

Tratamiento de la dependencia cannábica: clínica, psicoterapia y evidencia

José Capece

*Médico psiquiatra y psicoterapeuta
Docente autorizado UBA
Director Instituto Argentino de Adicciones y Salud Mental
E-mail: josekpcw@gmail.com*

Federico Pavlovsky

*Médico psiquiatra y legista
Fundador capítulo Psiquiatras en formación (APSA)
Coordinador Dispositivo Grupal de Adicciones
E-mail: fpavlovsky@gmail.com*

Resumen

La identificación del consumo compulsivo de marihuana, asociado a otro trastorno mental (trastorno por déficit atencional, trastorno afectivo bipolar, depresión o psicosis) presenta el desafío de clarificar estrategias terapéuticas convalidadas, sobre todo para la población adolescente, la de mayor prevalencia. La magnitud del incremento de dicha prevalencia y de la demanda de tratamiento a nivel regional supone entonces abordar la cuestión sanitaria como un problema de salud pública. Los conflictos ideológicos relacionados con la necesaria descriminalización del consumo y el actual debate sobre el uso médico de la marihuana suelen confundir la prioritaria necesidad de establecer estrategias terapéuticas eficaces para la población afectada por este trastorno mental. Se ubica a la terapia familiar y el refuerzo comunitario en el centro de las intervenciones eficaces, restándose a las individuales y grupales tradicionales. Intervenciones contingenciales, motivacionales y cognitivas conductuales diseñadas a medida impresionan como las más eficaces y recomendables. La actividad aeróbica y el uso de la tecnología móvil también demuestran efectividad. La administración de fármacos como la gabapentina, el aminoácido N acetil cisteína (NAC) o derivados cannabinoídes como el cannabidiol (CBD) aparecen como muy prometedores, mientras que fármacos usuales activan el anhelo compulsivo, aumentando el consumo. Es el caso del ácido valproico, la quetiapina, el bupropion, con resultados por lo tanto negativos.

Palabras clave: Marihuana - Adolescencia - Abstinencia - Salud pública - Psicoterapia - Refuerzo comunitario - Terapia familiar estructurada - N acetyl cisteína

THE TREATMENT OF CANNABIS DEPENDENCE: CLINICAL WORK, PSYCHOTHERAPY AND EVIDENCE

Abstract

Identifying compulsive consumption of marijuana in association with another mental disorder (attentional deficit disorder, bipolar disorder, depression or psychosis) presents the challenge of clarifying validated therapeutic strategies, especially within the teen population, in which it shows the highest prevalence. The ever-increasing prevalence and the need for regional treatments, demand that we approach this health matter as a public health issue. The ideological conflicts related to the necessary decriminalization of consumption and the current debate on the medical use of marijuana often confuse the urgent need to establish effective therapeutic strategies for the population affected by this mental disorder. Family therapy and community reinforcement are one of the most efficient interventions, other than the traditional individual and group therapies. Contingent, motivational and cognitive-behavioral tailored interventions appear to be most efficient and recommendable. Aerobic exercise and the use of mobile technology also show effectiveness. The administration of medications such as gabapentin, the aminoacid n-acetyl cysteine (NAC) and the cannabinoid cannabidiol (CBD) appear to be very promising. Usual medications, such as valproic acid, quetiapine and bupropion, increase craving, therefore intensifying the need for consumption and thus yielding overall negative results.

Keywords: Marijuana - Adolescence - Withdrawal - Public health - Psychotherapy - Community reinforcement - Structured family therapy - N-acetyl cysteine

Introducción

Comenzando por la clínica: la definición de la abstinencia por cannabis

Si bien ya en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) se estipulan en el capítulo V las características clínicas de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides (códigos F12 de la CIE 10 CM), es recién en el DSM-5 (1) en el año 2013, cuando finalmente se logran consensuar y definir las características de la compulsión, la tolerancia y la abstinencia específicas generadas por el consumo de estos fitocannabinoides.

