

CONSUMO DE CÁNNABIS Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

PATRICIA PORRES BLANCO¹ Y CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ²

¹Enfermera asistencial en el Servicio de Salud Mental. Unidad de Agudos de Psiquiatría. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

²Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

RESUMEN

Según diversos estudios, el cánnabis es la droga ilegal más consumida tanto en los Estados Unidos como en Europa, siendo España y Reino Unido dos de los países con mayor tasa de consumo.

En las últimas décadas, el cánnabis ha sido objeto de investigación, ya que estudios recientes apuntan a un mayor riesgo de padecer diversos trastornos mentales entre los consumidores de esta sustancia. Además de los problemas de salud, en este contexto de consumo, la Organización Mundial de la Salud alerta también de las consecuencias a nivel sanitario, económico y social.

Dichas investigaciones han sugerido insistentemente que, aunque no todos los consumidores de esta droga presentan un problema de salud mental, sí hay una clara relación entre el uso precoz de cánnabis y problemas posteriores de salud mental entre aquellos con limitaciones genéticas, y existe un especial problema con el consumo de cánnabis por parte de los adolescentes.

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de la literatura médica, así como de investigaciones más recientes que relacionen el cánnabis y los trastornos de salud mental, dado que, desde el punto de vista de enfermería, es de carácter prioritario intervenir como parte integrante del equipo multidisciplinario sobre el abuso de drogas como el cánnabis y los trastornos relacionados con los que frecuentemente coexiste.

Palabras clave: cánnabis, trastornos de salud mental, psicosis, adicciones.

INTRODUCCIÓN

Cannabis sativa es una de las plantas cultivadas más antiguas. En China, se hace referencia a su explotación desde hace 8000 años. Si bien es verdad que el cáñamo se utilizaba para la confección de vestidos o material naval, encontramos una referencia con respecto a lo perjudicial de su consumo humano en la obra *Tra-tado de medicina china*, fechado 4000 años atrás¹⁻³. En él, se reflejaba que el fruto del cáñamo, si era consumido en exceso, provocaba visiones de demonios.

A lo largo de la historia, el cáñamo se distribuyó por los diferentes continentes, siendo muy variopinta su utilidad. Desde el siglo v a. C. hasta finales del xix, el 90 % de las cuerdas y velas para navegación, así como redes de pesca, tenían el cáñamo como principal material.

No obstante, y centrándonos en el consumo humano, es en el siglo xix cuando un psiquiatra francés, considerado padre de la psicofarmacología, Moreau de Tours^{4,5} describió en su tratado llamado *Du hashish et de l'aliénation mentale: études psychologiques* la posibilidad de usar cáñabis como inductor de psicosis tóxica aguda para el estudio de trastornos de salud mental. Reiteraba que no había manifestación alguna de enfermedad mental que no pudiera encontrarse en los cambios producidos por el cáñabis⁶.

Moreau^{4,5}, tras consumir 30 gramos de una preparación a base de cáñabis, describió los ocho síntomas cardinales observados tras la intoxicación con hachís: «Inexplicables sentimientos de felicidad, disociación de ideas, errores en la apreciación del tiempo y del espacio, exacerbación del sentido del oído, ideas fijas, alteración de las emociones, impulsos irresistibles e ilusiones o alucinaciones».

Como resultado de diversos estudios, el cáñabis es la droga ilegal más consumida en Europa, representa un 6,7 % del consumo en adultos, y son España y el Reino Unido dos de los países con mayor tasa de consumo⁷.

Según el observatorio español de la droga y las toxicomanías en su informe de 2017⁸, de acuerdo

con las encuestas sobre alcohol y drogas en España (EDADES), en términos evolutivos, el 30,4 % de la población de entre 15 y 64 años ha consumido en alguna ocasión esta droga, ascendiendo al 40,2 % si el rango de edad se toma únicamente en el intervalo comprendido entre los 15 y 34 años.

Con respecto a la asociación de consumo de cáñabis y aparición de psicosis, existe una controversia reflejada en distintos estudios analizados. Mientras que algunos autores apoyan que el consumo de cáñabis precipita la aparición de estos cuadros psicóticos, otros asocian el consumo de cáñabis para paliar la aparición de síntomas de psicosis ya incipiente.

