



¿PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Tomás Delgado Durán¹, María José Gordillo Montaña², Francisco José Márquez Liger¹

1. Médico Psiquiatra
2. MIR-4 Psiquiatría

tomdd17@hotmail.com

Psicosis. Cannabis. Pródromos. Primer episodio.

RESUMEN

El caso que nos ocupa trata sobre un adolescente que realiza seguimiento irregular en la Unidad de Adicciones y que debuta con clínica psicótica. El hecho de elegir este caso versa en la posibilidad de establecer un diagnóstico diferencial en un primer episodio psicótico, valorando la relación que presenta con el consumo de tóxicos, concretamente con el cannabis, tan extendido entre la población joven, y poder observar el curso de la enfermedad, el proceso diagnóstico y la terapéutica a seguir.

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE-10) define el Trastorno psicótico por cannabinoides (F12.5), es decir, la psicosis cannábica, como el trastorno psicótico que acompaña al consumo cannábico o lo sigue inmediatamente, por convención con un periodo de latencia no mayor de 2 semanas. También por convención, la duración no debe exceder 6 meses.

El trastorno psicótico por cannabinoides suele ser esquizofreniforme, pero también puede remedar la psicosis paranoide, en especial la de tipo persecutorio, la psicosis alucinatoria crónica de los autores franceses, la bouffé delirante, los estados esquizoafectivos, y las psicosis mixtas. En general puede haber alucinaciones vívidas de tipo auditivo, visual, u otras; falsos reconocimientos; inquietud psicomotriz; delirio paranoide de referencia, a menudo persecutorio; trastornos psicomotores como agitación o estupor; estados afectivos anormales, desde el terror hasta el éxtasis; disforia hipomaníaca o depresiva; despersonalización y desrealización.

Teóricamente podemos distinguir los siguientes subtipos de psicosis cannábica:

F12.50 Esquizofreniforme.

F12.51 Con predominio de ideas delirantes.

F12.52 Con predominio de alucinaciones.

F12.53 Con predominio de síntomas polimorfos.

F12.54 Con predominio de síntomas depresivos.

F12.55 Con predominio de síntomas maníacos.

F12.56 Trastorno psicótico mixto.

Estos subtipos de trastorno psicótico por cannabinoides suelen remitir totalmente en 1 mes o poco más. Tras plazos menos breves, y en especial rebasados los 6 meses, hay clara indicación de revisar el diagnóstico, en el sentido de la esquizofrenia y demás psicosis antes enumeradas. Por el momento, ésta es la manera más racional de orientarnos en el difícil diagnóstico diferencial entre psicosis tóxicas y psicosis funcionales.

Para hablar de psicosis cannábica es condición *sine qua non* que haya claridad de sensorio, o a lo sumo algún grado de obnubilación de la conciencia. Un cuadro confuso-onírico debiera excluir el diagnóstico de psicosis cannábica: es por definición un delírium. Ésta es, precisamente, la dificultad práctica que nos depara el diagnóstico diferencial entre psicosis cannábica y delírium cannábico. ¿Dónde poner el límite entre obnubilación (psicosis) y confusión (delírium)?

Otro error de apreciación consiste en confundir las distorsiones perceptivas o ilusiones e incluso las alucinaciones que resultan de la intoxicación aguda cannábica, con la psicosis cannábica. Vale la pena intentar también aquí el diagnóstico diferencial, por sus implicaciones pronósticas.

Y es que, en esencia, la psicopatología cannábica incluye, de menor a mayor gravedad y de mayor a menor prevalencia (no hay cuantificación admitida), precisamente las tres entidades

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

mencionadas y que interesa diferenciar conceptualmente pese a que en la práctica se solapan entre sí:

- Intoxicación aguda cannábica y sus reacciones adversas,
- Delírium cannábico por intoxicación, y
- Psicosis cannábica.

En los tres síndromes el curso es básicamente autolimitado, pero se distingue sustancialmente por su duración, que contribuye mucho en la práctica al diagnóstico diferencial.

- 1) Las reacciones ansiosas a la embriaguez cannábica suelen durar poco más de un par de horas, lo que dura una intoxicación aguda.
- 2) Las reacciones tóxicas de delírium duran a lo sumo un par de días, aunque se han descrito hasta de una o incluso dos semanas.
- 3) Las psicosis cannábicas remedan claramente la esquizofrenia. Suelen resolverse en semanas y, por definición, seis meses a lo sumo. En la práctica, estas psicosis transitorias tóxicas de más de un mes de evolución son de peor pronóstico cuanto más se prolongan.

Suelen acabar siendo diagnosticadas como esquizofrenia, que entonces se considera desencadenada o facilitada por el consumo cannábico.

A partir de cualquiera de los tres casos puede haber una evolución hacia estados crónicos predominantemente ansioso-disfóricos, trastornos adaptativos o somatomorfos, agorafobia, con o sin crisis de angustia, etc.), a trastornos afectivos y a procesos psicóticos incluida la esquizofrenia. Como es norma en medicina, que el cuadro agudo derive hacia un curso insidioso obliga a un replanteamiento diagnóstico-pronóstico. Entonces la psicopatología ya no es tanto exógena en el clásico sentido de Bonhöffer, cuanto atribuible a la vulnerabilidad o predisposición del paciente. Significa esto la posibilidad de que ni el paso del tiempo ni la farmacoterapia conlleven la remisión de la enfermedad.

