

# Depresión y Marihuana

IX Congreso Internacional de  
Adicciones 28-29 Mayo 2009  
Santiago de Chile

## **DR. ALFREDO SAAVEDRA CASTILLO PHD.**

*Doctor en Medicina*

*Director Ejecutivo - IMEDER -*

*Catedrático de Postgrado en Adicciones:*

*• Maestría Iberoamericana en Drogodependencias (CICAD/OEA)*

*Miembro Fundador y Activo de la Asociación Peruana de Adiccionología (APAD)*

*Miembro Fundador de la Asociación Latinoamericana de Adiccionología (ALAD)*

*Miembro de la Sociedad Internacional de Medicina de Adicciones (ISAM)*

*Miembro del Comité Editorial Internacional de la Revista Substance Abuse*

*Ex jefe del Dpto Farmacodependencia del INSM HD Hideyo Noguchi*

# AGENDA

- 1. Situación actual del consumo de CANNABIS**
- 2. Subtipos de Depresión y CANNABIS**
- 3. Modelos conceptuales entre Depresión y Cannabis**
- 4. Síndrome de Abstinencia, Depresión y Cannabis**
- 5. Depresión y Cannabis: Estudios Transversales**
- 6. Depresión y Cannabis: estudios Longitudinales**
- 7. Conducta Suicida y Cannabis**
- 8. Abordaje Clínico del paciente con Dependencia a Cannabis**

# 1. Situación actual del consumo de CANNABIS

Table 11: Annual prevalence of cannabis use, 2003-2005

	Cannabis use	
	<i>No. of users</i>	<i>in % of population age 15-64</i>
EUROPE	30,800,000	5.6
West & Central Europe	23,400,000	7.4
South-East Europe	1,900,000	2.3
East Europe	5,500,000	3.8
AMERICAS	36,700,000	6.4
North America	29,400,000	10.3
South America	7,300,000	2.6
ASIA	52,100,000	2.1
OCEANIA	3,200,000	15.3
AFRICA	39,600,000	8.1
GLOBAL	162,400,000	3.9

	Above global average
	Around global average
	Below global average

Sources: Annual Reports Questionnaire data, various Government reports, reports of regional bodies, UNODC estimates.

# MODELOS CONCEPTUALES: SUBTIPOS DE DEPRESIÓN Y CANNABIS\*

## SUBTIPOS DE DEPRESIÓN Y ADICCIONES

- **Depresión Orgánica Inducida** (Menos de 4 semanas)
- **Depresión Mayor** (ant. Fam., recurrencia, duración prolongada, no remite con manejo ambiental)
- **Distimia** (+ Frec en mujeres asociada DD, conf. Conyugal crónico)
- **Depresión Atípica** (asociado a T. personalidad)
- **Depresión Reactiva** ( Ajuste)
- **Conducta suicida y Cannabis**

# Depresión y Consumo de Cannabis

## *MODELOS CONCEPTUALES \**

- **PARALELOS**
- **CAUSAL**
- **RIESGO**
- **AUTOMEDICACIÓN-Alivio de Sx Disfóricos**
- **MODIFICACIÓN - HIPERSENSIBILIDAD**
- **MODELOS COMPLEJOS**

*\*Milkman,H.,1990; Miller,N.,1991; Kushner,M.,1990; Saavedra C., 1997, Mueser, K. 1998*

# Abstinencia y Cannabis: Modelo causal

La revisión experimentales humanos con CANNABIS  
en la DECADA 70 (Budney,2004):

- Estudios c/administración oral : 70-210 mg/d x 30 días **sxs de tolerancia** y **sxs de abstinencia inequívocos**
- Prevalencias iniciales de sx abst : 16% al 20% (Wiesbeck,1996; Thomas,1996)\*

\*Budney,A.,2004;Johns,A., 2001.

# Abstinencia y Cannabis: Modelo causal

La revisión de la validez y significado del síndrome de abstinencia por Cannabis en **ÚLTIMOS 3 DÉCADAS** revela dos síndromes (Budney,2004):

- Se produce tras **períodos prolongados e intensos de consumo** de THC:
  - ❖ **Comunes**: rabia o agresión, descenso de apetito o pérdida de peso, irritabilidad, nerviosismo/ansiedad, intranquilidad, insomnio
  - ❖ **Menos comunes**: escalofríos, **humor depresivo**, dolor de estómago temblores y sudoración intensa.

# Abstinencia y Cannabis

**DSM IV:** Reconoce la dependencia por THC, pero no establece criterios de Sx de abstinencia, pero reconoce que se sigue discutiendo sobre la existencia De sxs de abstinencia específicos.

**ICD-10:** Reconoce la existencia de sxs de abstinencia, pero afirma que estan mal definidos y no pueden ser definidos en este momento.

Estudio poblacional USA, **NESARC**, 2001-2002\*

- Estudio epidemiológico nacional sobre USP y sxs de abstinencia tras uso
- De la muestra total se halló **2613 c/ uso frec de THC ( $\geq 3$ /semana)**
  - ❖ **n1**= 1119 (42%) uso sólo de THC
  - ❖ **n2**= 1497 (58%) THC y Otras drogas
  - ❖ Resultados: **44.3% (n1)** y **44.2%(n2)** exper. 2 o + sxs de abstinencia
  - ❖ **34.4% (n1)** y **34.1%(n2)** exper. 3 o + sxs de abstinencia

\*Hasin,G.,(2008)

NESARC= National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Contidtions

ASC/09

# Abstinencia y Cannabis

Estudio poblacional USA, NESARC, 2001-2002..