La relevancia clínica está dada sobre todo por la definición de la abstinencia, donde 3 ó más de los siguientes 7 signos y síntomas, frente al cese brusco del consumo intenso y prolongado (diario o casi diario, durante varios meses) aparecen en el plazo de una semana: 1. Irritabilidad, rabia o agresividad, 2. Nerviosismo o ansiedad, 3. Dificultades para dormir 4. Pérdida de peso o de apetito, 5. Intranquilidad, 6. Estado de ánimo deprimido, 7. Síntomas físicos significativos: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefaleas. En nuestro medio, la tríada clásica es “aburrimiento”, trastorno del sueño y pérdida de apetito. Lo habitual es la descripción del aburrimiento que adquiere características patológicas; una mezcla de ansiedad, disforia e inquietud que solamente se soluciona con el consumo, a veces con manifestaciones somáticas como dolor en el pecho. El trastorno de sueño más frecuente es el corrimiento del ritmo circadiano, siendo las horas totales de sueño las normales. La proporción de pacientes consumidores que describen síntomas de abstinencia van del 50 al 95%, con un pico sintomático entre el segundo y el sexto día, hasta el día 14 del cese del consumo. Para algunos estudios pueden persistir síntomas por hasta cuatro semanas (2), sobre todo la alteración del sueño, la tensión física y la irritabilidad/ira.

Datos epidemiológicos de relevancia

En términos epidemiológicos la marihuana es la droga ilegal más consumida, siendo en 2014 la cantidad de 183 millones de consumidores habituales a nivel global, según el informe mundial del 2016 de la UNODC (oficina de las Naciones Unidas contra la droga) (3), considerándose que el consumo mundial se ha mantenido estable en los últimos años, cercano al 3,8% de la población mundial. En nuestro país los registros no se han realizado de manera consecuente. La CICAD (OEA) (4) informa en el 2015 que Chile tendría la mayor prevalencia, cercana al 28% en la población escolarizada (en EEUU sería del 24%) mientras en Argentina la prevalencia sería del 18,8% en varones y 13,3% en mujeres de acuerdo al informe del 2014 (5). Quizás lo más importante en términos sanitarios se registra en el incremento de prevalencia del consumo en un 3,5% antes del 2001, 10,4% en 2011 y 18,8% en 2014. Los registros de la población general son ya antiguos (2011), y ya en esa época se evidenciaba un incremento del 1 al 7% entre 2004 y 2011 (6).

Cannabis y trastornos mentales

La búsqueda de tratamiento por parte de personas con dependencia a la marihuana en general es indirecta, es decir a partir del padecimiento generado por la comorbilidad o la inducción de otro trastorno mental, o a partir del consumo de otra droga. También es indirecta la demanda, dado que la mayoría de las veces el consumo es egosintónico. Estamos hablando de consumo compulsivo: la posibilidad de desarrollar dependencia por parte de la marihuana es realmente muy baja. Solamente en un 9%, (de los cuales un 25,50% son de uso diario) versus el alcohol en un 15% y el tabaco en un 32%. Ante la primera manifestación negativa, el sujeto adulto sano que consume marihuana de manera recreativa fácilmente puede ralea el consumo y así evitar la inducción de dependencia. Cuando así no sucede es porque nos encontraremos frente a alguna manifestación más o menos sutil de comorbilidad psicopatológica (7). Igualmente, la hipótesis de la automedicación no alcanza para justificar el vínculo entre cannabis y psicopatología. La relación es más compleja e involucra factores concomitantes que conllevan al desarrollo de patología comórbida: se incluyen factores sociodemográficos, capacidad intelectual, rasgos de personalidad, susceptibilidad a diferentes trastornos mentales, consumo de otras sustancias como tabaco y alcohol. Estamos hablando tanto del desarrollo concomitante de procesos psicóticos asociados, como procesos afectivos; bipolares (4,9% ratio de probabilidad), o depresión unipolar (7,6%) (8) entre los más prevalentes. La relación entre el consumo de cannabis y trastornos psicóticos excede el propósito de este artículo y se encuentra fuertemente documentada. Existirían diversos grupos vulnerables, ya con reacciones psicóticas transitorias por efecto directo del THC, o procesos esquizofrénicos concomitantes difíciles de distinguir. También se considera el consumo como contribución única al riesgo de padecer un trastorno psicótico, sea este específico o no (9). Indudablemente la condición médica de mayor frecuencia en asociarse al consumo corresponde al trastorno por déficit atencional (10). Si en la población general adulta se ha estimado una prevalencia del TDA/H que va del 1,2 al 7,3% (un 5% promedio) y cercana al 10% en niños y adolescentes, en cambio en la población consumidora de drogas el porcentaje asciende al menos entre un 20 al 23%. Entre los consumidores habituales de cannabis la prevalencia puede ubicarse entre el 40 y el 60%. El entrecruzamiento es complejo entre síntomas y neurobiología, sistema endocannabinoide y activación catecolaminérgica. Quizás sea la disregulación motivacional la más involucrada dentro del constructo disejecutivo afectado por el déficit atencional. El consumo genera una ilusión de motivación y alivio de tensión y ansiedad. En los adolescentes con déficit atencional que consumen marihuana el primer motivo de consulta será el deterioro del proceso de aprendizaje, incluyendo un peor desempeño en las tareas que requieren atención, memoria de trabajo, velocidad del procesamiento de la información y dificultades en las funciones eje-

cutivas. Estas alteraciones se evidencian incluso en los pacientes correctamente medicados.