La psicosis cannábica en sentido estricto no sólo debe cumplir los requisitos diagnósticos de la CIE-10 o el DSM-IV y ser indiscutiblemente causada por consumo cannábico, sino que en la práctica clínica tiene más visos de realidad en ausencia de rasgos personales premórbidos o de antecedentes familiares. Hasta ahora se ha considerado poco prevalente en países desarrollados, pero los últimos estudios obligan a matizar esta opinión. En los países tradicionalmente consumidores, los médicos expertos en el tema suelen hablar de alta prevalencia de psicosis cannábicas, siempre a la espera de ser cuantificada con metodología segura.

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta

Paciente de 17 años derivado desde la Unidad de Adicciones al Servicio de Urgencias, por aislamiento en domicilio, alteraciones del ánimo y conductuales con negativa a acudir a seguimientos en Consultas Externas.

Enfermedad actual

En los últimos 6 meses, el paciente presenta mayor descontrol conductual, opositorista y desafiante con los padres, se niega a ir al Instituto y tampoco acude a las visitas de seguimiento. Incrementa el consumo que es diario y consume en el domicilio. Reconoce consumo puntual de otras drogas (ketamina, cocaína), último consumo hace tres meses.

En verano vuelve a negarse a salir con manga corta, viste con ropa grande, dice por sus "complejos de delgado y para que no me traten como inferior". Los padres observan que sale menos a la calle y cuando lo hace, lo hace de noche y regresa al poco rato. Explican también que presenta episodios de marcada labilidad emocional, con crisis de llanto en las que verbaliza sentimientos de desesperanza, incapacidad e inutilidad ante su situación vital. A su vez, culpabiliza a los padres de no haberle dado "herramientas para defenderse en la calle". También describen momentos que se muestra más exaltado, discurso sobrevalorado y con planes poco realistas; dice que no necesita comer, que él va a hacer "cosas importantes".

Ante la negativa a acudir a visitas y la situación de crisis, se decide derivar a Urgencias para valoración y sopesar la posibilidad de ingreso para estudio.

Antecedentes personales

Antecedentes Personales Somáticos: Niega alergias medicamentosas. Niega otros antecedentes de interés, médicos o quirúrgicos.

Antecedentes Personales Psiquiátricos: Consultan a nivel privado en quinto curso de Educación Primaria por irregularidad en la implicación de estudio académico y por inseguridades y conductas evitativas. Posteriormente acuden al Centro de Salud Mental Infante-Juvenil de zona pero sin vinculación.

Seguimiento en Unidad de conductas adictivas en 2º Educación Secundaria, por el uso desmesurado de videojuegos, que se prolongará por el abuso de sustancias acudiendo de forma regular hasta 6 meses previos al ingreso, cuando comienza a ausentarse de las citas.

En 3º de Educación Secundaria Obligatoria, desde el colegio, inician seguimiento con equipo de psicopedagogía que trabaja problemática conductual y amotivacional.

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Antecedentes familiares

- Familiar de primer grado (madre), en tratamiento antidepresivo, trastorno adaptativo.
- Familiar de tercer grado (tía paterna) consumidora de tóxicos
- Familiar de tercer grado (tío materno) en seguimiento desde hace años, con varios ingresos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica por posible trastorno psicótico y varias tentativas autolíticas. Actualmente reside en un centro especializado.
- Familiar de cuarto grado (primo hermano) en tratamiento desde hace años por lo que parece ser trastorno psicótico.

Exploración psicopatológica

A nivel de conciencia, el paciente se muestra vigil, sin alteraciones a nivel cuantitativo ni cualitativo, manteniendo en todo momento conciencia de existencia y actividad de uno mismo, de unidad, de continuidad de identidad y de demarcación del yo.

A nivel atencional, el paciente se muestra en alerta, manteniendo una adecuada atención focalizada y alternante, aunque dificultades para mantenerla en ocasiones (atención sostenida con dificultades), con momentos de distraibilidad que durante las primeras entrevistas, no se descartaba que la causa fuese una atención alucinatoria.

Se muestra en todo momento orientado auto y alopsíquicamente. No se objetivan alteraciones mnésicas.

Se muestra inquieto psicomotrizmente, acompañada dicha inquietud de una ansiedad psicofísica marcada. Presenta una colaboración total durante todo el proceso.

Presenta un discurso fluido y espontáneo, bien articulado, aunque con taquifemia o presión del habla, que provoca una asociación laxa de ideas, con falta de una adecuada conexión entre frases, llegando a terminar su discurso con un contenido que no guarda relación con la pregunta que se le ha formulado (pérdida del hilo conductor). El contenido del discurso va cargado de tintes pueriles para su edad, que no mostraba meses atrás según refieren los padres. Dicho contenido muestra ideas sobrevaloradas/delirantes relacionadas con sus altas capacidades intelectuales y físicas ("tengo cada día más inteligencia, me crece el cerebro", "si quiero puedo hacer lo que me proponga"), y que en el momento que se realiza una confrontación con la realidad, presenta a su vez ideas de infravaloración e incapacidad ("no tengo ilusión por nada", "no veo ningún futuro par mí") relacionadas con la situación actual. Cabe destacar el carácter extrapunitivo y de culpabilización hacia los padres que presenta por haber llegado a la situación en la que se encuentra ("mis padres no me han enseñado a defenderme, por eso me encuentro así...si ellos me hubiesen dado todo lo que yo necesitaba para moverme en este mundo, nada de esto hubiese ocurrido").

