

# Trastornos de ansiedad y cannabis

---

# 4

*E. Ochoa Mangado*

## 4.1. Introducción

El estudio de la relación entre los trastornos de ansiedad y las adicciones es complejo, presentando muchas de las dificultades comunes al estudio de cualquier patología dual, además de precisar la diferenciación entre diversos síntomas de ansiedad que pueden aparecer en el curso del consumo o la dependencia y un verdadero trastorno de ansiedad.

El término diagnóstico dual hace referencia a la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias junto con otro trastorno psiquiátrico (Stowell, 1991). Su estudio es importante porque la aparición conjunta de estos trastornos presenta implicaciones etiológicas, clínicas, diagnósticas, evolutivas y de respuesta al tratamiento, tanto para el trastorno por uso de sustancias como para los trastornos de ansiedad (Lehman y cols., 1993).

La prevalencia de estos trastornos comórbidos difiere notablemente según diversos estudios, dado que las cifras se modifican por dificultades diagnósticas (superposición de síntomas, modificación de los mismos por influencia mutua) y metodológicas (criterios de selección de la muestra, diseño del estudio, situación del consumo en el momento en que se realiza la entrevista, naturaleza de la misma, criterios diagnósticos empleados). Por todo ello, y al igual que en cualquier estudio de comorbilidad es necesario realizar una evaluación longitudinal de los pacientes, usar instrumentos estandarizados para valorar el consumo y/o la dependencia de la sustancia y los trastornos de ansiedad, utilizar diferentes fuentes de información, realizar la evaluación de la dependencia en el momento actual y a lo largo de la vida, valorar los tipos de sustancias de las que se es o se ha sido dependiente, realizar el diagnóstico cuando el paciente está estable

y no experimenta síntomas significativos de intoxicación ni de abstinencia (definiendo ésta claramente), y realizar la entrevista por personal clínicamente entrenado (Weiss y cols., 1992).

#### **4.2. Prevalencia del consumo y trastornos por uso de cannabis y trastornos de ansiedad**

El estudio de la prevalencia de la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y el uso de cannabis hace necesaria la valoración de las prevalencias de cada trastorno por separado.

- a. Al estudiar la prevalencia global o a lo largo de la vida del uso de cannabis, encontramos que los estudios epidemiológicos superponen las cifras de prevalencia de consumo en el último mes con las de dependencia. No se conoce con exactitud el porcentaje de consumidores que desarrollan dependencia, pero se cree que el 10% de los consumidores pueden presentarla (Hall y Solowij, 1998). Algunos estiman una prevalencia global de su consumo de un 5,9% (Russell y cols., 1994). El DSM IV (1995) refiere una prevalencia global del 4% para la dependencia de cannabis. El Plan Nacional sobre Drogas en su Informe de la Comisión Clínica de febrero del 2006 refiere que entre la población de 15 a 64 años, la prevalencia del consumo de cannabis alguna vez en la vida fue del 29,0%, del 11,3% en los últimos 12 meses, del 7,6% en el último mes, y del 1,5% diariamente (PND 2006). El Informe de la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007 que entrevista a 26.454 estudiantes de edades comprendidas entre 14 y 18 años encuentra que han consumido cannabis alguna vez en su vida el 36,2% de ellos, el 29,8% en los últimos 12 meses, el 20,1% en el último mes, y el 3,2% lo consumen diariamente (PND 2007).
- b. La prevalencia global o a lo largo de la vida de los trastornos de ansiedad es también elevada, y así el DSM IV (1995) aporta unas cifras de 1,5-3,5% para el trastorno de angustia o trastorno de pánico (TP) (con o sin agorafobia), siendo este trastorno diagnosticado dos veces más frecuentemente en mujeres que en varones. Señala que la prevalencia global para la fobia simple o específica (FE) es de 10-11%, para la fobia social (FS) es de 3-13%, para el trastorno por ansiedad generalizada (TAG) es de 5%, para el trastorno por estrés posttraumá-

tico (TSPT) es de 1-14%, y para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es de 2,5%.

