

Consumo de derivados de cannabis: Hipótesis neuropsicoanalíticas para su tratamiento

Daniela Flores Mosri

Resumen

El consumo de derivados de cannabis ha ido en un aumento. El tema ha tomado mayor importancia a partir de las discusiones con respecto a la legalización de los usos terapéuticos y recreativos de la marihuana; sin embargo, el aspecto clínico trasciende tales discusiones al proponer una comprensión profunda de las implicaciones observadas en los consumidores. Se ha encontrado un predominio de depresiones crónicas y latentes. El consumidor intenta modificar un sentimiento subjetivo doloroso y crónico a través de la defensa artificial encontrada en los derivados de cannabis. La manipulación neu-

Abstract

The use of cannabis has kept increasing. This topic has become gradually more relevant due to the current discussions about the legalization of the therapeutic and recreational uses of marijuana. However, the clinical aspect goes beyond those discussions because it promotes a deep comprehension of the implications observed in users. Chronic and latent depressions have been predominantly found. The user tries to modify a subjective feeling of chronic pain through an artificial defense found in cannabis. The neurochemical manipulation demands the consideration of the neurobiological features

DANIELA FLORES MOSRI. Universidad Intercontinental. Psicología, Psicoterapia Psicoanalítica y Doctorado en Psicoanálisis. Contacto [dannmos@yahoo.com].

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol. 19, núms. 1-2, enero-diciembre 2017, pp. 11-42
Fecha de recepción: 23 de noviembre de 2016 | Fecha de aceptación: 11 de noviembre de 2017.

roquímica requiere de la consideración de los factores neurobiológicos implícitos en el impacto de agentes psicotóxicos; en este caso, del sistema endocannabinoide y los circuitos de emoción básica, adicional a las bajas del rendimiento cognitivo. Dichos elementos se tomaron en cuenta para la propuesta preliminar de un tratamiento neuropsicoanalítico basado en estudios de caso.

PALABRAS CLAVE: cannabis, neuropsicoanálisis, depresión latente, tratamiento

implicated in the impact of the use of psychotoxic agents, particularly the endocannabinoid system and the basic emotion systems, apart from the cognitive deficiencies recorded. A preliminary modified treatment for cannabis users is suggested based on a neuropsychoanalytic approach through case study materials.

KEYWORDS: cannabis, neuropsychoanalysis, latent depression, treatment

Importancia del consumo de derivados de cannabis

El ser humano siempre ha consumido sustancias psicotóxicas (Escohotado, 2002, 2003, 2005), lo cual habla de una cierta necesidad por alterar los estados subjetivos naturales. Dentro de las sustancias que más se utilizan, el consumo de cannabis aún se considera de los más elevados a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) reporta que 2.5% de la población mundial consume derivados de cannabis, lo cual equivale a 147 millones de usuarios. La OMS (2016) también afirma que durante la última década se ha observado un rápido incremento de consumidores, particularmente en jóvenes. México no es la excepción. La población joven en la Ciudad de México ha presentado aumentos relevantes en el uso de derivados de la planta (Pulido *et al.*, 2015).

Se ofrecen diversas explicaciones respecto del gusto por el consumo de derivados de cannabis, dentro de las cuales destaca su alta disponibilidad a precios bajos o moderados, adicional a la difusión de que su uso es inocuo o de escaso daño. Actualmente es una tendencia en la población general, particularmente en jóvenes; sin embargo, con frecuencia se publica

información con distorsiones relevantes, las cuales pueden interpretarse como procesos defensivos para continuar el consumo.

Cierto es que se trata de una droga “blanda”; es decir, no es de un potencial adictivo elevado a nivel físico, ni de daños severos a corto plazo, pero esto no significa que no existen implicaciones a partir del consumo. En general, se da poca importancia al estado subjetivo del consumidor y se le otorga mayor peso a reportes que idealizan o devalúan la sustancia. De igual manera, son relevantes los estudios que promueven los usos terapéuticos de los derivados de cannabis y, recientemente, la discusión sobre la legalización del uso recreativo, a partir del ejercicio de los derechos de los consumidores. El presente documento no pretende unirse a ninguna de tales discusiones, más bien, su objetivo es proporcionar una visión centrada en el aspecto subjetivo y clínico del consumidor, dependiente o no, en un contexto legal o no.

Los procesos adictivos suelen iniciar con una sensación de curiosidad por probar las sustancias psicotóxicas. De ahí, se continúa al consumo esporádico; posteriormente, al frecuente, hasta que se llega al abuso de la sustancia, y, finalmente, a la dependencia. Ésta última puede ser psicológica y/o neurobiológica. Generalmente, el aspecto clínico se aplica únicamente en casos de abuso y dependencia (APA, 2002, APA, 2013). Sin embargo, el trabajo clínico en psicoterapia psicoanalítica ha arrojado el conocimiento de que una persona en necesidad de consumo de psicotóxicos es alguien que intenta expresar un sufrimiento poco consciente a nivel cognitivo, pero siempre consciente en su correlato afectivo, tal como indicarían las activaciones de la presencia de emociones básicas con registros en la sustancia gris periacueductal (PAG) (Panksepp, 1998, 2011, Panksepp y Biven, 2012).

El consumidor de cannabis, sólo de manera infrecuente, se presenta a consulta con una identificación sintomática relacionada con su utilización de la sustancia; empero, sí asiste a psicoterapia psicoanalítica con otros motivos de consulta. En 2010 inicié un primer esfuerzo por comprender las implicaciones neuropsicodinámicas del consumo de derivados de cannabis. Se llevaron a cabo análisis cualitativos de estudios de caso median-

te métodos basados en la investigación neuropsicoanalítica. Los pacientes consultaron por cuenta propia y se trabajó con un caso a profundidad (Flores Mosri, 2014a, Flores Mosri, 2017). Las conclusiones preliminares redundaron en un diagnóstico estructural límite (Bergeret, 1974, 1975), así como en una clara interacción de elementos psíquicos y neurobiológicos. Se registraron factores que incidían en la decisión del paciente para consumir derivados de cannabis y se construyeron hipótesis alrededor de las categorías detectadas para aportar modificaciones a la técnica para el tratamiento de consumidores de derivados de cannabis. Se concluyó que el abordaje debía contemplar la interacción de las características psicodinámicas y neurobiológicas en los pacientes, tomando en cuenta que el sentimiento subjetivo del consumidor no distingue áreas de estudio.

Dentro de los factores que se detectaron como inductores del aumento en la frecuencia de la utilización de la sustancia, se encontraron aspectos relacionados con el objeto primario (la madre), en particular, cuando estos tomaban una cualidad psíquica consciente; sin embargo, la actividad de la herida narcisista de base detectada siempre estaba vigente, tanto a nivel preconscious como inconsciente. Dicha herida coincide con los planteamientos de diversas investigaciones sobre adicciones en psicoanálisis (Wurmser, 1974, Radó, 1933, Knight, 1937, Krystal, 1978, Jacobs, 1986, Fine, 1972, Gustafson, 1976, Khantzian, 1997, 2003, Dodes, 1990), y se describirá en las siguientes páginas con la intención de alertar sobre los riesgos implicados por el consumo de los derivados de cannabis. Dentro de ellos destacan los frecuentes accidentes durante los efectos por intoxicación, así como la curiosidad por probar otras sustancias después de haber iniciado con cannabis, pudiendo incluir riesgos adictivos graves por consumo de sustancias “duras”; es decir, aquellas que tienen un mayor potencial de generar dependencias severas, así como daños. En cuanto a los derivados de cannabis, estos no generan una rápida dependencia fisiológica (Youssef e Irving, 2012) que implicaría la desregulación del circuito mesocórtico-mesolímbico o *SEEKING system* en la propuesta de Panksepp (1998), aunque sí una rápida dependencia psicológica que re-

presenta daños a corto, mediano y largo plazo (Landabaso, Calle, García de Galdeano y Gutiérrez, 2003).

El aspecto clínico y subjetivo

Como se mencionó con anterioridad, el consumidor de psicotóxicos es una persona sufriende en búsqueda de una mejora del sentimiento subjetivo, el cual, en la mayoría de los casos, puede definirse como un estado depresivo crónico, acompañado de ansiedad y angustia, de intensidad moderada, dificultando que el usuario busque ayuda. Su interpretación del malestar puede referirse a una sensación de aburrimiento y monotonía o a una hipersensibilidad ante los estímulos cotidianos; sin embargo, a nivel clínico, el sufrimiento es relevante, por su calidad afectiva y por su aspecto crónico. Todo aquello que molesta por un tiempo excesivamente prolongado, constituye un factor de riesgo clínico, a pesar de que la intensidad sea moderada o leve.

