



**TRASTORNO DE PÁNICO SECUNDARIO AL CONSUMO DE CANNABIS:  
ESTUDIO DE UN CASO.**

Dr. Miguel Ángel Díaz-Sibaja.

Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras

**PANIC DISORDER SECONDARY TO CANNABIS USE: A CASE STUDY.**

Dr. Miguel Ángel Díaz-Sibaja.

Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras

**Dirección de contacto y envío de correspondencia:**

Dr. Miguel Ángel Díaz Sibaja.

Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.

Pso. de la Conferencia s/n

11207 Algeciras (Cádiz)

**Teléfono: 956-004961**

**654-170430**

**E-mail: diazsibaja@ono.com**

## Trastorno de pánico secundario al consumo de cannabis: estudio de un caso.

En este trabajo se presenta el caso clínico de una mujer de 22 años de edad que padecía desde hacía tres meses crisis de angustia recurrentes e impredecibles, relacionadas con el consumo de cannabis. Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron: "Escala de pánico y agorafobia de Bandelow", "Inventario de depresión de Beck (BDI)" y "Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)". El tratamiento se desarrolló en el transcurso de 13 sesiones y se centró especialmente en proporcionar información acerca del trastorno y su relación con el consumo del cannabis, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y técnicas de exposición (tanto interoceptiva como a los estímulos externos temidos). Pasados los tres meses, que duró el programa de tratamiento, se observa una remisión completa de los síntomas y el abandono del consumo de cannabis.

**Palabras clave:** Trastorno de pánico, consumo de cannabis, técnicas de exposición.

### **Panic disorder secondary to cannabis use: a case study.**

We present a case of a 22 year old woman who suffered recurring and unpredictable panic attacks related to cannabis use from three months ago. Assessment tools used were: "Panic and Agoraphobia Scale of Bandelow", "Beck Depression Inventory (BDI)" and "Hamilton Anxiety Scale (HARS)." The treatment was developed in the course of 13 sessions and focused especially on providing information about the disorder and its relation to cannabis use, relaxation techniques, cognitive restructuring and exposure techniques (both interoceptive as external stimuli). After the three month-long treatment program, there was a complete remission of symptoms and cessation of cannabis use.

**Keywords:** panic disorder, cannabis use, exposure techniques.

## **Trastorno de pánico secundario al consumo de cannabis: estudio de un caso.**

### **IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE.**

Rocío es una mujer de 21 años, estudiante de primer año de enfermería en Granada. De lunes a viernes comparte piso con dos compañeras más de la facultad. A pesar de tener la familia en Jaén (padre, madre y hermano), los viernes regresa a dicha ciudad para pasar el fin de semana con su novio, ya que la relación con su familia nuclear está muy deteriorada.

### **Motivo de consulta.**

La paciente acude por primera vez a consulta refiriendo una sintomatología propia de un trastorno de pánico: taquicardias, mareo, sensación de asfixia, sudoración, temblores, etc.; El síntoma que más angustia le genera es la sensación de despersonalización (que ella describe como que se siente extraña, que no se reconoce) lo que le genera un miedo intenso a volverse loca.

### **Historia del problema.**

Refiere que la primera crisis de angustia que experimentó fue hace unos tres meses y lo relaciona con el consumo de cannabis. No obstante, aunque nunca había sentido esa angustia tan intensa, desde hace tiempo se encontraba con mucha ansiedad, con pesadillas e insomnio, debido a los problemas que tiene tanto con su familia como con sus suegros. Su pareja está a la espera de varios juicios como consecuencia de las denuncias interpuestas por sus propios padres por hetero- agresividad hacia ellos y hacia objetos de la casa, lo que ha motivado una orden de alejamiento. En estos momentos la pareja de Rocío vive en una furgoneta, ya que no tiene ni el más mínimo ingreso económico. Los padres de Rocío se oponen radicalmente a la relación de pareja que mantiene su hija, lo que ha hecho que Rocío haya tomado partido por su novio y haya apostado por la relación de pareja más que por la relación familiar. A pesar de ello, en ocasiones la madre de Rocío les permite entrar en casa para que se duchen, laven la ropa, y recojan los “tupers” de comida que ella les suele preparar.

Al preguntársele por su historia del consumo de drogas, refiere que desde hace siete años consume cannabis casi a diario. Fuma unos 10 cigarrillos al día y esporádicamente consumen alcohol. También ha probado otras drogas como los “trippis”, éxtasis y drogas de diseño. Según señala, nunca le habían generado unas sensaciones tan extrañas y angustiantes

como el día de su primera crisis de angustia. Además, refiere que tiene un temor continuo e intenso a que se vuelva a repetir el episodio de angustia.

Por lo que respecta a los antecedentes familiares, sus dos progenitores están en tratamiento psiquiátrico por trastornos del estado de ánimo. En relación a los antecedentes personales, cabe decir que Rocío padeció un trastorno de conducta alimentaria (anorexia) en la adolescencia que, aunque se le dio el alta por remisión, en ocasiones se reactiva su distorsión de la imagen corporal y le hace modificar sus pautas de alimentación e incrementa de forma exagerada el ejercicio físico que hace.