Verbaliza ideas autorreferenciales y de perjuicio centradas en iguales de su entorno ("se reían de mí por mi nariz y mi delgadez, lo veía cuando salía a la calle, porque al pasar a su lado, se mantenían en silencio") e interpretaciones de posible carácter delirante. No verbaliza la existencia de alteraciones sensoriales.

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

A nivel afectivo, predomina labilidad emocional, con hipotimia reactiva al proceso en el que se encuentra inmerso. Niega episodios de hipertimia previos, incremento del tono vital o expansividad del humor. Cierta irritabilidad en momentos puntuales.

No muestra episodios previos de intencionalidad o ideación autolítica, ni verbaliza planificación o ideación tanatosuicida en el momento actual. Presenta claros planes de futuro (aunque son un poco ambivalentes en función del discurso, ya que como se comenta previamente hay momentos con tintes megalómanos en este y otros momentos más de incapacidad).

Presenta alteraciones del ritmo sueño-vigilia, con insomnio mixto, aunque predominantemente de conciliación. Disminución de la ingesta alimenticia en los meses previos, que justifica indicando "yo no necesito comer...".

Nula conciencia de enfermedad.

Exploraciones complementarias

Tóxicos en orina al ingreso: positivo por THC (1668 ng/mL), resto negativo.

Tóxicos en orina 15 días posteriores al ingreso: cannabis 36ng/mL (negativo).

Tóxicos en orina al alta: negativo

Analítica:

HEMOGRAMA: Serie roja: Hemoglobina 14,5 g/dl, Hematocrito 42,8%, VCM 88 fl, H C M 29,7 pg. Serie plaquetar: Plaquetas 142 Mil/mmcc. Serie blanca: Leucocitos 6,5 Mil/mmcc, Linfocitos 35,7%.

BIOQUÍMICA: Sodio 141,0 mmol/L, Potasio 3,90 mmol/L, Cloro 106,0 mmol/L, Glucosa basal 68 mg/dl, Urea 37 mg/dl, Creatinina 0,96 mg/dl, Proteínas 67 g/L, Triglicéridos 52 mg/dl, Colesterol 157 mg/dl, HDL 38 mg/dl, Colesterol-LDL 108 mg/dl, Alanina-aminotransferasa 7 UI/L, Aspartat-aminotransferasa 20 UI/L. HORMONAS: Tirotropina (TSH) 1,215 mU/L, Prolactina 361 mU/L.

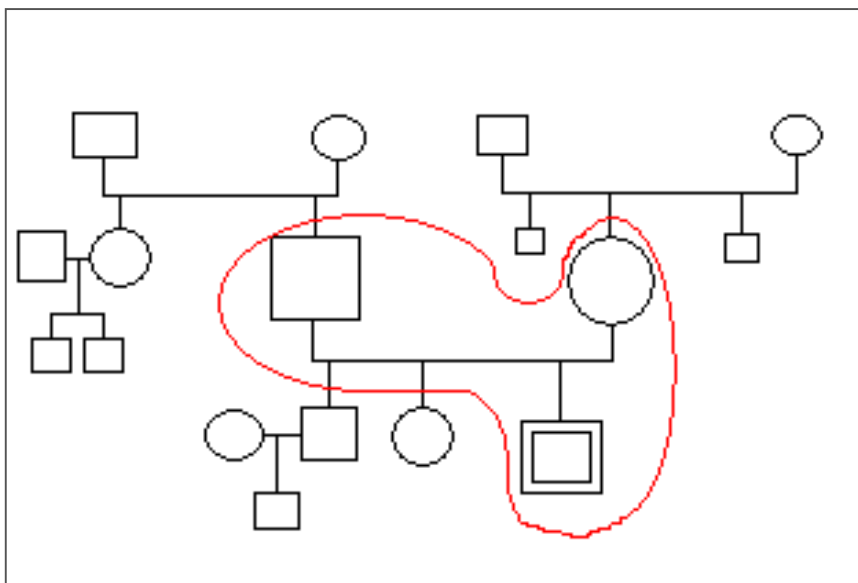
Electrocardiograma: sin hallazgos patológicos de interés.

Resonancia Magnética cerebral: sin alteraciones.

FORMULACIÓN DEL CASO

Se trata de un chico, el menor de una fratría de tres hermanos. Convive con sus padres, hermanos independizados.

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO



En cuanto a la historia evolutiva, embarazo planificado, control y seguimiento adecuado, normoevolutivo. Parto a término, Peso al nacer: 2700g sin complicaciones postnatales.

No explican alteraciones a nivel del desarrollo psicomotriz: deambulación a los 14-15 meses de edad. No alteraciones en la psicomotricidad fina ni grosera. Tics motores en cuello a la edad de 9-10 años que resuelven de forma espontánea. Sin alteraciones a nivel del sueño. Sin dificultades en la introducción de los alimentos, no selectiva, siendo a los 5-6 años cuando comienza a rechazar algunos alimentos, que progresivamente fue incrementándose en número. Control esfinteriano temporalmente correcto. No explican alteraciones a nivel del lenguaje. A nivel de conducta refieren poca tolerancia a la frustración, dificultad para poner límites y baja consistencia de los padres.

Presentó juego simbólico e imitativo. No intereses restringidos ni adhesión a objetos, mayor interés por juegos de memorización. Abuso de videojuegos a los 12 años. Socialización adecuada a pesar de la timidez, vergonzoso tiene grupo de iguales estable hasta 2º de E.S.O. cuando repite curso. Cambio del grupo de iguales en la escuela e inicia relación con otros chicos mayores de su entorno.