La mayoría de evidencia científica señala el consumo de cáñabis como un potente factor de riesgo para las psicosis crónicas como la esquizofrenia, dado que son sujetos potencialmente vulnerables, sobre todo aquellos con un inicio de consumo precoz (antes de los 15 años)⁹.

OBJETIVOS

La presente revisión tiene como objetivo identificar a través de un análisis bibliográfico el impacto del consumo de cáñabis sobre la salud mental. Además, se examinará la evidencia que relaciona el consumo de cáñabis con la aparición de sintomatología psicótica.

Poder entender las razones que llevan al consumo en pacientes con un trastorno mental ya diagnosticado o, en cambio, la aparición de enfermedades mentales como consecuencia del abuso de sustancias psicoactivas, nos ayudará a un mejor abordaje del paciente, así como la elaboración de unos cuidados entendidos desde una perspectiva holística.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente artículo, se realizó una revisión de la literatura y artículos de carácter

científico, interponiendo una limitación temporal acotada a los últimos cinco años, para reflejar los datos más actuales posibles.

Se incluyeron estudios en los que el cánnabis fuera el principal factor desencadenante de una enfermedad mental, o la sustancia más consumida por enfermos ya diagnosticados.

La búsqueda se realizó tanto en lengua castellana como inglesa.

Como fuentes de información consultadas, destacamos: portales de internet y buscadores (Google y Google Académico), bases de datos especializadas (Medline, PubMed, SciELO, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet y CUIDEN).

Además, se utilizó la base de datos TESEO para la consulta de tesis relacionadas con el tema abordado.

RESULTADOS

Las psicosis inducidas podrían definirse como aquellos cuadros psicóticos que se desarrollan mientras la persona consume sustancias o sufre su abstinencia. Estos suelen remitir paulatinamente al abandonar el consumo de las sustancias. Sin embargo, en otras ocasiones, las drogas pueden actuar como factor desencadenante de un cuadro de esquizofrenia, que seguirá su curso aunque cese el consumo de las drogas (*psicosis cannábica*)¹⁰.

Si buscamos la definición de *psicosis cannábica*, literalmente, la describen como «alteración mental crónica, causada, inducida o precipitada por el abuso del cánnabis».

En la actualidad el cánnabis es la droga más consumida en España, ascendiendo a un 40,2% según la encuesta EDADES los que en el intervalo de edad de 15 a 34 años han consumido esa droga alguna vez.

Considerar la psicosis cannábica como entidad propia es un tema que genera importante controversia, puesto que es muy raro que una enfermedad mental sea consecuencia de un único factor (consumo de cánnabis). Además, no existen síntomas propios que la diferencien de la más común de las psicosis, como es la esquizofrenia.

La terminología y los criterios sostenidos con anterioridad cambiaron en 1990. En la 10.ª edición de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10; 1993)*, aparece el trastorno psicótico por uso de cánnabis, y contempla la aparición de una variada sintomatología. Este trastorno se incluye en la cuarta edición revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; 1996)* y en la quinta edición del *DSM (DSM-5)* y se denomina *trastorno psicótico inducido por sustancias*¹¹.

A pesar de los artículos consultados, la relación entre el consumo de cánnabis y la aparición de esquizofrenia o psicosis aún no ha sido completamente aclarada. Por ejemplo, en un estudio encabezado por el Dr. Torales publicado en noviembre de 2017¹², se vinculaban dos hipótesis entre el consumo de cánnabis y la aparición de esquizofrenia. La primera posicionaba al cánnabis como causa contribuyente, frente a la segunda, en la que se consideraba como una vulnerabilidad compartida. Con respecto a la prevalencia, este mismo estudio registraba que el trastorno por el consumo de cánnabis en pacientes con esquizofrenia ocurría hasta en un 42%, una tasa casi diez veces superior a la de la población en general.