• Resultados: 2 FACTORES en ABSTINENCIA por THC

❖ **Fact 1-Debilidad:** Debilidad, hipersomnia, retardo psicomotor, bostezos.

❖ **Fact 2-Depresión/Ansiedad :** Ansiedad, inquietud, humor **depresivo** (16%-17%) e insomnio, sudoración, náuseas, dolores musculares, temblor, inquietud

❑ OTRAS VARIABLES CORRELACIONADAS CON FACT 2 Depresión/Ansiedad:

❖ T. Depresivo Mayor: Coef Regresión 0.22,  $p < 0.5$

❖ T. Pánico: Coef Regresión 0.33,  $p < 0.5$

❖ T. Personalidad Coef Regresión 0.55  $p < 0.5$

**Conclusión:** La abstinencia por Cannabis era bastante prevalente y clínicamente significativa en los usuarios frecuentes de marihuana. Estos hallazgos fueron similares en el grupo sin abuso de otras sustancias, confirmando la especificidad de los sx's por cannabis... **DSM V.**

# Depresión y Cannabis

## Síndrome Amotivacional

# Cannabis y Síndrome Amotivacional

- La sugerencia que Cannabis disminuye la energía y la motivación tan antigua como la reportada por la *Comisión India de Marihuana* (1893-94)
- **Smith (1968)** acuñó término “síndrome amotivacional” en grupo de usuarios jóvenes que perdían todo interés por el trabajo y hizo la descripción de 2 casos.
- **MacGlothlin y West (1968)** arribaron a la misma observación a los que llamaron “síndrome de personalidad amotivacional” en **usuarios regulares de Cannabis**:
  - introversión, pasividad, y falta de orientación a los logros o metas.
- **Posteriormente estudios 70s** revelaron que no existía tal síndrome amotivacional en **muestras de consumidores** de Costa Rica, Jamaica y Grecia.

# Cannabis y Síndrome Amotivacional

- Halikas (1982) condujo estudio de Prevalencia de Vida del "síndrome amotivacional" en cohorte de **consumidores regulares de cannabis**.
  - ❖ **Indicador:** Has tenido en una ocasión período donde no estabas DEPRIMIDO o infeliz, pero donde habías perdido toda motivación, sin interés o deseo de cumplir tus responsabilidades, ...planes o metas de interés ya no lo eran...has dejado el trabajo o la escuela sin aparente razón....”
  - ❖ Con este indicador la PV de **síndrome amotivacional** s/depresión: **3.1%**
  - ❖ **Síndrome amotivacional** c/ depresión fue de **2.1%**
  - ❖ **Ambos:** **5.2%**

# Cannabis y Síndrome Amotivacional

- Duncan, D. (1987) condujo estudio de Prevalencia de Vida del "síndrome amotivacional" entre una cohorte de consumidores y no consumidores de Hashish.

- ❖ Muestra: 238 estudiantes de Ciudad Europea Central
- ❖ Todos era estudiantes para ser : profesores educación física, entrenadores

## ❖ RESULTADOS:

- 113 (47.7%) NUNCA habían usado marihuana
- 67 (28.3%) CONSUMIDORES Ocasionales/Experimentales de cannabis
- 57 (24.1%) CONSUMIDORES DIARIOS x lo menos 30 días

## Prevalencia de Síndrome Amotivacional

- ❖ No USUARIOS CANNABIS: 6.2%
- ❖ USUARIOS OCASIONALES: 6.3%
- ❖ USUARIOS DIARIOS: 5.6%

# Depresión y Cannabis

Estudios Transversales

Muestras Poblacionales

# Depresión y Cannabis

- Estudio del Comorbilidad de USA 2001 a 2002

- n= 5554 adultos
- Dx de Depresión Mayor (DSM IV):
  - ❖ PV de 12 meses (Anual): 5.28%
  - ❖ PV de Vida : 13.2%

- Resultados

- ✓ Mayor RR en Mujeres (17%)
- ✓ RR distribuido en toda edad
- ✓ Mayor RR en Sep/divorciado(18%)

Table 1. Prevalence of 12-Month and Lifetime DSM-IV Major Depressive Disorder by Sociodemographic Characteristics

Sociodemographic Characteristic	12-Month MDD, % (SE)	Lifetime MDD, % (SE)
Total	5.28 (0.15)	13.23 (0.3)
Sex		
Male	3.56 (0.17)	9.01 (0.27)
Female	6.87 (0.24)	17.10 (0.44)
Race/ethnicity		
White	5.53 (0.17)	14.58 (0.20)
Black	4.52 (0.32)	8.93 (0.48)
Native American	8.80 (1.23)	10.17 (1.75)
Asian or Pacific Islander	4.12 (0.72)	8.77 (0.98)
Hispanic	4.27 (0.44)	9.64 (0.57)
Age, y		
18-29	6.39 (0.35)	12.02 (0.49)
30-44	5.52 (0.26)	14.03 (0.46)
45-64	5.02 (0.20)	15.91 (0.50)
≥65	2.69 (0.22)	8.19 (0.38)
Marital status		
Married or living with someone as if married	4.19 (0.17)	12.07 (0.35)
Widowed, separated, or divorced	7.89 (0.37)	18.80 (0.54)
Never married	6.31 (0.33)	11.99 (0.43)
Education		
Less than high school	5.66 (0.35)	11.32 (0.53)
High school	5.01 (0.24)	12.13 (0.41)
Some college or higher	5.32 (0.19)	14.35 (0.37)