En relación a su estado somático actual y su estilo de vida, manifiesta que su alimentación es inadecuada por lo que respecta al tipo de alimentos y al horario de comidas. Asimismo, refiere que tiene problemas de sueño (insomnio y pesadillas).

Cabe señalar, que, antes de la derivación a nuestro servicio de salud mental, su médico de atención primaria descartó toda la patología orgánica que pudiera ser origen de la sintomatología que manifiesta Rocío.

### **Técnicas de Evaluación.**

Al finalizar la primera entrevista se entregaron a Rocío los cuestionarios que a continuación se detallan para que los cumplimentara en su casa. No obstante, en la siguiente sesión se analizaron detenidamente y de forma cualitativa con ella.

**Entrevista semi-estructurada.** Esta entrevista comprende los siguientes aspectos de interés clínico: motivo de consulta, historia del problema, factores desencadenantes del episodio actual, datos familiares y genograma, antecedentes familiares y personales, estado somático actual y valoración del soporte familiar y social. Esta entrevista se suele realizar en la primera consulta o sesión.

**Escala de Pánico de Bandelow (*Panic and Agoraphobia Scale, PAS*)** (Bandelow, 1995). Esta escala se utiliza para evaluar la gravedad del trastorno de pánico con y sin agorafobia y su respuesta al tratamiento en el contexto clínico. Consta de 14 ítems que se agrupan en cinco dimensiones o subescalas:

- a. Ataques de pánico, con tres apartados que evalúan su frecuencia, severidad y duración.
- b. Agorafobia, con tres ítems que evalúan su frecuencia y el número e importancia de las situaciones evitadas.
- c. Ansiedad anticipatoria, con dos preguntas que evalúan su frecuencia e intensidad.
- d. Discapacidad, con tres apartados que evalúan la repercusión funcional del trastorno en los ámbitos familiar, social y laboral.
- e. Preocupaciones por la salud, con dos ítems que evalúan la percepción subjetiva del paciente sobre las posibles consecuencias que sobre su salud puede tener el trastorno, y sobre su posible origen psíquico o somático.

Los ítems se contestan en base a una escala tipo Likert de 5 puntos (de 0 a 4), reflejando, de esta forma, la intensidad de cada uno de los síntomas. La puntuación se obtiene de la suma de cada ítem y proporciona una puntuación de la gravedad total (suma de las puntuaciones de los 13 ítems; rango de puntuación entre 0-52 puntos) y puntuaciones separadas de cada una de las subescalas (rango de puntuación entre 0-12 y 0-8). Cabe decir que a mayor puntuación mayor es el grado de severidad sintomática.

**Cuestionario de depresión de Beck (BDI)** (Beck, 1961), adaptación española de Vázquez y Sanz, 1991. Consta de 21 apartados, en los que el sujeto debe seleccionar una frase por apartado en función de su grado de identificación. El rango de la puntuación obtenida se encuentra entre 0 y 63, y los puntos de corte que se proponen para graduar los distintos niveles de depresión son: a) no depresivo o normales, puntuaciones entre 0 y 9; b) depresión leve, puntuaciones entre 10 y 18; c) depresión moderada, puntuaciones entre 19 y 29; d) depresión grave, puntuaciones entre 30 y 63.

**Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)** (Hamilton, 1959). Escala hetero-administrada por un clínico en una entrevista. Consta de 14 ítems que se relacionan con las manifestaciones más características de la ansiedad. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del síntoma. El cuestionario proporciona tres puntuaciones que corresponden a la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14), a la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) y a la ansiedad total. Aunque no existen puntos de corte, se considera que puntuaciones totales por encima de 14 serían indicativas de ansiedad clínicamente significativa. Las categorías que se han propuesto para las escalas por separado son: a) no ansiedad, puntuaciones entre 0 y 5; b) ansiedad leve, puntuaciones entre 6 y 14; c) ansiedad moderada-grave, puntuaciones por encima de 15.

## **Análisis de los resultados y descripción de las conductas problema.**

### **Resultados de la Escala de Pánico de Bandelow (*Panic and Agoraphobia Scale*).**

Por lo que respecta a la sub escala de *ataques de pánico*, la puntuación de Rocío fue de 6. Analizando cualitativamente los resultados de dicha sub-escala, Rocío señala que solía tener una o dos crisis de angustia semanales, valoradas por ella como muy severas y que solían durar entre 30 y 60 minutos.

En relación a la sub escala de *agorafobia con conductas de evitación*, obtuvo una puntuación de 12, significando que, como consecuencia de las crisis de angustia, Rocío tendía a evitar un gran número de situaciones de su vida cotidiana, como, por ejemplo, autobuses, cines, reuniones sociales, sitios cerrados (pubs, discotecas, bares, etc.), aulas o salones de conferencias, supermercados y ascensores.

