

Francisco Arias<sup>1</sup>  
Nestor Szerman<sup>2</sup>  
Pablo Vega<sup>3</sup>  
Beatriz Mesias<sup>3</sup>  
Ignacio Basurte<sup>2</sup>  
Consuelo Morant<sup>4</sup>  
Enriqueta Ochoa<sup>5</sup>  
Félix Poyo<sup>6</sup>  
Francisco Babin<sup>7</sup>

# Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría  
Hospital Doce de Octubre. Madrid

<sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría  
Hospital General Gregorio Marañón. Madrid

<sup>3</sup>Instituto de Adicciones. Madrid

<sup>4</sup>Oficina Regional de Salud Mental. Madrid

<sup>5</sup>Servicio de Psiquiatría  
Hospital Ramón y Cajal. Madrid

<sup>6</sup>Unidad de Alcoholología  
Hospital Rodríguez Lafora. Madrid

<sup>7</sup>Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.  
Madrid

**Objetivos.** El consumo de cannabis se ha asociado con una amplia variedad de trastornos mentales, destacando el posible papel causal de dicho consumo en la etiología de trastornos mentales graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Además el sistema cannabinoide está implicado en la regulación emocional, por lo que el consumo de cannabis también puede alterar dicha regulación y asociarse con trastornos de ansiedad y depresivos. El objetivo de este estudio es analizar el subgrupo de adictos a cannabis procedentes del estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual en varios dispositivos asistenciales.

**Material y métodos.** La muestra está constituida por 837 sujetos en tratamiento en la red de salud mental o en la red de drogas de la Comunidad de Madrid, de los cuáles 353 tenían un diagnóstico de abuso o dependencia de cannabis a lo largo de la vida y 357 tenían otros trastornos por uso de sustancias pero no cannabis. Se usó la entrevista MINI (*Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*) para el diagnóstico de los trastornos mentales del eje I y el cuestionario PDQ (*Personality Disorder Questionnaire*) para la valoración de los trastornos de personalidad.

**Resultados.** Se consideró que un 76,5% de los adictos al cannabis tenían un diagnóstico dual en el momento actual, destacando la prevalencia de los trastornos del humor y de ansiedad. El 51% de los adictos a cannabis tenían un diagnóstico de trastorno de la personalidad. La mayoría tenían varios diagnósticos de trastornos por uso de sustancias. Los sujetos con abuso o dependencia de cannabis tenían un inicio más precoz en el consumo de otras drogas como el alcohol, la cocaína y el tabaco que el resto de los adictos. Igualmente este subgrupo se diferenció del resto de los adictos por su asociación con el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno bipolar, la psicosis y la agorafobia. La presencia de estos trastornos mentales se asoció de forma

significativa con una edad de inicio más precoz en el consumo de cannabis.

**Conclusiones.** La presencia de patología dual es muy elevada en adictos en tratamiento que tienen dependencia de cannabis y dicho consumo, posiblemente en el contexto de un patrón de policonsumo, se asocia con trastornos mentales graves como la psicosis y el trastorno bipolar. Una edad de inicio más precoz en el consumo de cannabis se asocia con más riesgo de presentar dichos trastornos mentales.

**Palabras clave:** Abuso de cannabis, Dependencia de cannabis, Patología dual, Psicosis, Trastorno bipolar

*Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(2):122-9

## Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence

**Objectives.** Cannabis use has been associated to a wide variety of mental disorders, the possible causal role of this use in the etiology of severe mental disorders as schizophrenia or bipolar disorder standing out. Moreover, the cannabinoid system is involved in emotional regulation, so cannabis use could disturb this process and provoke anxiety and mood disorders. The main objective of this study was to analyze the cannabis addict subgroup from Madrid study of prevalence of dual disorders in community mental health and substance misuse services.

**Material and methods.** The sample consisted of 837 outpatients under treatment in the mental health network or drug network of the Community of Madrid (Spain). Of these, 353 subjects had a lifetime diagnosis of cannabis abuse or dependence and 357 subjects did not have cannabis substance use disorder. We used the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) to evaluate axis I mental disorders, and Personality Disorder Questionnaire to evaluate personality disorders.