Los consumidores de derivados de cannabis suelen someterse a riesgos durante la intoxicación, tal como muchos consumidores de alcohol, pero no tienden a buscarlos de forma consciente ni deliberada, por lo que darse cuenta de las implicaciones del consumo provoca, frecuentemente, angustia. De tal forma, las conductas autoagresivas refuerzan la búsqueda de la sustancia; de manera general, en un intento por reducir la ansiedad que éstas implican. Se entra, entonces, a un círculo vicioso difícil de romper y que puede verse fortalecido por la recurrente ignorancia respecto de las características reales de la planta del cáñamo. Este artículo no pretende juzgar; intenta difundir información que pueda apoyar a abordar el sufrimiento de los consumidores.

Los derivados de cannabis hacen su efecto directamente sobre el sistema endocannabinoide en formas complejas. Existen muchos componentes activos en la planta, siendo el más conocido el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que funciona como agonista de los receptores CB1 y CB2 del sistema endocannabinoide, entre otros. Aunque un segundo elemento activo bien conocido es el cannabidiol (CBD), el cual antagoniza con esos receptores. De tal forma, los efectos del consumo son complejos y gene-

ralmente bifásicos. En dosis bajas y moderadas, se pueden obtener efectos subjetivos agradables, como la aminoración de ansiedad y la sensación de lucidez acompañada de tranquilidad; pero al aumentar la dosis, pueden experimentarse los efectos opuestos (Ashton y Moore, 2011, Youssef e Irving, 2012). Adicionalmente, los efectos también están influidos por la forma de administración, el ambiente, la expectativa, la personalidad y el grado de tolerancia, entre otros factores, lo cual ha dificultado el estudio del impacto del consumo. De igual importancia es señalar que, muchas investigaciones se basan en usuarios de muchas drogas en simultáneo, lo cual impide ver con claridad los efectos de los derivados de cannabis. Asimismo, existen daños repetidamente detectados: alteraciones cognitivas crónicas (Landabaso *et al.*, 2003) por el impacto sobre el hipocampo y la corteza cerebral, en particular, la región prefrontal, lo que reduce la eficiencia de la capacidad asociativa, propiciando fragmentación del pensamiento, confusión y dificultades para el aprendizaje, destacando la baja en la codificación de recuerdos episódicos. También se han reportado bajas en la actividad de la corteza cerebral, destacando la frontal y la paralímbica y en el cerebelo (Gonzalez, 2007).

Dentro de los efectos físicos se refieren alteraciones en la presión arterial, incrementando la posibilidad de infarto de miocardio (Rastegar y Fingerhood, 2005, Landabaso *et al.*, 2003); favorecimiento de enfermedades respiratorias, como bronquitis crónica y enfisema, es decir, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Turcotte, Blanchet, Laviolette y Flaman, 2016; Reece, 2009; Welch, 2009), e inducción de cáncer (Reece, 2009; Welch, 2009). También destaca el aumento de la susceptibilidad para contraer enfermedades infecciosas por baja en el funcionamiento del sistema inmune (Hall y Solowij, 2006; Reece, 2009).

A nivel emocional y comportamental, el consumo de cannabis se ve reforzado por inducir euforia, autoconfianza, relajación y bienestar general (Landabaso *et al.*, 2003). En dosis altas, puede provocar despersonalización y desrealización, así como pensamiento confuso, ideas paranoides y efectos alucinógenos leves (Rastegar y Fingerhood, 2005; Schaub, Rössler y Stohler, 2012). Los usuarios frecuentemente refieren el gusto por el con-

sumo de derivados de cannabis por sus efectos ansiolíticos (Mechoulam y Parker, 2013; Crippa *et al.*, 2009). Empero, existe un efecto bifásico sobre la ansiedad, ya que el uso crónico puede exacerbarla (Bortolato, Bini y Tambaro, 2010) cuando el consumidor buscaba precisamente lo opuesto, lo cual puede complementarse con un síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad intensa (Crippa *et al.*, 2009). En cuanto a la depresión, el THC puede tener efectos antidepresivos por ser euforigénico en algunas dosis, mejorando la sensación de dolor crónico a nivel emocional (Ashton y Moore, 2011), aunque sin resolución del trastorno depresivo como tal, ya que ese estado se considera previo al inicio del uso de psicotóxicos (Kalina, 1997, 2000), y en sí, su mayor causante (Wurmser, 1974). En la mayoría de los casos se trata de depresiones latentes y crónicas (Bergeret, 1975) poco reconocidas por la persona (Flores Mosri, 2013, 2014a, 2014b, 2017; Johnson y Flores Mosri, 2016).

De tal forma, se aprecia que el consumo de derivados de cannabis representa dificultades de importancia en cuanto al entendimiento de su impacto. Dichas complejidades influyen en contra de la propuesta de tratamientos para los consumidores, desde el punto de vista predominante: si no se trata de una sustancia tan dañina, entonces se puede continuar sin la oferta de abordajes terapéuticos específicos. El consumidor suele tener escasa información precisa sobre la sustancia y sus efectos, por lo que puede distorsionarla para hacerla coincidir con su patrón de consumo. Finalmente, aparece el mayor obstáculo para el inicio de cualquier tratamiento: el consumidor no se identifica como paciente, ya que afirma no tener problemas con la sustancia, no ser “adicto” y no requerir apoyo.

En ocasiones, cuando el entorno les hace confrontar que necesitan ayuda, los consumidores buscan recursos, como los grupos de doce pasos, donde no se sienten parte del grupo, o bien, los familiares pueden sugerir internamiento, sin embargo, éste no es indispensable ni común para casos con consumo de derivados de cannabis. Por tanto, enfoques flexibles, pero especializados, se presentan como necesarios.

La comprensión neuropsicoanalítica del consumidor de derivados de cannabis: la base para un tratamiento específico

La comprensión del estado subjetivo del consumidor de derivados de cannabis y su interacción con el sistema nervioso son indispensables para cualquier propuesta de tratamiento que pretenda ayudar a una persona que lentamente se convierte en paciente al reconocer y validar su sufrimiento previo al consumo, mismo que interactúa con los periodos de uso de la droga. El diagnóstico de base que los usuarios presentan está inscrito en su sistema nervioso, particularmente en la regulación neuroquímica de relevantes redes afectivas fundamentales, conocidas como circuitos de emoción básica (Panksepp, 1998; Panksepp, 2011; Panksepp y Biner, 2012; Johnson y Flores Mosri, 2016). Entonces, se sugiere que el enfoque para el tratamiento más comprensivo de la interacción de la sensación subjetiva y los elementos neurobiológicos es el neuropsicoanalítico (Flores Mosri, 2017), el cual permite integrar y entender las interacciones de ambos aspectos en un mismo paciente.

Muchos terapeutas no consideran el consumo de derivados de cannabis como un factor que influye sobre el tratamiento. De ahí que sólo infrecuentemente tengan conocimientos profundos sobre los aspectos psico-neurobiológicos de la utilización de la sustancia. Por tanto, el conocimiento básico se considera el primer paso para preparar a un psicoterapeuta para atender a un consumidor de derivados de cannabis. Se presenta una síntesis del impacto observado dentro de un contexto de psicoterapia psicoanalítica en la tabla 1.

Tabla 1. Comparación de signos y síntomas ante el consumo de derivados de cannabis y en ausencia de éste.