El estudio ECA encuentra una prevalencia al mes del 7,3% para el conjunto de los trastornos por ansiedad (Regier y cols., 1990).

Otro trabajo realizado también en población general encuentra prevalencias a lo largo de la vida de 3.5% para el trastorno de pánico (TP), de 5.3% para la agorafobia (AG) sin trastorno de pánico, de 13.3% para la fobia social (FS), de 5.1% para el trastorno por ansiedad generalizada (TAG) y de hasta el 24.9% para cualquier trastorno de ansiedad (TrA) considerados globalmente, siendo estos más frecuentemente diagnosticados en mujeres (Kessler y cols., 1994). Otros estudios comunitarios encuentran prevalencias menores, así se refiere que la prevalencia global de los trastornos fóbicos es de 8,9% y la del trastorno de pánico es de 1,7% para las mujeres y de 0,8% para los varones (Kolada y cols., 1994, Dick y cols., 1994, Dick y cols., 1994).

Estos estudios epidemiológicos comunitarios muestran como los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias son muy frecuentes en la población general. El estudio de la comorbilidad de estos trastornos va a presentar las dificultades diagnósticas y metodológicas comunes a todos los trastornos comórbidos junto con el problema añadido de diferenciar la sintomatología ansiosa de la presencia de trastornos de ansiedad que cumplan criterios diagnósticos definidos (DuPont 1997).

#### **4.3. Prevalencia de consumo de cannabis y su dependencia en los trastornos de ansiedad y de trastornos de ansiedad en los consumidores y dependientes de cannabis**

El estudio común de estos trastornos nos obliga a considerar por un lado la prevalencia del uso y dependencia de cannabis en aquellos pacientes con trastornos de ansiedad, y por otro la prevalencia de trastornos de ansiedad que aparecen en consumidores y dependientes de cannabis. En general se señala cifras elevadas de síntomas y trastornos psiquiátricos en consumidores y dependientes de esta sustancia. Sin embargo hay que considerar que la comorbilidad modifica la presentación de determinados trastornos (Kranzler y cols., 1995) y altera la búsqueda de

tratamiento, por lo que puede modificar las cifras reales de prevalencia (Galbaud y cols., 1993).

- a. Prevalencia de consumo y dependencia de cannabis en trastornos de ansiedad. Diversos estudios muestran un incremento de la prevalencia del consumo en pacientes con diversos trastornos de ansiedad (Schuckit, 1992).
- b. Prevalencia de trastornos de ansiedad en el consumo y dependencia de cannabis. En general se encuentran cifras elevadas de síntomas y trastornos de ansiedad en consumidores y dependientes que puede llegar al 22% (Thomas, 1996), aunque algunos estudios de seguimiento no encuentran un aumento de trastornos de ansiedad en la población que consume cannabis (Weller y Halikas, 1985).

El consumo de cannabis ha sido relacionado en la literatura con el diagnóstico de trastorno de pánico (Moran, 1986; Roy-Byrne y Uhde, 1988; Seibyl y cols., 1990; Booth y cols., 2001; Wittchen y cols., 2007) considerándose que su consumo puede precipitar síntomas de ansiedad en pacientes con crisis de pánico o desencadenarlos por primera vez en sujetos vulnerables. Así los pacientes que ya habían presentado crisis de pánico tendían a volver a presentarlas al consumir cannabis, y muchos de ellos suspendían espontáneamente su consumo dado que incrementaba su ansiedad al consumir (Szuster y cols., 1988).

Por otra parte, diversos estudios señalan, que una tercera parte de los pacientes que presentaron ataques de pánico, tuvieron su primera crisis después de 48 horas del uso de cannabis y luego desarrollaron un trastorno de pánico independiente de la continuación del consumo, actuando el cannabis de precipitante (Dannon y cols., 2004). Por tanto las crisis no aparecen sólo durante la ingesta, sino que también se describen en la abstinencia en sujetos vulnerables.