Correspondencia:  
Francisco Arias  
CSM Villaverde  
C/ Totanes 1  
28041 Madrid  
Tlfno: 917955546  
Correo electrónico: farias1012@gmail.com

**Results.** It was considered that 76.5% of the cannabis addicts had a current dual disorder. The most prevalent ones were mood and anxiety disorders. Of those addicted to cannabis, 51% had a personality disorder. Most of them had several substance use disorders. Cannabis abuse or dependence subjects had an earlier onset in consumption of other drugs such as alcohol, cocaine, and tobacco than addicts without cannabis abuse or dependence. The cannabis addicts also differed from the other addicts because of an association to antisocial personality disorder, bipolar disorder, psychosis and agoraphobia. The presence of these mental disorders was significantly associated to a lower age at initiation of cannabis use.

**Conclusions.** Dual pathology is very high in cannabis addicts under treatment. Said consumption of cannabis, probably within a polysubstance use pattern, is associated to severe mental disorders as psychosis and bipolar disorder. An earlier age of onset in cannabis use is associated to a greater risk of said mental disorders.

**Key words:** Cannabis abuse, Cannabis dependence, Dual pathology, Psychosis, Bipolar disorder

## INTRODUCCIÓN

La patología dual se define como la presencia de un trastorno adictivo y un trastorno mental en un individuo, dentro de un periodo concreto. Dicha comorbilidad es habitual como señalan importantes estudios epidemiológicos en población general<sup>1,2</sup>, e igualmente en muestras clínicas<sup>3</sup>. La comorbilidad se asocia con un mayor uso de servicios sanitarios, fenotipos distintos, mayor gravedad del cuadro, mayor discapacidad funcional y peor curso evolutivo<sup>3</sup>.

Disponemos de escasos datos de la prevalencia de patología dual en población española y sobre la distribución de esta entre las dos redes asistenciales principales en su asistencia, la red de drogas y la de salud mental. El conocimiento sobre la distribución de la patología dual y las características de estos sujetos puede ayudar a optimizar los recursos sanitarios.

El consumo de cannabis, al igual que el de cocaína y alcohol, se asocia con una amplia variedad de trastornos mentales. Los diversos estudios en población general y clínica así lo señalan<sup>4-6</sup>. De forma específica, varias cohortes estudiadas sugieren que el consumo de cannabis puede ser un factor de riesgo de esquizofrenia<sup>7,8</sup>. Dicho posible papel causal también se sustenta al observar que el inicio precoz en el consumo de cannabis adelanta la edad de inicio de la psicosis<sup>9</sup>. Igualmente van surgiendo datos que indican también un posible papel causal para los trastornos bipolares<sup>10,11</sup>. Por otro lado, el consumo de cannabis puede alterar el adecuado funcionamiento del sistema cannabinoide endógeno,

cuyo papel es destacado en la regulación emocional y la respuesta al estrés<sup>12</sup>.

Dada la escasa demanda asistencial de estos pacientes es difícil valorar la relación con los trastornos mentales en adictos al cannabis que solicitan tratamiento. En el estudio piloto sobre el estudio de la prevalencia de patología dual realizado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), se observó una asociación de la dependencia de cocaína y de alcohol con la presencia de trastornos mentales, pero no se analizaron los datos para los dependientes de cannabis por el escaso tamaño muestral<sup>13</sup>. Dicho estudio piloto sirvió para diseñar un estudio de prevalencia de la patología dual con una muestra más amplia. El objetivo principal fue cuantificar la prevalencia de los distintos tipos de patologías incluidas dentro del complejo "patología dual" (trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias) en las dos redes implicadas de la Comunidad de Madrid. El diseño y algunos resultados globales del estudio han sido previamente publicados<sup>14</sup>. En el presente trabajo presentamos los datos referentes a los pacientes con criterios de abuso o dependencia de cannabis.

## METODOLOGÍA

### Muestra

Los pacientes fueron seleccionados consecutivamente por sus propios terapeutas en los centros de tratamiento de drogas (CAID y CAD: Centros de atención a las drogodependencias de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid respectivamente) y en los centros de salud mental (CSM) de la Comunidad de Madrid. Por lo tanto, se podían incluir tanto pacientes que acudían por primera vez como pacientes en revisión. Participaron 81 entrevistadores (psiquiatras, psicólogos o médicos generales con amplia experiencia en adicciones) de 64 centros de drogas de la Comunidad de Madrid y de 17 centros de salud mental. Todos los entrevistadores recibieron entrenamiento en la administración de la entrevista estructurada. Los participantes firmaron un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Ética del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. El porcentaje de participación fue del 87,2%.