Otra de las consecuencias negativas del consumo de THC en la numerosa población con déficit atencional es la aparición con más frecuencia de sintomatología psicótica, ya sea dentro de un proceso afectivo activado o no. En estos procesos psicóticos asociados al consumo de cannabis, las manifestaciones usuales se corresponden con ideación paranoica más o menos estructurada y teorías conspirativas más o menos adaptadas al contexto social. Habitualmente coexisten manifestaciones de agresividad, desinhibición, irritabilidad, ira. Son frecuentes los episodios de violencia doméstica y posibles las conductas antisociales. Muchas veces el contenido megalómano es el prevalente. A veces se evidencian amnesias, ilusiones y hasta alucinaciones que no serán auditivas. Cabe destacar que las probabilidades del TDA/H para desarrollar otros trastornos mentales asciende entre un 65 a un 89%, (fundamentalmente del espectro ansioso y del humor) siendo el consumo de sustancias uno de los principales activadores (11).

Más allá de estos trastornos comórbidos, también se puede evidenciar el deterioro cognitivo subyacente relacionado con el inicio del consumo en la adolescencia y con alta concentración de THC. Se describen alteraciones en la función ejecutiva y hallazgos de alteraciones estructurales: disminución en el volumen de la corteza prefrontal a predominio de materia gris (también en amígdala), con incremento de sustancia blanca y deterioro de su integridad en hipocampo. El deterioro se manifiesta en modificaciones en la velocidad de procesamiento psicomotriz, deterioro global de la atención, inhibición cognitiva, alteración en el patrón del sueño y polisomnografías alteradas (12). Dichas alteraciones cognitivas se traducen en un peor rendimiento académico y de producción cognitiva en general en la población de consumo habitual.

El mejor tratamiento posible en los pacientes con consumo compulsivo de marihuana será aquel que considere, entonces, la complejidad del entramado psicopatológico asociado, debiendo el clínico identificar criteriosamente prioridades y estrategias.

Eligiendo el mejor tratamiento posible

La demanda de tratamiento específico por parte de los consumidores de cannabis viene incrementándose en los últimos 10 años, tanto a nivel local como internacional. En Europa se ha duplicado del 10 al 22% con respecto a otras drogas, en América del Norte ha evolucionado del 7 al 15% y en América del Sur del 15 al 40%. En nuestro país, en el 2011 el 10,6% de los pacientes con consumo de sustancias acudió a tratamiento a partir de su dependencia al cannabis, identificando como principal motivo la conflictiva afectiva y familiar generada por el consumo compulsivo (13). La dificultad habitual al iniciar el tratamiento en adolescentes y jóvenes se corresponde con esta fuerte disociación entre los familiares y el paciente con consumo compulsivo específico. Es por esto que tan-

to las estrategias individuales como grupales que no contemplen la integración con el tratamiento familiar estarán destinadas al fracaso: las individuales porque corren el riesgo de adaptarse a una suerte de racionalización del consumo y las grupales en adolescentes en estadios precontemplativos de la adicción suelen resultar en escaladas hacia consumos más complicados por identificación con liderazgos negativos. El cribado o identificación del trastorno puede resultar también dificultoso; se recomiendan tanto los test en orina -guardando la confidencialidad del caso- como la herramienta de evaluación para adolescentes conocida como CRAFFT, herramienta validada para identificar consumos problemáticos, y trastorno por dependencia que consta de 6 preguntas.

