

CARTA CLÍNICA

El consumo de cannabis como factor desencadenante de primeros episodios psicóticos



Cannabis use as a trigger for first psychotic episodes

Existen estudios que revelan que el consumo de cannabis en la esquizofrenia es mayor que en la población general¹, además de relacionar su uso con un mayor riesgo de desarrollar en un futuro psicosis².

Los trastornos por consumo de cannabis en pacientes con esquizofrenia ascienden al 27,1%³, si bien las cifras son aún mayores si hablamos de PEP, como refleja la tasa del 65,7%⁴.

Un estudio revela que la edad a la que se inicia el consumo de cannabis estaría directa y significativamente asociada con la edad en la que da comienzo la psicosis, además de la edad en la que se produce la primera hospitalización⁵. Un estudio revela que uno de los factores de riesgo significativos que favorece el mantenimiento de las experiencias psicóticas es el consumo de cannabis antes de los 16 años⁶. En un metaanálisis con una amplia integración de estudios acerca de la relación entre el cannabis y la inducción de psicosis de larga duración se concluye la relevancia de la relación dosis-respuesta, y se detalla que los mayores niveles de consumo se asociaron a un mayor riesgo de desarrollar un trastorno psicótico de larga duración⁷.

Se describe un caso en el que el consumo de cannabis precede al inicio de un primer episodio psicótico.

Se trata de un varón de 17 años, sin antecedentes personales médicos ni de salud mental de interés. Sí tiene antecedentes de consumo de tóxicos y antecedentes familiares de salud mental de relevancia: su madre fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide y en los últimos años está ingresada en un centro residencial y el padre es consumidor de cannabis.

La historia adictiva del paciente se inicia con el consumo de cannabis fumado a la edad de 14 años, con una media de consumición de 4 veces al día, que fue incrementando en el último año a 10-14 consumiciones de media al día. Adicionalmente a este consumo, ha recurrido a bebidas energéticas, puntualmente MDMA y tabaco.

El paciente es el menor de 3 hermanos e hijo de padres separados. Convive desde los 6 años con su hermana, quien asume su tutela por ausencia de cuidados por parte de las

figuras paternas. La historia de consumo del padre y la historia de salud mental de la madre, con numerosos reingresos por esquizofrenia paranoide, limitan su posibilidad de cuidar al menor. En esta circunstancia, la hermana mayor asume sus cuidados.

La familia aprecia que, en los 6 meses anteriores a la primera atención médica, el paciente se encontraba alejado, con frecuentes bloqueos del pensamiento, con alogia, embotamiento afectivo, irritabilidad, que estaba hiperalerta, suspicaz, desconfiado y que presentaba manierismos, soliloquios y fenómenos sensorio-perceptivos en forma de alucinaciones auditivas; también detallan insomnio de conciliación, pérdida progresiva de autonomía, tendencia al aislamiento y que se encontraba apático, alexitímico, con dificultades atencionales y enlentecimiento. En el mes anterior el paciente desarrolló ideas delirantes de perjuicio, autorreferencias tanto en la calle como con su familia, consideraba que le insultaban constantemente («me llaman niño, inmaduro, que soy gay»), interpreta dichas acusaciones según gestos o miradas y asume firmemente la realidad de dichas verbalizaciones. Ante dichas autorreferencias, el paciente muestra una gran repercusión emocional y conductual, se muestra hostil e incluso inicia conductas heteroagresivas hacia su hermano y cuñado. Manifiesta preocupaciones delirantes de tipo somático, cree que tiene dificultades para evacuar y refiere retención de líquidos y dolores torácicos, que atribuye a un abultamiento en la zona (esternón). El paciente presenta en todo momento una atmósfera delirante en la que piensa que va a suceder de forma inminente algo muy malo que no sabe describir.

Las heteroagresiones en respuesta a las autorreferencias, fenómenos sensorio-perceptivos (alucinaciones y sombras) y creencias delirantes de perjuicio sobre ellas son los principales precipitantes de que su médico de Atención Primaria (MAP) lo atendiese de urgencia y lo derivase a urgencias hospitalarias de salud mental. Allí descartan enfermedad orgánica, aprecian tóxicos en orina, en concreto, cannabis. Diagnostican un primer episodio psicótico^{2,4,6} y prescriben tratamiento antipsicótico a dosis bajas (5 mg de aripiprazol y 1 mg de lorazepam). En el servicio de urgencias señalan el consumo de cannabis como factor precipitante del episodio psicótico y consideran la derivación a una unidad de salud mental para su seguimiento y a un centro de tratamiento de adicciones.