Seddon *et al.*^{12,13}, en un estudio llevado a cabo en Reino Unido, analizaron el consumo de cánnabis en los 12 meses posteriores a un primer episodio psicótico. Dicho estudio de cohortes tuvo como resultado que el consumo de cánnabis agravaba considerablemente los síntomas psicóticos, manía y depresión, y se asociaba a un funcionamiento psicosocial más deficiente.

Con respecto al vínculo de la edad de inicio de la psicosis, frecuencia de uso y potencia de la droga,



No cabe duda de que, aunque la asociación no tiene una evidencia científica clara y contundente, la gravedad de la aparición de un solo episodio constituye un problema de salud pública y, por ello, deben implementarse estrategias preventivas que lleguen a la población, especialmente, a la más susceptible.

en un estudio realizado por Di Forti *et al.*¹³, se demostraba que aquellas personas que habían consumido cánnabis a edades tempranas presentaban un episodio psicótico antes que las que nunca lo habían consumido. Este mismo estudio demostraba también que, con respecto a la muestra estudiada que había consumido cánnabis, aquellos que lo habían hecho antes de los 15 años de edad sufrían la aparición de psicosis más que los que lo hacían después de los 15 años.

Con estos datos, podemos deducir que hay una clara asociación entre el consumo temprano y el nivel de funcionamiento psicológico, siendo la edad de inicio un buen factor predictivo de trastornos posteriores y un factor mediador para el daño psicológico. Junto con el factor edad, la frecuencia de consumo puede adelantar entre tres y siete años la aparición del primer episodio psicótico¹⁴.

Otro factor importante que cabe mencionar es la cronicidad del consumo. En un estudio de cohortes prospectivo¹⁵ encabezado por McGrath y Welham, en el que participaron 3800 adultos jóvenes, nacidos entre 1981 y 1984, se concluyó que los participantes que habían consumido cánnabis durante seis años o más presentaban un riesgo de psicosis no afectiva y alucinaciones significativamente aumentado.

Si bien es verdad que desde la década de 1970 hasta la actualidad se han barajado diversas hipótesis que relacionan el cánnabis y la psicosis, las in-

vestigaciones más actuales centran el consumo de cannabinoides como un factor de riesgo que predispone al desarrollo de sintomatología psicótica.

Junto con lo reflejado anteriormente, estudios recientes también describen la vulnerabilidad genética, neurobiológica o ambiental como cofactores adyuvantes para la aparición de psicosis cannábica en personas consumidoras de tetrahidrocannabinol (THC)¹⁶.

Con respecto a todos los datos obtenidos y revisados, contestando a la pregunta de si el cánnabis actúa como un factor de riesgo causal de enfermedades psicóticas funcionales, podemos concretar que el consumo de cánnabis parece no ser causa suficiente ni necesaria para la psicosis, sino que forma parte de los diversos factores contribuyentes a la aparición de episodios psicóticos¹⁷.

CONCLUSIONES

En el momento actual, la idea más admitida es que el consumo de cánnabis puede facilitar o precipitar el desarrollo de psicosis en una pequeña parte de la población, sobre todo, aquella que es más vulnerable.

Ninguna enfermedad mental se explica por sí sola como la consecuencia de un único factor, sino que es una combinación de factores de tipo social, psicológicos y biológicos. Además, a nivel individual, inciden otros como el tipo de personalidad, la frecuencia de consumo o los antecedentes de trastornos mentales.

A pesar de que, con los datos consultados, a nivel epidemiológico, la aparición de trastornos graves es poco frecuente, cabe incidir en la prevención con respecto al consumo, ya que la verdadera importancia radica más en la gravedad del asunto que en la frecuencia de aparición de psicosis como consecuencia del consumo de cánnabis.

Parece ser que el cánnabis puede provocar trastornos psicóticos cuando existe cierta predisposición a ellos. Además, el consumo parece ser un factor de riesgo de empeoramiento de los síntomas y del pro-

nóstico en individuos con psicosis preexistente, viéndose incrementados los riesgos por la cronicidad y el aumento de la cantidad consumida. Asimismo, se viene demostrando la vulnerabilidad del cerebro adolescente a los efectos del THC, con aumento de la posibilidad de presentar síntomas psicóticos y de desarrollar esquizofrenia posteriormente en la vida.

