

## **TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR CONSUMO DE CÁNNABIS:**

### **ESTUDIO DE UN CASO**

Maroto Expósito, Paloma; Martínez Ratia, M<sup>a</sup> Victoria y Muela Martínez, José Antonio  
Universidad de Jaén

#### **RESUMEN**

Se presenta un caso de ansiedad por ataques de pánico como consecuencia del consumo de cánnabis. Tras la evaluación de la paciente, se comprobó que poseía unas áreas de fuerza (buena autoestima, muy motivada) y que tenía un temor excesivo a que se repitiese el ataque, una alta angustia anticipatoria y muchas conductas de evitación. La terapia se centró tanto en la exposición (interoceptiva y a los estímulos temidos) como en la reestructuración cognitiva de los elementos temidos (como la propia activación fisiológica). Tras tres meses de intervención se observa una remisión completa de todos los síntomas y el abandono del consumo de cánnabis.

**PALABRAS CLAVE:** Ataque de pánico, cánnabis, exposición, reestructuración cognitiva

Muchos estudios han relacionado el consumo de cánnabis con diversos trastornos de ansiedad (Schuckit, 1992; Thomas, 1996) y en concreto con el trastorno de pánico (Moran, 1986; Roy-Byrne y Uhde, 1988; Seibyl y cols., 1990; Wittchen y cols., 2007). Se acepta que el consumo de cánnabis puede exacerbar la sintomatología en pacientes que sufren crisis de pánico o incluso desencadenar estas crisis por primera vez en personas que sean vulnerables (Zvolensky y cols., 2006; Wittchen y cols., 2007).

También se ha informado de la suspensión voluntaria del consumo de esta sustancia en muchos de los pacientes al hacerse conscientes de cómo incrementaba su ansiedad al consumirla (Szuster y cols., 1988).

Por otra parte, hay estudios que señalan que una tercera parte de los pacientes que presentaron ataques de pánico tuvieron su primera crisis 48 horas tras el consumo

de cánnabis y, lo que es más relevante, desarrollaron un Trastorno de Pánico aun cuando ya no continuara el consumo de la sustancia (Dannon y cols., 2004).

Los dos tratamientos bien establecidos para el trastorno de pánico (Botella, 2001) son el Programa de Tratamiento de Control de Pánico (Barlow y Cerny, 1988; Barlow y Craske, 1989, 1994) y el Programa de Terapia Cognitiva para el Trastorno de Pánico (Clark, 1989; Salkoskis y Clark, 1991). En la práctica, estos dos enfoques de tratamiento resultan muy similares, ya que los objetivos y la totalidad de los procedimientos son, básicamente, los mismos en ambos programas (psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición...). La diferencia más notable entre ambos enfoques es que en el primero se insiste en la exposición a las sensaciones interoceptivas, mientras que en el segundo se da un gran énfasis al componente cognitivo.

## **CASO**

### **Anamnesis**

La paciente, de 20 años de edad y estudiante de psicología, acudió a la consulta del Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén en febrero de 2011 alegando haber sufrido un ataque de pánico después de un consumo esporádico de cánnabis un mes antes. Comentó los síntomas principales del trastorno: sudoración, palpitaciones, mareo sensación de despersonalización, etc. El episodio sucedió mientras se encontraba de estancia con una beca en un país extranjero, la paciente apuntó como posibles desencadenantes, además del consumo, la presión por conseguir una beca de ayuda a los estudios, la propia situación de estar en un país extraño y problemas sentimentales con su pareja. Informó que de adolescente “puede que le diese” algún que otro episodio similar al narrado, pero que si alguno de ellos llegó a ser un ataque de ansiedad no le dio mucha importancia por lo que no serían muy intensos.

Al pasar por este episodio en el extranjero fue al psiquiatra en el lugar en el que se encontraba, quien la diagnosticó de trastorno por ataque de pánico. Al poco tiempo volvió a España y el psiquiatra de su ciudad, además de dar el mismo diagnóstico le prescribió la siguiente medicación: Sertralina 0,5 (antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina -ISRS-) y Mirtazapina 15mg.

A raíz del episodio desarrolló también el pensamiento recurrente de que “se va a volver loca” el cual le sobrevenía en los momentos de más estrés y cuando se quedaba sola o tranquila, como en los momentos justo antes de quedarse dormida o entresueños. Además, se volvió recurrente el temor continuo a que se volviese a repetir el episodio, tal y como comentó en las entrevistas iniciales.

