuir al consumo de marihuana y cómo varía el riesgo entre los subgrupos.⁹

El consumo de marihuana es común entre pacientes con TEPT. Los estudios en animales han encontrado que los cannabinoides pueden prevenir efectos emocionales y de memoria inducidos por estrés, y estudios preliminares han encontrado reducción en algunos síntomas de TEPT en humanos. Sin embargo, no ha habido estudios de gran escala, controlados.¹⁰ Los clínicos que tratan a pacientes con trastornos de ansiedad o relacionados con trauma y que consumen marihuana, deberán explorar la relación de sus síntomas y el consumo de marihuana caso por caso.

Si bien una revisión del 2003 encontró índices elevados de depresión en usuarios de marihuana y evidencia de aumento de la depresión con el consumo permanente,¹¹ en análisis más recientes la correlación se redujo al controlar los factores potenciales de confusión.¹²

Otra revisión encontró que las medicaciones antidepressivas son ineficaces en pacientes deprimidos con trastorno por consumo de cannabis, pero los ensayos citados tenían índices de respuesta a placebo muy elevados, probablemente debido a que también se recurrió a tratamientos psicosociales intensivos.¹³ Al igual que en los trastornos de ansiedad, es importante explorar con los pacientes la relación entre el consumo de marihuana y la depresión. Pacientes seriamente deprimidos pueden tener dificultad para participar en dichas exploraciones, y la mejor estrategia puede ser una prueba de abstinencia, para cuya implementación puede hacer falta una psicoterapia o intervención familiar. Los tratamientos basados en la evidencia para el trastorno por consumo de cannabis incluyen terapia de mejora motivacional, terapia cognitivo-conductual para la adicción, y el manejo de contingencias, que tienen una eficacia modesta.¹⁴ Las opciones farmacológicas son bastante limitadas: el dronabinol (THC) es eficaz para la abstinencia del cannabis, pero el uso para dicho propósito requeriría una autorización legal. Existe evidencia limitada en cuanto a que la gabapentina puede aliviar los síntomas de abstinencia de cannabis, y que la gabapentina y la N-acetilcisteína pueden ser útiles para el trastorno por consumo de cannabis.¹³

Abordaje colaborativo a la evaluación y el tratamiento

Tabla 1. Evidencia que relaciona la marihuana con problemas psiquiátricos, y recomendaciones de tratamiento

Problema Psiquiátrico	Evidencia	Recomendación de tratamiento
Deterioro cognitivo	Fuerte ^{1,2}	Abordar los riesgos con el paciente
Psicosis	Fuerte ^{2,5}	Enfocarse en pacientes con riesgo de psicosis
Adicción	Fuerte ^{1,2}	Abordajes motivacionales, cognitivos y basados en contingencias
Ansiedad	Conflictiva	Explorar la asociación con el paciente
Depresión	Moderada/débil ^{11,12}	Explorar la asociación con el paciente
TEPT	Evidencia mínima de beneficio ¹⁰	Explorar la asociación con el paciente

Los usuarios habituales de cannabis no intoxicados obtienen peores resultados en las pruebas neuropsicológicas globales por un tercio de una desviación estándar o menos. Cierta evidencia sugiere que este deterioro cognitivo puede ser de corto plazo, recuperándose de días a meses después de la interrupción del consumo. El alcance y persistencia de este efecto son peores cuando la edad de inicio es temprana, la frecuencia es alta, y la duración del consumo es prolongada.²

La disfunción cognitiva inducida por marihuana puede explicar su asociación con accidentes vehiculares con un nivel cercano al del alcohol, y con limitación en los logros alcanzados en la vida.¹ Analizar el consumo de marihuana por parte de pacientes en situaciones de alto riesgo, incluyendo el manejo de vehículos y en la actividad sexual, puede salvarles la vida, y explorar sus efectos en el desempeño académico y laboral puede mejorar el nivel de los resultados a obtener. Durante décadas, se ha asociado la marihuana con la aparición de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Datos recientes indican que es más probable que los trastornos psicóticos surjan en individuos genéticamente vulnerables, y más precozmente si usan marihuana.² En pacientes con esquizofrenia el consumo permanente de marihuana se asocia con

lógica nacional de 34.653 individuos entrevistados entre 2001 y 2002 y nuevamente entre 2004 y 2005. Los investigadores hallaron que la marihuana es menos adictiva que la nicotina (la cifra correspondiente es 68%), el alcohol (23%) y la cocaína (21%). Sin embargo, para los pacientes psiquiátricos el cuadro es más desalentador. En el estudio, los individuos con trastornos psicóticos o conductuales que consumían marihuana tenían el doble de riesgo de adicción; el triple de riesgo de trastornos del estado de ánimo, ansiedad, y déficit de atención; el cuádruple de riesgo de trastornos de la personalidad y dependencia del alcohol; y la dependencia de la cocaína aumentaba el riesgo por un factor de 6.⁴ En la práctica clínica, los pacientes con trastorno por consumo de cannabis pueden tener gran dificultad para limitar el uso o abstenerse de la marihuana, lo que exacerba los problemas psiquiátricos, y el tratamiento puede requerir un enfoque en el consumo de marihuana así como en otros problemas.