La Red de Servicios de Salud Mental y Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, presta atención especializada a la población con criterios de accesibilidad y garantía en la continuidad de los cuidados sanitarios y sociosanitarios a lo largo de todo el proceso de enfermedad. La vía de acceso a los servicios de Salud Mental por parte de la población, salvo en los casos de necesidad de atención urgente, son los Servicios Ambulatorios de Salud Mental (56 Centros de Salud Mental de Distrito), a los que se accede mediante derivación fundamentalmente desde la Atención Primaria de

Salud. El número de casos tratados en la Red de Salud Mental en el año 2007 fue de 159.881, lo que supone una tasa de 2.169 casos por 100.000 habitantes. Por su parte, la vía de acceso más frecuente a los Centros de Atención a las Drogodependencias es la propia demanda espontánea dirigida a ellos, seguida de la derivación desde recursos de captación, atención básica sociosanitaria y sensibilización para el tratamiento. Dicha demanda se dirige, con criterios territoriales, a los 38 centros ambulatorios existentes en esta Red. El número de casos tratados en la Red de Drogodependencias en el año 2007 fue de 19.659 pacientes, lo que supone una tasa de 266,70 casos por 100.000 habitantes.

## Método

Se elaboró un Cuaderno de Recogida de Datos elaborado a partir de las aportaciones recogidas en el estudio piloto mencionado sobre las variables más informativas y de mayor interés clínico en el momento del análisis. Para establecer la presencia de trastornos mentales se utilizó la entrevista estructurada *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI) que permite diagnósticos según criterios DSM-IV y CIE-10 (Sheehan y Lecrubier, versión 5.0, Fernando L, Bobes J, Gubert J, Soto M, Soto O, 2000). Es una entrevista que permite explorar los principales trastornos psiquiátricos del eje I actuales y a lo largo de la vida. Se ha comparado con entrevistas más largas como el SCID-I y el CIDI con puntuaciones de validez y fiabilidad aceptablemente elevadas, pero requiere menos tiempo de aplicación y un breve entrenamiento para los entrevistadores clínicos<sup>15-18</sup>. Para aquellos trastornos mentales que dicho instrumento no valora a lo largo de la vida, estos se exploraron a través de la entrevista clínica.

Para establecer el diagnóstico de los trastornos de personalidad se utilizó la escala PDQ4+ (*Personality Disorder Questionnaire*) (Adaptación Española de Calvo et al.<sup>19</sup>). Este instrumento combina la rapidez y comodidad de uso de un cuestionario autoadministrado con el control del efecto de la sintomatología de estado de una entrevista. Es un buen instrumento de cribaje a nivel clínico, se comporta como una buena herramienta diagnóstica siguiendo los criterios DSM-IV cuando se administra la escala de significación clínica.

## Análisis estadístico

Se calcularon en todas las variables los parámetros descriptivos: media y desviación estándar (DE) en las cuantitativas que se ajusten a una distribución normal (test de Shapiro-Wilk) y en las que no se ajustan, la mediana y el rango intercuartílico. Las variables cualitativas se expresan mediante frecuencias relativas porcentuales. La comparación entre dos grupos se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) o la prueba exacta de Fischer si procedía para las variables categóricas y mediante la prueba t de Student o la U de Mann-Whitney para

las variables cuantitativas. La variable principal se calcula en el intervalo de confianza para un 95% de seguridad. Los test se consideran significativos si la  $p < 0,05$ .

Para evaluar los factores que puedan influir en las diferencias en la presencia de trastornos mentales entre grupos se aplica un modelo multivariante de regresión logística que incluye todos aquellos factores que pueden influir en la variable independiente. Las variables cualitativas policotómicas se transforman en las variables "dummy" estableciéndose la de menor riesgo como la de referencia. Así mismo se testa la linealidad de las variables cuantitativas. Como criterios de selección del modelo se incluyen los parámetros que alcancen una  $p < 0,1$  y como criterio de salida se establece  $p < 0,05$ ; aunque se mantienen todos aquellos factores de confusión que modifiquen su  $\beta$  o el de los otros parámetros en más de un 20%. Además se testan las correspondientes interacciones, incluyéndose sólo las significativas. En caso de presencia de linealidad o colinealidad, se muestran los datos estratificados ajustados por las principales posibles variables de confusión. El análisis estadístico se genera mediante el programa SPSS v.17.