### **Técnicas de evaluación y procedimiento**

Durante las dos primeras sesiones, la paciente fue evaluada con los instrumentos que se listan a continuación. La entrevista y la Escala de Severidad del Trastorno de Pánico se completaron preesencialmente, mientras que los demás cuestionarios se entregaron a la paciente para que ella los rellenase en casa. Se le dijo que el de ansiedad estado (STAI-E, del que se le dieron varias copias) lo rellenase en diferentes situaciones cotidianas elegidas por ella. Los instrumentos fueron:

- Entrevista semiestructurada sobre los datos más relevantes tanto sociodemográficos como propios de su sintomatología.
- Escala de Severidad del Trastorno de Pánico (PDSS) de Shear y cols. (1997). Consta de siete ítem que, en forma de entrevista, exploran las características clínicas principales del trastorno de pánico. Los ítem incluyen: frecuencia de los ataques de pánico y episodios de sintomatología limitada (ESL); angustia provocada por los ataques de pánico y los ESL; ansiedad anticipatoria; miedo/evitación agorafóbica; miedo/evitación de sensaciones parecidas a las provocadas por el pánico; y deterioro laboral y social. Cada ítem se contesta siguiendo una escala de tipo Likert de 5 grados (0-4 puntos). La puntuación final se obtiene sumando las obtenidas en cada uno de los ítem y oscila de 0 a 28 puntos
- Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). Conocido instrumento de evaluación de la ansiedad que consta de 40 ítem (20 para evaluar la ansiedad estado y 20 para la ansiedad rasgo) con cuatro alternativas de respuesta (de 0 a 3).
- Escala de Autoestima (RSES) de Rosenberg (1965). Consta de 10 ítem cuyos contenidos se centran en el respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de los elementos están enunciados positivamente y la otra mitad, de forma negativa. Cada ítem tiene una escala de respuestas de 4 elementos. La puntuación final se

obtiene sumando todas estas puntuaciones tras invertir los ítem enunciados de forma negativa.

- Escala de estrés Percibido (PSS) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983). Autoescala de 14 ítems que mide el grado de estrés percibido de una situación y el grado en el que los sujetos encuentran sus vidas impredecibles, incontrolables y sobrecargadas. Mide la frecuencia en la que los sujetos sienten o piensan de una cierta manera en el último mes. Tiene 5 alternativas de respuesta (desde 0 – nunca- a 4 -muy a menudo-). El rango de puntuaciones va de 0 a 56 y las puntuaciones más altas indican un mayor estrés percibido.
- Inventario de Depresión (BDI) de Beck y cols. (1961). Consta de 21 ítem compuestos de 4 afirmaciones (cada una reflejando una mayor gravedad del síntoma) que evalúa el componente cognitivo de la depresión.
- Cuestionario para el afrontamiento del estrés (COPE-R) de Carver, Scheier y Weintraub (1989). Evalúa los aspectos motores o conductuales de la respuesta al estrés. Consta de 60 ítem de tipo Likert que se refieren a lo que hace o siente habitualmente el sujeto cuando experimenta sucesos estresantes. Evalúa distintos tipos de afrontar el estrés: Afrontamiento conductual, cognitivo y conductual; Escape cognitivo y conductual; y Consumo de alcohol o drogas.
- Cuestionario de Personalidad “Cinco Grandes” (BFQ) de Caprara, Barbaranelli y Borgogni (1995). Evalúa cinco factores de la personalidad (Energía-Extraversión, Afabilidad, Tesón-Responsabilidad, Estabilidad Emocional y Apertura Mental) cada una de ellas compuesta por dos subdimensiones. Consta de 132 ítem con 5 alternativas de respuesta cada uno de ellos.
- Examen Internacional de los Trastornos de Ansiedad (IPDE) de Loranger, (1995). Consta de 77 ítem con dos alternativas de respuesta (verdadero/falso) en los que se reflejan los criterios descriptores de cada uno de los trastornos de personalidad reflejados en el DSM-IV.

### **Resultados e Integración de los mismos**

Durante la evaluación y en las primeras sesiones, la paciente era incapaz de hablar sobre su problema sin llorar, además confesó que tenía muy baja tolerancia a la frustración. Carecía de una rutina en el día a día, lo cual le permitía estar todo el tiempo pensando en lo que había pasado y recelando sobre lo que temía que volviese a pasar. Autorreforzaba su miedo a volverse loca, porque no era capaz de concentrarse ni de

hacer nada. Por otra parte, se mostraba muy influenciado tanto por su pareja (a quien, durante el proceso de la intervención, acusó de no haberse desentendido de ella durante el ataque de pánico y los días posteriores y de quien dio una imagen de que se aprovechaba de ella para realizar los trabajos de clase –son compañeros de estudios-) como por sus compañeras de piso (quienes la echaron de su propio cuarto durante unos días para que lo ocupase un amigo a quien habían invitado sin pedirle permiso a ella). En su ambiente (pareja, amigos y compañeras de piso), todas las personas son consumidoras de sustancias (cánnabis y otras) y no parece haber encontrado demasiado apoyo o comprensión con su problema. Como estudiante, obtiene buenos resultados en las asignaturas e interviene y se interesa durante las clases.