El paciente es derivado por su MAP a Psicología Clínica en su centro de Atención Primaria mientras es derivado a

la Unidad de Salud Mental Comunitaria y al Centro de Tratamiento de Adicciones, donde le realizaron una primera evaluación psicológica, con administración de pruebas para valorar la sintomatología psicótica y el grado de impulsividad. Se empleó la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica⁸ con resultados de 19 puntos para síntomas negativos, 15 puntos para síntomas positivos y una puntuación total de 62, por lo que se consideró un «trastorno leve o caso probable». Se le administró también la Escala de Impulsividad de Plutchik⁹, que arrojó una puntuación de 22, lo que indica cierta dificultad para inhibir la conducta impulsiva y adictiva.

Desde el inicio de tratamiento en el centro de Atención Primaria, el paciente abandonó el consumo de cannabis a instancias de su familia, quienes ejercen un control excesivo para que se mantenga abstinente. Esta fue la primera indicación de técnicas de control de estímulos para permanecer abstinente, además de la restricción del dinero o el apoyo de sus amigos, que evitaban fumar delante de él. Se realizaron labores de refuerzo conductual (verbal) de la abstinencia en consulta, mostrándole la mejoría de los síntomas y su capacidad de afrontamiento, además de señalarle los beneficios que él verbaliza en consulta sobre el abandono. Se realizó psicoeducación sobre el consumo (explicándole consecuencias a corto y largo plazo y sobre la influencia en sus síntomas psicóticos). Se le explicó el diagnóstico de psicosis y los factores a él asociados y se le indicó la vulnerabilidad personal por los antecedentes de su madre, además del señalamiento de los pródromos para que aprendiera la evolución de su enfermedad. También se plantearon herramientas psicoeducativas con objeto de mejorar la adherencia psicofarmacológica, explicándole los beneficios y enseñándole a diferenciar los síntomas de la abstinencia de los efectos del antipsicótico, pues estaba confundiendo los y, por ello, tenía intención de abandonarlo. Por otro lado, se emplearon técnicas cognitivas para el manejo de las autorreferencias y creencias delirantes, cuestionando las probabilidades de sus pensamientos y planteando alternativas más racionales, además de técnicas de exposición a situaciones evitadas por dichas creencias. Se propuso un plan de prevención de recaídas (estrategias conductuales personales y familiares frente a antecedentes del consumo, como síntomas ansiosos o de heteroagresividad). Se ofrecieron medidas para los déficits en la autonomía, planteando objetivos a corto plazo de mayor independencia, como quedarse solo en consulta (siempre acudía con su hermana) y otros objetivos sencillos en casa, que irían siendo cada vez más complejos.

En este caso, se puede destacar que el consumo prolongado, anterior a los 16 años⁶, podría ser un factor predisponente para desarrollar de forma más temprana un episodio psicótico, además de favorecer las recaídas. En este paciente se ha realizado prevención de recaídas de forma temprana en Atención Primaria con el objeto de limitar los

ingresos hospitalarios por recidivas de la sintomatología psicótica aguda, como primera instancia de seguimiento del caso, previa a la atención especializada.

Consideraciones éticas

El trabajo ha sido llevado a cabo de conformidad con el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki).

Financiación

La autora declara no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barnes TR, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psych*. 2006;188:237–42.
2. García L, Gomar J, García MP, Bobes J. Consumo de cannabis y alteraciones cognitivas en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos. *Adicciones*. 2019;31.
3. Koskinen J, Lohonen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2010;36:1115–30.
4. Schimmelmann BG, Conus P, Cotton S, Kupferschmid S, McGorry PD, Lambert M. Prevalence and impact of cannabis use disorders in adolescents with early onset first episode psychosis. *Eur Psych*. 2012;27:463–9.
5. Galvez-Buccollini JA, Proal AC, Tomaselli V, Trachtenberg M, Coconcea C, Chu J, et al. Association between age at onset of psychosis and age at onset of cannabis use in non-affective psychosis. *Schizophr Res*. 2012;39(1-3):157–60.
6. Fernández C, Fernández I, Pérez C. Relación entre experiencias psicóticas subclínicas y la aparición de un trastorno psicótico. *Psicoevidencias*. 2015.
7. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull*. 2016;42:1262–9.
8. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*. 1962;10:799–812.
9. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martínez ML, Álvarez S, Marín JJ. Validación de la Escala de Impulsividad de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*. 1999;61:223–32.

A.I. Burguillos Peña

UGC Salud Mental, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

Correo electrónico: anaisabel.burguillos@gmail.com