Signos y síntomas	Con consumo de cannabis	Sin consumo de cannabis
Descripción vaga de emociones y sentimientos	Presente	Ausente

Dificultades para la producción del lenguaje	Presente	Ausente
Baja capacidad de concentración	Presente	Moderada
Baja capacidad para conservar la atención	Presente	Moderada
Amnesia	Presente	Moderada
Síndrome amotivacional	Presente	Ausente
Baja capacidad de integración y comprensión de información	Presente	Ausente
Dificultad para cumplir metas	Presente	Ausente
Lentitud de reacción	Presente	Moderada
Estado de ánimo bajo	Presente	Moderado
Conductas autodestructivas	Presentes	Escasas
Baja autoestima	Presente	Moderada
Ansiedad	Intensa	Moderada
Consumo de alcohol	Bajo	Alto

Dentro de las características más destacadas se encuentra que la utilización de la sustancia se relaciona con una incapacidad para distinguir las emociones y sentimientos con claridad, lo cual se modifica sensiblemente en abstinencia. De igual forma, se aprecian dificultades cognitivas relevantes para llevar a cabo un tratamiento de corte psicodinámico: complicaciones para la producción del lenguaje, la baja capacidad de concentración y atención, la ausencia de amplios contenidos autobiográficos como parte de la dificultad para codificar episódicamente experiencias nuevas (afectación sobre hipocampo), presencia de esfuerzos exacerbados por recuperar recuerdos remotos (afectación sobre la vía episódica y corteza prefrontal) y escasa capacidad para integrar y comprender información cognitiva, por ejemplo. En cuanto al síndrome amotivacional, se ha observado que el paciente suele tener metas y motivaciones claras; sin embargo, presenta incapacidad para llevarlas a cabo. El consumidor suele tener reacciones lentas acompañadas de un estado de ánimo predominantemente bajo y baja autoestima con sentimiento de no realizar actividades de relevancia para sí misma. El usuario presenta ansiedad previa al inicio del periodo de consumo, y durante el mismo, generando un síndrome de abstinencia que va de leve a intenso, caracterizado por la presencia de ansiedad, lo que lleva a la búsqueda de otras sustancias en periodos de abs-

tinencia, resultando en el abuso de alcohol. Todos los signos y síntomas descritos se modifican al suspender el consumo, en su mayoría con mejora evidente en un lapso de tiempo de entre dos y tres semanas de abstinencia sostenida. Al prolongarse el periodo de tiempo sin consumos, las mejoras son más y más evidentes. Los daños resultantes del consumo de cannabis poseen un índice de reversibilidad relevante, si bien no es total.

Ante la comparativa general del impacto de la sustancia durante periodos de consumo y de abstinencia se aprecian cambios importantes. Al ser los usuarios quienes viven tales diferencias, se puede plantear la hipótesis de que lo que buscan con la sustancia es una baja en la capacidad de registrar y distinguir las emociones, así como una disminuida capacidad cognitiva para integrar, en particular, los contenidos de su propia historia de vida, que se caracteriza por un significativo sufrimiento psíquico (Flores Mosri, 2014a; Flores Mosri, 2017). Sin embargo, muchas sustancias psicotóxicas podrían promover esos efectos, por lo que se ha formulado la siguiente pregunta: ¿por qué existen consumidores exclusivos de derivados de cannabis o que los utilizan como droga predominante? La experiencia clínica sugiere que la droga es de amplia accesibilidad por su costo de bajo a moderado, favoreciendo el consumo entre jóvenes de todas clases sociales. A su vez, se registra un deseo de no considerarse paciente adicto o enfermo. Este último punto destaca respecto del hallazgo frecuente de vidas caracterizadas por la presencia de traumatismos moderados y sólo extraordinariamente severos, por lo que la persona se considera a sí misma “normal”. La propuesta de Bergeret (1974, 1975) enfatiza la presencia de una depresión anaclítica acompañada de ansiedad crónica y vaga de intensidad media. El tipo de depresión descrito por Bergeret (1974, 1975) puede considerarse latente (Flores Mosri, 2016) y crónico, promoviendo un deseo de *desconexión y liberación*, tal como lo expresan los pacientes. Dicho deseo se entiende como la necesidad de una mejora en el estado subjetivo de base, que es sufriente y agotador por su cronicidad. El contexto que crean la depresión y ansiedad crónicas tiende a relacionarse con la descripción de Kalina (1997, 2000) sobre las familias psicotóxicas. En estos casos, se ha observado que los padres fre-

cuentemente se encuentran separados o distantes entre sí. El padre suele aislarse de la vida del hijo, física y/o psíquicamente, dejando al hijo con una figura materna que tiende a ser compleja y generadora de confusión y rabia, al conservar características depresivas y narcisistas. La madre tiende a ser una persona sufriendo por su propia historia de vida, lo cual favorece que busque a su pareja como un sustituto parental sobreexigido, quien, por lo general, rechaza la expectativa puesta sobre él, pues busca la satisfacción de necesidades similares. Al fallar la dinámica en la relación, los padres acuden a la fantasía de tener un hijo que rescatará el vínculo entre ellos, lo que también fracasará, dejando al hijo con una misión de vida basada en las necesidades narcisistas de los padres. Al abandonar el padre la expectativa puesta sobre la madre, éste entrega al hijo a la madre como un reemplazo de su rol como pareja de la madre y ella lo utilizará inconscientemente para tratar de aminorar su dolor narcisista de desamparo, planteando un correlato con activaciones desreguladas del sistema opioide en su configuración de *PANIC/GRIEF* (Panksepp, 1998; Panksepp y Biven, 2012). La madre presenta sentimientos depresivos que se alivian ante la presencia de un cuidador, desplazado en su figura hacia el hijo, quien ahora debe hacer feliz a su madre, lo que le condena a cubrir una función anaclítica y dependiente con ella, como un intento de cubrir sus demandas narcisistas y reclamos. El hijo, naturalmente, fracasa en la meta que se le ha impuesto, deprimiéndose y sintiendo una sensación crónica de vacío ante su vida. Su razón de existir es compensar las fallas de vida de alguien más, no concentrarse en construir metas propias y promotoras de su felicidad y satisfacción. Es un hijo que ha nacido para dar a los padres, no para recibir de ellos. De tal manera, se declara una necesidad de omnipotencia para cumplir con las metas de un ideal del yo que requiere sentimientos de grandiosidad, elevada creatividad, pensamiento profundo y una percepción nítida de la realidad. La fantasía omnipotente permitiría al hijo cumplir con los ideales de la madre y puede encontrarse en los efectos del consumo de muchas sustancias psicotóxicas, incluyendo los derivados de cannabis, mismos que hacen sentir al paciente menos angustia y ansiedad por los constantes fracasos en sus ideales y metas;

de hecho, estos parecen por momentos realizables. El efecto de automedicación (Khantzian, 1985, 1997) intentaría abarcar el dolor psíquico, la ansiedad y la depresión anaclítica, adicional a intentar promover esperanza e ilusión a partir de la sensación de grandiosidad y omnipotencia. Sin embargo, al tratarse de sensaciones derivadas solamente de la condición psicotóxica, éstas pueden también generar autoagresión en un intento del hijo por liberarse de los requerimientos del objeto primario de hacerle feliz. Bajo el esquema de Freud (1915), respecto de los procesos melancólicos, el consumidor habría introyectado al objeto parcial de valencia negativa en un intento por dirigir la rabia derivada de la frustración hacia éste, en un registro fantasmático; en el cual, el objeto vive en el usuario. La rabia autodirigida va hacia los aspectos frustrantes de la madre, que ha condicionado su valía como ser humano, propinando que la agresión hacia ella sea verdaderamente pasional, pero indirecta.

Los elementos que conforman la constante depresión latente suelen buscar esperanza en intentos de motivación artificiales, que en el caso de los derivados de cannabis, terminan por impactar sobre el circuito dopaminérgico mesocórtico-mesolímbico, que en la taxonomía de las emociones básicas de Panksepp (1998) se denomina *SEEKING System*, circuito encargado de la búsqueda de satisfactores a las necesidades de un organismo a partir de la fuerza de la motivación. El consumo de derivados de cannabis aumenta la concentración extracelular de dopamina en el núcleo *accumbens* y en la corteza prefrontal (Landabaso *et al.*, 2003), así como en el área tegmental ventral (Youssef e Irving, 2012), lo que podría explicar la sensación de motivación durante la intoxicación, que deviene en frustración al momento en el que el consumidor no logra emprender acciones para cumplir sus metas. Destaca, sin embargo, el intento del usuario por obtener un bienestar y sentido de vida en la droga, lo que, se sugiere, se obtiene gracias a la liberación de anandamidas (Mechoulam y Parker, 2013). El paciente no pretende conscientemente hacerse daño ni detener su plan de vida; esto se juega, más bien, en lo inconsciente, y es ahí donde intenta establecer un pacto con la droga, que le entregaría únicamente

los beneficios de su utilización. Sin embargo, la sustancia le traiciona y le impone la condición de repetir el estado de intoxicación para favorecer los sentimientos positivos, que se extinguen junto con los efectos de la droga, sólo para empeorar el estado de base inicial. Así, aparece un síndrome de abstinencia con un potente efecto psíquico que hace que el paciente requiera del uso de la droga, adicional a sus características neurobiológicas, en casos de consumo prolongado, de frecuencia y dosis altas. Éste puede apreciarse en irritabilidad y agresión, inapetencia, nerviosismo o ansiedad, inquietud, trastornos del sueño, humor depresivo, dolor estomacal, temblores y sudoraciones (Gonzalez, 2007; Lichtman y Martin, 2006). A su vez, los consumidores requieren dosis mayor; sobre todo, mayor frecuencia del uso de los derivados de cannabis ante el consumo prolongado, lo cual describe el proceso de tolerancia a la sustancia.