Los resultados del IPDE no indicaron ningún tipo de trastorno en la personalidad. Las puntuaciones más significativas del BFQ mostraron que es una persona sumisa (percentil 30 en “dominancia”), poco afable (percentil 35), poco perseverante (percentil 30) y con un bajo control de impulsos (percentil 10). Sus bajas puntuaciones en Dominancia, Responsabilidad y Estabilidad Emocional, así como su alta puntuación en Apertura a la Experiencia (gusto por experimentar nuevas sensaciones y experiencias) podrían relacionarse con su inicial consumo de la sustancia.

Las puntuaciones en estrés percibido y ansiedad rasgo no mostraron ser excesivamente altas (44% del total de puntos del primero y centil 55 en la segunda). Tampoco el BDI arrojó una puntuación alta (8 puntos: sin depresión). Aunque en ansiedad estado las puntuaciones fluctuaron en función de las situaciones escogidas por la paciente para rellenar el cuestionario, las más extremas se daban cuando pensaba en la posibilidad de que se repitiese y que se volvería loca (centil 90) o cuando recordaba lo que le ocurrió durante el primer ataque (centil 85).

Presentaba una alta autoestima (32 puntos sobre 40) y en las estrategias de afrontamiento, siguiendo al COPE-R, puede apreciarse cómo son más frecuentes las habilidades de afrontamiento (emocional -2,4 puntos-, conductual -2 puntos- y cognitivo -1,5 puntos-) que las de escape (conductual -1,5 puntos- y cognitivo -0,4 puntos-). Esto se estimó adecuado, aunque se consideró conveniente aumentar el afrontamiento cognitivo y reducir las estrategias de escape.

Finalmente, el PDSS mostró bajas puntuaciones en la frecuencia en los ataques de pánico (sólo uno en el último mes), pero muy elevada (4 puntos, que es puntuación máxima) en las demás escalas (angustia provocada por los ataques de pánico, ansiedad anticipatoria, evitación de lugares y de sensaciones parecidas a las provocadas por el pánico y deterioro laboral y social).

### **Intervención**

El tratamiento, que duró unos tres meses, fue dirigido a controlar los 3 componentes básicos de la respuesta de ansiedad: cognitivo, fisiológico y conductual así como a ayudar a interpretar los pensamientos y cogniciones de forma más adecuada. Las consultas tuvieron lugar una vez a la semana y las técnicas usadas fueron las que aparecen más abajo y en el mismo orden. No obstante, no existió una programación rígida de presentación de cada una de ellas, pues a lo largo de todo el proceso, surgieron nuevos datos (como el episodio de su expulsión de su propio cuarto por parte de sus compañeras de piso ya mencionado o las emociones que despertaron en ella las conductas de su pareja) que hicieron conveniente la flexibilidad a la hora de utilizarlas y en los contenidos sobre los que centrarlas. Además, técnicas como la reestructuración cognitiva, en realidad, se utilizó desde el principio y hasta el final. Las técnicas fueron:

- Relajación progresiva de Jacobson: Se mantuvo la técnica original en cuanto a metodología, sin embargo en número de sesiones fueron más reducidas, 5 en concreto, ya que desde el primer momento la paciente se mostró muy motivada.
- Entrenamiento en respiración lenta: Se realizó en una sola sesión. La paciente dominó la técnica desde el primer momento (la practicó en casa estando sentada, de pie y andando).
- Exposición interoceptiva: Se usó el ejercicio de hiperventilación para que experimentara los primeros síntomas del ataque de pánico y se diese cuenta de que no le producían ningún miedo si no los interpretaba como algo peligroso, sino como mera consecuencia de su respiración voluntariamente acelerada.
- Técnicas de detección y distracción del pensamiento: Se usaron para “moldear” el control de impulsos y los pensamientos recurrentes de “me voy a volver loca”. Concretamente, se le enseñó a romper el proceso por el que, empezando a pensar así, terminaba por experimentar una alta ansiedad. Se le recomendó que cuando se iniciasen esos pensamientos, los detuviera centrando su atención en otra cosa (contar de 99 a 0 de 3 en 3 o describir lo más detalladamente posible el primer objeto que tuviese ante sí en

ese momento), utilizase la respiración lenta y ya más tranquila, utilizar la reestructuración cognitiva (que estaba practicando) para darle el verdadero significado a lo que le estaba pasando.