# Depresión y Cannabis

- Estudio del Comorbilidad de USA 2001 a 2002
  - n= 5554 adultos
  - Dx de Depresión Mayor (DSM IV):
    - ❖ PV de 12 meses (Anual): 5.28%
    - ❖ PV de Vida : 13.2%

## ➤ Resultados

**Table 5. Odds Ratios of 12-Month and Lifetime DSM-IV Major Depressive Disorder and Other Psychiatric Disorders**

Psychiatric Disorder	12-Month		Lifetime	
	Unadjusted Odds Ratio (95% Confidence Interval)*	Adjusted Odds Ratio (95% Confidence Interval)†	Unadjusted Odds Ratio (95% Confidence Interval)	Adjusted Odds Ratio (95% Confidence Interval)
Any alcohol use disorder	1.8 (1.6-2.2)	1.8 (1.5-2.2)	1.7 (1.5-1.8)	1.9 (1.7-2.0)
Alcohol abuse	1.3 (1.1-1.6)	1.3 (1.1-1.7)	1.1 (1.2-1.3)	1.2 (1.1-1.3)
Alcohol dependence	2.4 (1.9-3.0)	2.1 (1.7-2.7)	2.1 (1.9-2.3)	1.9 (1.7-2.1)
Any drug use disorder	2.0 (2.0-3.2)	2.2 (1.7-2.9)	2.0 (1.9-2.2)	2.0 (1.9-2.3)
Any drug abuse	1.7 (1.2-2.4)	1.4 (0.9-2.1)	1.7 (1.6-1.9)	1.7 (1.5-1.9)
Any drug dependence	4.7 (3.2-6.8)	3.7 (2.5-5.7)	2.6 (2.2-3.1)	2.5 (2.1-3.1)
Nicotine dependence	2.6 (2.3-2.9)	2.2 (2.0-2.5)	2.3 (2.1-2.5)	2.1 (2.0-2.3)
Any anxiety disorder	5.3 (4.7-6.0)	4.4 (3.9-5.0)	4.5 (4.2-4.9)	3.9 (3.6-4.2)
Panic with agoraphobia	5.0 (3.9-6.1)	4.0 (2.7-6.0)	4.1 (3.2-5.3)	3.3 (2.5-4.2)
Panic without agoraphobia	7.1 (5.5-9.0)	5.4 (4.2-7.0)	3.9 (3.4-4.5)	3.2 (2.7-3.7)
Social phobia	4.9 (4.0-6.0)	4.1 (3.4-5.1)	3.8 (3.3-4.3)	3.4 (3.0-3.9)
Specific phobia	3.0 (2.6-3.5)	2.5 (2.1-3.0)	3.1 (2.8-3.4)	2.6 (2.4-2.9)
Generalized anxiety	10.9 (9.0-13.1)	8.6 (7.1-10.5)	6.9 (6.1-7.9)	5.7 (5.0-6.5)

OR en múltiples

Condiciones:

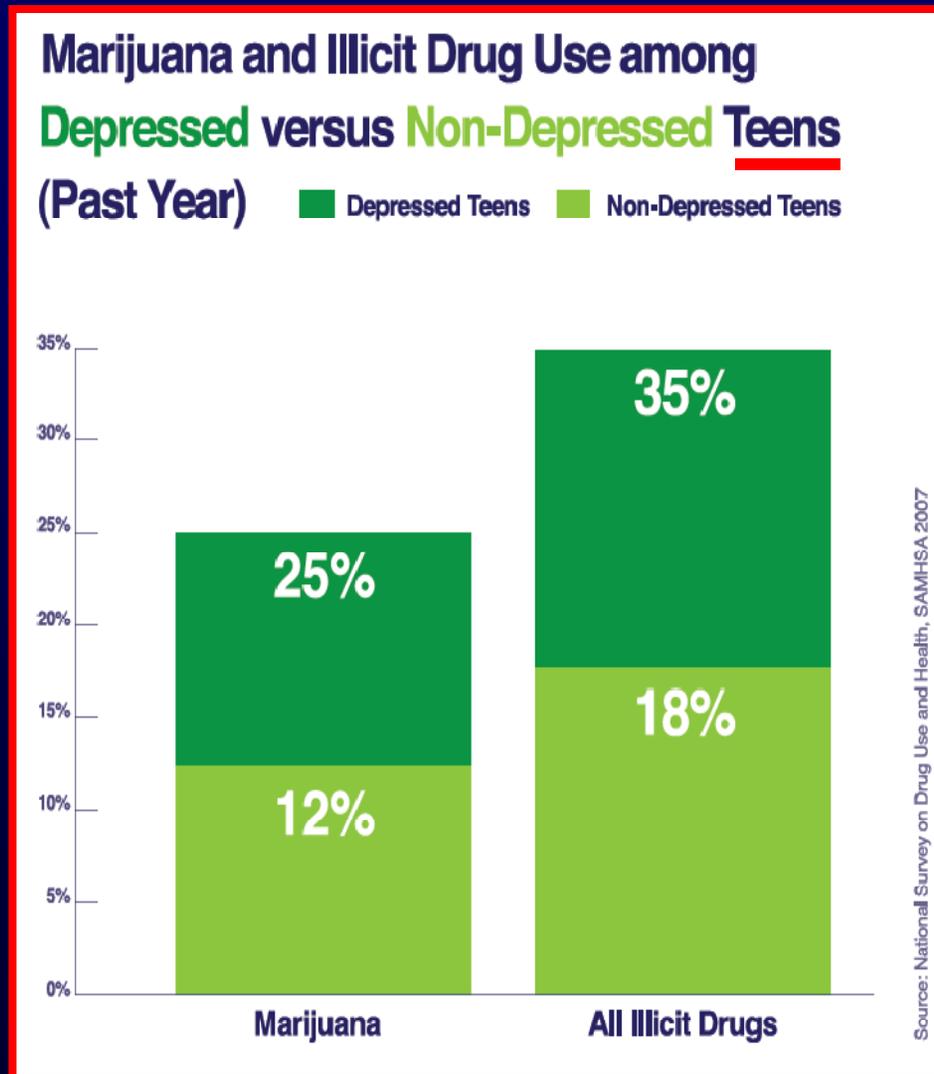
- T. Uso OH
- T. Uso Drog
- T. Nicotina
- T. Ansiedad
  - TAG