Ante tal contexto, se han llevado a cabo modificaciones específicas para el tratamiento de pacientes consumidores de cannabis, arrojando los cambios sintetizados en la tabla 2.

Tabla 2. Cambios observados en un caso tratado con modificaciones neuropsicodinámicas a la técnica de la psicoterapia psicoanalítica.

Características	Presente al inicio del tratamiento	Presente posterior al tratamiento
Llevar a cabo planes y realización de metas o ideales	Ausente	Presente
Consumo de derivados de cannabis	Presente	Escaso
Tolerar emociones y sentimientos a nivel de consciencia cognitiva	Ausente	Presente
Expresión de rabia y/o enojo	Ausente	Presente
Sufrimiento psíquico	Intenso	Moderado
Autonomía	Ausente	Presente
Impulsividad	Presente	Escasa
Yo ideal	Presente	Ideal del yo
Relación de confianza expresada en la transferencia	Comprometida	Presente

Aquí sobresale la posibilidad de llevar a cabo los planes y metas correspondientes con ideales más realistas, que se han trabajado para otor-

gar inspiración desde el yo ideal, pero con mayor posibilidad de operar mediante el principio de realidad desde un ideal del yo menos grandioso, lo cual, aunado a la desaparición gradual del síndrome amotivacional, ha permitido a los pacientes apoyarse en las metas e ideales alcanzados, valorando los objetivos dedicados a sí mismos y no al objeto primario. Al tolerar las emociones cada vez con mayor eficiencia a nivel cognitivo, se ha registrado una disminución importante de la necesidad del consumo de derivados de cannabis. A su vez, la expresión de afectos negativos (enojo o rabia) se facilita y comprende a través de la revisión de la historia de vida del paciente, lo cual enfoca las reacciones de enojo, sin la predominante expresión impulsiva que se aprecia al inicio del tratamiento. La consecución de metas y la aceptación de emociones y sentimientos promueven la autonomía física, quedando en dificultad la psíquica y afectiva; es decir, que el sufrimiento psíquico parece disminuir y no desaparecer, probando su calidad crónica, aunque promoviendo estrategias defensivas ante el dolor psíquico más valederas y eficientes para protegerse.

Por su parte, en la tabla 3 se sintetiza la relación de causas etiológicas para el consumo de derivados de cannabis y se aprecian los aspectos que determinan un estado límite (Bergeret, 1974, 1975).

Tabla 3. Relación de causas etiológicas para el consumo de derivados de cannabis en el estado límite.

Elementos psicodinámicos	Consecuencia	Implicación
Herida narcisista	Depresión anaclítica latente	Diagnóstico de estado límite
Crisis de la herida narcisista	Dolor psíquico consciente, altamente intenso	Caducidad de los mecanismos de defensa habituales
Activación de la depresión anaclítica	Descompensación de las defensas en su conflicto yo vs ello y superyó	Desesperanza: <i>SEEKING</i> ↓ Autodestrucción
Disponibilidad y seducción de los derivados de cannabis	Factores sociales Precio accesible Adolescencia	Curiosidad consciente Intento de construcción de defensas artificiales

La tabla 3 muestra cómo los elementos psicodinámicos corresponden con los estados límites descritos por Bergeret (1974, 1975) y no con el trastorno límite de la personalidad (TLP) referido por los DSMs (APA, 2002, 2013) o por los trabajos de Kernberg (1975, 2004). Al respecto, se trata no de las conductas del paciente en un trastorno de personalidad a interpretarse metapsicológicamente, sino de un tipo de angustia específico que predomina en el sentimiento subjetivo del paciente, caracterizándose por la presencia de una herida narcisista, anteriormente explicada en este documento, como consecuencia de la falla de los padres en otorgar un valor propio al hijo; es decir, hacerle saber valioso simplemente por ser su hijo y por estar vivo, sin la necesidad de cumplir con ningún tipo de expectativa grandiosa de los padres. Esa herida propina una depresión anaclítica que tiende a hacerse consciente, con mayor frecuencia, en la adolescencia, provocando una crisis de la herida que eleva intensamente el dolor psíquico y que hace que las estrategias defensivas comúnmente usadas por la persona, caduquen, lo cual le lleva a buscar nuevas defensas artificiales en la utilización de los derivados de cannabis.

En la tabla 4 se resumen las hipótesis neuropsicoanalíticas que sustentan la propuesta de tratamiento por describirse. Se aprecia que el síndrome amotivacional (Landabaso *et al.*, 2003; Welch, 2009) refuerza la dificultad referida por el paciente para llevar a cabo planes que conduzcan a sus metas e ideales; como ya se explicó, se sugiere la desregulación del circuito dopaminérgico predominante del *SEEKING System* (Panksepp, 1998), el cual se encarga tanto de la motivación general, como de la anticipación de respuestas positivas.

Tabla 4. Relaciones neuropsicoanalíticas ante el consumo de cannabis en los estados límites.

Características psicodinámicas	Factores neurobiológicos del consumo de cannabis	Estructuras y circuitos involucrados
Imposibilidad de llevar a cabo planes, metas e ideales	Síndrome amotivacional inducido por consumo de cannabis Depresión latente	<i>SEEKING System</i> DA ↓ Corteza prefrontal
Dificultad para la producción del lenguaje	Patología en la integración y comprensión de información	Corteza prefrontal y memoria de trabajo disminuidas Funciones de predominio en hemisferio izquierdo Corteza frontal
Amnesia: alteraciones en memoria episódica	Fallas en la codificación de recuerdos explícitos Fallas en la recuperación de recuerdos	Hipofuncionalidad del hipocampo Baja en la funcionalidad de la corteza prefrontal Fallas en la modulación por parte del sistema endocannabinoide
Depresión latente, ansiedad y compensación omnipotente. Efectos analgésicos ante el dolor psíquico	Efectos ansiolíticos y antidepresivos del consumo de derivados de cannabis en dosis bajas a moderadas Distorsión moderada en la percepción de la realidad	Efectos agonistas del THC sobre el sistema endocannabinoide. Anandamidas ↑ Efectos sobre la regulación de GABA Inhibición del eje hipotalámico-pituitario-adrenal <i>SEEKING System</i> Sistema opioide endógeno: <i>PANIC System</i>
Baja en la consciencia cognitiva ante estímulos pasados y presentes	Baja capacidad de integración de información Atención y concentración disminuidas	Corteza prefrontal Hipocampo Cerebelo

Deseos de autonomía	Desplazamiento del anaclitismo hacia los derivados de cannabis	Dependencia psicológica y fisiológica por efectos en sistema endocannabinoide, opioide y <i>SEEKING</i>
Solicitud de ayuda	Malestar de base y desventajas del consumo de derivados de cannabis	Corteza prefrontal, <i>SEEKING</i> y PANIC

La falta de acciones dirigidas a la consecución de metas puede relacionarse con una baja en la liberación general de dopamina del circuito *SEEKING System* mismo que termina por proyectar a la corteza prefrontal. En cuanto a la producción del lenguaje, se aprecia su relación con la dificultad en la integración y comprensión de información (Bortolato, Bini y Tambaro, 2010), lo cual involucra la actividad de la corteza prefrontal y de la memoria de trabajo, así como la corteza frontal, predominantemente del hemisferio izquierdo, relacionada con la producción del lenguaje. En cuanto a la amnesia, los pacientes frecuentemente muestran dificultades en la codificación episódica de las experiencias recientes, función básica del hipocampo (Hall y Solowij, 2006), limitando la claridad de las vivencias y, por tanto, su posibilidad de integrarlas y comprenderlas profundamente a nivel cognitivo. De igual forma, se aprecian dificultades en la recuperación de recuerdos del pasado remoto (Ashton y Moore, 2011; Mechoulam y Parker, 2013; Gonzalez, 2007), particularmente de la infancia, lo que se puede vincular con la baja en la funcionalidad de la corteza prefrontal.

