

UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO BIPOLAR Y ABUSO DE CANNABIS

A CASE OF DUAL DIAGNOSIS: BIPOLAR DISORDER AND CANNABIS ABUSE

Adam A. Unidad Docente de Medicina Legal.
Universitat de València.
España.

Correspondencia: Aurora.Adam@uv.es

Resumen: en el ámbito médico legal la coexistencia de patología psiquiátrica y el consumo de sustancias estupefacientes es extremadamente frecuente. Ello supone una serie de problemas para el sujeto que abarcan desde la mayor complejidad en el pronóstico de la enfermedad, tanto de la patología psiquiátrica como de la adicción a la sustancia, hasta una mayor prevalencia de problemas legales relacionados con los síntomas resultantes que afectan al comportamiento del sujeto y conllevan la transgresión de las normas sociales.

En este trabajo se presenta un caso visto en una clínica médico-legal donde un hombre joven, diagnosticado de trastorno bipolar en sus primeros años de vida adulta y consumidor habitual de cannabis tiene importantes dificultades en el control de su patología psiquiátrica, observándose la relación entre un mayor número de crisis y el consumo de esta sustancia, empeorando el pronóstico de la enfermedad.

Palabras clave: patología dual, trastorno bipolar, cannabis.

Abstract: the co-existence of psychiatric disorders and drug abuse is extremely common in the field of legal medicine. This conjunction not only increases inherent difficulties in diagnosis of both drug use disorders and mental health, but also may cause legal consequences and penalties due to anti-social behavior induced by substance abuse.

The clinical case reproduced below is a good example. A young man with bipolar disorder diagnosed in his early adulthood, and cannabis user, shows difficulties in controlling his psychiatric pathology. The potential existing link between increasing number of crises and substance consumption worsens prognosis.

Key words: dual disorder, bipolar disorder, cannabis.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la Medicina Legal es extremadamente frecuente encontrar problemas relacionados con el consumo de drogas. No es menos frecuente la prevalencia de enfermedades mentales en los autores de los delitos.

En 2007 el Ministerio del Interior (1) ofreció una prevalencia de trastornos mentales de la población reclusa española cifrada en el 46%. Según el informe de la prevalencia de los trastornos mentales en centros penitenciarios españoles o estudio PRECA (2), la tasa de enfermedad mental en la población reclusa es 5 veces mayor que la de la población general en nuestro país. En el momento del estudio, cuatro de cada diez reclusos presentaban algún tipo de trastorno mental, siendo uno de los más frecuentes el trastorno por uso de sustancias. Según el mismo informe, la mayoría de los presos con trastornos afectivos, de ansiedad o psicóticos han sido o son consumidores habituales de drogas, siendo la comorbilidad muy habitual, de hecho eran un número muy reducido los presos que tenían enfermedades mentales sin haber sido consumidores de drogas.

La presencia de la patología dual puede ofrecer una circunstancia que agrava el estudio y pronóstico del caso. El término *patología dual* supone la coexistencia en un mismo sujeto de dos diagnósticos, uno de ellos una patología psiquiátrica y, otro, el consumo de una o más sustancias estupefacientes.

Esta dualidad afecta gravemente a todos los aspectos del estudio y tratamiento de estas enfermedades. Por un lado, el diagnóstico se complica, ya que, por ejemplo, si no existe un diagnóstico psicopatológico previo al inicio del consumo de sustancias, pueden llegar a confundirse los síntomas de la propia patología con los generados por el efecto de la sustancia o la abstinencia a la misma.

Algunos estudios cifran entre un 20 y un 40% los casos de sujetos que padecen un trastorno bipolar y que aquejan, a su vez, problemas con el consumo de cannabis (3), siendo esta sustancia, junto al alcohol, una de las que más abusan estos sujetos, quedando por detrás el consumo de la cocaína y los opiáceos (4, 5).

También se ha podido comprobar que el consumo de cannabis empeora el pronóstico del trastorno bipolar y, además, se asocia a una menor adherencia y cumplimiento del tratamiento (6). Se ha encontrado una asociación entre el uso de cannabis en estos enfermos y un incremento de los síntomas maníacos (7). Todo ello parece tener una estrecha relación con el sistema endocannabinoide y su implicación con la regulación emocional.

En un estudio publicado en 2013 (8), con una muestra de 837 sujetos en tratamiento en la red de salud mental o en la red de drogas de la Comunidad de Madrid, de los cuáles 353 tenían un diagnóstico de abuso o dependencia de cannabis, se observó que los consumidores de cannabis, además de haberse iniciado antes en el consumo de otras drogas que otros adictos, tenían una mayor asociación con el trastorno de personalidad antisocial, con la psicosis, la agorafobia y con el trastorno bipolar, cuyo riesgo era mayor según más precoz había sido el inicio en el consumo de cannabis.