Datos anteriores asociaban la marihuana con trastornos de ansiedad, y resulta claro que la intoxicación con marihuana provoca síntomas similares al pánico e incluso pensamientos paranoides en algunos individuos. Análisis recientes de datos basados en población no

Los problemas relacionados con la marihuana se encuadran en el ámbito de la práctica psiquiátrica: muchos pacientes consumen marihuana, que probablemente afecta sus síntomas psiquiátricos y la respuesta al tratamiento. La **Tabla 2** enumera algunos principios generales para trabajar con dichos pacientes. Abordar el consumo de marihuana suele ser un proceso permanente, y resulta útil interrogar sobre la experiencia y disposición al cambio del paciente en cada entrevista. El modelo de enfermedad de la adicción puede ayudar a los clínicos a evitar la crítica moral y la humillación, que tienden a provocar una actitud defensiva. A veces los pacientes necesitan educación sobre las consecuencias adversas del consumo de marihuana, pero muchos conocen los riesgos, y la tarea clínica es ayudarlos a usar lo que ya saben. Los miembros de la familia pueden aportar importante información para la evaluación y el monitoreo.

Si bien los tratamientos basados en la evidencia -mejora motivacional, terapia cognitivo-conductual para la adicción y manejo de contingencias- no son parte del repertorio de todos los psiquiatras, es fácil aprender las habilidades básicas en estas áreas que se pueden incorporar al tratamiento tanto médico como psicoterapéutico. Los psiquiatras que no se sientan cómodos trabajando en estas áreas pueden derivar a los pacientes a especialistas en adicción, y la derivación se facilita frecuentemente a través de un abordaje motivacional. Nuestro creciente conocimiento de los efectos psiquiátricos de la marihuana está siendo rápidamente superado por la creciente aceptación pública y la disponibilidad legal. Por ahora, los psiquiatras encontrarán más gratificante abordar el consumo de marihuana en sus pacientes con un espíritu de indagación y colaboración para guiarlos hacia un autocuidado efectivo en este campo importante de su salud mental.

El Dr. Woodward no informa conflictos de interés en relación con el tema central de este artículo.

Referencias

Tabla 2. Principios generales para tratar pacientes que consumen marihuana

- Incorporar a la entrevista del paciente una anamnesis específica relacionada con el consumo de marihuana.
- Trabajar a partir de un modelo de enfermedad –la droga puede reemplazar a sentimientos de recompensa y de motivación.
- La crítica moral y la humillación tienden a provocar una actitud defensiva.
- Evaluar la necesidad de psicoeducación: muchos pacientes conocen los riesgos.
- Incluir a los miembros de la familia en la evaluación y el monitoreo.
- Usar técnica motivacional, cognitivo-conductual, y manejo de contingencias.

1. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med*. 2014;370:2219-2227.
2. Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, et al. Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: a review. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:292-297.
3. American Psychiatric Association. Position Statement on Marijuana as Medicine. December 2013. <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Learn/Archives/Position-2013-Marijuana-As-Medicine>. Accessed February 10, 2017.
4. Lopez-Quintero C, Perez de los Cobos J, Hasin DS, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend*. 2011;115:120-130.
5. Foti DJ, Kotov R, Guey LT, Bromet EJ. Cannabis use and the course of schizophrenia: 10-year follow-up after first hospitalization. *Am J Psychiatry*. 2010;167:987-993.
6. Smoker J. Top 5 Mental Conditions Treated With Marijuana. *The Weed Blog*. August 12, 2011. <https://www.theweedblog.com/top-5-mental-conditions-treated-with-marijuana>. Accessed February 10, 2017.
7. Welty TE, Luebke A, Gidal BE. Cannabidiol: promise and pitfalls. *Epilepsy Curr*. 2014;14:250-252.
8. How to interpret the CBD & THC ratio results? Alpha-Cat. <http://www.alpha-cat.org/resources/understand-and-interpret-the-cbd-thc-ratios>. Accessed February 10, 2017.
9. Twomey CD. Association of cannabis use with the development of elevated anxiety symptoms in the general population: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2017 Jan 4. [Epub ahead of print].
10. Mizrahi Zer-Aviv T, Segev A, Akirav I. Cannabinoids and post-traumatic stress disorder: clinical and preclinical evidence for treatment and prevention. *Behav Pharmacol*. 2016;27:561-569.
11. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*. 2003;98:1493-1504.
12. Blanco C, Hasin DS, Wall MM, et al. Cannabis use and risk of psychiatric disorders: prospective evidence from a US national longitudinal study. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:388-395.
13. Copeland J, Pokorski I. Progress toward pharmacotherapies for cannabis-use disorder: an evidencebased review. *Subst Abuse Rehabil*. 2016;7:41-53.
14. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, et al. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;5:CD005336.

Encontrá todos los artículos del **Psychiatric Times** en: <http://www.ojoclinico.net/psychiatric-times/>