## RESULTADOS

Se incluyeron 837 pacientes: 208 (24,9%) procedían de CSM y 629 (75,1%) de CAID y CAD. La precisión alcanzada para el total de la muestra (drogas y salud mental) es de  $\pm 3,38\%$  ( $d=0,0338$ ). La precisión alcanzada para la subpoblación de salud mental es de  $\pm 5,59\%$  ( $d=0,0559$ ). La precisión alcanzada para la subpoblación de drogodependientes es de  $\pm 3,74\%$  ( $d=0,0374$ ).

Del total de 837 pacientes evaluados, 710 tenían algún diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (TUS) a lo largo de la vida (incluyendo el alcohol y excluyendo el tabaco). Había 127 sujetos (26,5%) sin TUS. Respecto al trastorno por uso de cannabis, 353 pacientes tenían un diagnóstico a lo largo de la vida (abuso o dependencia), de los cuáles 133 presentaban abuso o dependencia de cannabis actual. Sólo 20 sujetos presentaban diagnóstico de abuso o dependencia de cannabis a lo largo de la vida sin otros TUS asociados (5,7% del total de sujetos con TUS con consumo de cannabis), por lo que en el análisis se incluyeron todos aquellos con diagnóstico de trastorno por uso de cannabis aunque tuvieran otros TUS asociados. La tabla 1 recoge las características sociodemográficas de los pacientes con trastorno por uso de cannabis a lo largo de la vida.

## Prevalencia de trastornos duales en adictos con trastorno por uso de cannabis

La tabla 2 refleja la distribución de los trastornos mentales comórbidos a lo largo de la vida. Se consideró que existía pa-

Tabla 1	Características de los pacientes con trastorno por uso de cannabis a lo largo de la vida (n= 353)	
Edad (años)	35,2 (DE 8,6)	
Varón	306 (86,7%)	
Soltero	229 (66,6 %)	
Casado	67 (19,5%)	
Estudios primarios	162 (46,4%)	
Secundarios	140 (40,1%)	
Universitarios	34 (9,7%)	
Activo laboralmente	151 (43%)	
Convivencia con familia origen	166 (47,3%)	
Convivencia con familia propia	88 (25,1%)	
Procedencia:		
Salud Mental	33 (9,3%)	
Centros de drogodependencias	320 (90,7%)	
Patología médica	130 (37%)	
Hepatitis	101 (28,6%)	
VIH	44 (12,5%)	

DE= Desviación estándar

Tabla 3	Trastornos de personalidad en pacientes con trastorno por uso de cannabis a lo largo de la vida	
	N	%
Presencia de Trastornos de personalidad	180	51,0
T. paranoide	69	19,5
T. esquizoide	22	6,2
T. esquizotípico	36	10,2
T. antisocial	69	19,5
T. Limite	70	19,8
T. Histriónico	22	6,2
T. Narcisista	24	6,8
T. por evitación	65	18,4
T. dependiente	25	7,1
T. obsesivo	53	15,0
T. pasivo-agresivo	41	11,6
T. depresivo	71	20,1
Número de diagnósticos de TP	1,6 (DE=2,3) [0-12]	

Tabla 2	Trastornos mentales (eje I) a lo largo de la vida en los sujetos con trastorno por uso de cannabis a lo largo de la vida (N=353)	
	N	%
Presencia de patología dual*	270	76,5
Presencia de un trastorno del eje I actual (sin T. Personalidad)	226	64,0
Diagnóstico de un trastorno mental pasado	101	28,6
Diagnósticos psiquiátricos a lo largo de la vida		
Episodio Depresivo Mayor	92	26,1
Trastorno Distímico	72	20,4
Riesgo de suicidio (valorado con la MINI)	116	32,9
Trastorno bipolar	90	25,5
Trastorno de angustia	89	25,2
Agorafobia	44	12,5
Fobia social	39	11,0
Trastorno obsesivo compulsivo	34	9,6
Trastorno por estrés postraumático	20	5,7
Trastornos psicóticos	43	12,2
Bulimia	6	1,7
Trastorno de ansiedad generalizada	77	21,8
Número de diagnósticos de trastornos mentales	1,5 (DE=1,7) [0-7]	

\*Se consideró que existía patología dual si existía la presencia de un diagnóstico de trastorno mental actual establecido por la MINI y/o un diagnóstico de trastorno de personalidad a través del cuestionario PDQ.

