

Tipo de artículo: Informe de caso clínico

Título: El Lenguaje de los Colores

Autores: Laura Alcantarilla Chaves*; Enrique García Alcarria**

*Residente de Psiquiatría del Hospital Arnau de Vilanova-Líria

**Psicólogo clínico de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital Arnau de Vilanova-Líria

Resumen informativo:

Introducción: El cannabis es, actualmente, una de droga ilegal de amplio uso. La bibliografía recoge el riesgo que este tóxico puede suponer en la salud mental de sus consumidores. El siguiente caso pretende ilustrar el efecto que podría suponer dicho tóxico en sujetos predispuestos a la enfermedad.

Presentación: N.E. es un joven de 28 años que presenta deficiente regulación emocional ante la angustia. El incremento de factores estresores (compaginar trabajo con estudios), conlleva un aumento de consumo de cannabis con fines evasivos, lo que precipita un primer episodio psicótico de trama poco estructurada en torno al lenguaje de los colores. Este cederá con buena respuesta al tratamiento y a la reducción del consumo.

Discusión: Como apoya la bibliografía, el uso de cannabis en sujetos predispuestos a enfermedad mental puede suponer un factor de riesgo para el desarrollo de un episodio psicótico, así como precipitar su aparición o complicar la evolución.

Palabras clave: cannabis, psicosis, vulnerabilidad.

INTRODUCCIÓN

El cannabis (THC) es, actualmente, una de droga ilegal de amplio uso, principalmente por motivos lúdicos y recreativos. En los últimos años, la literatura científica ha puesto el foco en el riesgo que este tóxico puede suponer en la salud mental de sus consumidores. A causa de ello, se han propuesto diferentes hipótesis que tratan de

dilucidar las vías de conexión entre el consumo de cannabis y el desarrollo de psicosis. El siguiente caso pretende ilustrar el efecto que podría suponer dicho tóxico en sujetos predispuestos a la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta

N.E., Varón de 28 años que acude a servicio de urgencias el 26 de diciembre de 2019, derivado desde Atención Primaria y acompañado de sus padres por inicio de clínica de irritabilidad, suspicacia y autorreferencia en contexto de consumo de cannabis.

Antecedentes

1) A. médico quirúrgicos

- No Reacciones alérgicas medicamentosas conocidas
- No presenta antecedentes médico-quirúrgicos de interés

2) A. personales

- Recibió atención psicológica durante su infancia en Venezuela, según su madre por haber sido un niño extremadamente sensible y al que le afectaban emocionalmente múltiples situaciones académicas y familiares.
- Consumo de THC desde los 18 años de edad en grandes cantidades diarias que el paciente no puede concretar (hasta 10-15 cigarros diarios).
- Episodio psicótico con características paranoides en 2018 en contexto de consumo de THC. Sus padres describen cambios de humor, hiperprosexia, e interpretaciones delirantes poco estructuradas. Ingresado en Alemania en una clínica psiquiátrica durante varios meses por descompensación psicótica a principios de 2019, el paciente afirma haber sido diagnosticado de esquizofrenia. Se le pautó tratamiento con Aripiprazol, cuya cumplimentación abandonó en junio de 2019, poco después de su alta, aduciendo que la acatisia que apareció como efecto secundario mermaba su ejecución como instrumentista de viola.

3) Situación sociofamiliar: Natural de Venezuela. Desde 2014 vivía en Alemania, donde cursaba estudios de Musicología y trabajaba. Residía en un apartamento con otras tres personas. Empleado en hostelería. Sus padres viven en España, por lo que en diciembre de 2019 acudió a pasar con ellos las vacaciones navideñas.

4) A. familiares: No refiere

5) Historial farmacológico: Tratamiento con aripiprazol 10mg que abandonó hace 5-6 meses

Exploración física y complementaria

- Tóxicos en orina positivos a cannabis y benzodiacepinas.
- Exploración física dentro de la normalidad.

Enfermedad actual y exploración del estado mental

El paciente es atendido inicialmente en urgencias a su llegada a España desde Alemania. En esta exploración se recoge que el paciente se encuentra tranquilo, consciente y orientado en las tres esferas. Colaborador y abordable durante la entrevista. Aspecto cuidado. Adecuado contacto visual. Presenta un lenguaje fluido y espontáneo, con un discurso tendente a la dispersión pero sin pérdida del hilo conductor que impresiona de ansioso. Eutimia referida y biorritmos conservados.