Algunos estudios no encuentran asociación entre los trastornos de ansiedad y el consumo de cannabis (Degenhardt y cols., 2001; van Laar y cols., 2007), aunque tras controlar diversos factores de confusión, parece que el inicio del uso de cannabis antes de los 15 años y la frecuencia de su consumo se asocia con el incremento de ansiedad en adultos (Patton y cols., 2002; Hayatbakhsh y cols., 2007) especialmente incrementando el riesgo de presentar crisis de pánico (Zvolensky y cols., 2006; Wittchen y cols., 2007). Estas se describen, por lo común,

durante la intoxicación, aunque nuestra experiencia clínica, nos muestra que también pueden presentarse durante la abstinencia tras un consumo prolongado y elevado.

El trastorno de ansiedad social es un factor de riesgo para la dependencia de alcohol y de cannabis (es el único factor de los problemas de ansiedad) (Buckner y cols., 2007), principalmente en las mujeres (Buckner y cols., 2006).

#### **4.4. Hipótesis explicativas de la comorbilidad**

Se describen diversas hipótesis explicativas de la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la dependencia de sustancias (Meyer 1986):

- a. Coincidencia de los trastornos por su elevada prevalencia: Las elevadas prevalencias de ambos trastornos hace que algunos de los consumidores y dependientes de cannabis presenten algún trastorno de ansiedad y que otros con trastornos de ansiedad sufran dependencia de cannabis. Sin embargo las cifras de comorbilidad (mayores de las esperadas) apoyan la relación entre trastornos. Los estudios en poblaciones de alto riesgo son contradictorios.
- b. La intoxicación y abstinencia de la sustancia ocasionan síndromes ansiosos temporales: Pueden desarrollarse síndromes similares al trastorno ansiedad generalizada, trastorno de pánico o fobias en la intoxicación y abstinencia de cannabis. Estos síndromes mejoran tras unos días, aunque a veces pueden persistir síntomas durante meses.
- c. Los trastornos de ansiedad como consecuencia de la dependencia.
- d. La dependencia de cannabis como conducta de automedicación de un trastorno por ansiedad. Algunos pacientes con ataques de pánico o fobia social refieren automedicar sus miedos con cannabis, que disminuye a corto plazo la ansiedad y les ayuda a enfrentarse a situaciones estresantes, constituyendo estos efectos refuerzos importantes para el consumo. Los estudios de temporalidad sobre que trastorno precede al otro son contradictorios
- e. Presencia de factores de riesgo comunes: Puede que exista una vulnerabilidad común para ambos trastornos. También se ha relacionado con la comorbilidad de un tercer trastorno co-

mo la depresión o que ambos trastornos sean respuesta a un estrés vital.

#### **4.5. Influencia del consumo y dependencia de cannabis en la evolución del trastorno de ansiedad**

Los individuos con trastorno por ansiedad que consumen cannabis complican su cuadro. Su consumo agrava el trastorno de pánico y la agorafobia (Stowell, 1991; Schuckit, 1992; Cox y cols., 1989).

El consumo puede precipitar síntomas de ansiedad en pacientes con crisis de pánico o desencadenarlas por vez primera en sujetos vulnerables (Moran, 1986; Roy-Byrne y Uhde, 1988). Algunos de los pacientes que presentaron ataques de pánico, tuvieron su primera crisis después de las horas de uso de cannabis y luego desarrollaron un trastorno de pánico independiente de la continuación del consumo, actuando el cannabis de precipitante (Dannon y cols., 2004). Por tanto las crisis no aparecen sólo durante la ingesta, sino que también se describen en la abstinencia en sujetos vulnerables.