La puntuación en la sub escala de ansiedad en los períodos inter ataques fue de 6, lo que refleja que Rocío tenía con mucha frecuencia en mente el miedo ante la posibilidad de un nuevo ataque de pánico.

Por lo que respecta a la sub escala de *discapacidad*, la puntuación fue de 10, reflejando de este modo que las crisis de angustia que padecía Rocío le generaban muchas repercusiones en su vida social, en sus actividades de ocio y en sus responsabilidades académicas.

Por último, la puntuación que obtuvo en la sub escala de *preocupaciones por la salud* (puntuación de 5), reflejaban que Rocío, aun a sabiendas de que era una enfermedad psíquica o mental, tenía mucho miedo a las repercusiones fisiológicas que de ésta pudieran producirse.

### **Resultados del Cuestionario de depresión de Beck (BDI).**

La puntuación en este cuestionario fue de 24, lo que refleja un nivel de depresión moderada. Algunos de los items que merecen la pena destacar en función del trastorno que presentaba Rocío son: "siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán", "siento que estoy siendo castigado", "tengo que obligarme mucho por hacer algo" y "estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más".

### **Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS).**

La puntuación en la sub escala de ansiedad psíquica fue de 14, lo que refleja una ansiedad leve. La puntuación en la sub escala de ansiedad somática fue de 15, reflejando este modo una ansiedad somática moderada. Los síntomas que Rocío valoraba con una mayor gravedad eran: los temores, los síntomas cardiovasculares, los síntomas respiratorios, los síntomas gastrointestinales y los síntomas autónomos (boca seca, rubor, sudor, vértigos, etc.).

## **DIAGNÓSTICO.**

Sí bien es cierto que en función del motivo de consulta planteado por Rocío pudiera tratarse de un trastorno de ansiedad inducido por cannabis (F12.8), el análisis de los resultados de la evaluación, y el hecho de que existen situaciones estresantes independientemente de la angustia generada por la sustancia (relación familiar conflictiva y circunstancias vitales negativas como consecuencia de su relación de pareja), nos condujo al diagnóstico múltiple de: trastorno de pánico (F40.01), abuso de cannabis (F12.1), trastorno de conducta alimentario no especificado (F50.9) y problemas de relación paterno-filial (Z63.8)

## **TRATAMIENTO.**

### **Objetivos de la intervención.**

En función de los resultados de la evaluación descritos en el apartado anterior, se establecieron los siguientes objetivos de intervención.

1. Abandonar el consumo de cannabis.

2. Fomentar estilos de vida saludables: regular el patrón de sueño, alimentación saludable y ejercicio físico.
3. Disminuir las crisis de angustia.
4. Reducir en la medida de lo posible la ansiedad ante los problemas familiares.
5. Mejorar la relación interpersonal con su familia de origen.
6. Incrementar el estado de ánimo.
7. Aumentar su autoestima con el fin de que disminuyera el trastorno de conducta alimentaria.

En la práctica clínica diaria es bastante frecuente encontrarse con el hecho de que los objetivos de intervención propuestos por el terapeuta no son consensuados con el paciente. En nuestro caso particular, Rocío estuvo de acuerdo con los objetivos de abandonar el consumo de cannabis, disminuir las crisis de angustia, fomentar estilos de vida saludables, mejorar el estado de ánimo e incrementar la autoestima. No obstante, aún a sabiendas de su estrecha relación con la ansiedad, no compartía el objetivo de mejorar la relación interpersonal con su familia de origen, ya que consideraba que la situación era irreversible y ella no estaba dispuesta a hacer ningún esfuerzo.

Los distintos objetivos se fueron analizando, discutiendo y consensuando con Rocío, de tal forma que nos permitió seleccionar y planificar las técnicas de tratamiento que se iban a utilizar, la secuencia de su implantación y los posibles inconvenientes que pudieran presentarse en su puesta en práctica.

### **Aplicación del tratamiento en función de los objetivos.**

El tratamiento diseñado para conseguir los objetivos consensuados con Rocío se desarrolló a lo largo de 13 sesiones. Las tres primeras se destinaron a la recogida de información y al planteamiento de los objetivos de intervención.

- *Abandonar el consumo de cannabis.*

La primera fase de la intervención, que se desarrolló en la sesión nº 4, fue una fase psico-educativa cuyo principal objetivo fue el de informar a la paciente acerca de las características de las crisis de angustia y sus manifestaciones, los mecanismos de adquisición y mantenimiento de las conductas evitativas y de la importancia de la hiper-vigilancia en el mantenimiento y empeoramiento de las crisis. Asimismo, y debido a que la primera crisis se relacionó con el consumo de cannabis, se dedicó una parte de la sesión a informar a Rocío acerca de la relación que existe entre el consumo de cannabis y las crisis de angustia. Se le proporcionó información acerca de los síntomas más característicos de una intoxicación por cannabis que, aunque es variable y depende, entre otros factores, de las dosis y del contenido de tetrahidrocannabinol (THC), de la personalidad previa, de las expectativas y del contexto en el que se consume, suele manifestarse con el siguiente patrón sintomático: una primera *fase de euforia* caracterizada por bienestar físico y psíquico pasajero, dilatación de las pupilas,