En cuanto al aspecto subjetivo, la depresión latente y la ansiedad constituyen los principales componentes del dolor psíquico, el cual busca alivio mediante los efectos analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos de la droga. Se hipotetiza que estos se consiguen, principalmente, por los efectos agonistas del delta-9-tetrahidrocannabinol sobre el sistema endocannabinoide, con un aumento de la producción y liberación de anandamidas (Mechoulam y Parker, 2013; Ashton y Moore, 2011; Bortolato

et al., 2010) y su consecuente inhibición de la activación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (Crippa *et al.*, 2009; Welch, 2009), así como una regulación a la alta del GABA (Puighermanal *et al.*, 2009) y el rebote sobre el sistema opioide endógeno con posibles efectos analgésicos que, en su calidad afectiva, ayudarían a aliviar la angustia de separación que implica la activación del *PANIC/GRIEF System* (Panksepp, 1998; Panksepp y Biven, 2012). A su vez, la actividad a la alta del circuito dopaminérgico involucrado con el *SEEKING System* también tendría efectos claramente antidepressivos (Watt y Panksepp, 2009). Sobre los deseos de autonomía del consumidor, se aprecia un desplazamiento de la dependencia anaclítica del objeto primario hacia los derivados de cannabis, constituyendo un sustituto aparentemente más confiable y susceptible de control (Flores Mosri, 2017). La dependencia psicológica se ha referido como rápida e intensa, debido a los grandes reforzadores en el alivio de la ansiedad y los signos y síntomas depresivos; sin embargo, puede también relacionarse con el silencioso y lento proceso hacia la dependencia fisiológica vinculada con el *SEEKING System* y su impacto sobre el sistema opioide endógeno, altamente reforzado por su liberación ante sentimientos de angustia de separación dirigidos por la desregulación del *PANIC System*. Estos elementos son los que pueden promover que los usuarios consulten y soliciten un proceso psicoterapéutico, ya que algunos reportan molestia por depender de la sustancia, así como por algunos efectos menos agradables y reforzadores del consumo. El tratamiento debería comprender profundamente las características del usuario para poder apoyarlo en su solicitud de ayuda.

Hipótesis neuropsicoanalíticas para el tratamiento del consumidor de derivados de cannabis: una propuesta preliminar

Al haber planteado las principales hipótesis sobre la comprensión neuropsicodinámica del consumidor de derivados de cannabis, es posible proponer un esquema de tratamiento con modificaciones a la técnica de la psicoterapia psicoanalítica, considerando los correlatos neurobiológicos

prudentes. Tal propuesta se considera preliminar, en cuanto a que se ha desarrollado a partir de estudios de caso que representan la gran ventaja de proporcionar datos a profundidad sobre el tema en cuestión; sin embargo, no pueden generalizarse y dicha propuesta deberá investigarse a mayor detalle. Su base son hipótesis derivadas de la utilización de un método cualitativo por estudio de caso, lo cual favorece su aplicabilidad; sin embargo es recomendable conservar cautela. En cuanto a las modificaciones, éstas toman en cuenta consumidores de cannabis, dependientes fisiológicos o no, que corresponden con los estados límite (Bergeret, 1974, 1975). Puede haber muchas excepciones y la labor clínica toma sentido, en cuanto el investigador asuma que cada caso es único y que requiere de atención personalizada y cuidadosa. A pesar de ello, se espera que la propuesta aquí referida funcione como una orientación general para los psicoterapeutas que trabajan con pacientes que consumen derivados de cannabis.

Como prerrequisito, se considera que el psicoterapeuta que trabaje con trastornos adictivos de cualquier índole debería tener conocimiento básico del tema. En el caso de los derivados de cannabis, la información es vasta; sin embargo, suele verse influenciada por fuertes tendencias, al tratarse de una sustancia ambivalente a nivel histórico y cultural. Se le ha prohibido y despenalizado múltiples veces en la historia (Grinspoon y Bakalar, 1993; Escotado, 2002), así como se le han atribuido propiedades idealizadas o terribles. En la actualidad, las investigaciones más serias muestran la complejidad en el entendimiento de los efectos bifásicos y la dificultad de encontrar consumidores exclusivos de la sustancia. Se requiere mayor investigación general, pero el aspecto clínico ha sido claro en las experiencias registradas a profundidad. Así, el terapeuta debería poder recurrir a un amplio conocimiento, el cual implica que, a pesar de que el consumo de los derivados de cannabis no es de altísimo riesgo, sí lleva a la necesidad de la abstinencia para poder emprender un proceso terapéutico que examine la subjetividad del paciente. Lo anterior se basa en la necesidad de la integridad de un yo observador vinculado con funciones de la corteza prefrontal (Kaplan-Solms y Solms, 2000), área

impactada de forma importante por el consumo de derivados de cannabis. De igual forma, se requiere reducir riesgos y daños del uso de la droga, así como la comprensión sobre los efectos que refuerzan el sufrimiento crónico del consumidor. Es prudente entender que el dolor psíquico no se va con el uso de la sustancia, sino que pierde integración cognitiva en el paciente. Al final, el afecto siempre es consciente (Panksepp y Biven, 2012; Solms y Panksepp, 2012) y no hay posibilidad de huir de él.

Luego de cubrir el prerrequisito básico del conocimiento, se sugiere crear consciencia en el paciente de que su consumo no es casual y recreativo simplemente. Al igual que con los tratamientos de usuarios de alcohol y drogas duras, la aceptación de que existe un problema es el paso más complejo. En este caso, no siempre por sus terribles consecuencias, sino por sus dolorosos antecedentes, los cuales el paciente se ha esforzado en negar. Aceptar que se consume por un motivo relacionado con el funcionamiento afectivo implica dejar la utilización de la sustancia y renunciar a sus efectos de automedicación (Khantzian, 1985, 1997), a lo cual el paciente se resiste fuertemente. El motivo de dicha resistencia es ampliamente comprensible, pues no conoce otras formas vigentes de disminuir el malestar subjetivo que no impliquen un sufrimiento intenso.

Entonces, existe una resistencia al tratamiento que es difícil abordar. Al respecto, se ha empleado exitosamente el formato de información al terapeuta de cada consumo. Éste permite a ambos, paciente y terapeuta, detectar estímulos que favorecen el consumo, así como la posibilidad de llevar a cabo un análisis comparativo de los efectos de la sustancia en periodos de consumo y de abstinencia (tabla 1), lo que puede contribuir a crear mayor motivación hacia la suspensión del uso de la droga. Este primer paso puede prolongarse por algún tiempo de la fase inicial del tratamiento. De fracasar, resulta recomendable revisar con el paciente la posibilidad de continuar o de suspender el tratamiento.

Si el enfoque es principalmente psicodinámico, debido a las afectaciones del impacto del consumo de derivados del cannabis, se sabe que el paciente no tendrá acceso a la función del yo observador ni a la introspección que promueve la revaloración (*Nachträglichkeit*) de los aspectos dolorosos

de su vida que le han llevado a la búsqueda de defensas artificiales. El trasfondo es ético y de responsabilidad clínica. Se pueden sugerir otros enfoques que sensibilicen sobre la relevancia del consumo, nuevamente, no por los daños asociados, sino por el diagnóstico previo al uso de la sustancia.

Un segundo propósito es, entonces, la valoración sintomática general del paciente, particularmente a nivel de interacciones neuropsicodinámicas, bajo el entendimiento de que el consumidor actúa como si fuera su propio psiquiatra, modulando sus dosis para intentar aliviar el malestar subjetivo, lo cual funciona relativamente, porque la sustancia exógena tiene una similitud con ciertas sustancias endógenas; en este caso, los derivados de cannabis se parecen a las moléculas del sistema endocannabinoide, como las anandamidas (N-araquidoniletanolamida), el 2-araquidonilglicerol (2-AG), la N-araquidonildopamina (NADA), la virodamina y el noladín-eter (2-araquidonilglicerol-eter), entre otras. De tal forma, el terapeuta debe determinar si el paciente presenta una dependencia psicológica y/o fisiológica y comprender sus implicaciones; asimismo, valorar el daño cognitivo en la corteza prefrontal, el hipocampo, el cerebelo y la vía de acetilcolina. Es recomendable identificar los síntomas descriptivos y dinámicos con claridad entendiendo su interacción. Este artículo destaca y explica el papel de la depresión, la ansiedad, las implicaciones de la intoxicación y de la abstinencia, así como de la dependencia y de los posibles síntomas psicóticos, incluyendo la paranoia.