Los ensayos clínicos controlados randomizados dan cuenta de una mayor efectividad en tratamientos organizados por distintos componentes. Nombraremos a manera de reseñas:

- La Terapia Motivacional (TM) (se focaliza en el encuentro empático, generar discrepancias con las distorsiones, rodar con la resistencia y validar el esfuerzo)
- Las intervenciones familiares multidimensionales (MDFT) (14) (tratamiento familiar sistémico focalizado de 12 sesiones para adolescentes con dependencia cannábica y su familia, se trabajan aspectos de su funcionamiento psicosocial, la interacción familiar y social)
- La terapia cognitivo-conductual (TCC), siempre con características estratégicas y personalizadas (15), de buena eficacia en situaciones asociadas a conductas antisociales.
- El Manejo Contingencial (MC) (16) (en este dispositivo son claves los refuerzos positivos que puedan definirse en relación a valores de la cultura familiar y la identificación de consecuencias también dentro del mismo sistema de valores. Siempre se utilizan los controles en orina para objetivar el proceso)

Los tratamientos son prolongados y los objetivos se van diseñando en el caso por caso y paso a paso. La utilización del análisis de orina para identificar el consumo es clave también como herramienta terapéutica que descentre el control por parte de la familia hacia el dispositivo terapéutico y adquiera así el valor de una herramienta de autocontrol para el paciente frente a la compulsión.

Otras consideraciones basadas en evidencia

La definición de la abstinencia como objetivo suele condicionar positivamente el proceso, siempre que sea flexible y se vaya reconsiderando. Siempre es mejor hacer un tratamiento que no hacer nada, ya que la evolución natural del proceso psicopatológico es a complicarse. La reducción de días de uso es un resultado razonablemente positivo, sobre todo si se tiene a la abstinencia como ideal que continúe traccionando la motivación. No existe un claro consenso acerca de cómo evaluar los resultados de los tratamientos (abstinencia o reducción del consumo).

Los tratamientos que combinan múltiples estrategias de manera flexible son más efectivos que los rígidos y estructurados. Los tratamientos de baja intensidad

de frecuencia funcionan mejor en los pacientes menos severos, ya que protegen el vínculo. Los más severos requieren mayor frecuencia. La utilización de intervenciones tecnológicas computarizadas demuestra una interesante efectividad. La propuesta de tratamiento sería lograr un proyecto de vida libre del consumo y que el mismo proyecto (nunca menor a los tres meses de abstinencia) genere la discrepancia al sistema de creencias adictivo. Intervenciones de refuerzos comunitarios: (ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach) (17). Tener sesiones de afrontamiento en los lugares de consumo; elementos de condicionamiento operante; visitas domiciliarias; sesiones de limpieza en la habitación; sesiones con los líderes grupales positivos y negativos; sesiones en plazas; intervenciones con vecinos y amigos; intervenciones escolares; entrenamiento en habilidades; incorporar profesores de actividad física para lograr actividad aeróbica intensa; concurrir a espectáculos musicales o caminatas en la naturaleza; utilización de la tecnología; compañeros o amigos; análisis funcional, identificación de objetivos; demostrar cierta incondicionalidad; expresar interés en el cambio y afecto, entre otros. Una clave: la persistencia en la intención de cambio.

Reducción gradual

En los pacientes ambulatorios puede ser una buena alternativa, teniendo en cuenta la vida media prolongada del cannabis en plasma, con controles de la administración por parte de terceros, logrando así no activar síntomas más severos. Se va reduciendo paulatinamente la dosis, la frecuencia y se va postergando el consumo hacia horarios más tardíos.

Intervenciones farmacológicas específicas

El desarrollo de moléculas específicas para el tratamiento de la abstinencia cannábica es muy escaso. Quizás los más importantes estudios para el clínico sean los estudios negativos como los que viene realizando Haney desde el 2002 (18), donde se demuestra no solo que la mayoría de los antipsicóticos no disminuyen los síntomas de abstinencia, sino que los incrementan, aumentando las más de las veces el consumo: es el caso de la quetiapina y la olanzapina. Es por eso que muchas veces frente a la presencia de sintomatología psicótica inducida en pacientes ambulatorios (o con internaciones domiciliarias) la estrategia recomendable será la de motivar y focalizar en la abstinencia antes que medi-