congestión conjuntiva, náuseas, vómitos y taquicardia. A continuación, puede presentarse una *fase confusional* caracterizada por desorientación, alucinaciones visuales y auditivas, alteración de la percepción del espacio y del tiempo, alteración de la memoria inmediata y capacidad de juicio alterada, sedación y somnolencia. Por último, pueden aparecer *reacciones de ansiedad y pánico*, ideas paranoides, sensación de despersonalización, confusión, inquietud y excitación. Habitualmente, estos cuadros agudos desaparecen espontáneamente a las pocas horas o días, a medida que el THC se elimina del organismo (Horcajadas, 2007).

Utilizando la técnica de toma de decisiones (y enfatizando el inconveniente de la sensación de despersonalización que tanto le asustaba) se instó a Rocío a que dejara el consumo y se mantuviera abstemia. Asimismo, se le propuso el siguiente “Experimento conductual”: “...vamos a mantenernos 15 días sin consumir ninguna droga y veremos si la sensación de despersonalización (que tanto te asusta) empieza a disminuir...”.

Asimismo, se aprovechó esta cuarta sesión para informar a Rocío de lo importante de mantener un estilo de vida saludable para disminuir la ansiedad y para mantenerse abstemia. Las estrategias específicas para cubrir con este objetivo se desarrollaron en la siguiente sesión.

- *Fomentar un estilo de vida saludable.*

El objetivo de las dos siguientes sesiones (quinta y sexta) fue el de intentar ordenar un poco la vida de Rocío estableciendo rutinas más saludables. No obstante, nos encontrábamos con una dificultad, bastante difícil de sortear, que era el hecho de que los fines de semana Rocío los pasaba con su novio viviendo en una furgoneta. En estas condiciones, resulta muy difícil poder establecer cualquier rutina. Por este motivo, se decidió que los cambios se produjesen de lunes a viernes cuando se encontraba en Granada en la facultad.

En la quinta sesión se procedió a enseñar a Rocío la relajación muscular progresiva con 10 grupos musculares. Indudablemente, esta estrategia pretendía disminuir el nivel de activación fisiológica de Rocío y, además, perseguía el que luego fuera utilizada como una estrategia para inducir al sueño. Para facilitar el aprendizaje y la puesta en práctica de esta estrategia por parte de Rocío en casa, se le facilitó un CD de relajación para que le sirviera de guía (Díaz-Sibaja, 2009). Asimismo, en esta misma sesión se trabajó acerca de la higiene del sueño. Para ello, se proporcionó a Rocío la hoja informativa "Sugerencias para dormir bien" sacada del libro "El ansia... de no estar ansioso" (Díaz-Sibaja y Comeche, 2011) y que se puede ver a continuación (Tabla 1).



Hoja Informativa 5.2.	<b>Sugerencias para dormir bien</b>
--------------------------	-------------------------------------

1. Seguir un horario regular. Acostarse y levantarse siempre a la misma hora, incluso los fines de semana.
2. Hacer un poco de ejercicio cada día. A ser posible a primera hora del día o a primera hora de la tarde.
3. No comer ni beber nada que contenga cafeína después del mediodía (café, coca-cola, chocolate, té, etc.).
4. Realizar una actividad que resulte relajante para antes de acostarse. Evitar el trabajo o actividades que resulten estresantes. Hacer cosas que puedan relajar, como, por ejemplo: tomar un baño caliente, leer, mirar la televisión, escuchar música.
5. Comer o beber algo antes de acostarse. Ciertos tipos de alimentos ayudan a dormirse, entre los que se incluyen la leche y los hidratos de carbono, como los dulces, el pan, la pasta, etc.
6. No beber alcohol. Puede ayudar a dormir, pero no a mantener el sueño.
7. Irse a la cama solamente para dormir. Usar la cama para trabajar, estudiar, leer, ver la televisión, hablar por teléfono, etc. distrae la asociación entre acostarse y dormirse.
8. No echarse la siesta, aunque estés muy cansado y no hayas dormido bien la noche anterior.
9. Si en 20 minutos no te has podido quedar dormido, levántate de la cama y vete a otra habitación de la casa. Estarás en esa habitación, haciendo una actividad aburrida, durante el mismo tiempo que has estado intentándote dormir.
10. Dormir en la oscuridad.
11. Dormir en silencio. Si duermes con alguien que ronca, cómprate unos tapones.
12. No te preocupes por el hecho de no poderte dormir. Cuanto más te preocupes de lo cansado que estarás al día siguiente, más difícil te será dormirte. Piensa que los humanos podemos funcionar bastante bien con muy pocas horas de sueño. Lo importante es descansar. Haz una relajación y disfruta de las sensaciones de tu organismo.
13. Hacer relajación muscular progresiva.
14. Pensar en cosas distintas cada 5 ó 10 segundos. Por ejemplo: voy a pintar la casa, España ganó a Lituania el partido de fútbol, ayer me gustó la serie de la televisión, mañana haré de comida..., etc. Llega un momento en el que no vienen más pensamientos a la cabeza y nos quedamos dormidos. No obstante, tenemos que pensar en temas que no tengan nada que ver unos con los otros y en cada nuevo tema repasar (en el mismo orden) cada uno de los temas pensados anteriormente.