En la psicobiografía, buen rendimiento académico hasta 5º de primaria en que empieza a presentar mayor irregularidad en la implicación de estudio académico. Consultan a nivel privado por este motivo y por inseguridades y conductas evitativas observadas por los padres. Posteriormente acuden al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de zona pero tampoco se vinculan.

En 2º de Educación Secundaria baja el rendimiento y tiene que repetir curso coincidiendo con el uso desmesurado de videojuegos. Inician seguimiento en Unidad de conductas adictivas.

Repite curso, con recuperación del rendimiento y adaptándose en un principio al grupo. Posteriormente, cambia el grupo de amigos, dejando de salir con los compañeros de clase y se empieza a relacionar más con chicos algunos mayores, del entorno de su barrio. Inicia consumo de cannabis en contexto de ocio y en patrón de fin de semana

Durante el tercer curso de Educación Secundaria, incremento progresivo del consumo y paralelamente bajada de rendimiento escolar así como empeoramiento de la relación con los padres

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

(se muestra desafiante, transgresión de límites, actitud tirana...). En el colegio absentismo puntual pero mantiene la conducta adecuada aunque con baja motivación para los estudios. Ante el empeoramiento del comportamiento en casa y conflictiva con los padres, se decide que vaya a vivir con el hermano (figura de referencia y mayor autoridad). Durante este periodo, el paciente deja de consumir, mantiene conducta normativa y acude al colegio con regularidad. Durante la estancia con el hermano, éste destaca que lo observan más ausente y distante, menos comunicativo. Durante los fines de semana que regresa al domicilio de los padres, mantiene con ellos conducta oposicionista y no respeta los límites. Se pone de manifiesto dificultad para mantener consistencia y límites firmes de los progenitores, por lo que el hermano decide que regrese con ellos, exacerbándose de nuevo la problemática conductual.

En verano del tercer curso de Educación Secundaria, el paciente refiere que se siente observado por el grupo de iguales y que le tratan distinto y peor "cuando enseña los brazos", (al sacarse la camiseta los demás no le respetaban", "yo me fijaba que me miraban....."). Sin poder clarificar si estas vivencias autorreferenciales eran sólo en contexto de intoxicación de cannabis. Por este motivo, explica que decide vestir todo el verano con jerséis grandes, para ocultar su delgadez. En este contexto reconoce también cambio en la motivación del consumo; comenta que al inicio era para relacionarse mejor y con más facilidad, y que empieza a consumir más y con fines más evasivos e ansiolíticos ("para olvidarme de las penas").

En Cuarto de Educación Secundaria se exagera el consumo, el comportamiento en casa y conflictiva con los padres, y absentismo escolar moderado. Desde el colegio, realiza seguimiento con equipo de psicopedagogía, que consiguen trabajar con él que realice prueba de acceso a grado medio y que aprueba. La psicopedagoga que realiza seguimiento con él desde 3er de la ESO, trabaja la problemática conductual y la motivación para los estudios. Destaca identificación del paciente con grupo de iguales "transgresor" y dificultad para poder poner límites a la presión del grupo de iguales.

Paralelamente, el paciente presenta negativa a acudir al seguimiento en Salud Mental, se niega a realizar controles de orina, se escapa antes de entrar a la consulta. No acude en los 6 meses previos al ingreso.

Fue expulsado tres meses antes del ingreso tras un robo. Un mes antes, acudió un día a módulo de grado medio de informática después de haberse presentado a las pruebas de acceso "sin estudiar". Sólo ha asistido 2 días justificándose diciendo que no le agrada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Podríamos plantearnos un diagnóstico diferencias entre Psicosis tóxica, por la relación cronológica entre el consumo y los síntomas, un trastorno Psicótico primario, por la edad de debut, los síntomas y las alteraciones a nivel del pensamiento, así como un trastorno afectivo con síntomas psicóticos, por la labilidad emocional, sobrevaloración de capacidades, alteraciones en el ritmo del sueño... pero en este caso, a pesar de ser un primer episodio psicótico, no nos planteamos una psicosis

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

secundaria a enfermedad médica por no coincidir con el modo de presentación y por comenzar de forma progresiva y no brusca.

Crterios

Esquizofrenia Paranoide

Es la forma clínica de presentación más tardía. Se caracteriza por la existencia de cuadros delirante alucinatorios (alucinaciones auditivas sobre todo, que casis siempre suelen existir) muy productivos de comienzo brusco, siendo la temática más frecuente la autorrefencial, persecutoria, aunque también pueden ser de tipo mesianico-místico, con componente megalomaniaco y de contenidos absurdos. Inicialmente al menos tiene conservadas la afectividad, el lenguaje y la capacidad cognoscitiva, presentando una menor regresión de sus facultades mentales, respuestas emocionales y conductas.