Tabla 4	Trastornos mentales actuales del eje I en sujetos con abuso o dependencia actual de cannabis (n=135)	
	N	%
Trastorno mental actual (MINI)	88	66,2
Episodio Depresivo Mayor	26	19,5
Distimia	19	14,3
Riesgo suicidio	40	30,1
Trastorno bipolar	39	29,3
Trastorno angustia	31	23,3
Agorafobia	21	15,8
Fobia Social	14	10,5
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	11	8,3
Trastorno por Estrés Postraumático	6	4,5
Psicosis	16	12
Bulimia	2	1,5
Trastorno por Ansiedad Generalizada	32	24,1

tología dual si existía la presencia de un diagnóstico de trastorno mental actual establecido por la MINI y/o un diagnóstico de trastorno de personalidad a través del cuestionario PDQ. La Tabla 3 indica la distribución de los trastornos de personalidad en los pacientes con abuso o dependencia de cannabis a lo largo de la vida. La tabla 4 refleja los diagnósticos actuales de trastornos del eje I por medio de la entrevista MINI en los sujetos con abuso o dependencia de cannabis actual.

**Tabla 5** Edad de inicio en el consumo de cannabis y presencia de trastornos mentales y edad de inicio de otros consumos en adictos al cannabis

	Edad inicio consumo cannabis (DE) (en años)		
	Presencia del trastorno	Ausencia del trastorno	p
Agorafobia	14,9 (3,3)	16,3 (4,4)	0,05
Trastorno bipolar	15,5 (3,3)	16,4 (4,5)	0,05
Psicosis	14,6 (3,6)	16,4 (4,4)	0,02
Trastorno antisocial de la personalidad	15,0 (4,25)	16,4 (4,3)	0,01

  

	Edad de inicio de otros consumos en adictos a cannabis (en años)		
	Adictos a cannabis	No adictos a cannabis	p
Alcohol	15,1 (4,1)	17,5 (6,9)	0,001
Cocaína	19,8 (5,5)	22,6 (7,4)	0,001
Tabaco	13,9 (2,9)	14,9 (3,6)	0,001

### Comparación entre los sujetos adictos con trastorno por uso de cannabis y el resto de los sujetos adictos

La mayoría de los sujetos con trastorno por uso de cannabis tenían algún otro TUS comórbido. Los más frecuentes fueron abuso o dependencia de cocaína (276; 78,2%), de alcohol (269 sujetos; 76,2%) y opiáceos (125; 35,4%). La media de diagnósticos de TUS fue de 1,6 (DE=1,15, rango 0-7). Sólo 20 sujetos (5,7%) tenían un diagnóstico exclusivo de trastorno por uso de cannabis, 53 (15%) tenían otro TUS comórbido y la mayoría de los sujetos, 280 (79,3%) tenían más de dos diagnósticos de TUS. La edad media de inicio en el consumo de cannabis fue de 16,15 (DE=4,4).

No había diferencias significativas en la prevalencia de trastornos mentales entre los adictos a cannabis (n=353) y el resto de adictos (n=357). Aunque había una tendencia de una mayor presencia de diagnósticos duales (trastorno mental actual y/o trastorno de personalidad) en el grupo de cannabis (64% vs 57,7%, p=0,09). Había predominio de varones en el grupo de cannabis (86,7% vs 76,6%; p=0,001) y eran más jóvenes (35,2 vs 39,3 años, p=0,001). El trastorno antisocial de personalidad fue más prevalente en el grupo de cannabis (19,5% vs 9%, p=0,001) y menor el trastorno obsesivo de personalidad (15% vs 21%, p=0,04). Cuando se consideraba el subgrupo de adictos a cannabis actual (n=133), se observaba una mayor prevalencia de agorafobia (16,5% vs 9,2%, p=0,01), de psicosis (16,5% vs 9,4%, p=0,02) y de trastorno bipolar (29,3% vs 21,8%, p=0,05) respecto al resto de adictos.

