

## **TRASTORNO DE ANSIEDAD PROVOCADO POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

M<sup>a</sup> Jesús Irurtia<sup>1</sup>, Vicente E. Caballo<sup>2</sup> y Anastasio Ovejero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Valladolid; <sup>2</sup>Universidad de Granada (España)

### **Resumen**

La relación entre la ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas se plantea como bidireccional: por un lado, el consumo continuado de una sustancia puede conducir a experimentar síntomas e incluso problemas de ansiedad. Por otro, algunos trastornos de ansiedad pueden cursar con un mayor consumo de ciertas drogas. La existencia de muchas y diferentes formas de consumir sustancias psicoactivas obliga a tener presentes las variables psicosociales que afectan al individuo que decide consumir este tipo de sustancias, así como las motivaciones que le llevan a este consumo. Pueden consumirse sustancias psicoactivas como mero rito de paso, búsqueda de placer, como un intento de huir de la soledad, con un afán de búsqueda de nuevas experiencias, de búsqueda de identidad, por motivos terapéuticos o por otras múltiples motivaciones. En cualquiera de los casos, la relación con el entorno social parece desempeñar un papel crucial en la relación entre la ansiedad y las adicciones a sustancias psicoactivas. Parece lógico que disponer de muchos recursos sociales puede protegernos de la ansiedad y del consumo de drogas. Sin embargo, algunos cambios sociales recientes, especialmente los asociados con la tecnología, puede producir incertidumbre en algunos individuos. Esta incertidumbre, asociada a la falta de habilidades sociales, puede llevar a algunas personas al consumo de drogas. A partir de este enfoque y del análisis de los últimos trabajos innovadores, se abordan los aspectos de evaluación y tratamientos psicológicos en los trastornos de ansiedad provocados por sustancias, buscando una intervención proactiva desde el punto de vista psicosocial y educativo, en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

**PALABRAS CLAVE:** *trastorno de ansiedad, sustancias psicoactivas, tratamientos psicológicos.*

### Abstract

The relationship between anxiety and drug use is bidirectional: on the one hand, the continued use of a psychoactive substance can produce anxiety symptoms; on the other hand, some anxiety disorders may worsen if the person consumes drugs. There are many different ways of consuming psychoactive substances; therefore it is necessary to bear in mind the psychosocial variables that affect the person who decides to consume psychoactive substances, as well as the motivations that led him to this behavior. There are many reasons for drug use: being accepted by the group, seeking pleasure, escaping from loneliness, seeking new experiences, finding their own identity, therapeutic use, etc. In all cases, the relationship with the social environment is an important factor in explaining the relationship between anxiety and psychoactive substances addiction. It seems logical that having many social resources can protect us from anxiety and drug use. However, some recent social changes, especially those related to technology, can create uncertainty in some people. This uncertainty, associated with low social skills, can lead some people to drug use. From this approach and the results of the latest research, this article deals on the assessment and psychological treatments in anxiety disorders induced by psychoactive substances, looking for a proactive intervention, in terms of psychosocial and educational advancement in prevention of drug use.

KEY WORDS: *anxiety disorder, psychoactive substances, psychological treatments.*

### Introducción

El estudio de la relación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos adictivos es complejo. Nos encontramos ante una dificultad similar a la que presenta el estudio de cualquier patología dual. Esto hace necesaria una diferenciación entre los diversos síntomas de ansiedad, que pueden aparecer en el curso de la dependencia, y el trastorno de ansiedad en sí mismo.

El trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas se caracteriza por síntomas relevantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico (American Psychiatric Association [APA], 2000). Dependiendo de la naturaleza de la sustancia, puede incluir crisis de ansiedad, fobias, obsesiones y/o compulsiones, tanto durante la intoxicación como en los períodos de abstinencia. Los síntomas han de persistir tras un mes del período agudo de abstinencia o intoxicación para diagnosticar este trastorno, o bien han de ser claramente excesivos en función al tipo y la cantidad de sustancia ingerida. La sintomatología ansiosa producida por la abstinencia o la intoxicación de las sustancias suele ser transitoria y remite después de ser metabolizadas, reestableciéndose el equilibrio fisiológico del organismo.

Los tipos de sustancia para las que se han definido trastornos provocados por ellas son el alcohol, los alucinógenos, las anfetaminas y derivados, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes y otros. En el caso de la abstinencia, las sustancias que pueden desarrollar un cuadro similar son alcohol, opiáceos, nicotina, cocaína, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Se incluyen también las sustancias volátiles como gasolina, pinturas, insecticidas, pegamento, etc.