#### **4.6. Influencia de los trastornos de ansiedad en la evolución del consumo y dependencia de cannabis**

La presencia de un trastorno psiquiátrico concomitante o de psicopatología sobreañadida a la dependencia ocasiona una evolución peor de la adicción (Schuckit, 1992). Algunos pacientes con ataques de pánico o fobia social refieren automedicar sus crisis o miedos con cannabis, que disminuye a corto plazo la ansiedad y les ayuda a enfrentarse a situaciones estresantes, constituyendo estos efectos refuerzos importantes para el consumo.

#### **4.7. Implicaciones de la comorbilidad en el tratamiento**

Los pacientes con diagnóstico dual tienen dificultades para encontrar su lugar de tratamiento (Dupont, 1997). Pueden presentar dificultades para integrarse en los tratamientos habituales, cumplir algunas normas, precisando a veces que se diseñen programas específicos para ellos. El mayor riesgo de suicidio, la mayor dificultad para iniciar la abstinencia, y la mayor severidad

de recaídas, hacen que el manejo requiera con mayor frecuencia que en pacientes con un solo diagnóstico la hospitalización.

La estabilidad de los trastornos de ansiedad en el contexto de la intoxicación o abstinencia es muy baja, y la mayoría desaparecen a las 3-4 semanas de la abstinencia. Por ello se aconseja esperar este tiempo para realizar el diagnóstico correcto e iniciar tratamiento. A excepción de aquellos pacientes con antecedentes previos al consumo, es difícil predecir qué trastornos van a permanecer tras la abstinencia.

Una vez establecido claramente el doble diagnóstico, se deben manejar ambos trastornos como entidades independientes, pero tratándolos de forma conjunta e integrada, lo que implica mantener la abstinencia. Se debe empezar el tratamiento por el de la dependencia, si esto es posible, e integrar la atención de los trastornos de ansiedad. El tratamiento de los trastornos de ansiedad asociados a una drogodependencia es en líneas generales semejante al que se realiza en los trastornos de ansiedad sin abuso de sustancias. No está contraindicado ningún psicofármaco. Lo ideal es que el tratamiento de ambas patologías se lleve a cabo en programas integrados de tratamiento, realizados por el mismo equipo terapéutico, evitando las dilaciones, interacciones negativas y pérdidas por problemas burocráticos que casi siempre conlleva el tratamiento realizado por distintos equipos terapéuticos.

#### **4.8. Conclusiones**

Los estudios epidemiológicos muestran que en los trastornos de ansiedad hay una mayor frecuencia de consumo de cannabis, con mayor prevalencia en las crisis de pánico. En los dependientes de cannabis la prevalencia de estos trastornos también es elevada. La comorbilidad relacionada con la capacidad del cannabis de generar y potenciar trastornos de ansiedad y el aumento del consumo de esta sustancia que se produce en los pacientes con trastornos de ansiedad, presenta importantes repercusiones en la evolución de ambos trastornos y en su tratamiento.

## Bibliografía

- Buckner JD, Mallott MA, Schmidt NB, Taylor J (2006). Peer influence and gender differences in problematic cannabis use among individuals with social anxiety. *J Anxiety Disord*; **20**(8):1087-102.
- Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, Small JW, Schlauch RC, Lewinsohn PM (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psychiatr Res*; **42**:230-9
- Clasificación Internacional de la Enfermedades (1993). Décima revisión. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Dannon PN, Lowengrub K, Amiaz R, Grunhaus L, Kotler M (2004). Comorbid cannabis use and panic disorder: short term and long term follow-up study. *Hum Psychopharmacol*; **19**(2):97-101.
- Degenhardt L, Hall W, Lynskey M (2001). Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction*; **96**(11):1603-14.
- Dick CL, Bland RC, Newman SC (1994). Panic disorder. *Acta Psychiatr Scand*; Suppl **376**:45-53.
- Dick CL, Sowa B, Bland RC, Newman SC (1994). Phobic disorders. *Acta Psychiatr Scand*; Suppl **376**:36-44.
- DSM IV (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A. Barcelona.
- DuPont RL (1997). Panic disorder and addiction: The clinical issues of comorbidity. *Bull Menninger Clinic*; **61**(suppl A):54-65.
- Galbaud G, Newman SC, Bland RC (1993). Psychiatric comorbidity and treatment seeking. Sources of selection bias in the study of clinical populations. *J Nerv Ment Dis*; **181**:467-74.
- Hall W, Solowij N (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*; **14**; **352**(9140):1611-6.
- Hayatbakhsh MR, Najman JM, Jamrozik K, Mamun AA, Alati R, Bor W (2007). Cannabis and anxiety and depression in young adults: a large prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; **46**(3):408-17.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM III R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; **51**:8-19.