En cuanto al diagnóstico estructural, se sugiere determinar y describir el tipo de angustia predominante (Bergeret, 1974; Flores Mosri, 2013, 2015) con su probable impacto sobre la regulación neuroquímica y de los circuitos de emoción básica (Panksepp, 1998; Panksepp y Biven, 2012; Flores Mosri, 2015), resaltando que es el estado emocional general del paciente el que lo lleva a buscar la defensa artificial en la sustancia y el que subyace a cualquier tipo de carácter, síntoma y apariencia clínica (Deutsch, 1942; Bergeret, 1974). La correcta identificación de la configuración emocional permite resaltar su carácter siempre consciente en un sentimiento de estado moderadamente desagradable, pero crónico. Los contenidos inconscientes

que deberán recuperarse mediante la técnica psicoanalítica y la máxima regulación neuroquímica posible derivada de la abstinencia prolongada, se refieren a episodios formales de la historia de vida del paciente. La experiencia ha mostrado que en la medida en que los eventos del pasado y del presente son más tolerables, estos pueden revincularse o retranscribirse (*Nachträglichkeit*) en un contexto de aceptación de las fuentes y orígenes de su intenso dolor subjetivo. De esta forma, no se propone el análisis de las defensas utilizado en el psicoanálisis clásico, sino un proceso dirigido a la mejor adaptación posible de las estrategias defensivas del paciente, considerando su activación de angustia de separación (*PANIC/GRIEF*) y su respectiva necesidad de objetos anaclíticos sobre los cuales pueda apoyarse el paciente (*Anlehn*, Freud, 1914).

La mejora en la eficiencia de los procesos defensivos requiere del manejo terapéutico de la depresión latente a través del tercer aspecto a modificar, que correspondería a la transferencia. Gracias a los diversos estudios sobre los trastornos límite, se conoce que la relación transferencial siempre mantiene contenidos negativos (Balint, 1968; Bergeret, 1975) que pueden resultar predominantes por los temores del paciente ante los fantasmas de los objetos primarios fallidos; el paciente se defiende crónicamente del sufrimiento en su formato preedípico, con ayuda del consumo de los derivados de cannabis, lo cual le hace conservar la sensación de que no requiere de la ayuda de nadie más, al menos por momentos. Puede experimentar, con alto desagrado y temor, la idea de ser dependiente del terapeuta, prefiriendo apoyarse en la droga ante episodios de ansiedad de alta intensidad. Los derivados de cannabis cumplen y, generalmente ayudan, a aliviar el dolor asociado con la dependencia anaclítica de la relación transferencial con el terapeuta. El paciente teme ser abandonado o sobreexigido ante su sentimiento de desamparo y de angustia de separación; por tanto, anticipa la posibilidad de que el terapeuta, tal como sus padres hicieron, le falle. Si el psicoterapeuta toma en cuenta tal contexto, éste puede prepararse para manejar de forma más sensible y eficiente el contexto emocional del pasado y presente del paciente, apoyándose en la empatía y el control de la regresión (Balint, 1968). Se ha observado el be-

neficio de dejarle saber al paciente que puede vivir sin el espacio terapéutico, así como también puede mejorar sus estados subjetivos sin recurrir a los derivados de cannabis. El tratamiento y la relación con el terapeuta deben percibirse como una dependencia madura y sana, acompañada de su carácter temporal y adaptativo, en lugar de verse como una experiencia de repetición anaclítica textual, caracterizada por la necesidad del objeto con la inmediata sensación de rechazo y hostilidad hacia éste (Balint, 1968; Bergeret, 1974, 1975; Marty, 1990). Es necesario que el paciente se prepare para hacer consciente su condición de libertad, para lo cual el terapeuta no debe crear expectativas respecto del paciente, tal como sus padres otorgaron su sentido de vida narcisista; es decir, dirigido a satisfacerlos a ellos y no a sí mismo. Entonces, el paciente deberá independizar sus metas a partir de la regla básica de que puede hacer lo que él quiera, mientras no lastime a otros ni a sí mismo. El terapeuta no emitirá juicios, más bien, respetará las metas del paciente, que, comúnmente, se construyen en el espacio terapéutico en un contexto que, sólo bajo la prueba de la constancia en la conducción del terapeuta, puede promover condiciones de confianza sobre las cuales el anaclitismo puede recargarse con la mayor tranquilidad posible. Los pacientes límite establecen psicosis de transferencia por la calidad narcisista de la relación de objeto (Freud, 1914, 1915). Marty (1990) incluso propuso que se trata de pacientes que no hacen transferencia, sino únicamente una relación intensa con su terapeuta basada, según Bergeret (1974, 1975), en la forclusión de la representación del objeto.

El siguiente paso se vincula fuertemente con el anterior, pues se refiere al manejo de los contenidos del ideal del yo. Como ya se explicó, el paciente nace con la carga de hacer feliz a la madre narcisista y depresiva, lo cual se vuelve el motivo de su existencia. Así, se establece un contexto de simbiosis psíquica, caracterizada por la condena de que, lo que haga el paciente, es irremediamente dirigido a la madre, quien, constantemente, intenta apropiarse de los éxitos del hijo como si fueran suyos. El paciente intenta liberarse mediante los derivados de cannabis, a partir de los efectos del síndrome amotivacional, ya que puede tener grandes sueños e

ilusiones; sin embargo, al no dirigir la conducta hacia la realización de estos, el fracaso es automático, adicional a su carácter grandioso. La falta de movimiento evita que la madre se apropie de los logros del hijo y éste habrá dejado de darle su esfuerzo al objeto primario; aunque el paciente falla en satisfacerse a sí mismo. En cuanto a lo que sí logra, es frecuente observar la falta de reconocimiento hacia sus propios logros, como en un esfuerzo por negar la posibilidad de que el objeto primario se apropie de ellos. La devaluación o falta de valoración de sus éxitos propina un bajo sentimiento de sí, el cual fortalece la depresión crónica ya existente, la cual se inscribe en una constante frustración que promueve el dolor psíquico y, por tanto, la búsqueda de la droga. El paciente puede, incluso, interpretar que no es merecedor del amor incondicionado de la madre y su fracaso sería la justificación para entender tan sufriente hecho.

A pesar de ello, se plantea que el trasfondo es aún más doloroso bajo la premisa de que el hijo intenta hacer un duelo patológico e imposible, determinado por tratar de superar la pérdida de lo que nunca tuvo, el amor incondicionado de la madre que ya venía con condiciones y requisitos propinados por la herida narcisista de ella, quien fue incapaz de amar a su hijo por su propia falla básica (Balint, 1968) y ahora busca el cuidado de sus padres en su propio hijo. El paciente, por tanto, teme a cualquier relación de objeto y puede resultar agresivo por momentos. La rabia propinada por la herida narcisista y el duelo patológico implica el carácter subyacente de una difícil transferencia que debe validarse en su dolor original, pero contrastada con una realidad en la que el terapeuta no le falla, comenzando por su puntual asistencia y atención en el tratamiento y continuando con un genuino interés por ser un apoyo temporal para que el paciente logre tolerar su dolorosa historia de vida, a través de la contención del afecto en una relación compartida que promueve la alianza terapéutica, la cual se conserva frágil durante todo el tratamiento, pero debe ser suficiente para que el paciente logre contener su realidad afectiva.

Un quinto aspecto a considerar en el tratamiento del paciente con consumo de cannabis es la regulación de afectos y emociones, basada en un dolor psíquico previo que implica la desregulación de varias vías neu-

roquímicas, basadas en los circuitos de emoción básica propuestos por Panksepp (1998). Se ha referido (Flores Mosri, 2013, 2015, 2016) una activación crónica del *PANIC/GRIEF System* con una calidad de angustia de separación por sentimiento de desamparo ante la falta de un cuidado por parte de los padres de las necesidades básicas del hijo, lo cual se determina por las necesidades narcisistas de estos y que les impiden entregarse al cuidado de su hijo. La activación del *PANIC/GRIEF* (Panksepp y Biven, 2012) implica una desregulación importante del sistema opioide endógeno, principalmente. De igual forma, se propone la baja en la regulación del *SEEKING System* con sus predominantes circuitos dopaminérgicos, impactado por la constante frustración derivada del *PANIC/GRIEF* hasta mostrar desesperanza y falta de motivación.