**Tabla 1:** Hoja informativa "Sugerencias para dormir bien" sacada del libro "El ansia... de no estar ansioso" (Díaz-Sibaja y Comeche, 2011)



En la sexta sesión se entrenó a Rocío en “Relajación muscular progresiva II” (relajación con tensión leve) (Díaz-Sibaja, 2009) y se procedió a informarla acerca de lo importante de mantener una alimentación saludable y de hacer ejercicio físico. A modo de resumen, se trabajaron con las siguientes ideas principales:

- Alimentación saludable: el objetivo de este módulo era informar a Rocío acerca de los alimentos que pueden resultar útiles para disminuir la ansiedad. Algunos de los nutrientes ansiolíticos que han sido investigados son: las vitaminas del grupo B, los minerales magnesio y calcio, los aminoácidos triptófano y fenilalanina, el ajo y los ácidos grasos Omega-3. A continuación se señalan los seis grupos de alimentos que, a modo de resumen, nos posibilitarían tener estos nutrientes en unos niveles óptimos.
  - Dos piezas de fruta al día.
  - Un plato principal de verduras al día.
  - Legumbres dos veces en semana.
  - Eliminar el consumo de alimentos estimulantes (café, Coca-Cola, té, chocolate, Redbull, etc.).
  - Dos vasos de leche al día o tomar derivados ricos en calcio (por ejemplo, queso curado).
  - Beber aproximadamente 2 l. de agua al día.
- Ejercicio físico: el ejercicio recomendado fue el ejercicio físico aeróbico. Las peculiaridades de este ejercicio son:
  - Un tiempo mínimo de entre 30-45 minutos.
  - A una tasa cardíaca de entre 110 y 140 pulsaciones por minuto (tasa cardíaca diana).
  - Con una frecuencia de 3 ó 4 días semanales.
  - Ejemplos de este tipo de ejercicio son: correr, natación, bicicleta, aeróbico, máquinas de cardio de los gimnasios (bicicleta estática, elíptica, remos, cinta, etc.).

- *Disminuir las crisis de angustia.*

En la séptima sesión se continuó con el entrenamiento en “Relajación muscular progresiva III” (relajación con tensión única) (Díaz-Sibaja, 2009). Asimismo, con el objetivo de disminuir las crisis de angustia, se comenzó con las técnicas de exposición interoceptiva (1ª parte), que consiste en exponerse gradualmente a las propias sensaciones corporales o reacciones fisiológicas propias de las crisis de angustia con el objetivo de que el miedo a dichos estímulos disminuya de manera significativa o desaparezca. Para la realización de la exposición interoceptiva se propusieron una serie de ejercicios cuyo objetivo fue provocar o simular las sensaciones corporales temidas (taquicardia, relacionadas con la respiración, mareo, irrealidad). A continuación se presentan algunos ejemplos sacados del libro "Controla el pánico antes de que el pánico te controle a ti" (Díaz-Sibaja y Comeche, 2010).

- **Taquicardia:**
  - Subir y bajar escaleras: 5 pisos.
  - Saltar de cuclillas: 10 ó 15 ocasiones.
  
- **Respiración:**
  - Contener la respiración: 45-60 segundos.
  - Respirar con una pajita: 2 minutos.
  - Respirar despacio: durante 1 minuto.
  - Hiperventilar: 1 minuto.
  
- **Mareo:**
  - Mover la cabeza de un lado a otro parpadeando: 30 segundos.
  - Levantar la cabeza bruscamente después de 30 segundos.
  - Girar sobre uno mismo.
  
- **Tensión:**
  - Tensar todo el cuerpo: 1 minuto.
  - Coger silla con brazo estirado: 30-60 segundos.
  
- **Irrealidad:**
  - Mantener fija la mirada: 2 minutos.
  - Parpadear rápidamente, mover la cabeza despacio y focalizar la vista en distintos objetos.

En la octava sesión se terminó con el entrenamiento en “Relajación muscular progresiva, fase IV” (relajación mediante evocación) (Díaz-Sibaja, 2009) y se continuó con la realización de ejercicios de exposición interoceptiva (2ª parte). No obstante, con el objetivo de generalizar las exposiciones interoceptivas a los ambientes naturales de Rocío, se hizo un listado de actividades cotidianas que pudieran favorecer la aparición de sensaciones corporales temidas. Algunas de estas actividades fueron:

- Excitarse emocionalmente: películas de miedo, hablar en público o conversar sobre temas que pueden causar vergüenza, presenciar acontecimientos deportivos, discutir con alguien conflictivo, etc.
  