No se recogió información sobre la edad de inicio de los trastornos mentales. Se comparó la edad de inicio en el consumo de cannabis en los pacientes con los trastornos men-

tales señalados, existiendo una edad de inicio en el consumo de cannabis inferior en los pacientes que padecían alguno de estos trastornos respecto a la edad de inicio en el consumo de cannabis en los sujetos que no estaban diagnosticados de dichos trastornos mentales. De igual forma, la edad de inicio en el consumo de otras drogas (alcohol, cocaína, tabaco) fue inferior en el subgrupo de policonsumidores adictos al cannabis respecto al resto de adictos (Tabla 5).

Dado que estos tres trastornos mentales (agorafobia, psicosis, trastorno bipolar) podían estar asociados con otras drogas distintas al cannabis y que un modelo de regresión logística no era adecuado por la colinealidad y correlación entre los distintos consumos, se realizó un análisis estratificado para cada trastorno según la presencia de trastorno por uso de cocaína y de alcohol. Respecto a la agorafobia se mantuvo asociada al diagnóstico de abuso o dependencia de cannabis actual en ausencia de trastorno por uso de alcohol (p=0,04), pero en presencia de trastorno por uso de cocaína (p=0,02). El diagnóstico de psicosis sólo se mantuvo asociado al de cannabis de forma significativa en presencia de trastorno por uso de cocaína (p=0,004). El diagnóstico de trastorno bipolar se mantuvo asociado al de cannabis en ausencia de trastorno por uso de cocaína (p=0,02) pero no cuando se estratificaba por alcohol, en este último caso se observaba una tendencia a la asociación en presencia de trastorno por uso de alcohol (p=0,1).

### DISCUSION

Existe poca información en nuestro medio sobre la comorbilidad psiquiátrica en adictos al cannabis, la mayoría procede de estudios epidemiológicos y clínicos de otros países. La mayor dificultad para conseguirla es obtener una muestra de tamaño adecuado, dada la escasa demanda de

tratamiento de estos adictos. Para nuestro conocimiento los datos del presente estudio ofrecen información sobre la comorbilidad psiquiátrica en la muestra de adictos a cannabis más numerosa en nuestro país. Estos datos presentan la limitación habitual de estos estudios de muestras clínicas, que consiste en que la presencia de policonsumos es la norma habitual, siendo difícil valorar el efecto concreto de una droga determinada.

### Prevalencia de patología dual en adictos a cannabis en tratamiento

Si en el estudio piloto realizado por nosotros<sup>13</sup> en base a la información obtenida de la historia clínica obtuvimos una cifra de prevalencia de patología dual del 34% para el global de la muestra, cuando se mejora la metodología a través del uso de una entrevista estructurada, observamos que los adictos a cannabis en tratamiento presentan en su mayoría algún trastorno mental comórbido. Un 76,5% tenían algún diagnóstico en el eje I a través de la entrevista MINI y/o un diagnóstico de trastorno de personalidad. La elevada comorbilidad en adictos al cannabis coincide con otros estudios<sup>5,6</sup>.

Los trastornos más prevalentes fueron los distintos trastornos del humor y de ansiedad. Hay que destacar la alta prevalencia de cuadros maníacos o hipomaníacos. Es posible que un alto porcentaje se debiera a la inducción por el consumo, como se ha descrito previamente<sup>10</sup>. Igualmente, el riesgo de suicidio evaluado a través de la entrevista MINI se presentó en un tercio de los adictos a cannabis. El consumo de cannabis se considera que incrementa dicho riesgo<sup>20</sup>. Dicho riesgo de suicidio es superior en los pacientes duales que en los no duales<sup>14</sup>. La mitad de los pacientes tenían algún diagnóstico de trastorno de personalidad, siendo los más prevalentes el trastorno antisocial, límite, paranoide, depresivo y evitativo. El cuestionario autoadministrado puede sobredimensionar el diagnóstico de estos trastornos, sin embargo, se producía una comprobación posterior del entrevistador mediante la escala de significación clínica que puede corregir dicha sobrevaloración.

### Comparación entre los adictos con trastornos por uso de cannabis y adictos no consumidores de cannabis

Dentro de la muestra de pacientes con algún diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, aproximadamente la mitad presentaban abuso o dependencia de cannabis. La mayoría presentaban varios diagnósticos de TUS. Posiblemente en muestras procedentes de población general se puedan presentar menos diagnósticos concomitantes de TUS, pero en los adictos en tratamiento esta concomitancia de consumos es lo habitual.