Tal frustración es promotora de la actividad del *RAGE System*, que propina sentimientos de ira y que es un circuito vinculado al *FEAR System*, el cual se asocia con la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal ante el temor del sufrimiento y la repetición de los estímulos que representan peligro a la integridad del organismo. A su vez, se ha sugerido una activación caótica del *LUST System*, en términos de experimentar el placer sexual, más en un formato anaclítico que en uno de amor de pareja, lo cual acompaña la desafortunada repetición de no poder cuidar de otros por baja en la activación del *CARE System*, misma que se apreció en el formato de cuidado por parte de los padres del paciente consumidor de derivados de cannabis, ya que la propia falla impide la posibilidad de cuidar apropiadamente de alguien más, llegando, incluso, a peleas egoístas entre padres e hijos. Finalmente, el goce de la relación entre pares derivado de la activación del *PLAY System* también disminuye, debido a que se tuvo poco acceso a experiencias de juego rudo que promueven la alegría experimentada por la convivencia con pares (Panksepp, 1998; Panksepp y Biven, 2012).

El paciente intenta regular sus deficiencias neuroquímicas derivadas de su historia de vida como si fuera su propio psiquiatra. Busca combatir el dolor psíquico, la depresión, la ansiedad y la angustia. En la configuración descrita se plantea una alta posibilidad de liberación constante de dinorfinas, lo cual resultaría ampliamente molesto y doloroso para

el paciente, motivo por el cual, éste quisiera olvidar los estímulos que despiertan los afectos del pasado siempre vigentes, con la esperanza de sentirse mejor en algún momento. Por tanto, se aprecia un deseo de olvidar, favorecido por el impacto sobre el hipocampo y la corteza prefrontal. Sin embargo, la activación emocional de carácter subcortical (Panksepp, 1998) continúa presente y es realmente ineludible por el tipo de funcionamiento de las estructuras que hacen consciente sus activaciones, tales como la PAG, la amígdala y el cerebelo. Si bien es cierto que los derivados de cannabis tienen un impacto sobre dichas estructuras, la función de éstas se preserva intentando generar un sentimiento de alerta en el paciente, para que éste intente resolver las necesidades emocionales insatisfechas (Panksepp, 1998; Watt y Panksepp, 2009). De tal forma, la meta principal del tratamiento se basa en el reconocimiento de la consciencia del afecto para el mejor entendimiento de que éste no es absurdo y de que no se encuentra ahí sólo como un síntoma innecesario, sino que es el regulador fundamental y máximo de la supervivencia y del potencial de construir metas que dan sentido a la vida. Tolerar la historia de vida con consciencia cognitiva ayuda al paciente a comprender su afecto en una reconstrucción episódica que integra las vías implícitas y explícitas derivadas de la experiencia de ser un organismo con vida y con consciencia de ésta. Se remite a los mecanismos de hacer lábil un recuerdo para activar su posibilidad de ser consolidado y reconsolidado (Alberini, 2011), posteriormente, en un formato episódico más aceptable para el paciente. Esto pretende dar un uso más adaptativo a la crónica angustia derivada de la depresión latente.

Como sexta sugerencia, se propone el uso de las interpretaciones metafóricas y el uso del lenguaje no verbal. Debido a que el paciente que consume cannabis presenta limitaciones en la producción del lenguaje, se ha encontrado utilidad al formato cara a cara, favoreciendo la comunicación visual con el paciente. Éste puede apreciar ciertas señales espontáneas en cuanto a la expresión de emociones, las cuales pueden impactar los patrones de respuesta afectiva del paciente. Simultáneamente, el uso de metáforas para expresar contenidos complejos en cuanto al afecto y los patrones defensivos del paciente, puede ser de gran utilidad para promover la comuni-

cación interhemisférica y con el cerebelo (Levin, 2003), que puede ayudar a compensar el déficit cognitivo inducido por el consumo de los derivados de cannabis, así como puede ser de más fácil manejo para un paciente herido por su sensación emocional crónica. La metáfora representa una forma indirecta de abordar contenidos dolorosos. Cabe aclarar que no se refiere a una metáfora en el sentido simbólico del psicoanálisis clásico, sino al uso común del término, referido a pacientes que expresan su vivencia mejor al construir analogías que cuando describen exactamente los hechos.

Notas finales

Este documento aborda la formulación de hipótesis sobre la comprensión y el tratamiento dirigido a pacientes consumidores de derivados de cannabis. A pesar de que muchos psicoterapeutas sienten satisfacción si los pacientes se presentan sobrios a su sesión, la experiencia centrada en el registro del impacto del consumo de la sustancia sobre el funcionamiento psicodinámico del paciente representa una evidencia de las alteraciones de componentes básicos para poder llevar a cabo el tratamiento del paciente bajo un esquema ético. Los consumidores buscan mejorar un sentimiento subjetivo basado en un dolor crónico derivado de las fallas narcisistas de las figuras parentales, a quienes no se debe juzgar, sino comprender, como personas que, a su vez recibieron fallas básicas (Balint, 1968) durante el desarrollo de su propia historia de vida. El paciente busca crear un impacto sobre su funcionamiento neuroquímico a través de los efectos de una sustancia exógena; en este caso, los derivados de cannabis, comportándose como un “paciente-psiquiatra” que experimenta con su dosis hasta lograr su mejora, que, desafortunadamente, se ve comprometida por los efectos adversos de la sustancia. Es este contexto en el cual se atrapa a un consumidor que presenta una depresión latente y crónica de base y que frecuentemente por eso tiene que consultar. Muchos pacientes no quieren suspender el uso de psicotóxicos, sino encontrar la manera de continuar su uso, sin los daños y desventajas que irremediamente implican (Kalina, 2000). La propuesta que se presenta aquí, pretende ser

una guía de orientación para quienes tratan a pacientes sensiblemente frágiles y por ello difíciles en el manejo terapéutico. No puede ignorarse que se busca la sustancia como un intento de alivio y autocuración. El paciente se hace daño; sin embargo, con escasa consciencia de las implicaciones, en cuanto a las lesiones y riesgos, de usar una droga discreta, la cual es tan ambivalente como su contexto de vida. El terapeuta tiene la responsabilidad de otorgar la primera experiencia de estabilidad a un paciente que requiere de la confiabilidad para poder recargarse anaclóticamente, hasta lograr hacer un uso a su favor de las experiencias inevitablemente sufrientes de su historia de vida. El enfoque de la integración psicodinámica y neurobiológica se muestra como indispensable en el tratamiento de las adicciones en general (Flores Mosri, 2014a, 2014b), y el consumo de los derivados de cannabis no es la excepción.

REFERENCIAS

- Alberini, C. (2011). The role of reconsolidation and the dynamic process of long-term memory formation and storage. *Front. Behav. Neurosci.*, 5 (12). 10.3389/fnbeh.2011.00012
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV, DSM-IV-TR*. España: Masson.
- (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V, DSM-5*. España: Médica Panamericana.
- Ashton, C. y Moore, P. (2011). *Endocannabinoid system dysfunction in mood and related disorders*. *Acta Psychiatr Scand*, 124, 250-261.
- Balint, M. (1968). *The basic fault*. Inglaterra: Routledge.
- Bergeret, J. (1974). *La personalidad normal y patológica*. España: Gedisa.
- (1975). *La dépression et les États Limites*. Francia: Payot.
- Bortolato, M.; Bini, V., y Tambaro, S. (2010). Vulnerability factors for the psychiatric and behavioral effects of cannabis. *Pharmaceuticals*, 3, 2799-2820.
- Crippa, J.; Zuardi, A.; Martín-Santos, R.; Bhattacharyya, S.; Atakan, Z.; McGuire, P., y Fusar-Poli, P. (2009). Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum. Psychopharmacol Clin. Exp.*, 24, 515-523.