La relación existente entre la ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas se presenta de dos modos: por un lado, el uso continuado de una sustancia puede conducir a experimentar síntomas e incluso problemas de ansiedad y, por otro lado, algunos trastornos de ansiedad pueden cursar con un mayor consumo de ciertas drogas, como, por ejemplo, el alcohol, el tabaco o los fármacos ansiolíticos o hipnóticos. En general, el consumo continuado de una sustancia psicoactiva puede conducir a la aparición de algunos síntomas asociados a la ansiedad, como malestar, irritabilidad o taquicardia (Becoña, 2005; Roncero y Casas, 2004).

La prevalencia de ambos trastornos comórbidos cambia según los diferentes estudios, porque las cifras varían ante las dificultades diagnósticas y metodológicas (Ochoa, 2006). Los diagnósticos frecuentemente se ven condicionados por una superposición o modificación de síntomas y las dificultades metodológicas las encontramos ante los diferentes criterios de selección de la muestra, diseño del estudio, situación de consumo en el momento de la evaluación, así como ante los propios criterios diagnósticos empleados.

### **Características principales**

La característica esencial del trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas (TAS) es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad, similares a las que presentan los trastornos de ansiedad primarios, entre los que podemos contar las crisis de ansiedad, las obsesiones y compulsiones, la ansiedad prominente, la ansiedad generalizada, la fobia social y otros tipos de fobia. Sin embargo, la presentación clínica del TAS imita otras formas de trastorno de ansiedad, ya que no es necesario que dicha forma cumpla todos los criterios diagnósticos correspondientes a las formas originales.

En cuanto a sus características predominantes y según el DSM IV-TR (APA, 2000), el TAS toma cuatro formas primordiales, que corresponden en sus síntomas a las descripciones de los síndromes primarios a los que se refieren por nombre: Trastorno de ansiedad provocado por sustancias con ansiedad generalizada, con crisis de ansiedad, con síntomas obsesivo-compulsivos y con síntomas fóbicos.

Existen sustancias que, bien por intoxicación o bien por abstinencia, aumentan la probabilidad de aparición del trastorno de ansiedad. Entre estas sustancias se cuentan, en el caso de la intoxicación, el alcohol, las anfetaminas, los alucinógenos, la cafeína, el cannabis, la cocaína, el PCP (feniclidina), y los inhalantes en general. En el caso de la abstinencia, algunas de las sustancias con más opciones a provocar TAS son el alcohol, la cocaína, los sedantes, los ansiolíticos, los hipnóticos y los opiáceos.

### *Diagnóstico diferencial*

Presentar un trastorno mental provocado por sustancias psicoactivas no implica que sea necesario que exista abuso y/o dependencia de dichas sustancias, si bien algunos de los trastornos provocados se encuentran relacionados con procesos típi-

cos de la adicción y el abuso, como por ejemplo la intoxicación aguda y el síndrome de abstinencia. Los diagnósticos se clasifican como: dependencia, abuso, intoxicación y abstinencia de sustancias (Barlow y Durand, 2001).

Los síntomas de ansiedad no se han de poder explicar mejor por la presencia de un trastorno mental primario (como podría ser el caso de la comorbilidad entre un trastorno de ansiedad no provocado por drogas y un trastorno de adicción a sustancias). En muchas ocasiones es muy difícil establecer la diferencia entre un trastorno de ansiedad provocado por sustancias y una situación de comorbilidad entre adicción y trastorno de ansiedad primario, especialmente cuando no se tiene acceso a una historia detallada del sujeto (Schuckit, 1993), hecho éste que se da con frecuencia en la población adolescente.

Por otra parte, hay que poner especial cuidado en no confundir el trastorno de ansiedad provocado por sustancias con los efectos del síndrome de abstinencia: los síntomas de ansiedad del TAS son excesivos en comparación a los que se presentan durante la abstinencia. El ejemplo más claro puede ser la necesidad irresistible, el ansia (*craving*) de volver a tomar la sustancia que caracteriza a la abstinencia. La ansiedad que el sujeto puede demostrar durante el proceso de abstinencia no ha de ser confundida con el TAS, ya que los síntomas de ansiedad del TAS son más característicos e intensos que los que se producen durante la abstinencia (López y Becoña, 2006). Es común que durante la abstinencia aparezcan síntomas opuestos a aquellos que se producían durante el consumo de la sustancia, hecho que puede ayudar al diagnóstico correcto del TAS. Sin embargo, estos sucesos no eliminan la posibilidad de que el TAS se inicie durante el periodo de abstinencia, del mismo modo que puede comenzar durante la intoxicación. En cualquier caso, es esencial determinar si los síntomas de ansiedad detectados se deben al mismo proceso de abstinencia o bien pertenecen a un trastorno provocado por la sustancia, en cuyo caso los síntomas del TAS convivirían con los de la abstinencia.