car con antipsicóticos; la mayoría de las veces la sintomatología desaparece a poco de suspender el consumo. Tampoco serían mejores que el placebo el ácido valproico o el bupropion. Si bien hay estudios que avalan la utilización de zolpidem de duración prolongada para tratar el insomnio pertinaz, es sin duda el aminoácido N acetil cisteína (NAC) el que ha demostrado mayor eficacia en tratar los síntomas de abstinencia. El mecanismo de acción sería mediante la modulación de glutamato. Puede ser usado frente a casos incluso severos o refractarios, junto con intervenciones psicosociales. Fue aprobado por la FDA para la infancia como mucolítico en 1963, por ende es una molécula básicamente sin riesgos que se consigue como complemento nutricional, y es barato. Los estudios de Gray detallan la dosis de dos comprimidos de 600mg/día asociada a estrategias contingenciales. Nunca será eficaz aislado, sin estrategia específica (19). También es promisoria la utilización de "agonistas" cannabinoides como la Nabilona, cannabinoide de origen sintético semejante al cannabidiol (CBD), que como este presenta más efectos terapéuticos que el THC, generando sobre todo acción ansiolítica y antidepresiva. No produce el "high" propio del THC y tampoco su actividad neurotóxica. Se comercializa en México, USA, Canadá y Gran Bretaña. La gabapentina en dosis de 1200 mg/día ha demostrado disminuir los síntomas de abstinencia de cannabis en estudios randomizados.

Conclusiones

La definición de la abstinencia cannábica y de su consumo compulsivo como procesos mórbidos mentales asociados a otros trastornos mentales junto con el incremento superlativo de la prevalencia de dichos trastornos en nuestra región, sobre todo en la población adolescente, nos permiten identificar y diagnosticar claramente una patología social compleja; un nuevo problema de la Salud Pública de envergadura. Al definirse como problemática de la Salud Pública estamos refiriéndonos entonces a costos sociales, humanos y económicos. A minusvalía y eventual discapacidad. La necesidad de proveer al clínico de nuevas herramientas frente a nuevos problemas desde un paradigma científico racional se vuelve prementoria. El modelo científico nos invita nuevamente a crear otras formas eficaces de psicoterapia posibles con nuestra mirada, con nuestro bagaje de conocimiento y experiencia heredados, en un mundo que sigue su evolución y nos interpela ■

Referencias bibliográficas

1. Asociación Americana de Psiquiatría, DSM 5. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. 271.
2. Budney, A.J. y col. (2006). The Cannabis withdrawal syndrome. *Current Opinion in Psychiatry* 19, 233-238.
3. Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito. [Internet] Disponible en: www.unodc.org. *Informe mundial sobre las drogas*, 2016. 4-6.
4. Informe sobre uso de drogas en las Américas. CICAD-OEA. 2015. p73-78 [Internet] Disponible en: www.cicad.oas.org.
5. Sexto estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media 2014. Sedronar. p. 34-38. [Internet] Disponible en: www.observatorio.gov.ar.
6. Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004-2020, 2011. Sedronar. p 16-18. [Internet] Disponible en: www.observatorio.gov.ar.
7. Fernandez - Artamendi S. y col. (2011) Cannabis y salud mental. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39:180-90.
8. Arendt M. y col. Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse treatment* 2007; 32:113-9.
9. Bhattacharyya S et al. Induction of psychosis by 9-tetrahydrocannabinol reflects modulation of prefrontal and striatal function during attentional salience processing. *Arch Gen Psychiatry*. 2009.
10. Daigre C. y col. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y dependencia de sustancias depresoras. Una revisión. *Adicciones*. 2013, vol.25, n.2: 171, 186.
11. Sobalski, E. Psychiatric comorbidity in Adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006. 256:i26.
12. Tapert et al. Longitudinal study of cognition among adolescent marijuana users over three weeks of abstinence. *Addictive Behaviors*, 2010. Vol 35 (11) 970-976.
13. Una mirada específica sobre la problemática del consumo y abuso de marihuana, Observatorio Argentino de Drogas, 2011. p30,80. [Internet] Disponible en: www.observatorio.gov.ar.
14. Rigter y col. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomized controlled trial in western European outpatient settings, drug and Alcohol Dependence, 2013. Vol. 130 (1) 85-93.
15. Hendriks, V. Treatment of adolescents with cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in the Netherlands, Drug and Alcohol Dependence, 2011. Vol. 119 (1) 64-71.
16. Carroll, K et al. Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence. *Addiction*, 2012. Vol 107, 1650-1659.
17. Dennis M., The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2004. Vol. 27 (3) 197-213.
18. Management of cannabis withdrawal, 2016. 1-13. [Internet] Disponible en: www.ncpic.org.au.
19. Gray KM. a double-blind randomized trial on NAC in cannabis dependent adolescents, *Am J Psychiatry*. 2012. 805-12.