En conclusión, en ocasiones, existe una enfermedad mental previamente diagnosticada de base que se ve agravada por el consumo de cánnabis. Otras veces, es el consumo abusivo el que precipita la aparición de un cuadro psiquiátrico. En cualquier caso, el cánnabis y sus derivados se relacionan con trastornos psicóticos, bien sea como factor de riesgo, bien como agravante de la enfermedad.

En lo que sí están de acuerdo varios de los artículos y bibliografía consultados es en que no cabe duda de que, aunque la asociación no tiene una evidencia científica clara y contundente, la gravedad de la aparición de un solo episodio constituye un problema de salud pública y, por ello, deben implementarse estrategias preventivas que lleguen a la población, especialmente, a la más susceptible.

BIBLIOGRAFÍA

1. RC PSYCH (Royal College of Psychiatrists). Cannabis y salud mental [internet]. 2019. Disponible en: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish/cannabis-and-mental-health>
2. Del Bosque J, Fernández C, Sánchez Huesca R, Díaz DB, Gutiérrez López AD, Fuentes Mairena A, et al. El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. *Salud Ment.* 2013;36(2):149-58.
3. Arias Horcajadas F. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de cannabis. *Trastor Adict.* 2011;13(3):113-8.
4. Ramos Atance JA, Fernández Ruiz J. Uso de los cannabinoides a través de la historia. *Adicciones.* 2000; 12(Supl 2):19-30.
5. Caudevilla F. La psicosis cannábica: ¿enfermedad o mito? *Cannabis.es.* Portal multimedia sobre cannabis y otras sustancias. 24 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.cannabis.es/web/features/articulos/328-la-psicosis-cannabica-enfermedad-o-mito>
6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017 [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf
7. Pascual Rodríguez M, Molina Mula J, Hernández Sánchez D, Vilardell Balach M, González Trujillo A; Grupo de Investigación Balear de Enfermería en Drogodependencias (GIBED). *Abordaje integral de las adicciones: cuidado al paciente con drogodependencia.* 1.ª ed. Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN); 2016.
8. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull.* 2016;42(5):1262-9.
9. Szerman N, Torrens M, Basurte I, Ramírez J, Martínez-Raga J. *Patología dual y psicosis. Un desafío en la clínica diaria.* Madrid: Enfoque Editorial; 2012.
10. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V).* Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013. Disponible en: www.dsm.psychiatryonline.org
11. Torales J, Ventriglio A, Vitranò G, Barrios I, Medina A, Ruiz Díaz C, et al. Uso de cannabis y desarrollo de esquizofrenia: ¿cuáles son los vínculos? *An Fac Cienc Méd (Asunción).* 2017;50(2):95-102.
12. Seddon JL, Birchwood M, Copello A, Everard L, Jones PB, Fowler D, et al. Cannabis use is associated with increased psychotic symptoms and poorer psychosocial functioning in first-episode psychosis: a report from the UK National EDEN Study. *Schizophr Bull.* 2016;42(3):619-25.
13. Clausen L, Hjorthøj CR, Thorup A, Jeppesen P, Petersen L, Bertelsen M, et al. Change in cannabis use, clinical symptoms and social functioning among patients with first-episode psychosis: a 5-year follow-up study of patients in the OPUS trial. *Psychol Med.* 2014;44(1):117-26.
14. Erdozain Fernández A, Muguza C, Meana Martínez JJ, Callado Hernando LF. ¿Es realmente el consumo de cannabis un factor de riesgo para la esquizofrenia? *Norte de Salud Mental.* 2009;8(34):23-33.
15. McGrath J, Welham J, Scott J, Varghese D, Degenhardt L, Hayatbakhsh MR, et al. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(5):440-7.
16. Pereiro Gómez C, Fernández Miranda J. *Guía de adicciones para especialistas en formación.* Valencia: Sociodrogalcohol; 2018.
17. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry.* 2004;184:110-7.