Existían pocas diferencias sociodemográficas y clínicas entre ambos subgrupos, posiblemente debido a la alta prevalencia de dependencia de alcohol y cocaína en ambos subgrupos. Sin embargo, el subgrupo de adictos con abuso o dependencia de cannabis tenía un mayor predominio masculino y eran más jóvenes. Además se observaba una tendencia casi significativa a presentar mayor presencia de otros diagnósticos psiquiátricos.

Los trastornos mentales más asociados al subgrupo de adictos a cannabis fueron el trastorno bipolar, la agorafobia y la psicosis, aunque todos ellos posiblemente más relacionados con varias sustancias (alcohol, cocaína) que con el cannabis en particular. Dado el escaso número de pacientes con abuso o dependencia de cannabis exclusivamente, se realizó un análisis estratificado por las principales drogas implicadas en dicha comorbilidad. Para la agorafobia se observó que la asociación con el cannabis se mantenía al ajustar por el alcohol, pero no al ajustar por la cocaína. Los pacientes adictos a cannabis y cocaína eran los que más diagnósticos de agorafobia presentaban. Igualmente el diagnóstico de psicosis también era más prevalente en el subgrupo de adictos a cannabis y cocaína. Sin embargo, el trastorno bipolar presentaba una asociación significativa con el consumo de cannabis al ajustar por la cocaína, pero dicha asociación desaparecía al ajustar por alcohol. Por lo tanto, con los datos actuales no podemos concluir que el abuso o dependencia de cannabis se asocie específicamente con ciertos trastornos mentales, aunque sí destacar que el policonsumo entre el que se incluye el consumo de cannabis se asocia con trastornos mentales graves como la psicosis y el trastorno bipolar. Dada la naturaleza del estudio no podemos determinar que tipo de relación hay con estos trastornos. De cualquier forma, observamos que la edad de inicio en el consumo de cannabis es más precoz en los pacientes con estos diagnósticos comórbidos, lo que sugiere que el consumo de cannabis pueda tener un papel causal o precipitante de dichos trastornos. Diferentes estudios recientes señalan que el consumo de cannabis se relaciona con un inicio más precoz de la psicosis<sup>21,22</sup> y un reciente metaanálisis así lo confirma<sup>9</sup> y cuánto antes se inicie el consumo de cannabis mayor riesgo de que pueda aparecer una psicosis<sup>23</sup>. Igualmente se ha sugerido un papel causal del cannabis en la inducción de manía<sup>10</sup> y una edad de inicio más precoz del trastorno bipolar en los consumidores de cannabis<sup>11,24</sup>. En un estudio en adolescentes, observaron un 62% de trastornos mentales comórbidos en adictos a cannabis, con una asociación con los trastornos del humor (depresión y trastorno bipolar) y de ansiedad (especialmente con el trastorno de pánico)<sup>6</sup>. La inducción de crisis de pánico también está descrita por el consumo de cannabis<sup>25</sup>. Nosotros observamos una alta prevalencia de trastorno de pánico en los adictos de cannabis, aunque la asociación cuando se comparaba con el resto de los adictos era mayor con la agorafobia. La estrecha asociación del consumo de cannabis con el trastorno bipolar y la psicosis se ha establecido en múltiples trabajos<sup>4,26</sup>.

Además este subgrupo de consumidores de cannabis parece constituir un subgrupo de mayor gravedad dado que también se inician antes en el consumo de otras drogas, como alcohol y cocaína, alrededor de 2,5 años antes que el resto de los adictos no consumidores de cannabis. Aunque estos datos no apoyan que el cannabis sea la puerta de entrada al consumo de otras drogas, dado que la edad de inicio en el tabaco y el alcohol era menor que la del cannabis. De cualquier forma, hay que considerar la limitación de la forma de recogida de la edad de inicio a través de la entrevista clínica con el posible sesgo de memoria.

### Limitaciones del estudio

Consideramos que la principal limitación es la presencia de múltiples diagnósticos de TUS que limitan la diferenciación del subgrupo de adictos a cannabis. Por lo tanto, los datos presentados son más válidos para sujetos poliadictos con consumo de cannabis en tratamiento que para los adictos a cannabis exclusivamente o los consumidores de cannabis fuera de las redes asistenciales. El diagnóstico de TUS se realizó por medio de entrevista clínica, no se incluyó en el protocolo el análisis toxicológico o el uso de otras fuentes de información, sin embargo, la mayoría de los pacientes eran conocidos en los centros de atención a drogodependientes, donde se realizan habitualmente urinoanálisis y son conocedores de sus patrones de consumo. Es posible la implicación de investigadores más motivados en el estudio de la patología dual que pudieran sobrediagnosticar el problema, sin embargo, se han usado instrumentos estandarizados, hubo un entrenamiento previo y han participado un alto número de investigadores.