- Permanecer en ambientes muy calurosos o muy fríos, mal ventilados o con vapor: ducharse con agua muy caliente, sauna o baño turco, calefacción o la bomba de calor al máximo, entrar en un bar con mucha ropa y no quitársela, etc.

En la novena y décima sesiones, utilizando el procedimiento de reestructuración cognitiva, se enseñó a Rocío a registrar, analizar, discutir y cambiar aquellos pensamientos negativos e interpretaciones catastrofistas que generaban la aparición de los síntomas propios del pánico. A continuación puede verse un ejemplo de discusión de un pensamiento negativo (Tabla 2).

<p><b>. Anota el pensamiento que vas a discutir.</b></p> <p>• “Voy a perder el control en el cine y daré el espectáculo”</p>
<p><b>2. ¿Cuánto te lo crees? (0-100).</b></p> <p>•80%</p>
<p><b>3. Busca en el apartado de “palabras clave” las palabras o tipo de expresiones que coinciden con el pensamiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El pensamiento, tal y como está expresado:</li> <li>• ¿Refleja una actitud negativa, descalificando lo positivo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• ¿Dramatiza una situación? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>• ¿Se refiere a lo que otra persona piensa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• ¿Se refiere al futuro? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>• ¿Refleja la actitud de compararse con los demás? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• ¿Se refiere a cómo es una persona o el mundo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• ¿Refleja la actitud de culpabilizarse de todo lo malo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• ¿Se refiere a un deber u obligación? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
<p><b>4. Localiza el tipo de gafas utilizadas.</b></p> <p>•Gafas de la exageración, Gafas de adivinar el futuro</p>
<p><b>5. Selecciona las preguntas de discusión que corresponden a las gafas utilizadas.</b></p>
<p><b>6. ¿Qué gafas nuevas vas a ponerte?</b></p> <p>•Gafas de la justa medida, Gafas de la duda</p>
<p><b>7. Anota el pensamiento alternativo.</b></p> <p>•No sé si voy a perder el control o no. El que me dé una crisis de angustia no significa que pierda el control. Por muy grande que sea la crisis no significa dar el espectáculo. Significa simplemente que lo pasaré mal durante un rato y después todo volverá a la normalidad.</p>
<p><b>8. ¿Cuánto te crees ahora el pensamiento? (0-100).</b></p> <p>•55%</p>

**Tabla 2:** Ejemplo de discusión de un pensamiento negativo

En la undécima sesión se elaboró junto con Rocío la jerarquía de exposición a las distintas situaciones que temía y solía evitar. Como vimos en el apartado de evaluación, Rocío tendía a evitar un gran número de situaciones de su vida cotidiana, como, por ejemplo, autobuses, cines, reuniones sociales, sitios cerrados (pubs, discotecas, bares, etc.), aulas o salones de conferencias, supermercados y ascensores.

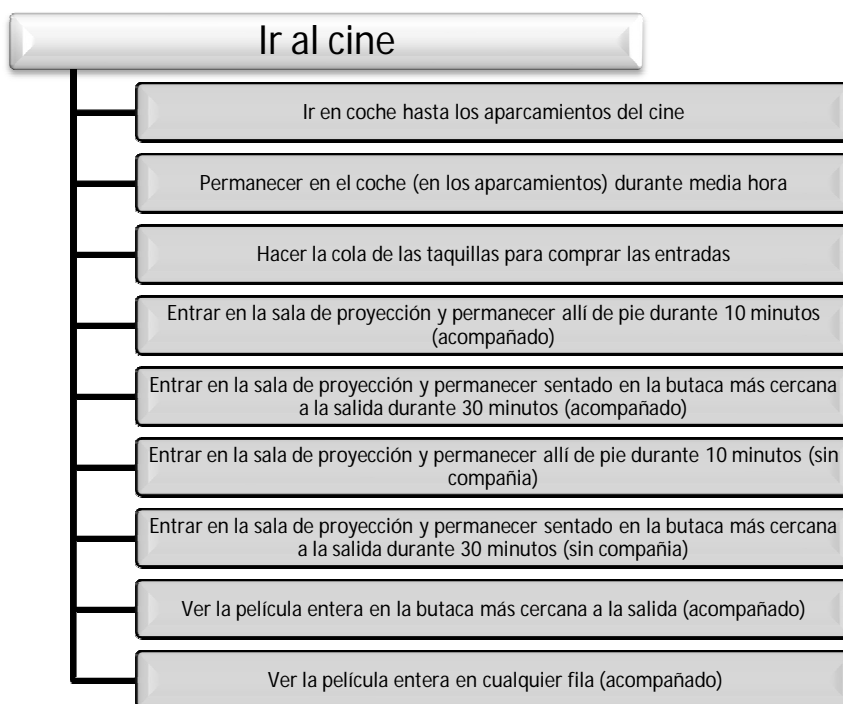
Utilizando como guía la ficha “Jerarquía de exposición a situaciones temidas” del cuaderno de trabajo “Controla el pánico antes de que el pánico te controle a ti” (Díaz-Sibaja y Comeche, 2010), esta fue la jerarquía de situaciones que se estableció Rocío:

Nº Order	Situaciones Temidas
1	Acudir a clase
2	Ira al cine
3	Comprar en un supermercado
4	Montar en ascensor
5	Ir a un pub o discoteca
6	Viaje largo en autobus
7	
8	
9	
10	

Su miedo a las reuniones sociales (al ser una situación implícita en el resto de las situaciones temidas) fue superándose a medida que iba exponiéndose a los distintos temores de la jerarquía.

Una vez establecido el orden de las situaciones temidas, lo que hizo fue graduar cada una de las situaciones en función de la presencia o ausencia de compañía, la distancia y duración de la exposición, la dificultad de huir y los

mecanismos de seguridad (p.e. teléfono móvil, ansiolíticos, amuleto, etc.). A continuación puede apreciarse cómo hizo Rocío la graduación de la situación de ir al cine (Tabla 3). No obstante, cabe decir que, gracias a la mejoría que Rocío fue manifestando y a la seguridad que fue adquiriendo en el transcurso del tratamiento, la exposición al cine le resultó muy fácil y se expuso sin hacer la graduación (lo que le generó mucha más confianza).



**Tabla 3:** Graduación de la situación de ir al cine

En la duodécima sesión, momento en el que se iba a comenzar el abordaje de los objetivos de mejora del estado de ánimo y el de incremento de la autoestima con el fin de

prevenir el trastorno de conducta alimentaria, Rocío nos planteó que se encontraba muy bien, que se estaba exponiendo a multitud de situaciones que antes le causaban miedo evitativo y que ahora las afrontaba con normalidad, que formaba parte de un grupo de trabajo de la facultad en el que había encontrado amigos con los que compartir también actividades lúdicas, que tenía bien establecidas las rutinas de alimentación, sueño, ejercicio físico y hasta se había estructurado un horario de estudio. En función de la mejoría que manifestaba, se acordó abordar en esta sesión la prevención de recaídas y se programó una sesión de seguimiento a los 3 meses para monitorizar si la mejoría se mantenía o para valorar el cómo había afrontado alguna recaída si ésta llegaba a producirse. Durante la sesión se insistió en la utilización de forma sistemática y como un hábito más de su vida cotidiana las habilidades que había adquirido y practicado durante el programa.

En la última sesión, la sesión de seguimiento, Rocío refirió que mantenía la mejoría que se había producido en la última sesión programada. Seguía con una vida estructurada y con hábitos saludables, con sus relaciones sociales gratificantes, sin consumir cannabis (lo que le generaba, utilizando sus propias palabras, "cada vez más seguridad y orgullo por haber conseguido controlar este hábito tan pernicioso que tantos problemas le había generado"), alimentándose de forma adecuada y con una adecuada autoestima. Por lo que respecta a las crisis de angustia, no había vuelto a tener ninguna. No obstante, en los períodos de exámenes, donde su nivel de activación fisiológica era algo más alto, había sentido ciertos conatos que pudo controlar con las estrategias de afrontamiento que aprendió en el transcurso del programa de intervención. Según Rocío, lo que más valoraba era que había aprendido a quitar importancia a los síntomas de ansiedad, es decir, había comprendido que eran unos síntomas muy molestos pero no eran "catastróficos". En relación a la problemática familiar, también se había apreciado una ligera mejoría, que Rocío relacionaba con el hecho de que ella misma se estaba planteando continuar o no con su relación de pareja. Nos contaba que valoraba muy positivamente su vida en Granada, donde tenía un grupo de amigos, estudiaba lo que le gustaba y tenía una serie de ilusiones con respecto al futuro que no estaban siendo compartidas por su pareja.

## **RESULTADOS.**

Como se ha descrito más arriba, en la sesión 12 se dio por concluida la intervención terapéutica con Rocío. A través del relato de Rocío se pudo constatar, de forma cualitativa, una importante mejoría clínica, que reflejaba la consecución de la mayoría de los objetivos de tratamiento propuestos.

Desde un punto de vista cuantitativo, en la siguiente tabla se señalan los cambios producidos en las distintas variables en relación al antes y el después del tratamiento. Como se puede apreciar, después de la intervención se aprecia una mejoría clínicamente significativa, obteniendo unos resultados cuantitativos que se encuentran dentro de la normalidad tanto en ansiedad como en depresión.

