

## Dolor, cannabis, psicosis. ¿Una sucesión lógica?



### *Pain, cannabis, psychosis. A logical sequence?*

Existe poca bibliografía sobre el efecto del cannabis en pacientes ancianos, seguramente por el hecho de que hasta ahora esta adicción solo se encontraba en jóvenes y adultos. Poco a poco estos adultos pasan a ser ancianos y empezamos a encontrar adictos al cannabis con edades avanzadas, aunque todavía sigue siendo un hallazgo raro. Otro factor que puede hacer difícil su identificación es el hecho de que la familia y el propio paciente oculten su consumo por el estigma social que representa. Esto dificulta que ante un episodio de alteraciones conductuales, sin desencadenante aparente, podamos pensar en la posibilidad de que la causa sea secundaria al consumo de este tóxico. Se sabe poco sobre los factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas en los ancianos, aunque sí suelen existir antecedentes de abuso o dependencia y la mayoría se inician en la juventud<sup>1</sup>. Algunos pacientes continúan usándolas regularmente en la tercera edad, otros puntualmente por placer o para manejar situaciones de dolor o los estresores vitales, y finalmente existe un pequeño grupo que inicia el consumo en edades tardías. En estos se trata de una adicción que en muchos casos viene dada por un afán de controlar algún tipo de dolor crónico, generalmente por artrosis o de tipo oncológico. Todo ello viene alimentado por los artículos que de vez en cuando salen a la luz animando a su uso, y muchas veces llevado a cabo gracias a algún familiar que ya es consumidor. El uso de drogas ilegales no es frecuente en la población geriátrica: el consumo, medido como tasa de prevalencia, disminuye con la edad para el cannabis siendo de hasta un 7/1.000 para edades entre 65-69 años, reduciéndose a 4/1.000 en personas de entre los 70-74 años<sup>2</sup>. En los servicios de salud mental el cannabis es la droga ilícita que con más frecuencia se consume, lo que agrava la sintomatología en los trastornos mentales coexistentes<sup>3</sup>. La edad es un factor que complica el cuadro, ya que los ancianos metabolizan las drogas de una manera más lenta y el cerebro puede hacerse más sensible a sus efectos. Muchos estimulantes producen alteraciones en el funcionamiento de los receptores cerebrales, lo cual es preocupante por sus efectos a largo plazo<sup>4</sup>. Además los ancianos suelen sufrir múltiples enfermedades que pueden interaccionar con la drogas, acelerando su progresión o aumentando la gravedad de las alteraciones neurocognitivas asociadas al envejecimiento<sup>3</sup>. El uso de estas sustancias acelera el deterioro físico y psicológico del anciano. Las consecuencias perjudiciales se incrementan: riesgo de hipotensión, caídas, problemas cardiacos, deterioro cognitivo, etc., y son debidas a los cambios en la farmacocinética y farmacodinamia, así como a la polifarmacia, resultando más habituales y graves las interacciones. La distribución del agua corporal total, la disminución de la fibra muscular lisa y el incremento relativo de la grasa afectan al volumen de distribución<sup>2</sup>. La involución fisiológica y la existencia de enfermedades concomitantes hacen que puedan aparecer efectos que no se encuentran en la población más joven<sup>1</sup>.

### Descripción del caso

Mujer de 74 años con antecedentes de síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño tratada con CPAP, artrosis, osteoporosis, dislipidemia y sin antecedentes de consumo de tóxicos. Vivía en su domicilio con su esposo y un hijo. Funcionalmente era parcialmente dependiente (Barthel 80). Ingresó en la unidad de agudos de psicogeriatría por presentar alteraciones conductuales sin agresividad, que consistían principalmente en la negativa a la ingesta y a la toma de medicación refiriendo que «no podía comer porque tenía el esófago cerrado». En la exploración psicopatológica realizada en el momento del ingreso la paciente estaba consciente y orientada. El aspecto físico estaba parcialmente descuidado. Se