De esta forma consideramos que el alto número de investigadores y de centros participantes es una fortaleza del estudio, dado que los datos pueden ser extrapolables a los sujetos en tratamiento en la red de salud mental y de drogas de la Comunidad de Madrid. El uso de una entrevista estructurada y el tamaño muestral obtenido son otras fortalezas del presente estudio.

### FINANCIACION

Este trabajo fue financiado por la Obra Social Caja Madrid, el Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. El proyecto fue promovido por la Sociedad Española de Patología Dual.

### AGRADECIMIENTOS

A todos los investigadores del Instituto de Adicciones de Madrid, de la Agencia Antidroga de Madrid y del Servicio Regional de Salud Mental que participaron en el proyecto.

### BIBLIOGRAFIA

1. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of cooccurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatr.* 1996;66:17-31.
2. Regier DA, Farmer ME, Rae DS. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 1990;264:2511-8.
3. Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatr.* 2003;183:304-13.
4. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jørgensen P. Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2007;32:113-9.
5. Stinson FS, Ruan WJ, Pickering R, Grant BF. Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychol Med.* 2006; 36: 1447-60.
6. Wittchen HU, Fröhlich C, Behrendt S, Günther A, Rehman J, Zimmermann P, et al. Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug Alc Depend.* 2007;88S:S60-S70.
7. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ.* 2002;325:1212-3.
8. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ.* 2002;325: 1199.
9. Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielsen O. Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68:555-61.
10. Henquet C, Krabbendam L, de Graaf R, ten Have M, van Os J. Cannabis use and expression of mania in the general population. *J Affect Disord.* 2006;95:103-10.
11. Lagerberg TV, Sundet K, Aminoff SR, Berg AO, Ringen PA, Andreassen OA, et al. Excessive cannabis use is associated with earlier age at onset in bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2011;261:397-405
12. Hill MN. Introduction to the special issue on stress, emotional behavior, and the endocannabinoid system: a decade of research. *Neuroscience.* 2012;204:1-4.
13. Szerman N, Arias F, Vega P, Babin F, Mesias B, Basurte I, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones* 2011;23:249-56.
14. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babin F, Mesias B, et al. Dual Diagnosis and Suicide Risk in a Spanish Outpatient Sample. *Subst Use Misuse.* 2011;48:1-7.
15. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, et al. Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *Eur Psychiatry.* 1997;12:232-41.
16. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(Suppl 20):22-33.
17. Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-IV-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). *Concordance*

- and causes for discordance with the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1998;13:26-34.
18. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997;12:224-31.
  19. Calvo N, Caseras X, Gutierrez F, Torrubia, R. Spanish version of the personality diagnostic questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:7-13.
  20. Lynskey MT, Glowinski AL, Todorov AA, Bucholz KK, Madden PA, Nelson EC, et al. Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for cannabis dependence and early-onset cannabis use. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1026-32.
  21. Barnett JH, Werners U, Secher SM, Hill KE, Brazil R, Masson K, et al. Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 2007;190:515-20.
  22. Schimmelmann BG, Conus P, Cotton SM, Kupferschmid S, Karow A, Schultze-Lutter F, et al. Cannabis use disorder and age at onset of psychosis - A study in first-episode patients. *Schizophr Res*. 2011;129:52-6.
  23. Dragt S, Nieman DH, Schultze-Lutter F, van der Meer F, Becker H, de Haan L, et al. Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125:45-53.
  24. Van Laar M, van Dorsselaer S, Monshouwer K, de Graaf R. Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction*. 2007;102:1251-60.
  25. Zvolensky MJ, Lewinsohn P, Bernstein A, Schmidt NB, Buckner JD, Seeley J, et al. Prospective associations between cannabis use, abuse, and dependence and panic attacks and disorder. *J Psychiatr Res*. 2008;42:1017-23.
  26. Agrawal A, Nurnberger JI Jr, Lynskey MT; Bipolar Genome Study. Cannabis involvement in individuals with bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2011;185:459-61.