- Actividades distractoras reforzadoras: Puesto que una de las quejas que la paciente tenía era el que “no hacía nada” y que se agobiaba por no hacer nada, se le recomendó que volviese a practicar deporte o que hiciese algo que le gustase. Ella propuso hacerse voluntaria en una asociación protectora de animales.

- Exposición: principalmente se usó para que la paciente se expusiera a los pensamientos del miedo a perder la cabeza y que algo malo le iba a pasar cuando estaba tranquila. No se realizó jerarquía de ansiedad, puesto que sólo era ése el miedo.

- Reestructuración cognitiva: Por medio de esta técnica, se perseguía que la paciente se hiciese consciente del peligro del consumo del cánnabis y del papel que tuvo en el inicio de su problema. También se le enseñó que las sensaciones fisiológicas que experimentase no eran las que determinaban la posibilidad de que se produjese un nuevo ataque, sino la forma en la que ella interpretaba esas sensaciones. Que una misma activación fisiológica sería interpretada como miedo o alegría sólo en función de su forma de pensar en ellas. También se le hizo ver que ella no era responsable de los actos de los demás, si no de los suyos propios y de sus propias responsabilidades.

Durante la intervención, la paciente informó de un par de ocasiones en las que notó cómo empezaba a activarse fisiológicamente y cómo crecía su ansiedad y sin embargo, aplicando lo que estaba aprendiendo en la terapia, consiguió detener el proceso y tranquilizarse. No obstante, algo más de un mes antes de finalizar la terapia, se produjo un nuevo ataque de ansiedad aunque según la información aportada por la paciente, ni la duración del mismo, ni la intensidad del miedo, ni las sensaciones de despersonalización fueron comparables al primer episodio por ser las del último episodio mucho menores.

## **Reevaluación**

Al terminar la intervención se le administraron de nuevo las pruebas principales (excluyendo el BFQ y el IPDE por medir rasgos de personalidad que se consideran más constantes en el tiempo). A continuación se incluyen tablas que recogen los datos con las puntuaciones pre y post:

Medidas emocionales

TEST	PUNTUACIÓN PRE	PUNTUACIÓN POST
Escala de estrés percibido	25 de 56	22 de 56
STAI ansiedad rasgo	Percentil 55	Percentil 45
BDI depresión	8 (0-9 no depresión)	3
Escala de autoestima	32 de 40	36 de 40

COPE Afrontamiento

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	PUNTUACIÓN PRE	PUNTUACIÓN POST
Afrontamiento conductual	2	2,09
Afrontamiento cognitivo	1,5	2,1
Escape cognitivo	0,4	0,2
Afrontamiento emocional	2,4	2,58
Escape conductual	1,5	0,6
Consumo de alcohol o drogas	0,75	0,75

PDSS Severidad del Trastorno de Pánico

SEVERIDAD TP	PUNTUACIÓN PRE	PUNTUACIÓN POST
Frecuencia de los ataques	1	0
Angustia durante los ataques	4	0
Severidad de la angustia anticipatoria	4	0
Evitación Agorafóbica	4	0
Evitación de sensaciones similares	4	0
Interferencia actividad laboral	4	0
Interferencia actividad Social	4	0



## DISCUSIÓN

La paciente se mostró en todo momento colaboradora y muy motivada durante todo el proceso terapéutico. Esto puede verse reflejado en el hecho de que desde el principio decidió abandonar el consumo de cánnabis o la implicación que mostró en la asociación protectora de animales con la que colaboró como voluntaria y en la alegría que mostraba durante la terapia al contar cómo paseaba a los perros asignados o la convivencia en su piso con los que acogía temporalmente (a los que ponía nombres divertidos).

Practicó en casa todos los ejercicios que aprendió en la terapia (por ello las sesiones de relajación fueron menos de las previstas inicialmente). De hecho, en los episodios mencionados por la paciente como “ataques que no llegaron a desarrollarse”, afirmó que había utilizado la respiración lenta, la parada de pensamiento y la reinterpretación cognitiva de los síntomas fisiológicos para detener el proceso.