Psicosis Toxicas

Se diferencian de la esquizofrenia en una serie de aspectos:

- Aparece tras consumo de cantidad importante, inmediatamente tras el consumo ó a las pocas horas.
- Existe alteración de la memoria.
- Alteración de la concentración, atención y nivel de vigilancia. (puede existir cierto grado de obnubilación pero sin llegar a producir confusión).
- Raramente existen alucinaciones auditivas y si son frecuentes las visuales. Es frecuente además encontrar alucinaciones de otras modalidades sensoriales (ej. Alucinaciones táctiles en el consumo de cocaína).
- Es menos frecuente la existencia de pensamiento delirante aunque también puede existir. En caso de que existan suelen ser de tipo persecutorio, y pueden ser más ó menos sistematizadas y/ó estructuradas.
- El aspecto externo al igual que en casos de esquizofrenia puede ser desastroso, desaliñado, sucio, desaseado...
- Pueden existir trastornos del lenguaje (tangencial, disgregado, incoherente..) similares a los encontrados en pacientes esquizofrénicos.
- La afectividad suele ser lábil, ansiosa, frente a la afectividad aplanada ó incongruente del esquizofrénico.
- Existe conservación parcial del juicio de realidad.
- Pueden existir fenómenos de distorsión de la imagen corporal como la despersonalización-desrealización que son infrecuentes en la esquizofrenia.
- Existe respuesta rápida el tratamiento antipsicótico.
- Resolución parcial en un mes y total en seis meses

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Por Cannabis: suele existir trastorno de ansiedad asociado a ideación paranoide. Pueden existir trastornos del estado de ánimo, dificultad para la concentración, aumento de la respuesta a estímulos externos. Excepcionalmente se han descrito trastornos sensorceptivos (suelen ser de sensación de aumento de la capacidad sensorial ó de enlentecimiento del paso del tiempo). A largo plazo provocan disminución del rendimiento interpersonal, trastornos de memoria, de la atención, e incluso psicosis cannábica (ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, ideación paranoide y autorreferencial, labilidad afectiva, despersonalización).

Manía con síntomas psicóticos

El cuadro clínico es el de una forma de manía más grave. El grado de aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes, así como la irritabilidad y el recelo puede dar paso a las ideas delirantes de persecución. En los casos graves, pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o a una misión especial. La fuga de ideas y la logorrea, pueden dar lugar a una falta de comprensibilidad del lenguaje. La excitación y la actividad física, intensas y mantenidas pueden dar lugar a agresiones o violencias. El descuido de la alimentación, de la ingesta de líquidos y de la higiene personal puede dar lugar a situaciones peligrosas de deshidratación y abandono. Si fuere necesario, las ideas delirantes y las alucinaciones pueden calificarse de congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA y PLAN DE TRATAMIENTO

Desde consultas externas, el caso se orientó como un paciente con abuso de cannabis y trastornos de conducta. Pero una vez llega al servicio de Urgencias, se observa clara clínica psicótica, con gran repercusión emocional y conductual, que ante las dificultades de manejo que presenta el caso se decide Ingreso, para así también poder afinar un diagnóstico, tras un estudio más detallado y detenido. Desde el servicio de Urgencias iniciamos tratamiento ansiolítico con Clonazepam 2mg/día, Olanzapina y Lorazepam si precisa por insomnio.

EVOLUCIÓN

Finalmente el paciente ingresó en la planta de Psiquiatría donde durante los primeros días mantiene elevada inquietud psicomotriz, hipervigilante e interpretativo del entorno. Suspica, hostil y desconfiado ante límites, llegando a agitarse en alguna ocasión, siendo necesaria contención mecánica completa y farmacológica, así como varios tiempos fuera que el llega a solicitar ante elevado nivel de ansiedad. Estuvo distante del grupo de pacientes, reticente a participar en actividades grupales. También se observó dificultad para organizarse en tareas básicas y de autocuidado.

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Se realizó entrevistas de valoración en las que destacó en primer plano discurso presivo, difícil de interrumpir, dificultad para organizar ideas, llegando a perder el hilo conductor de la conversación. Tenso, hiperalerta a gestos, interpretativo y autorreferencial. Discurso perseverante en su explicación de cómo llegó a esta situación, con contenidos megalomaniacos e interpretaciones delirantes de hechos del pasado con contenidos autorreferenciales y de tono paranoide centrados en su entorno de iguales y familiares. En este momento y ante la evidencia de clínica psicótica aguda, se inició tratamiento con Olanzapina, llegando hasta 30mg al día y se aumentó dosis de Clonazepam hasta 4 mg/día, presentando una buena tolerancia inicial, pero con el transcurso de los días presentó efectos secundarios a la medicación, acatisia, por lo que administramos benzodiacepinas de rescate y biperideno.

Exploramos con el paciente y también mediante las entrevistas con familiares el inicio de la sintomatología psicótica. El paciente refiere inseguridades en relación a su aspecto físico desde inicio de la adolescencia pero sin sentirse observado por ello. Es en el último año, que empieza a presentar, en contexto de intoxicación de cannabis, vivencias de tipo autorreferencial que según dice, posteriormente se limitaban. A pesar de ello, justifica la escalada conductual de los últimos meses por el hecho de querer "aparentar" y "hacerse respetar", con sensación de que tenía que defenderse de los demás. Desde inicio del verano se incrementan y se generalizan estas sensaciones con autorreferencialidad clara centrada en que le miren y se fijen en sus brazos e inicia cuadro de aislamiento en domicilio que motiva el ingreso.

Desde el primer momento se comienza con la realización de un tratamiento psicoterapéutico, de forma paralela al inicio de la toma del tratamiento farmacológico.

Durante el primer contacto mantenido con el paciente, se procede a la recogida de toda la información y de todos los detalles de su psicopatobiografía, para destacar aquellos puntos importantes en los que poder comenzar el trabajo psicoterapéutico. Una vez que este trabajo está realizado, se identifican aquellos puntos a trabajar según la prioridad y el orden que han de llevar nuestras actuaciones.