- Kolada JL, Bland RC, Newman SC (1994). Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*; Suppl **376**:24-35.
- Kranzler HR, Kadden RM, Burleson JA, Babor TF, Apter A, Rounsaville BJ (1995). Validity of psychiatric diagnosis in patients with substance use disorders: is the interview more important than the interviewer? *Compr Psychiatry*; **34**:278-88.
- Lehman AF, Myers CP, Thompson JW, Corty E (1993). Implications of mental and substance use disorders. A comparison of single and dual diagnosis patients. *J Nerv Ment Dis*; **181**:365-70.
- Meyer RE (1986). How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the eggs. En: *Psychopathology and addictive disorders*. Meyer RE (ed). Guilford Press. New York.
- Moran C (1986). Depersonalization and agoraphobia associated with marijuana use. *Br J Med Psychol*; **59**(Pt 2):187-96.
- Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*; **325**(7374):1195-8.
- PND (2006). Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informes de la Comisión Clínica. Cannabis.
- PND (2006-2007). Plan Nacional sobre Drogas. Informe Encuesta Estatal de Uso Drogas Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 27-09-2007.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*; **264**:2511-8.
- Roy-Byrne PP, Uhde TW (1988). Exogenous factors in panic disorder: clinical and research implications. *J Clin Psychiatry*; **49**(2):56-61.
- Russell JM, Newman SC, Bland RC (1994). Drug abuse and dependence. *Acta Psychiatr Scand*; Suppl **376**:54-62.
- Schuckit MA (1992). Anxiety disorders and substance abuse. En: *Review of psychiatry*. Vol 11. Tasman A, Riba MB (eds). American Psychiatric Press. Washington.
- Seibyl JP, Krystal JH, Charney DS (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? *J Clin Psychopharmacol*; **10**(1):78.
- SEIT (1995). Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Plan Nacional sobre Drogas.

- Stowell RJ (1991). Dual diagnosis issues. *Psychiatr Ann*; **21**:98-104.
- Szuster RR, Pontius EB, Campos PE (1988). Marijuana sensitivity and panic anxiety. *J Clin Psychiatry*; **49**(11):427-9.
- Thomas H (1996). A community survey of adverse effects of cannabis use. *Drug Alcohol Depend*; **42**:201-7.
- van Laar M, van Dorsselaer S, Monshouwer K, de Graaf R (2007). Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction*; **102**(8):1251-60.
- Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML (1992). Methodological considerations in the diagnosis of coexisting psychiatric disorders in substance abusers. *Br J Addict*; **87**:179-87.
- Weller RA, Halikas JA (1985). Marijuana use and psychiatric illness: a follow-up study. *Am J Psychiatry*; **142**:848-50.
- Wittchen HU, Fröhlich C, Behrendt S, Günther A, Rehm J, Zimmermann P *et al.* (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug Alcohol Depend*; **88** Suppl1:S60-70.
- Zvolensky MJ, Bernstein A, Sachs-Ericsson N, Schmidt NB, Buckner JD, Bonn-Miller MO (2006). Lifetime associations between cannabis use, abuse, and dependence and panic attacks in a representative sample. *J Psychiatr Res*; **40**(6):477-86.