El diagnóstico diferencial del TAS respecto de la intoxicación y la abstinencia debe realizarse cuando los síntomas de ansiedad presentes sean de tal magnitud que no puedan ser explicados por la intoxicación, por la abstinencia, ni por un trastorno de ansiedad primario previamente existente. Otro criterio de apoyo para el diagnóstico diferencial es la valoración de los síntomas de ansiedad suficientemente graves como para merecer atención clínica independiente de los síntomas de la intoxicación o de la abstinencia. Por otra parte, para el correcto diagnóstico del TAS no se han de tomar en cuenta los síntomas de ansiedad presentes durante un *delirium*, considerándose entonces los síntomas de ansiedad propios de dicha patología y no pudiendo convivir ambos diagnósticos.

Es posible también la aparición de otro tipo de síntomas (por ejemplo, psicóticos) junto a los de ansiedad. En tal caso, y ante la sospecha de la presencia de otro trastorno provocado por sustancias, se ha de diagnosticar aquel cuyos síntomas sean más relevantes o predominantes. Por último, es necesario, especialmente en el caso de pacientes sometidos a tratamientos con fármacos susceptibles de generar estados de ansiedad, distinguir claramente entre el efecto secundario esperable de los fármacos, el trastorno de ansiedad provocado por los fármacos

y un posible trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, caso éste en el que los síntomas de ansiedad no estén provocados por la sustancia (Hollander y Klein, 1991).

### **Prevalencia de trastornos de ansiedad en dependientes de sustancias psicoactivas**

Diversos estudios (p.ej., Becoña, 2005; Gentil, 2003; Moral y Ovejero, 2004; Schuckit, 1992), señalan un incremento de la prevalencia del consumo de sustancias tanto depresoras como estimulantes en pacientes con diversos trastornos, incluidos los de ansiedad. Los trastornos de ansiedad, considerados globalmente, según los estudios de la Sociedad Española de Toxicomanías, 2006, refieren una prevalencia de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas del 24%. Esta asociación de consumo de sustancias y trastornos de ansiedad es mayor con las drogas ilegales (prevalencia del 12%) que con el alcohol (prevalencia del 18%). Así mismo, los trastornos comórbidos más frecuentes que se describen en los alcohólicos son los trastornos de ansiedad, con un 19%, y entre los adictos a drogas ilegales, con un 28%. Si no se diferencian las sustancias consumidas, los sujetos dependientes presentan cifras muy elevadas de trastornos de ansiedad (cerca del 40%) principalmente fobias, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivos (Ochoa, 2006).

Si diferenciamos las sustancias psicoactivas encontramos datos desiguales. Así, podemos observar que en los trastornos de ansiedad de los dependientes del alcohol destacan la agorafobia, en primer lugar, seguida por el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social. Estos trastornos se dan con más frecuencia en las mujeres alcohólicas que en los varones dependientes del alcohol y se observa que en las mujeres anteceden al abuso de alcohol, mientras que en los varones es más frecuente que la dependencia sea previa al trastorno de ansiedad (Pollard, Detrick, Flynn y Frank, 1990).

La cocaína, al igual que el MDMA, se asocia con trastornos de ansiedad (Becoña, 2005) y, principalmente, con ataques de pánico. En el caso del cannabis, se aprecia un incremento de los trastornos de ansiedad en la población que lo consume, asociado principalmente con el inicio de los episodios (Becoña, 2005; Dannon, Lowengrub, Amiaz, Grunhaus y Kotler, 2004). En cuanto a los dependientes de opiáceos, son frecuentes los trastornos de ansiedad fóbica, en especial agorafobia y fobia social (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006), aunque algunos estudios han encontrado elevadas prevalencias del trastorno de pánico (Ochoa, 2006). Así mismo, encontramos que las personas que padecen trastorno de ansiedad y que consumen drogas legales o ilegales complican su cuadro. El consumo de estimulantes y la abstinencia de depresores agravan el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo (Schuckit, 1992).