De la asociación entre trastorno bipolar y el consumo de cannabis resulta un aumento de las posibilidades de discapacidad del sujeto (9).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 24 años, soltero y sin hijos. Sin antecedentes patológicos, presenta como únicos antecedentes familiares de interés, un tío paterno que cometió suicidio y su abuelo paterno padecía trastorno bipolar. Es hijo de padres divorciados. Convivió durante toda su adolescencia con su madre, pero a los 18 años decidió irse a vivir con su padre. Según él mismo, mantenía una relación cercana con su madre.

Había cursado estudios básicos y un año de formación profesional, sin terminar dicha formación. Había tenido trabajos esporádicos en la construcción y en hostelería.

A los 19 años sufrió su primer episodio afectivo, por el que tuvo que ser atendido en urgencias de un hospital, al presentar cambios bruscos de humor, irritabilidad, agitación psicomotriz e ideación delirante de perjuicio. Se le realizó, a partir de este episodio, un seguimiento por una unidad de salud mental, siendo diagnosticado de trastorno bipolar. Su adherencia al tratamiento y el seguimiento fueron muy irregulares, no acudía a las visitas con los especialistas, no tomaba adecuadamente las dosis y realizaba abandonos temporales del tratamiento farmacológico. Todo ello se acompañaba de una difícil relación con sus padres, debido a su enorme impulsividad y a la baja tolerancia a la frustración, que conllevaban grandes discusiones en el entorno familiar con cada intento de imposición de límites a sus conductas.

Por otro lado, era consumidor de sustancias estupefacientes desde los 15 años de edad, empezando a fumar cannabis y hachís los fines de semana de forma muy esporádica, comentando que solo lo probaba cuando algún amigo le ofrecía. A los 18 años su consumo empezó a ser más habitual, hasta que a los 19 años empezó a fumar varios cigarros al día de cannabis mezclado con tabaco, en un número de 5 a 8, según su disponibilidad económica. Tan solo un mes y medio después de iniciar el consumo a diario, se produjo su primera crisis maníaca. Con el ingreso hospitalario y el seguimiento del tratamiento posterior, dejó el consumo de cannabis. Pero al poco tiempo volvió a retomar el contacto con su grupo de amigos, consumidores habituales de dicha sustancia, retomándolo a diario tras unas pocas semanas y dándose nuevas crisis maníacas al poco tiempo. Cabe considerar que, a partir de este momento, no volvió a tener periodos de abstinencia prolongados, ya que únicamente dejaba de fumar cannabis durante sus estancias hospitalarias, que, habitualmente, eran de pocos días o de dos a tres semanas.

También refería haber probado el speed y la cocaína en base (fumada), pero de forma muy ocasional, únicamente en dos episodios. Negó un consumo habitual de alcohol, únicamente de forma esporádica, fundamentalmente de cerveza y asociado a algunas salidas nocturnas. Además, explicaba un problema con el juego patológico, especialmente con las apuestas deportivas, que se hizo muy intenso hacia los 22 años, perdiendo mucho dinero, llegando a engañar a su padre para que le prestara más dinero para poder apostar.

Su último ingreso se produjo hace unos meses en una unidad de psiquiatría hospitalaria, con intensa agitación psicomotriz y clínica psicótica. Al alta había experimentado una importante mejoría de los síntomas y su adhesión al tratamiento era mayor, así como su conciencia de enfermedad, decidiéndose la continuación del tratamiento de forma ambulatoria, junto al inicio de una terapia de psicoeducación, a través de un centro de día.

Debido a su abuso del cannabis, también estaba recibiendo seguimiento por una unidad de conductas adictivas (en adelante, UCA). Tras el alta hospitalaria, realizó un correcto cumplimiento de sus visitas a la UCA, hasta dos meses antes de ser reconocido en la clínica forense, no volviendo a cumplir las siguientes visitas pautadas.

Acude a la clínica médico-legal requerido para la evaluación de su estado mental y de sus problemas de abuso de sustancias, tras ser denunciado por una agresión en el contexto de una pelea a la salida de un bar.

En el momento de la entrevista, refería estar siguiendo el tratamiento farmacológico adecuadamente, que se correspondía a valproato, paliperidona y olanzapina.

No presentaba alteraciones en sus funciones ejecutivas superiores, no se apreciaban trastornos en las capacidades de abstracción, asociación o repetición. El lenguaje era coherente, no presentaba alteraciones en el curso o contenido del pensamiento y negaba alteraciones en la percepción, por lo que no se apreciaba clínica psicótica activa. Se encontraba eufémico y no presentaba síntomas de abstinencia o intoxicación de sustancias psicoactivas.

Además, expresaba los problemas económicos a los que le habían llevado las apuestas, considerándolo el mayor problema que había tenido hasta la fecha y refería llevar casi un año sin apostar. Sin embargo, no hacía el mismo juicio crítico del consumo de cannabis, de forma que lo consideraba una "droga blanda", que se sentía mejor cuando fumaba, aunque sí admitía que solía empezar a sentirse más nervioso cuando fumaba a diario. Su último ingreso hospitalario había finalizado diez días antes de la entrevista y negaba nuevo consumo hasta ese momento. Tampoco consideraba que su seguimiento en la UCA fuese estrictamente necesario, ya que entendía que podría dejar de fumar cuando quisiese, no se sentía *enganchado* a la sustancia.