<b>Instrumento de Medida</b>	<b>Antes de la Intervención</b>	<b>Después de la Intervención</b>
<b>PAS</b>	39	2
Ataques de pánico.	6	0
Agorafobia, conductas de evitación	12	1
Ansiedad en los Períodos inter ataques	6	1
Discapacidad	10	0
Preocupaciones por la salud.	5	0
<b>BDI</b>	24	4
<b>HARS Total</b>	29	2
Ansiedad psíquica	14	2
Ansiedad somática	15	0

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los resultados de este caso vienen a confirmar la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de los trastornos de pánico, como también se desprende de la revisión realizada por Botella en el año 2001, en el que se concluye que los tratamientos de primera elección y bien establecidos para el trastorno de pánico son “el programa de tratamiento de control de pánico” (Barlow y Craske, 1994) y “el programa de terapia cognitiva para el trastorno del pánico” (Salkoskis y Clark, 1991). Estos programas comparten el objetivo principal de favorecer el afrontamiento de las crisis de angustia y el de perder el miedo a la reacción fisiológica del organismo en esas circunstancias, compartiendo algunas estrategias como la Psicoeducación, la reestructuración cognitiva y las técnicas de exposición.

La peculiaridad del caso que presentamos es que el origen del trastorno de pánico que presentaba Rocío estaba estrechamente relacionado con el consumo de cannabis. Muchos estudios relacionan el consumo de cannabis con los trastornos de ansiedad y en concreto con el trastorno de pánico (Wittchen y cols., 2007; Zuardi y cols., 2009). Asimismo, se considera que el consumo de cannabis puede exacerbar la sintomatología en pacientes que sufren crisis de pánico o, incluso, ser el desencadenante de la primera crisis de angustia en personas que son vulnerables (Wittchen y cols., 2007). En este sentido, el primer objetivo de la intervención de los trastornos de pánico será el de evaluar si las crisis de angustia están relacionadas con el

consumo de tóxicos y proporcionar información al paciente a fin de conseguir la abstinencia total.

Otro aspecto relevante del presente caso, que quedó reflejado en nuestro segundo objetivo, fue el de priorizar dentro de la propuesta de intervención la disminución del nivel de activación basal que Rocío tenía como consecuencia de sus circunstancias vitales y de lo desordenada que era su vida. Esta ansiedad que sentía aumentaban las probabilidades de que las crisis de angustia fuesen recurrentes, aun en ausencia del consumo de cannabis. Por este motivo, se decidió incluir en el programa de tratamiento elaborado un módulo de estilo de vida saludable, donde se trabajaban de forma pormenorizada el ejercicio físico, la alimentación y el sueño.

Si bien es cierto que uno de los objetivos de intervención que nos marcamos fue el de mejorar las relaciones interpersonales con la familia de origen (técnicas de solución de problemas interpersonales y pautas de comunicación), en este caso se constata una vez más lo importante de clarificar y consensuar con los pacientes los objetivos de terapia con el fin de fomentar la adherencia al tratamiento.

Rocío se mostró en todo momento colaboradora y muy motivada con el proceso terapéutico. Desde el primer momento decidió dejar el consumo de cannabis y se mantuvo abstinencia durante el tratamiento y el seguimiento. Uno de los aspectos que señalaba Rocío, que coincide con lo descrito en la literatura (Szuster y cols, 1988), es que la información acerca de la relación entre el cannabis y la angustia y la percepción de que los síntomas de angustia disminuían al no consumir, es lo que alimentaba su decisión de abandonar el consumo de la droga.

Por último, Rocío consideró muy útil la sesión psicoeducativa, ya que, según sus propias palabras, le permitió entender cómo influían las interpretaciones catastrofistas y la hiper-vigilancia en las crisis de angustia. En este mismo sentido, la información acerca de su trastorno también le permitió comprender el por qué de las técnicas terapéuticas, por lo que mejoró su adherencia y puesta en práctica.



## REFERENCIAS.

- 75 Arias Horcajadas, F. (2007). Una revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones*, 19(2):191-203.
- Bandelow, B. (1995) . The assessment of efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. The Panic and Agoraphobia Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 10: 73-82.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:561-571.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3): 465-478.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4):461-470.
- Díaz Sibaja, M.A. y Comeche, M.I. (2011). *Tratamiento Psicológico en Grupo de la Ansiedad “El ansia de... no estar ansioso” 2ª Edición Revisada*. Madrid: Publicaciones [www.psicologiadelasalud.es](http://www.psicologiadelasalud.es)
- Díaz-Sibaja, M.A. y Comeche, M.I. (2009). *Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva*. Madrid: Publicaciones [www.psicologiadelasalud.es](http://www.psicologiadelasalud.es)
- Díaz-Sibaja, M.A. y Comeche, M.I. *Tratamiento psicológico en grupo de pánico. Controla el pánico antes que el pánico te controle a ti*. Madrid: Publicaciones [www.psicologiadelasalud.es](http://www.psicologiadelasalud.es)
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32: 50-55.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clinica*, 118:493-9.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica.
- 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.
- Zuardi, A.W., Martin-Santos, R., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., McGuire, P. y Fusar-Poli, P. (2009). Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Human Psychopharmacology*, 24(7): 515-23.