# Depresión y Cannabis

Estudio Nacional de Uso de Drogas y Salud USA 2006  
ADOLESCENTES

Otras conductas de RR en  
Adolescentes Deprimidos:

- Uso Cigarrillos **5%** v 3%
- Uso intenso OH **5%** v 2%

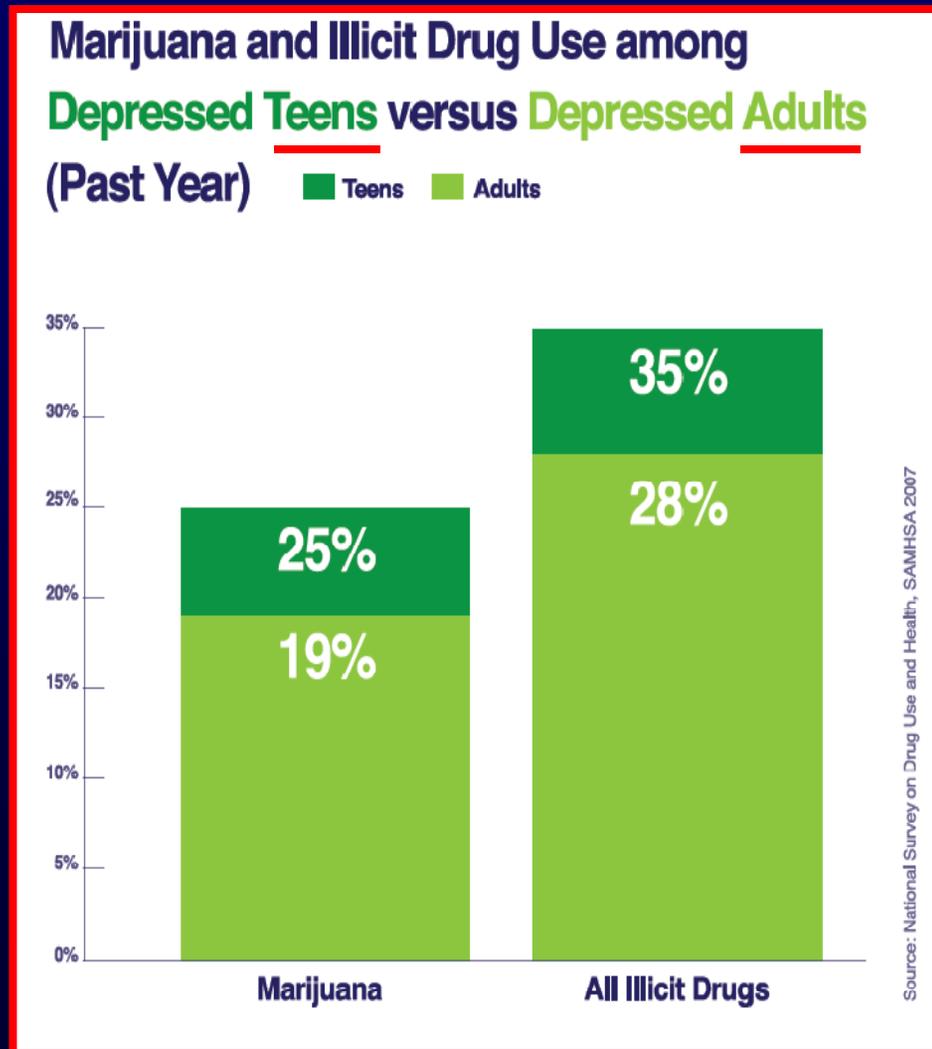


National Survey, USA, 2006 (2007)

ASC/09

# Depresión y Cannabis

- Estudio del Comorbilidad de USA 2006



# Depresión y Cannabis

- Estudio Nacional del Comorbilidad de USA 1995\*
  - Dependientes a Cannabis (DSM-IV) OR de 4.6 más RR de presentar Depresión que los no consumidores o los de abuso de cannabis.
- Estudio Nacional de Comorbilidad USA (2002)\*\*
  - Dx de Dependencia a Cannabis (DSM IV) OR 3.4 más RR de presentar Depresión Mayor que los no consumidores.