Por un lado, se identifican las conductas disfuncionales ya descritas y se plantea la posibilidad de modificación de las pautas desadaptativas, reduciendo su intensidad y frecuencia e iniciando pautas más adaptativas, aumentando su intensidad y frecuencia. Para ello, se ponen en práctica conjuntamente con el paciente:

- Definición de las pautas disfuncionales.
- Decidir qué cambiar.
- Generar alternativas.
- Sugerir como cambiar.
- Cambiar las expectativas de futuro.
- Resolución de conflictos.
- Refuerzo positivo.
- Explorar las ventajas del cambio.

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

- Práctica.

De esta manera, al final del proceso, conseguimos en el paciente cambios en los diferentes niveles afectados:

- A nivel EMOCIONAL se objetiva una evolución favorable, que viene acompañada de un distanciamiento marcado de la labilidad emocional que presentaba, no presenta casi ningún episodio de llanto, y al mejorar a nivel de pensamiento, desaparece la desesperanza y los sentimientos de incapacidad e inutilidad.
- A nivel CONDUCTUAL mejora la relación con los padres, desapareciendo las conductas oposicionistas, comprende los efectos del consumo de tóxicos, aceptando el tratamiento para evitar la recaída, así como el seguimiento por Salud Mental.
- A nivel INTERPERSONAL, mejora la comunicación con familiares, no protagonizando ningún tipo de conducta disocial focalizada en ellos y aceptando la participación de estos en su terapia. Muestra intención de normalizar sus relaciones sociales, saliendo más frecuentemente de casa, relacionándose con sus iguales, y vistiendo de una forma acorde a la situación atmosférica. No obstante, ante este cambio a nivel social, muestra cierto temor por cómo se vaya a desarrollar, y como va a poder afrontarlo.
- A nivel del PENSAMIENTO, existe un distanciamiento claro de la temática autorreferencial que presentaba, mejorando de manera consecuente el resto de aspectos.

Cabe destacar, el trabajo realizado para el abordaje de la sintomatología psicótica expuesta en la anamnesis. En este caso, de las ideas autorreferenciales que presenta. Para ello, se rastrea el origen de la ideación, en la que el paciente se siente observado y cuestionado por su grupo de iguales por su aspecto físico. Dicha clínica comienza con el consumo de cannabis. La aparición de la temática autorreferencial, provoca que el paciente se aísle aún más, conducta que incrementa la creencia por parte del paciente de ser tratado con inferioridad y aumente la observación recibida por sus iguales. Ante ello, se plantea por parte del terapeuta, proporcionar al paciente una explicación alternativa y menos estresante de sus experiencias. Este hecho, no es sencillo de conseguir, pero se inicia buscando conexiones entre acontecimientos activadores, creencias y las consecuencias que provoca. Dado que la trama es sencilla, el trabajo se simplifica, consiguiendo realizar conjuntamente un listado con aspectos que van a favor o en contra de esa idea que el paciente considera como cierta. Ante aquellos aspectos que identifica como a favor de su creencia, se le plantean explicaciones alternativas y se consigue la formulación de hipótesis diferente a la que mostraba al inicio.

No obstante, todos estos avances, no se logran de una manera sencilla. Son varios los factores que provocan que la evolución hasta la consecución de los objetivos sufra algunas dificultades:

1. Al comienzo de la terapia, el paciente muestra escasa disposición al cambio, por la falta de conciencia de enfermedad. Esto provoca una falta de motivación que necesita de varias

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

sesiones para cambiarlo.

2. Existe un rechazo inicial por parte del paciente a llegar a un compromiso con la terapia en sí.
3. El terapeuta crea unas expectativas, intentando un cambio más acelerado de lo que es posible, necesiéndose una reformulación de los objetivos, más acordes al proceso de cambio del paciente.
4. La transferencia generada en el paciente, el hecho de tener que realizar una terapia que en un primer lugar no consideraba necesaria.

A pesar de todo ello, se consigue una evolución favorable, consiguiendo los objetivos planteados y expuestos anteriormente.

La evolución del ingreso fue lenta pero favorable. Paulatinamente, se observó un discurso más organizado, menor inquietud, sueño reparador, mayor capacidad para integrarse en tareas de grupo, menor suspicacia y autorreferencialidad. Se intentó que realizase tareas académicas pero se angustió al recordar el último curso, verbalizando que ha perdido el ritmo, que notaba dificultad para concentrarse, tenía fallos de memoria y atención que le hacían sentir muy agobiado, pero él mismo es capaz de relacionarlo con el consumo de cannabis.

Mantiene un discurso con sobrevaloración de capacidades que al confrontarlo impresiona más de compensatorio y de intento de demostrar su mejoría. Se trabajó con él y se pudo ir relajando en este sentido, mostrando planes de futuro más realistas y mayor consciencia de trastorno y necesidad de tratamiento. En la última fase del ingreso, se trabajó prevención de recaídas del consumo, así como se pudo introducir la necesidad de trabajar estrategias para afrontamiento de la presión por el grupo de iguales. Progresivamente se ensayaron visitas en sala, que al inicio no toleró pero poco a poco se avanzó hasta permisos de paseo y de fin de semana, que transcurrieron sin grandes incidencias

Finalmente y tras el alta hospitalaria, se orienta como Trastorno Psicótico no especificado y Abuso de cannabis. Al alta, el tratamiento llegó a alcanzar dosis de 30 mg de Olanzapina al día, junto con Biperideno 4 mg de liberación retardada/día y Clonazepam 2 mg 1/2-1-1/2.