mostraba desconfiada y poco colaboradora. Presentaba facies triste, una marcada reducción de la mímica facial y de la gesticulación corporal, lenguaje enlentecido, con latencia de respuesta y uso de monosílabos. No mantenía el contacto visual. Se observaba bradipsiquia, estado de ánimo depresivo, fácilmente irritable y con baja tolerancia a la frustración. Manifestaba ansiedad importante, apatía, abulia. Se evidenciaron síntomas psicóticos en forma de ideas delirantes de daño y perjuicio centradas en su marido (pensaba que la quería envenenar). No se objetivaron alteraciones sensorio-perceptivas. Negaba la ideación suicida. Refería hiporexia con pérdida de peso no cuantificada, insomnio de conciliación, de mantenimiento y tardío, con descanso nocturno fraccionado no reparador. Se descartó enfermedad orgánica, tanto en el aparato digestivo como la presencia de ITU. Presentaba un buen ritmo deposicional y sin alteraciones en la analítica de control. En la exploración destacaba dolor articular generalizado e hiperemia conjuntival importante, sin molestias oculares subjetivas. En la entrevista, cuando se le preguntó por el consumo de tóxicos, la primera reacción fue de negativa. Sin embargo acabó admitiendo el consumo regular de cannabis compartido con su hijo y a veces con su marido, minimizando la importancia de este hecho y de las consecuencias que se podían derivar de ello. Justificaba que tanto ella como su marido usaban el cannabis como tratamiento para el dolor articular crónico que sufrían. Refería un patrón de consumo diario, tanto en forma de crema como fumado en cigarro. No supo precisar exactamente la cantidad diaria consumida. En la prueba de tóxicos el resultado fue positivo para el consumo de cannabis. Se pautó tratamiento con megestrol para aumentar la sensación de apetito y un tratamiento psicofarmacológico combinado con mirtazapina y olanzapina para la sintomatología depresiva y psicótica, pero al negarse a tomar la medicación, la comida e incluso el agua se procedió a colocar SNG. A los 2 días empezó a admitir la ingesta oral y se retiró la SNG. Al cabo de 2 semanas de tratamiento empezó a mostrarse más tranquila, orientada en las 3 esferas con discurso coherente, realizaba correctamente las comidas y la toma de medicación, mantenía un buen contacto interpersonal con mejor tolerancia a la frustración y realizaba crítica de los hechos que motivaron su ingreso. No volvió a verbalizar ideación delirante. La anhedonia y la abulia que presentó durante los primeros días del ingreso remitieron casi por completo, por lo que mejoraron, a su vez, los hábitos de la vida cotidiana y sus relaciones sociofamiliares. También se estabilizó su esfera instintiva-vegetativa; especialmente, se observó una mejoría notable de los patrones del sueño. Dada la buena evolución clínica se procedió al alta a domicilio con vinculación al Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencias.

### Discusión

Según el Observatorio Europeo de la Drogas y Toxicomanías, el consumo de sustancias ilícitas es más frecuente en los adultos jóvenes que en los ancianos, pero la prevalencia de estos va en aumento, y en consecuencia el número de pacientes mayores adictos atendidos en los servicios sanitarios es cada vez más elevado<sup>4</sup>. Al tratarse habitualmente de pacientes pluripatológicos y polimedcados los efectos secundarios suelen ser más complejos y más prolongados, pudiendo interaccionar con otros procesos crónicos y acelerar la progresión, o aumentar la gravedad de las alteraciones neurocognitivas asociadas al envejecimiento<sup>2</sup>. Actualmente el abuso de drogas ilícitas, y en especial el de cannabis en ancianos está infravalorado, mal identificado e infradiagnosticado<sup>5</sup>.

Por todo ello creemos que sería interesante empezar a introducir en la anamnesis geriátrica el cuestionar sobre el consumo de drogas ilícitas y solicitar prueba de tóxicos para poder realizar un diagnóstico precoz. De esta manera podría abordarse el problema antes de que surjan complicaciones psicopatológicas médicas, evitando tra-

tamientos innecesarios<sup>6</sup> e ingresos hospitalarios que deterioran la calidad de vida de estos pacientes y aumentan el coste asistencial<sup>7</sup>.

### Bibliografía

1. Arndt S, Clayton R, Schultz SK. Trends in substance abuse treatment 1998–2008: Increasing older adult first-time admissions for illicit drugs. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19:704–11.
2. García-Portilla MP, Landabaso MA, Roncero C. Manual de trastornos adictivos. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M, editores. Servicios de Edición. 2.ª ed Madrid: Enfoque Editorial, S.C; 2015.
3. Gossop M. National Addiction Centre, King's College London. Reino Unido. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas © Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; 2008.
4. Benschoff JJ, Harrawood LK, Kock DS. Substance abuse and the elderly: Unique issues and concerns. *J Rehabil*. 2003;69:43–8.
5. Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17:769–81.
6. Moy I, Crome P, Crome I, Fisher M. Systematic and narrative review of treatment for older people with substance problems. *Eur Geriatr Med*. 2011;2:212–36.
7. Coulton S, Watson J, Bland M, Drummond C, Kaner E, Godfrey C, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care (AESOPS)—a randomised control trial protocol. *BMC Health Services Research*. 2008.

Montserrat Perelló Alonso<sup>a,\*</sup> y Paul Ivanov<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Larga Estancia Psicogeriátrica, Hospital Sagrado Corazón, Martorell, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Unidad de Agudos de Psicogeriatría, Hospital Sagrado Corazón, Martorell, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [25433mpa@comb.cat](mailto:25433mpa@comb.cat) (M. Perelló Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.03.007>

0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.