# Depresión y Cannabis

- **Estudio Poblacional Peruano INSM 2002\***  
Sub muestra de Consumidores de Cannabis
  - **Adolescentes Lima Metropolitana** n= 911
    - ❖ Prevalencia de Vida Depresión Mayor en consumidores 11% vs 8.6%
  - **Adolescentes de Costa Perú no Lima** n= 2400
    - ❖ Prevalencia de Vida Depresión Mayor en consumidores 16% vs 4.3%
  - **Adultos en Costa No Lima** n= 6555
    - ❖ Prevalencia Anual de Depresión Mayor en consumidores 41.8% vs 5.6%

Estudios sin corrección de variables intervinientes

# Estudios Muestras clínicas

## Depresión y Cannabis

- Troisi y col (1998): **muestra 133** reclutas
  - ❖ La tasa de Trastornos psiquiátricos se correlacionó con dosis:
    - ❑ 83% Dependencia de Cannabis
    - ❑ 46% Abuso de Cannabis
    - ❑ 29% usuarios de Cannabis ocasionales
  - ❖ La severidad de los sxes **depresivos, ansiosos y alexitímicos** se empeoraban conforme se acentuaba la ingesta de Cannabis
- Arendt (2004): **muestra 1439 ( consumidores intens THC)**  
**vs 9122 consumidores de otras drogas**
  - ❖ El uso de cannabis se correlaciono c/sxs depresivos ( $p < 0.001$ )
  - ❖ Además se correlaciono c/ t. personalidad ( $p < 0.0001$ )

# Depresión y Cannabis

## Estudios Prospectivos

# Sxs Depresivos y Cannabis

ECA, 2001

N= 849

Cohorte que  
NO TENÍA  
DEPRESIÓN  
AL INICIO  
ESTUDIO

TABLE 1. Risk Factors for Depressive Symptom Onset Among 849 Participants in the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up Study Who Reported No Depressive Symptoms at Baseline

Baseline Measure	Odds Ratio	95% Confidence Interval
Sociodemographic and clinical data		
Male <sup>a</sup>	1.84	1.30–2.60
Age <sup>b</sup>	0.987	0.977–0.997
Married	1.25	0.89–1.75
White	1.28	0.90–1.82
Grade level	1.02	0.96–1.08
Household income	0.96	0.93–1.00
Number of life events	1.00	0.79–1.26
Number of chronic illnesses	1.03	0.84–1.26
Receipt of mental health treatment	1.69	0.72–3.96
Psychopathological symptoms		
Mania	0.97	0.68–1.39
Obsessions/compulsions	0.33	0.04–3.03
Panic	1.11	0.88–1.40
Phobias	1.01	0.83–1.22
Schizophrenia	1.20	0.73–1.95
Somatization	1.06	0.93–1.20
Antisocial personality	1.18	0.99–1.41
Substance use disorders		
Cannabis <sup>c</sup>	4.00	1.23–12.97
Alcohol	1.50	0.81–2.78
Amphetamines	0.86	0.01–54.59
Barbiturates	0.34	0.02–7.14
Opioids	227.72	0.00–59,049.00

<sup>a</sup> Wald  $\chi^2=11.7$ ,  $df=1$ ,  $p<0.01$ .

<sup>b</sup> Wald  $\chi^2=6.0$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ .

<sup>c</sup> Significant after control for confounding sociodemographic variables (Wald  $\chi^2=5.3$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ ).

# Sxs Depresivos y Cannabis

- Estudio de Seguimiento de ECA (1980)
  - n1= 849 Aquellos **sin sxs depresivos** al inicio
  - n2= 1837 Aquellos de **sin dx de Abuso de cannabis** al inicio
  - re evaluación a los 14 -16 años
  - Sxs Dx DSM III- DIS

## RESULTADOS

- ❖ Riesgo de Sxs Depresivos al Seguimiento:
  - 4 veces más en aquellos con Dx de Abuso de Cannabis vs No Cannabis
- ❖ Riesgo de Abuso de Cannabis al seguimiento
  - No hubo RR de consumo de cannabis en aquellos con sxs depresivos

# Sxs Depresivos y Cannabis

- Estudio de Seguimiento de ECA (1980)
  - n1= 849 Aquellos sin sxs depresivos al inicio
  - n2= 1837 Aquellos de sin dx de Abuso de cannabis al inicio

## RESULTADOS.....

- ❖ Riesgo de Incidencia de Ideación Suicida al Seguimiento:
  - 4 veces más en aquellos con Dx de Abuso de Cannabis vs Sin Cannabis
- ❖ Riesgo de Incidencia de Anhedonia al seguimiento
  - 4 veces más en aquellos con abuso de Cannabis vs no consumidores

# Depresión y Cannabis

- Estudio Holandes a 3 años de seguimiento, 1996.
  - ❖ Estudio Poblacional NEMESIS de **muestra adultos**
  - ❖ **Edad entre 18- 64 años**
  - ❖ Instrumentos: CIDI-DSM III-R
  - ❖ n= 33881 sin Dx de T. Humor al inicio
  - ❖ Resultados al seguimiento:
    - El **RR** de **cualquier T Afectivo** fue **elevado** para **consumos de diario y semanal**, pero no a patrones más bajos de consumo.
    - Tras ajuste de **Variables de confusión**, el **RR** de **Depresión Mayor** fue **OR** de **1.62 (1.06-2.48)**

Problema: Seguimiento muy corto

# Depresión y Cannabis

- Estudio Australiano, Estado Victoria, 1996.
  - ❖ Estudio de 6 años seguimiento escolares 44 colegios
  - ❖ Edad inicial 14-15 años (1992-1998) hasta los 20s
  - ❖ Instrumentos: Computarizado clínico revisado CIS-R
  - ❖ n= 1601 estudiantes
  - ❖ Resultados al seguimiento:
    - A los 20 años 60% de escolares habían probado Cannabis
    - A los 20 años había un 7% de consumidores diarios
    - Uso diario se asocio a RR de Depresión y Ansiedad solo en mujeres OR 5.6 (2.6-12)
    - El consumo de Cannabis semanal o mas al inicio OR 1.9 (1.9-3.3) Depresión y ansiedad al seguimiento.
    - En contraste la depresión y ansiedad al inicio del seguimiento NO SE ASOCIO CON CONSUMO ULTERIOR DE CANNABIS

# Depresión y Cannabis

- Estudio Australiano, Estado Victoria, 1996....