Del ingreso marchó a Hospital de Día, ingreso que aceptó y pudo valorarlo como positivo. Actualmente continúa tratamiento en dicho dispositivo, con una mejoría notoria, y habiendo retomado actividad académica. En los próximos meses realizará una prueba para obtener la ESO.

DISCUSIÓN

La naturaleza de la relación entre las enfermedades mentales y los problemas de drogas parece ser muy compleja y es probable que la explicación de su asociación en la patología dual responda a múltiples factores. Se han esgrimido algunas hipótesis que tratan de explicar la existencia de la patología dual:

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

- **Vulnerabilidad Genética.** Plantea que la patología dual es la expresión de factores y sustratos cerebrales comunes, basados en una probable predisposición (diátesis) genética, que actúa como precipitante de ambos cuadros psicopatológicos.
- **Vulnerabilidad adquirida (Neuroadaptación).** Como resultado de la adaptación de las vías cerebrales del estrés y de la recompensa, sometidas a los efectos del estrés crónico, que se traduce en una mayor vulnerabilidad para ambos trastornos.
- **Automedicación.** Las sustancias y sus efectos psicotrópicos se utilizan para hacer frente al sufrimiento emocional, lo que se denomina «automedicación». Ejemplo de esta hipótesis es la posible tendencia de los sujetos con baja actividad dopaminérgica en el córtex prefrontal, y por tanto con tendencia a la anhedonia, apatía, disforia y comorbilidad psiquiátrica diversa, a buscar sustancias que contrarresten esta tendencia orientándola hacia la euforia.
- **Neurotoxicidad.** Por el efecto neurotóxico que tienen las sustancias de abuso sobre la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso central, produciendo alteraciones neurobiológicas que incrementan la vulnerabilidad para sufrir trastornos mentales.
- **Multifactorialidad.** Como producto de una interacción compleja entre factores genéticos y del medio ambiente, en la que intervienen fenotipos influenciados genéticamente: bajo nivel de respuesta a la sustancia, impulsividad y síndromes ansioso-depresivos.

Los primeros episodios pueden iniciarse de manera aguda o insidiosa, en un contexto de larga e inespecífica evolución de síntomas prodrómicos, y con síntomas clínicos heterogéneos en el que pueden hallarse distintas combinaciones de ideas delirantes, alucinaciones alteraciones de conducta y desorganización del pensamiento.

La fuerte relación entre el cannabis y la psicosis establece al cannabis como una droga dañina especialmente en gente joven, sin embargo, la naturaleza de la relación no está del todo establecida. Es importante el hecho de que el consumo de cannabis puede actuar como factor exógeno que influye en la edad de comienzo de la psicosis, incrementando el riesgo de desarrollar psicosis tanto en la población general como, particularmente, en las personas más vulnerables, así como empeorar gravemente el estado de los paciente psicóticos. La prevalencia del consumo de cannabis en primeros episodios psicóticos oscila entre 13% y el 78%. El consumo de cannabis es un factor de riesgo para el inicio de esquizofrenia así como el consumo en la adolescencia aumenta el riesgo de padecer síntomas de esquizofrenia en la edad adulta.

En los pacientes con consumo de cannabis asociado encontramos ciertas diferencias como la presencia mayor de síntomas positivos, la menor gravedad de los síntomas negativos así como el inicio brusco y recuperación más rápida del episodio agudo. Presentan mejor funcionamiento psicosocial en el área de comunicación y mayor prevalencia de acontecimientos vitales estresantes.

Se ha observado que los pacientes con un primer episodio psicótico con esquizofrenia que consumen cannabis tienen peor estado final que aquellos sin consumo de cannabis. En algunas revisiones se ha objetivado que en pacientes con un primer episodio psicótico encontramos que el consumo de cannabis estaba asociado a un peor resultado a corto y medio plazo.

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Hay algunos condicionantes que merecen ser resaltados, por la importancia que revisten para el mejor abordaje de los pacientes:

- **Barreras de acceso a los servicios de atención.** El acceso a tratamiento para las personas con patología dual suele estar interferido, tanto por las dificultades inherentes a su condición clínica o como resultado de la intervención de factores externos, especialmente lo referente a la existencia de conflictos, limitaciones y contradicciones entre los distintos enfoques filosóficos sobre el tratamiento, tanto en los sistemas de atención en salud mental, como en el campo del tratamiento para el uso problemático de sustancias.
- **Mal manejo de las manifestaciones clínicas.** Cuando un paciente en tratamiento tiene problemas por uso de sustancias presenta síntomas referidos a otros trastornos mentales, los mismos suelen no ser identificados, o identificados pero interpretados erróneamente como un efecto tóxico o un comportamiento "acting-out", o identificados adecuadamente y referidos a un programa de salud mental. (Situación análoga a la que ocurre con los pacientes en tratamiento en un programa de salud mental que presentan síntomas de un trastorno por uso de sustancias).
- **Tratamiento inadecuado.** El diagnóstico erróneo, el rechazo, el fallo en el reconocimiento o la derivación automática de los pacientes con patología dual puede resultar en tratamiento inadecuado, quedando el paciente "entre las grietas" de los sistemas de tratamiento.
- **Deficiencias de los sistemas de atención.** El sistema de tratamiento en sí mismo puede bloquear los esfuerzos de algunas personas para conseguir tratamiento oportuno, apropiado e integral, al abordar sólo aspectos aislados de su problema global, a menos que el tratamiento sea coordinado entre los distintos servicios, incluyendo los de tratamiento para problemas de drogas, salud mental, programas sociales y de salud en general.