El paciente se describe como muy sensible a las situaciones de sobrecarga y adaptación a nuevos entornos. Comenzó a vivir solo en Alemania desde 2018 y progresivamente fue percibiendo autorreferencias, atribuyendo significados idiosincrásicos a números y colores, llegando a creer que eran lenguajes con los que podía comunicarse con los demás ("el lenguaje de los colores"). Refiere alteraciones sensorio-perceptivas de tipo auditivo en forma de voces en tercera persona. También comienza a interpretar textos literarios como referencias a su situación. Se suceden temporadas de gran aislamiento, pasando días enteros sin salir de su habitación, e interpretando las intenciones ajenas como amenazantes. Gestos y frases cotidianas de sus compañeros de estudio se convierten en mensajes acerca de su vida íntima. En el

momento en el que se inicia la clínica descrita el paciente consumía de manera diaria cannabis en cantidad que no sabe precisar por el grado de confusión con el que evoca sus recuerdos de aquellos días. Consumía, según cuenta N.E., para dormir y poder reducir los síntomas ocasionados por la sobrecarga estimular, es decir, con fines ansiolíticos y evasivos.

Este primer episodio, finalmente se resuelve con ingreso en unidad de hospitalización de agudos de Alemania con remisión completa de los síntomas. Al alta, se pauta tratamiento con aripiprazol 10mg.

Tras este primer episodio, el paciente reduce consumo de cannabis a 3-4 porros diarios.

En el momento de la entrevista a su llegada a España, el paciente refiere inicio insidioso de la clínica delirante como consecuencia de un aumento del estrés laboral. Tendencia a rumiaciones en torno a aspectos laborales que se exacerban de manera progresiva y desembocan en aumento de la suspicacia y la reaparición de las interpretaciones delirantes. El paciente atribuye significados a diferentes actos de sus compañeros de trabajos, concluyendo de ellos que estaba siendo observado o que sus gestos resultaban ofensivos por excesivamente familiares y susceptibles de ser interpretados. Por ejemplo, reiteraba la posibilidad de que un abrazo que le dio a su jefa al despedirse se hubiera considerado como una falta de respeto, pensamiento que le producía elevada angustia intrapsíquica.

Por otro lado, resurge clínica delirante del primer episodio. El paciente describe una trama en torno al lenguaje de los colores con los que podría comunicarse, atribuyendo significados laxos a números y colores, de manera poco hilvanada y sin estructurar. Sin embargo, cuando se le confronta sobre este hecho, consigue juicio de realidad adecuado. Presenta conciencia parcial de la enfermedad.

Los padres, que lo acompañan, refieren inicio de la clínica de forma súbita hace dos días, el 24 de diciembre, coincidiendo con su llegada a España y el cese brusco de consumo de THC a partir del 22 de dicho mes. Previamente habían ido a visitarlo a Alemania hacía tres semanas y lo habían encontrado dentro de la normalidad. Es en

estos dos últimos días cuando describen aumento de la irritabilidad, discurso con contenidos anormales y tendencia al paranoidismo sin repercusión conductual.

Diagnóstico y tratamiento

El cuadro clínico descrito impresiona en urgencias de psicosis tóxica por consumo y ante abstinencia de cannabis, por lo que se inicia tratamiento con olanzapina 10mg/día por vía oral. Aplicando los criterios diagnósticos de los principales manuales diagnósticos (DSM5 y CIE-10)¹ el paciente presentaría un trastorno inducido por consumo de cannabis (F12.259)².

El paciente considera la posibilidad de abandonar el consumo de THC, hallándose contemplativo según el modelo de estadios de cambio³ por lo que se remite a la Unidad de Conductas Adictivas de área para seguimiento de su adicción⁴.

Evolución

El paciente se presenta desde el inicio del tratamiento ambulatorio motivado al cambio, presentado buena adherencia terapéutica.

Durante los primeros días de abstinencia y tras introducción del antipsicótico, el paciente mantiene tendencia a la suspicacia y a interpretaciones delirantes, verbalizando de manera espontánea a su madre que se sentía vigilado en la calle. Admite seguir “percibiendo” el significado en los colores y números, si bien comienza a cuestionarse si se trata de interpretaciones sesgadas por su parte. Presenta dificultades a la hora de reconstruir su experiencia por recordarla confusa y angustiante.

A mediados de febrero debe viajar durante una semana a Alemania para resolver su situación administrativa. Temiendo cómo pudiese afectarle la experiencia, solicita a su tío que lo acompañe en esos días. Admite algunas autorreferencias aisladas al volver a ver a compañeros de estudios, aunque sin llegar a tener la misma repercusión emocional que en el pasado.

Durante los cinco meses siguientes, el paciente se mantiene abstinente de cannabis. Aparece clínica consistente en apatía, abulia y dificultades de concentración que crean la duda diagnóstica entre síntomas residuales del proceso delirante y síndrome amotivacional por consumo de THC.

N.E. comienza a trabajar como comercial telefónico en el mes de marzo al tiempo que decide retomar la carrera de musicología. El aumento de estrés que siente ante la presión de los estudios y tener que compaginarla con responsabilidades laborales coincide con recaída en consumo de THC (1-2 porros/día) que justifica de nuevo como recurso evasivo. En este momento, el paciente niega clínica de tintes psicóticos o afectivos y se siente motivado por continuar sus estudios. Se acuerda con él mantener el consumo en mínimos: 1 porro cada 5-6 días.