En el caso de la intoxicación por sustancias psicoactivas se produce un síndrome específico, que es reversible salvo daño orgánico permanente, y que tiene su origen exclusivamente en los efectos fisiológicos asociados a la sustancia concreta causante de la intoxicación. Algunas de las alteraciones más frecuentes tienen que

ver con la percepción, el pensamiento, la capacidad de juicio, y el comportamiento motor e interpersonal. No existe sin embargo un cuadro de síntomas característico del trastorno provocado por sustancias, dependiendo su manifestación de variables tales como la tolerancia del sujeto, el grado de intoxicación, las características temporales y de frecuencia y la cantidad de dosis en caso de adicción, el contexto en el que se ha producido la intoxicación, e incluso las mismas expectativas y cogniciones de la persona intoxicada.

### Hipótesis explicativas

Se ha descrito la importante relación existente entre consumo de éxtasis y/o estimulantes y la aparición de alteraciones psicológicas como ansiedad, pánico o dificultades de concentración. Las personas que experimentan el síndrome de abstinencia de una sustancia también pueden manifestar ansiedad. De hecho, se ha descrito un trastorno de ansiedad que considera que la misma puede estar provocada por sustancias (Becoña, 2005; Ovejero, 2007). En el TAS, los síntomas de ansiedad están asociados al consumo, abuso o dependencia de una droga (cafeína, nicotina, alcohol, cannabis, cocaína, heroína, éxtasis, etc.) Los consumidores habituales de drogas presentan niveles de ansiedad más altos que los no consumidores, incluso después de haber abandonado el consumo (Goodwin, Fergusson y Horwood, 2004).

El consumo social de algunas sustancias psicoactivas está ampliamente extendido. El consumo de drogas es, con frecuencia, el camino que siguen muchas personas, sobre todo adolescentes, para resolver sus problemas de identidad y buscar una nueva ubicación. En los individuos que acuden a las drogas como forma de búsqueda de un referente, no obtienen el grado deseado y, particularmente si es adolescente, es más probable que se dé una relación entre adicción y ataques de ansiedad (Moral y Ovejero, 2004).

Así mismo, el aislamiento social, el sentimiento de exclusión y el rechazo por parte de los demás provocan altos niveles de ansiedad, alcanzando en la adolescencia niveles más comprometidos, precipitando en ocasiones al adolescente a un aislamiento crónico. Esto parece reducir, cuando no agotar, los recursos para enfrentarse a las situaciones temidas, precipitando, en consecuencia, un sentimiento de indefensión y la probabilidad de convertirse en adictos a drogas de diversos tipos (Spoor y Williams, 2007).

La coincidencia de los trastornos de ansiedad y la dependencia de sustancias psicoactivas parece que está directamente relacionada con su elevada prevalencia. Como consecuencia, el aproximado 10% de los dependientes de sustancias presentan algún trastorno de ansiedad, mientras que el 20% aproximado de los trastornos de ansiedad sufren dependencia de alguna sustancia (Ochoa, 1999).

Los trastornos de ansiedad como consecuencia de la dependencia responden a un consumo crónico de alcohol y se asocian a un aumento de los trastornos de ansiedad, favoreciendo la aparición de trastornos de ansiedad en aquellos sujetos que anteriormente no los habían presentado. En la mayoría de los casos de indi-

viduos con comorbilidad con trastorno de ansiedad y dependencia de alcohol se deduce que los trastornos de ansiedad son secundarios al consumo de alcohol (Márquez, Segui, Canet, García y Ortiz, 2003).

La intoxicación y abstinencia de sustancias ocasionan síndromes ansiosos temporales, pudiendo desarrollar sintomatología similar al trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico o fobias, principalmente en la intoxicación con alcohol, cannabis, MDMA o cocaína y en la abstinencia de alcohol o benzodiazepinas (Goodwin *et al.*, 2004; Schuckit, 2000). En el caso de intoxicaciones mixtas por varias sustancias psicoactivas, los trastornos de ansiedad que surgen, como consecuencia del consumo, son todavía más frecuentes.

En la abstinencia de alcohol, benzodiazepinas u opiáceos, emerge la ansiedad con gran sintomatología, no diferenciándose de los trastornos específicos de ansiedad, sea cual sea el origen del consumo. Así, la cocaína y el cannabis pueden precipitar ataques de pánico y éstos persistir años después de interrumpir su consumo, aunque dichos episodios se desencadenan con mayor frecuencia en aquellos sujetos que los habían presentado previamente al consumo (Ochoa, 2006).

## Evaluación

La evaluación es un paso fundamental para lograr un tratamiento eficaz. La delimitación de los problemas del paciente y su correcta comprensión determinarán que el tratamiento produzca los resultados deseados (Caballo, 2005). En lo que respecta al TAS, es primordial una evaluación eficaz por la dificultad que conlleva su diagnóstico acertado. La evaluación nos resulta muy conveniente para cubrir una serie de objetivos (Anthony, 2001) como son: diagnóstico diferencial, descripción clínica general, formulación del caso, planificación detallada del tratamiento y obtención de datos a lo largo del tratamiento y en el seguimiento.