**Table 1** Prevalence of depression and anxiety according to cannabis use by sex in 1590 young adults in wave 7 (n=1601) of the Victorian adolescent health cohort study

Frequency of cannabis use in previous 12 months	Men			Women		
	No	% (95% CI)	Odds ratio* (95% CI)	No	% (95% CI)	Odds ratio* (95% CI)
None to <5 times ever	523	9 (6 to 11)	(1)	744	19 (17 to 22)	(1)
5 times ever to less than weekly	62	10 (2 to 17)	1.1 (0.46 to 2.8)	46	17 (6 to 29)	0.87 (0.40 to 1.9)
1 to 4 times per week	73	12 (5 to 20)	1.5 (0.70 to 3.2)	32	31 (14 to 48)	1.9 (0.87 to 4.1)
Daily	73	15 (7 to 23)	1.9 (0.93 to 3.8)	37	68 (52 to 83)	8.6 (4.2 to 18)

# Depresión y Cannabis

- Estudio Nueva Zelanda,(2002) Fergusson y col.

- ❖ Cohorte desde nacimiento seguida hasta los 21 años
- ❖ Muestra de 1265
- ❖ Metodología: estudio anuales con mediciones de :
  - Curso psicosocial: violencia delincuencial/propiedad
  - depresión, ideación suicida, uso de otra drogas ilegales

- ❖ RESULTADOS:

- ❑ Uso de Cannabis se asoció con TODOS LAS VARIABLES al seg.
- ❑ Al controlar as variables de confusión se redujo la fuerza de la asociación.
- ❑ La asociación con las variables fue mayor en consumidores jóvenes (14-15 años) que en mayores (20-21).
- ❑ La asociación entre consumo de cannabis y depresión no varió c/ edad.

# Depresión y Cannabis

- Estudio Dunedin,(2002) Arseneault y col.
  - ❖ Cohorte desde nacimiento seguida hasta los 26 años
  - ❖ Muestra de 759
  - ❖ Metodología: DSM IV
  - ❖ RESULTADOS:
    - El consumo de Cannabis a los 18 años predice el desarrollo de depresión a los 26 años.

## Estudio de Cohorte nacimiento Hayatbaskhsh (2007)

- ❖ muestra de 3239 jóvenes australianos
- ❖ estudio longitudinal desde nacimiento hasta 21 años
- ❖ Sujetos que iniciaron ANTES 15 años y con.. hasta 21 años tuvieron:
  - 3.4 veces mayor RR de Depresión Mayor , a pesar de controlar otras variables como consumo de otras drogas, variables personales o familiares.

# Depresión y Cannabis

- Estudio Australiano, 2001.
  - ❖ Estudio Poblacional de muestra adolescentes
  - ❖ Edad entre 13- 17 años
  - ❖ Instrumentos: Instrumento Autoaplicado de Adolescentes (Achenbach,1991)= **YSR**
    - Cuestionario de Salud Infantil (Landgraf,1996)=**CHQ**
    - Escala autoaplicada de Depresión (Centro para los estudios epidemiológicos de la depresión (Radloff,1977)=**CES-D**
    - Escala de Conducta de Riesgo de Adolescentes=**YRBQ**
  - ❖ n= 1490 pérdida de muestra 15% **n final=1261**

# Depresión y Cannabis

- Estudio Australiano, 2001.

## RESULTADOS

Table 1  
PV DE uso de cannabis en adolescentes por edad/genero

Age	Males		Females		Total	
13	9/121	(7%)	9/128	(7%)	18/249	(7%)
14	22/145	(15%)	36/156	(23%)	58/301	(19%)
15	32/127	(25%)	36/141	(26%)	68/268	(25%)
16	51/134	(38%)	58/149	(39%)	109/283	(39%)
17	33/72	(46%)	33/88	(38%)	66/160	(41%)
Total	147/599	(25%)	172/662	(26%)	319/1261	(25%)

Depresión mayor/Distimia: 8.2%

T. Déficit de Atención: 7.1%

T. Conducta: 2.4%

# Depresión y Cannabis

- Estudio Australiano, 2001....