Por otra parte, el uso de la reestructuración cognitiva hizo que incluso tras el nuevo ataque de pánico (en realidad, también durante el mismo), la paciente no perdiese por completo la sensación de control y fuese consciente de lo que le estaba pasando en todo momento. Así, declaró que durante el ataque, notó cómo al empezar a pensar en que no era un problema físico-biológico (no le estaba dando un ataque cardíaco ni se estaba volviendo loca) sino lo que se le había explicado, sintió cómo disminuía la ansiedad y se regularizaba su actividad fisiológica hasta salir de esa situación casi a voluntad. Además, tras el mismo, reinterpretó el hecho de manera muy beneficiosa para ella, pues empezó a decirse que si lo que tanto temía era “sólo” eso, en realidad pasaba más miedo pensando en lo que le podía pasarle que cuando realmente le pasó, con lo que le perdió por completo el miedo a un nuevo ataque.

Respecto a las puntuaciones, como se puede observar en las tablas, la paciente mejoró notablemente en numerosas áreas, sobre todo en lo referente a las estrategias de afrontamiento, aumentando notablemente el afrontamiento cognitivo y disminuyendo el escape conductual, lo cual indica que ha adquirido buenas estrategias durante la intervención. Aunque la puntuación de consumo de alcohol o drogas se ha mantenido,

hay que matizar que el consumo de cannabis se ha eliminado por completo desde el mismo inicio de la terapia.

La ansiedad como rasgo también ha bajado, indicándonos que las estrategias que está poniendo en práctica están siendo efectivas. También ha bajado la puntuación en depresión, aunque en la puntuación “pre” no llega a ser significativa, bien es cierto que la puntuación “post” es mínima (ningún ítem puntúa más de 1 punto).

Finalmente, respecto a la relación con su pareja, hacia el final de la terapia, habló con él y le dejó claro que ella ya no volvería a asumir sus responsabilidades y para evitarlo en lo sucesivo, pactaron que no volverían a formar parte del mismo grupo para realizar trabajos en clase (la situación más conflictiva entre ellos). Respecto a las compañeras de piso, no permitió que interfiriesen en su cuidado de los perros acogidos (pese a que uno de ellos era muy pequeño y aún molestaba mucho por las noches).

El cambio fue bastante notable, si bien no desde el principio ya que, según ella, la medicación era demasiado fuerte y la mantenía adormilada todo el día, lo que le causaba “impotencia de no poder hacer nada”. Cuando se le dio el alta en el Gabinete, la paciente se encontraba muy satisfecha con la intervención y con el progreso que había conseguido y se mostraba incapaz de mencionar una sola cosa que pensara que no podía manejar en su vida actual. En este momento, se encuentra en seguimiento.

## **REFERENCIAS**

- Barlow, D.H. y Cerny, J.A. (1988). *Psychological Treatment of Panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, Nueva York: Graywind Publications.
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic (MAP II)*. Albany, Nueva York: Graywind Publications.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh., J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eicaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478.

- Caparara, G. V., Barbaranelli, C. y Borgogni, L. (1995). *Cuestionario "Big Five" (BFQ)*. Madrid: TEA
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 53, 267-283.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: panic and generalized anxiety. En K.Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk y D. Clara (Eds.) *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. A practical guide*. pp.52-96. Oxford: Oxford University press.
- Cohen, S., Kamark, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Dannon, P.N., Lowengrub, K., Amiaz, R., Grunhaus, L. y Kotler, M. (2004). Comorbid cannabis use and panic disorder: short term and long term follow-up study. *Human Psychopharmacology*, 19(2), 97- 101.
- Loranger, A. W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Moran, C. (1986). Depersonalization and agoraphobia associated with marijuana use. *British Journal of Medical Psychology*, 59(2), 187-96.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Roy-Byrne, P. P. y Uhde, T. W. (1988). Exogenous factors in panic disorder: clinical and research implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49(2), 56-61.
- Salkovskis, P. M. y Clark, D. M. (1991). Cognitive therapy for panic disorder, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 215-226.
- Schuckit, M. A. (1992). Anxiety disorders and substance abuse. En: A. Tasman y M. B. Riba (eds), *Review of psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.
- Seibyl, J. P., Krystal, J. H. y Charney, D. S. (1990). Marijuana (cannabis) use is anecdotally said to precipitate anxiety symptoms in patients with panic disorder. Is there any research evidence to support this? Also, can marijuana use precipitate or expose paranoia in patients with an underlying bipolar disorder? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10(1),78.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., y cols. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto: Consulting Psychologist Press. (Adaptación española en Editorial TEA).
- Szuster, R. R., Pontius, E. B. y Campos, P. E. (1988). Marijuana sensitivity and panic anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49(11), 427-9.
- Thomas, H. (1996). A community survey of adverse effects of cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*, 42, 201-217.
- Wittchen, H. U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P. y cols. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(11), 60-70.