Sobre los hechos que se le imputaban, no los reconocía, decía no conocer a la persona que le había denunciado por una agresión. Sí admitía haber estado muy nervioso los días anteriores, haberse saltado dosis de su tratamiento y mantener intensas discusiones familiares por temas económicos, así como haber vuelto a fumar cannabis a diario por que creía que le ayudaría a calmarse.

Desde el lugar de los hechos fue conducido por las autoridades policiales hasta el hospital, donde se llevó a cabo un ingreso involuntario debido a la presencia de intensa agitación psicomotriz e ideas delirantes de perjuicio.

Sus expectativas de futuro se centraban en conseguir un trabajo, especialmente en hostelería, pero no estaba invirtiendo ningún esfuerzo en ello.

DISCUSIÓN

La dualidad de presentación de las enfermedades mentales y el consumo de drogas es muy frecuente en el ámbito de la Medicina Legal. Entre los casos habituales se encuentra la presencia del trastorno bipolar asociado al consumo de cannabis.

El THC es considerado, de forma general, una sustancia psicoactiva que no provoca grandes daños a la salud, sin embargo su consumo en un sujeto con una patología psiquiátrica grave, como es el trastorno bipolar, puede ser un elemento clave que empeore el pronóstico de la enfermedad.

El sistema endocannabinoide se muestra como un elemento trascendente que puede explicar esta asociación, encontrando conexiones entre su activación y la génesis de un mayor número de crisis maníacas, por lo que el papel activador del cannabis en este sistema puede propiciar la agravación de la enfermedad.

Actualmente se busca revertir este efecto negativo y convertirlo en un arma para el tratamiento del trastorno bipolar, de forma que se estudia cómo pueden utilizarse los derivados del cannabis, como el cannabidiol, con intención terapéutica, usándolos como moduladores del sistema cannabinoide para el tratamiento de la psicosis, los trastornos bipolares o la depresión (10, 11).

La generación de crisis maníacas en el sujeto bipolar joven puede asociarse a situaciones de gran inquietud psicomotora, agitación, ideas delirantes o, incluso, agresividad, lo que puede asociarse a diversos problemas relacionados con la Justicia.

En el caso expuesto se presenta esta asociación y se puede observar cómo ha llegado a mermar el pronóstico de la enfermedad la presencia del consumo de cannabis. También, cómo la generación de nuevas crisis ha tenido una relación temporal muy estrecha con el aumento del consumo. Llama especialmente la atención que, a pesar de encontrarse en un periodo de estabilidad en el momento del reconocimiento, tras un ingreso hospitalario reciente, el sujeto hace una valoración crítica que puede entenderse como conciencia de enfermedad de su patología afectiva, sin embargo no hace la misma valoración del consumo de cannabis, tendiendo a infravalorar su importancia para la evolución de su enfermedad.

Esta asociación entre la sustancia estupefaciente, la presencia de enfermedad mental grave y la consecución de un hecho delictivo es recurrente, siendo tan importante la valoración psicopatológica del trastorno mental, como su asociación al consumo de sustancias para establecer las medidas oportunas en el tratamiento médico y jurídico del caso.

REFERENCIAS

1. Ministerio del Interior (2007) Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estudio Sobre Salud Mental en el medio penitenciario. Disponible en: http://www.mir/INSTPEN/INSTPENI/Sanidad/PDF/estrategia_global_de_actuacixN_EN_SALUD
2. Informe de prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (ESTUDIO PRECA). Barcelona, junio 2011.
3. Cerullo MA, Strakowski SM. The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy*. 2007; 2:29.
4. Cassidy F, Ahearn E, Carrol B: Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2001, 3:181-188.
5. Baethge C, Baldessarini R, Khalsa H, Hennen J, Salvatore P, Tohen M. Substance abuse in first-episode bipolar I disorder: indications for early intervention. *American Journal of Psychiatry*. 2005, 162(5):1008-1010.
6. van Rossum I, Boomsma M, Tenback D, Reed C, van OJ. Does cannabis use affect treatment outcome in bipolar disorder? A longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2009; 197:35-40.

7. Leweke FM, Koethe D. Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addict Biol.* 2008; 13(2):264-75.
8. Arias F, et al. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2013; 41(2):122-9.
9. Agrawala A, Nurnberger JI, Lynskey MT, The Bipolar Genome Study. Cannabis involvement in individuals with Bipolar Disorder. *Psychiatry Research.* 28 February 2011; 185(3): 459-461.
10. Ashton CH, Moore PB. Endocannabinoid system dysfunction in mood and related disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2011; 124 (4): 250-261.
11. Zuardi AW, et al. Cannabidiol, a Cannabis sativa constituent, as an antipsychotic drug. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.* 2006; 39(4): 421-429.