**Table 2** Behavioural and emotional problems (mean scores) according to cannabis use in the past month

Measure	Not at all	Once or twice	Three or more times
<i>Parent (CBCL)</i>			
Total problems***	16.2	21.6	23.9
Externalising***	5.6	7.9	10.9
Internalising	5.2	6.7	5.9
<i>Narrow-band syndromes</i>			
Anxious/depressed	2.0	2.9	3.2
Somatic complaints	1.4	1.8	1.7
Social problems	1.1	1.2	0.9
Withdrawn	1.6	2.0	2.0
Thought problems	0.3	0.4	0.4
Attention problems**	2.0	2.9	3.2
Aggressive	7.4	10.9	12.1
Delinquent***†	1.4	2.3	3.7
<i>Youth (YSR)</i>			
Total problems***	33.6	50.8	54.4
Externalising***	10.3	17.2	19.7
Internalising***	10.4	15.0	15.1
<i>Narrow-band syndromes</i>			
Anxious/depressed***	4.9	7.8	7.4
Somatic complaints***	2.9	3.9	4.1
Social problems	2.2	2.7	2.4
Withdrawn***	2.8	4.1	4.3
Thought problems***	1.5	2.2	2.7
Attention problems***	4.1	6.4	6.5
Aggressive***	7.4	10.9	12.1
Delinquent***	2.7	5.3	6.3
Depression (CES-D)***	9.6	17.6	16.3

# Conducta Suicida y Cannabis

Andreassen y Allebeck (1990)

- Estudio cohorte de 45 570 soldados suecos
- Seguimiento por 15 años
- Resultados:
  - ❖ Sujetos con alto consumo de cannabis (> 50 veces) tenían un OR de 4 de RR suicida SIN CONTROL de variables de confusión, al controlarlas ese bajaba a 3.6 de conductas suicidas

Zubrick,S.(1995) Australia

- Estudio poblacional en adolescentes (12-16 años)
- RR ideación suicida 33% c/consumo THC vs 13% No consumo
- RR de conducta(intento/conducta autolesiva) en últimos 6 m 41% vs 17%

# Conducta Suicida y Cannabis

Cohorte adolescentes Estado Victoria (Australia)\*

- Estudio cohorte de 2066
- Edades 15 y 16 años
- Resultados: Con métodos de regresión logística:
  - ❖ Uso semanal de cannabis se OR 5 para conducta autolesivas sólo en mujeres más no en varones
  - ❖ usando métodos de regresión logística para control de variables de confusión la morbilidad psiquiátrica fue variable de mayor fuerte asociación.

Beautrais (1999) Nueva Zelanda

- Estudio casos y controles: 302 casos de intento suicida severo vs 1028 contr com.
- 16.2% tenían DX dependencia a Cannabis (DSMIII-R) vs 1.9% controles
- Al controlar variables sociodemográficas, factores de infancia y morb psiquiatrica concurrente el OR no fue significativo. Es decir la conducta suicida por otras vari.

\* Patton y col (1990)

# Conducta Suicida y Cannabis

## Borges y col. (2000)

- Estudio poblacional USA Comorbilidad con método estad., de regresión múltiple controlando variables sociodemográficas y trastornos mentales encontró:  
**Correlación positiva entre grado de consumo cannabis y RR suicida:**
  - ❖ Sujetos con **uso de cannabis** tenían un **OR** de **2** (1.5-2.6)
  - ❖ Sujetos con **abuso de cannabis** tenían **OR** de **2.6** (1.7-4.8)
  - ❖ Sujetos con **dependencia a cannabis** **OR** de **2.7** (1.3-5.5)

## Linskey y col (2004) Estudio transversal. Regis. Austral. Gemelos 1964-71

- **Muestra de gemelos varones : 277 pares discor de Dependencia a Cannabis y 311 discor al uso temprano < de los 17 años**
- **Edad Promedio: 33 años Controlando variables confusión:**
- **Aquellos c/ Depend a cannabis: OR 2.5 -2.9 Ideación (50%vs 30%) e intento suicida (13%) vs No depen (5.1%)**
- **Además aquellos c/ Depen a Cannabis OR para TDMY (49% vs 23%)en DZ no MZ**
- **Aquellos uso no dependiente precoz (<17 años) de cannabis OR de 3.3 a intento suicida**

Andreassen y col (1990)

ASC/09

# **IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN LA FD\***

- 1. CLARIDAD DIAGNÓSTICA**
- 2. CURSO Y PRONÓSTICO VARIADO**
- 3. EFICACIA Y NECESIDADES  
TERAPÉUTICAS**
- 4. MAYOR MORBILIDAD Y MORTALIDAD**

\* SULLIVAN,1988; BURKSTEIN,1989; DRAKE, 1989; HANSON,1990;  
SEDERER,1990; SALLOUM,I., 1997

*ASC/09*

# **IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN LA FD\***

- 5. INCREMENTO DE CONDUCTA SUICIDA**
- 6. INCREMENTO DE CONDUCTA VIOLENTA y  
HOMICIDA**
- 7. DEFENSA MÉDICO LEGAL**
- 8. MAYOR HOSPITALIZACIÓN Y MAYOR  
TIEMPO DE ESTADÍA**
- 9. MAYOR COSTO**

\* SULLIVAN,1988; BURKSTEIN,1989; DRAKE, 1989; HANSON,1990;  
SEDERER,1990; SALLOUM,I., 1997

*ASC/09*

# Síndromes Depresivos y Uso de Cannabis

## FACTORES CONTRIBUYENTES A LOS DIVERSOS CUADROS DEPRESIVOS Y USO DE CANNABIS

Anteced, fam de cuadros afectivos, experiencias Traumáticas en infancia, estresores tanto agudos como crónicos que estén contribuyendo al cuadro, al igual que el consumo asociado de drogas, y la pérdidas objetales recientes, exclusión social.