Al momento de diseñar un plan de tratamiento para pacientes con patología dual, es importante tener en consideración que:

1. El consumo de sustancias puede ser un síntoma de un trastorno mental subyacente (Automedicación).
2. Los tratamientos integrados para pacientes duales muestran mayor eficacia que los de tipo secuencial o paralelo.
3. Es necesario incorporar el enfoque de género al tratamiento.
4. El tratamiento debe servir para aportar seguridad al paciente, dada la alta prevalencia de Trastorno de Estrés Post Traumático en pacientes duales.
5. La alianza terapéutica tiene un papel fundamental, en el enganche y mantenimiento del tratamiento, pero es importante evitar la excesiva dependencia del paciente respecto al terapeuta.

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

6. En este tipo de pacientes el nivel de confrontación debe ser bajo, enfocando la aproximación terapéutica hacia elementos motivadores del cambio.
7. Dado el marcado impacto de la patología dual en el funcionamiento social, es necesario incorporar un componente fuerte de soporte social al tratamiento.
8. En la medida de lo posible, deben Incorporarse intervenciones específicas para cada patología en el diseño del plan de tratamiento.

El éxito del tratamiento para la patología dual descansa en varios aspectos críticos, algunos de los cuales dependen del tratamiento y otros del paciente. Tienen especial relevancia:

- a) **Compromiso con el tratamiento.** Se refiere al proceso de iniciar y mantener la participación del paciente en el tratamiento e incluye todas aquellas intervenciones que tienen por objetivo facilitar el contacto y la entrada del paciente al programa de tratamiento, las cuales dependen de las características del cuadro clínico.
- b) **Continuidad del tratamiento.** Se refiere a la articulación entre los diferentes componentes del tratamiento y a su continuidad en el tiempo
- c) **Integralidad.** Un programa para atender patología dual debe incluir un "continuum" de atención, que incluya no solo los componentes de salud mental y tratamiento de uso de sustancias, sino también una serie de intervenciones "colaborativas" integradas, que contribuyan a: comprometer al paciente en el tratamiento, atender diferentes grados de severidad y discapacidad, atender diferentes grados de motivación y cumplimiento con el tratamiento y apoyar las distintas fases del tratamiento.

En relación con logros de objetivos a ser fomentados en el paciente dual a través de la intervención terapéutica, destacamos:

- Aceptación de que padece una enfermedad mental.
- Admitir el impacto que tiene el uso de sustancias en la evolución y el control (o descontrol) de su enfermedad mental (Conciencia de consumo perjudicial).
- Identificar lo que es "normal" en cuanto a sus pensamientos, conductas y sentimiento, y lo que no lo es.
- Diferenciar entre uso de medicación como tratamiento y uso de sustancias.
- Modificar las respuestas negativas del paciente, familia y comunidad, ante los síntomas que acompañan la enfermedad.
- Evitar la colocación y permanencia del paciente en el rol de víctima.
- Manejar adecuadamente las recaídas, así como la reaparición de los síntomas psiquiátricos.
- Confrontar las ideas suicidas y autodescalificadoras.

PSICOSIS CANNÁBICA O PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

CONCLUSIONES

Será importante realizar siempre una detallada historia clínica, no ya solo para conocer las características clínicas del cuadro sino en busca de factores de vulnerabilidad, como podrían ser los antecedentes familiares, u otros a tener en cuenta y que no debemos dejar de explorar nunca, como el consumo de tóxicos. Otro aspecto a tener en cuenta y que puede alertarnos es la edad de inicio del cuadro. Asegurar una buena y rápida intervención podrá ayudarnos a la hora de realizar un buen estudio, diagnóstico y tratamiento del caso, sin olvidar, que no con esta intervención bastará sino que será el inicio de un proceso, del que debemos asegurar una continuidad. De hecho, como en el caso que nos ocupa, es difícil averiguar cuál será la evolución que la enfermedad presentará. Esta circunstancia, conlleva, una dificultad a la hora de establecer un diagnóstico definitivo, ya que esto únicamente se podrá realizar de forma longitudinal, según vaya avanzando el cuadro clínico. Por último, plantearnos que siempre que intervenga el consumo de tóxicos, como precipitante o causante del cuadro, deberemos plantearnos una intervención para reducir el consumo de cara al pronóstico de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Burns J et al. *Pathways from cannabis to psychosis: a review of the evidence*. *Frontiers in Psychiatry* 2013 (octubre).
- 11º Congreso virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2010 (www.interpsiquis.com)
- Sevillano C, et al. *Primeros episodios psicóticos: Características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos*. *Anales de Psicología* 2005, vol 21, nº 2 (diciembre), 286-293.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*, 1985; 142(11): 1259-64.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*, 1997; 4: 231-244
- Beitman B. *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guildford, 1987.
- Beitman B, Yue D. *Psicoterapia: Programa de formación*. Barcelona: Masson, 2004.
- Lambert MJ. *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*. En: Norcross JC, Goldfried MR (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books, 1992.
- Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: Norton, 1997.