Durante el verano completa las prácticas pendientes de Hostelería trabajando como camarero en un restaurante. Describe la experiencia como satisfactoria y sin presentar sintomatología.

Reinicia finalmente sus estudios de musicología, lo que le supone según comenta ansiedad anticipatoria por sentirse responsable y obligado ante su familia a finalizar la actividad académica. Además se añade su temor a la exposición a público (ya que parte de su formación exige interpretar en grupos de cámara). Para el paciente, esto supone un factor estresante que ha llegado a angustiarle en el pasado y busca, como solución intermedia, exponerse gradualmente al público participando en una orquesta municipal de la localidad en la que reside. En este contexto de mayor estrés aumenta recientemente el consumo de THC, llegando a 4 porros/día.

El paciente ha mantenido en todo momento el tratamiento antipsicótico con 10 mg de olanzapina V.O.

DISCUSIÓN DEL CASO

Se ha establecido relación entre el uso de cannabis con la psicosis a través de tres vías: 1) el consumo de THC aumenta el riesgo de desarrollo de psicosis; 2) está asociado con un debut más temprano de la enfermedad, especialmente para aquellos con un

consumo diario o que empezaron a más corta edad⁵ y 3) los sujetos con psicosis tienen una mayor tendencia al consumo de cannabis⁶. Por otro lado, también se ha establecido una mayor sensibilidad a los efectos del tóxico en sujetos con una mayor vulnerabilidad genética^{7,8}.

Las evidencias halladas en la literatura científica indican que el cerebro de las personas predispuestas presenta una serie de anormalidades estructurales y funcionales que serán las dianas a través de las cuales el THC actúa pudiendo desencadenar una reacción psicótica. Estos episodios agudos pueden aparecer en estado de intoxicación, el mes siguiente a la intoxicación o el periodo de abstinencia a cannabis. El principal criterio diagnóstico es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones. Los episodios psicóticos se caracterizan por la presencia de ansiedad, labilidad afectiva, despersonalización y amnesia posterior del episodio⁹. En algunos casos, estos episodios se pueden cronificar, aunque, en la mayoría de casos, remite en uno o pocos días¹⁰.

En el caso de N.E. se cumplen los criterios previamente expuestos. Por otro lado, dada la personalidad premórbida del paciente se considera que podría tratarse de un sujeto vulnerable con un manejo deficiente de la ansiedad. Prueba de ello es que las recaídas en el consumo por su parte siempre suceden en momentos de mayor estrés vital. Este aumento de los estresores conduce a N.E a buscar en el cannabis un efecto ansiolítico. Cabría preguntarse si, dado el perfil del paciente, y la sensibilidad que presenta ante momentos de angustia vital, hubiera podido desarrollar síntomas psicóticos como reacción aguda al estrés incluso sin la participación del THC; o si ha sido precisamente el consumo de este lo que ha precipitado los síntomas en un sujeto vulnerable.

Es importante tener en cuenta que el paciente no ha abandonado la medicación desde el segundo episodio. Tampoco ha presentado sintomatología en la esfera psicótica a pesar de la recaída en el consumo de cannabis. Se podría conjeturar si el mantenimiento del antipsicótico junto con el esfuerzo del paciente por abandonar o seguir con un consumo en niveles mínimos ha logrado la remisión completa de los síntomas a día de hoy.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del presente artículo no presentan conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Psychiatric Association, A. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
2. Meditor. (1999). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid.
3. Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi: 10.1037/0003-066x.47.9.1102
4. Miller, W., Rollnick, S., & Asensio Fernández, M. *La entrevista motivacional*.
5. Di Forti, M., Sallis, H., Allegri, F., et al., 2013. Daily Use, Especially of High-Potency Cannabis, Drives the Earlier Onset of Psychosis in Cannabis Users. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), pp.1509-1517.
6. Libuy, N., de Angel, V., Ibáñez, C., Murray, R. and Mundt, A., 2018. The relative prevalence of schizophrenia among cannabis and cocaine users attending addiction services. *Schizophrenia Research*, 194, pp.13-17.
7. Mustonen, A., Niemelä, S., Nordström, T., Murray, G., Mäki, P., Jääskeläinen, E. and Miettunen, J., 2018. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 212(4), pp.227-233.
8. Coutinho, L., Honorato, H., Higuchi, C., Cavalcante, D., Belangeiro, S., & Noto, M. et al. (2019). Cannabis acute use impacts symptoms and functionality in a cohort of antipsychotic naïve First Episode of Psychosis individuals. *Schizophrenia Research: Cognition*, 16, 12-16. doi: 10.1016/j.scog.2018.10.002
9. Tziraki, S., 2012. Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista de Neurología*, 54(12), p.750.

10. Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J., Secades-Villa, R., & García-Portilla, P. (2011). Cannabis y Salud Mental. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 39(3), 180-188.