### Comorbilidad Asociada y Síndromes Depresivos

- Trastorno externalizadores
- Trastornos Ansiosos esp TAG

### ABSTINENCIA por Otras Drogas

Estimulantes :

- Anfetaminas ( esp. 1r sem)
- Cocaína ( 1rs semanas)
- Opiáceos

### INTOXICACIÓN por Otras Drogas

- ALCOHOL
- BARBITÚRICOS
- BENZODIAZEPINAS

\*Saavedra, A. (1997); Jerí, F

# **ABORDAJES en la COMORBILIDAD entre consumo de Cannabis y Depresión**

- **MODELOS SECUENCIALES**
- **MODELOS INTEGRADOS**

*\*Goldsmith, R.,1999;USDHHS,Assessment And Treatment Of Patients With Coexisting  
Mental Illness And Alcohol And Other Drug Abuse, Tips,9,2000*

## **Principios Generales Del Abordaje De Pacientes Dependiente a Cannabis Con Depresion Mayor(\*)**

- 1. Prioridad principal es la abstinencia total del uso de SPA**
- 2. Es más probable que requiera hospitalización por riesgo más elevado suicida.**
- 3. RR Suicida debe ser monitorizado muy de cerca en primeras semanas de administración del antidepresivo por riesgo de activación motora e impulsos suicidas.**
- 4. Menos prono a cumplir con esquema de tratamiento y por ende a convertirse en Depresión Refractaria**
- 5. El tratamiento de la condición afectiva por lo general disminuye consumo de SPA.**
- 6. Se recomienda en lo posible desintoxicación del paciente antes de iniciar el Tx Antiderpesivo Psicofarmacológico.**

**(\*)** APA, 2000; Ziedonis,D.,1997;Goldsmith,R.,1999)

## **Principios generales del abordaje de pacientes con Dependencia a Cannabis con depresión mayor(\*)**

- 6. Los Antidepresivos recomendados : TCA-ISRS-ISRSN-BUPROPION.**
- 7. El antec. de Hist. Fam. (+) de T. Depres. Mayor o una Hist. personal (+) de Trast. Depresivo durante períodos de sobriedad aumentan la probabilidad que el paciente se beneficie de un Tx antidepresivo psicofarmacológico.**
- 8. El abuso y dependencia de estimulantes predisponen a interacciones tóxica con IMAOs**
- 9. El uso de Bz y otros sedantes hipnóticos predisponen al paciente con un mayor RR de de la dependencia a las Bz, en caso de dependencia asociada iniciar protocolo para desintoxicación progresiva de Bzs.**
- 10. Evitar confrontaciones fase aguda**
- 11. Apenas mejora --> Programa de Fd + Afronete psicoterap. Consejería, Cognitivo conductual, Interpersonal.**
- 12. Diátesis Afectiva-vulnerabilidad Estrés y a Alta EE Familiar-Psicoeducación**

(\*) APA, 2000:

# CONCLUSIONES

1. La relación entre el consumo de cannabis y los variados síndromes depresivos es bastante compleja en virtud de que el consumidores de cannabis no son puros, los factores tanto de drogas asociadas como comorbilidad y factores psicosociales contribuyen de manera significativa al desarrollo de cuadros depresivos.
2. Los estudios tanto transversales como prospectivos se han centrado predominantemente a Depresión Mayor, habiendo muy pocos estudios vinculados a otros cuadros depresivos, v.gr. Distimia, Depresión Doble, Tras. Afectivo inducido por cannabis, vacíos que son importantes estudiarlos en investigaciones futuras.
3. Desde la perspectiva de investigación, es importante considerar que para el estudio de trastornos depresivos y cannabis es imprescindible hacer uso de métodos estadísticos complejos del tipo de regresión múltiple, para el control de el peso de las diversas variables en los OR respectivos.
4. En cuanto a los cuadros depresivos, los estudios sobre cuadros de abstinencia y cannabis revelan que su prevalencia esta por encima del 30% de los casos y la presencia de sxs depresivos es factible en ese período.

# CONCLUSIONES

5. Los estudios poblacionales transversales en diversas latitudes tanto en America como en Europa revelan que los consumidores de cannabis tienen mayor riesgo significativo de hacer trastornos depresivos vs los no consumidores o los consumidores leves.
6. Los estudios prospectivos tanto americanos como europeos han mostrado que el consumo de cannabis durante el seguimiento se asocia al desarrollo de cuadros depresivos.
7. Los estudios tanto poblacionales como de cohortes han evidenciado que los trastornos depresivos si bien se asocian al consumo de cannabis con correlación de intensidad de consumo, también se asocian con otras variables particularmente la comorbilidad tanto externalizadora como internalizadora, en especial los trastornos de ansiedad.
8. La conducta suicida en términos de ideación e intento suicida también se ha asociado de manera significativa tanto en estudios transversales, pero en especial los prospectivos al consumo intenso de cannabis o la dependencia de la misma.
9. Del mismo modo la conducta suicida se asocia no sólo al consumo, sino a otras variables tanto de comorbilidad como psicosociales.

# CONCLUSIONES

10. El abordaje del paciente dependiente a cannabis con depresión debe ser integral, mediante un esquema integrado, abordando el cuadro depresivo desde sus antecedentes familiares afectivos, factores de riesgo de primera Infancia, estresores tanto agudos como crónicos que estén contribuyendo al cuadro, al igual que el consumo asociado de drogas, la comorbilidad no afectiva previa y la pérdidas objetales recientes, con la finalidad de determinar el tipo de trastorno depresivo y con ello el esquema tanto psicoterapéutico como psicofarmacológico apropiado.