- Deutsch, H. (1942). Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia. En Stone, M. (ed.) (1986) *Essential Papers on Borderline Disorders: One Hundred Years at the Border*, Estados Unidos: New York University Press, 74-91.
- Dodes, L. (1990). Addiction, helplessness and narcissistic rage. *Psychoanalytic Quarterly*, LIX, 398-419.
- Escotado, A. (2002). *Historia general de las drogas*. España: Espasa.
- (2003). *Historia elemental de las drogas*. España: Anagrama.
- (2005). *Aprendiendo de las drogas: usos, abusos, prejuicios y desafíos*. España: Anagrama.
- Fine, R. (1972). The Psychoanalysis of a Drug Addict. En Yalisove, D. (ed.) (1997) *Essential Papers on Addiction*. Estados Unidos: New York University Press. 217-242.
- Flores Mosri, D. (2013). *A neuropsicoanalytic comprehension of borderline organizations: an affective approach*. Ponencia presentada en el 14.º Congreso de la Sociedad Internacional de Neuropsicoanálisis en Ciudad del Cabo, Sudáfrica.
- (2014a). *Propuesta para el tratamiento neuropsicoanalítico de patología fronto- riza con consumo de cannabis*. Tesis doctoral. México: Universidad Intercontinental.
- (2014b). *Neuropsicoanalytic aspects of the vulnerability to addiction in borderline organizations: an affective approach to anaclitic depression*. Ponencia presentada en el 15.º Congreso de la Sociedad Internacional de Neuropsicoanálisis en Nueva York, Estados Unidos.
- (2015). *Diagnosis in psychoanalysis: from types of Angst to the flexibility of affective structure*. Ponencia presentada en el 16.º Congreso de la Sociedad Internacional de Neuropsicoanálisis en Amsterdam, Holanda.
- (2016). *Affect as a bridge concept between psychoanalysis and the neurosciences: a comparative study between major and latent depressions*. Ponencia presentada en el 17.º Congreso de la Sociedad Internacional de Neuropsicoanálisis en Chicago, Estados Unidos.
- (2017). A neuropsicoanalytic understanding and treatment for a borderline patient who used cannabis. *Neuropsicoanalysis*, 19, 1, 87-101, doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15294145.2017.1294029>
- Freud, S. (1914) *Introducción del narcisismo*. Argentina: Amorrortu.

- (1915) *Duelo y melancolía*. Argentina: Amorrortu.
- Gonzalez, R. (2007). Acute and non-acute effects of cannabis on brain functioning and neuropsychological performance. *Neuropsychology Rev.*, 17, 347-361.
- Gustafson, J. (1976). The mirror transference in the psychoanalytic psychotherapy of alcoholism: a case report. En Yalisove, D. (ed.) (1997) *Essential Papers on Addiction*. Estados Unidos: New York University Press, 243-264.
- Grinspoon, L. y Bakalar, J. (1993). *Marihuana: the forbidden medicine*. Estados Unidos: Yale University Press.
- Hall, W. y Solowij, N. (2006). The Adverse Health and Psychological Consequences of Cannabis Dependence. En Roffman, R., Stephens, R. (Eds.) *Cannabis Dependence: Its nature, consequences and treatment*. Estados Unidos: Cambridge University Press, 106-128.
- Jacobs, D. (1986). A general theory of addictions: a new theoretical model. En Yalisove, D. (ed.) (1997) *Essential Papers on Addiction*. Estados Unidos: New York University Press, 166-183.
- Johnson, B. y Flores Mosri, D. (2016). *The Neuropsychanalytic Approach: Using Neuroscience as the Basic Science of Psychoanalysis*. *Front. Psychol.*, 7, 1459. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01459>
- Kaplan-Solms, K. y Solms, M. (2000). *Clinical Studies in Neuro-psychoanalysis: Introduction to a Depth Neuropsychology*. Reino Unido: Karnac.
- Khantzian, E. (1985). The Self-medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. En Yalisove, D. (ed.) (1997) *Essential Papers on Addiction*. United States: New York University Press, 429-440.
- (1997). *The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications*. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- (1997). *The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications*. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- (2003). Understanding addictive vulnerability. *Neuropsychanalysis*, 5, 5-21.
- Kalina, E. (1997). *Temas de drogadicción*. Argentina: Nueva visión.
- (2000). *Adicciones: Aportes para la clínica y la terapéutica*. Argentina: Paidós.
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós.

- (2004). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. México: Manual Moderno.
- Knight, R. (1937). The Psychodynamics of Chronic Alcoholism. En Yalisove, D. (ed.) (1997) *Essential Papers on Addiction*. Estados Unidos: New York University Press, 72-82.
- Krystal, H. (1978). Self Representation and the Capacity for Self Care. En Yalisove, D. (ed.) (1997) *Essential Papers on Addiction*. Estados Unidos: New York University Press, 109-146.
- Landabaso, M.; Calle, R.; García de Galdeano, A., y Gutiérrez, M. (2003). Cannabis. En Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (Eds.) *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. España: Ars Médica, 355-373.
- Levin, F. (2003). *Mapping the Mind: The Intersection of Psychoanalysis and Neuroscience*. Inglaterra: Karnac.
- Lichtman, A. y Martin, B. (2006). Pharmacology and Physiology of Cannabis Dependence. En Roffman, R. y Stephens, R. (Eds.) *Cannabis Dependence: Its nature, consequences and treatment*. Estados Unidos: Cambridge University Press, 37-57.
- Marty, P. (1990). *La psicósomática del adulto*. Argentina: Amorrortu.
- Mechoulam, R. y Parker, L. (2013). The endocannabinoid system and the brain. *Annu. Rev. Psychol*, 64, 21-47.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Management of Substance Abuse: Cannabis*. Recuperado el 7 de noviembre de 2016 en: http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience*. Estados Unidos: Oxford University Press.
- (2011). Cross-Species Affective Neuroscience Decoding of the Primal Affective Experiences of Humans and Related Animals. *PLoS ONE*, 6 (9), e21236. doi:10.1371/journal.pone.0021236
- Panksepp, J. y Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. Estados Unidos: Norton.
- Puighermanal, E.; Marsicano, G.; Busquets-García, A.; Lutz, B., Maldonado, R., y Ozaita, A. (2009) Cannabinoid modulation of hippocampal long-

- term memory is mediated by mTOR signaling. *Nature Neuroscience*, 12, 1152-1158.
- Pulido, M.A.; Aguilar, M.; García, M.; Guillot, C.; Morales, J. A.; Moreno, P.; Moranchel, J.A.; Portilla, D.; Rodríguez P.; Rodríguez, G., y Sosa, J. (2015). Variables ecológicas y consumo de sustancias adictivas en universitarios de la Ciudad de México: Historia de dos universidades. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17, 31-55.
- Radó, S. (1933). The Psychoanalysis of Pharmacothymia (Drug Addiction). En Yalisove, D. (ed.) (1997) *Essential Papers on Addiction*, Estados Unidos: New York University Press, 52-68.
- Rastegar, D. y Fingerhood, M. (2005). *Addiction Medicine: An Evidence-Based Handbook*. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reece, A. (2009). Chronic toxicology of cannabis. *Clinical toxicology*. 47, 517-524.
- Schaub, M.,; Rössler, W., y Stohler, R. (2012). Cannabis und Psychosen-eine Übersicht. *Praxis*, 93, 997-1002. doi: 10.1024/0369-8394.93.23.997
- Solms, M. y Panksepp, J. (2012). The “Id” Knows More than the “Ego” Admits: Neuropsychanalytic and Primal Consciousness Perspectives on the Interface Between Affective and Cognitive Neuroscience. *Brain Sci.* 2, 2, 147-175.
- Turcotte, C.; Blanchet, M. R., Laviolette, M., y Flamand, N. (2016). Impact of Cannabis, Cannabinoids, and Endocannabinoids in the Lungs. *Front. Pharmacol*, 7, 317. doi: 10.3389/fphar.2016.00317
- Welch, S. (2009). The Pharmacology of Cannabinoids. En Ries, R.; Fiellin, D.; Miller, S.; Saitz, R. (Eds.) *Principles of Addiction Medicine*, Estados Unidos: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 193-214.
- Watt, D. y Panksepp, J. (2009). Depression: An Evolutionarily Conserved Mechanism to Terminate Separation Distress? A Review of Aminergic, Peptidergic, and Neuronal Network Perspectives. *Neuropsychanalysis*, 11, 7-51.
- Welch, S. (2009). The Pharmacology of Cannabinoids. En Ries, R.; Fiellin, D.; Miller, S., y Saitz, R. (eds.) *Principles of Addiction Medicine*. Estados Unidos: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 193-214.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic Considerations of the Etiology of Compulsive Drug Use. En Yalisove, D. (ed.) (1997) *Essential Papers on Addiction*. Estados Unidos: New York University Press, 87-108.