La entrevista constituye el instrumento de evaluación más empleado y eficaz para dirigir y organizar la información sobre el paciente y que pueda desarrollar una formulación que sienta las bases del proceso terapéutico. Para lograr un diagnóstico más sólido es útil el empleo de entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas. Dentro de la perspectiva conductual se han realizado interesantes propuestas de entrevista (Cormier y Cormier 1994). La entrevista conductual intenta identificar y definir el problema tratando de averiguar cuáles son las conductas objetivo para una posible modificación. Busca variables antecedentes, consecuentes y mantenedoras relacionadas con la ocurrencia del problema.

En la actualidad, se dispone de entrevistas diagnósticas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). En el tema que nos ocupa, se revisan algunas de las entrevistas estructuradas y semiestructuradas más utilizadas (Rogers, 2001). La dos primeras están dirigidas a la población clínica mientras que la tercera está orientada hacia estudios comunitarios: 1) "Entrevista psiquiátrica de investigación para los trastornos mentales y de consumo de sustancias del DSM-IV" (*Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV, PRISM-IV*; Hasin, Trautman Miele y Endicott, 2001); 2)

“Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV” (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I*; First *et al.*, 1999). 3) “Trastornos por el consumo de alcohol y discapacidades relacionadas” (*Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities, AUDADIS*; Grant, Dawson y Hasin, 2001).

1. Entrevista PRISM-IV (Hasin *et al.*, 2001). La PRISM-IV es una entrevista estructurada basada en los criterios diagnósticos DSM-IV y diseñada específicamente para diferenciar los trastornos mentales primarios de los trastornos provocados por sustancias psicoactivas, así como de los efectos esperados de la intoxicación y de la abstinencia en sujetos con elevado consumo de alcohol y otras sustancias. Evalúa 20 trastornos del eje I y dos trastornos del eje II. Los trastornos evaluados son el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el abuso y la dependencia para cada una de las sustancias (alcohol, cannabis, alucinógenos, opiáceos y estimulantes); trastorno afectivo primario; trastorno de ansiedad primario (trastorno de pánico, fobia simple, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés postraumático); trastorno psicótico primario; trastornos de la alimentación; trastornos de la personalidad; y trastornos provocados por sustancias psicoactivas (depresión mayor, manía, distimia, psicosis, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada). Esta entrevista proporciona pautas que permiten diferenciar entre síntomas provocados por la sustancia y síntomas primarios. Dicha entrevista se utiliza en estudios clínicos y en seguimientos de pacientes en estudios longitudinales. Pero la PRISM tiene un inconveniente que es su duración, convirtiéndola en poco operativa en la clínica, ya que se necesitan aproximadamente dos horas para administrarla (en el caso de estar familiarizado con ella).

2. Entrevista SCID-I (First *et al.*, 1999). La SCID-I es una entrevista semiestructurada de las más utilizadas en psiquiatría. Requiere cierta experiencia como clínico. Permite realizar los diagnósticos de trastorno primario o provocado por sustancias psicoactivas, pero tiene la desventaja de no proporcionar una guía específica para la valoración de los criterios psicopatológicos propuestos por el DSM-IV. El tiempo de administración también es prolongado (entre una y dos horas).

3. Entrevista AUDADIS-IV (Grant *et al.*, 2001). Se trata de una entrevista estructurada que se utiliza habitualmente en estudios comunitarios. Permite ser administrada por investigadores menos expertos. El inconveniente, al igual que las anteriores, es el tiempo requerido, ya que se puede demorar en la realización de la entrevista entre una y dos horas. Los trastornos del DSM-IV que evalúa son: trastornos por abuso y dependencia de un listado de tóxicos, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno maniaco, trastorno hipomaniaco, trastorno de pánico con y sin agorafobia, fobia social, fobia específica y ansiedad generalizada. Además, permite hacer la distinción entre un trastorno independiente, cuando se trate de un episodio acaecido de forma aislada del consumo, y trastorno provocado por sustancias, cuando lo hace vinculado a un período de intoxicación o abstinencia de la misma.

Por otra parte, los cuestionarios, inventarios y escalas se utilizan adaptados a la patología específica que presente el paciente (trastorno de pánico, agorafobia, fobias específicas, ansiedad generalizada, fobia social o trastorno de estrés postraumático). Con respecto a los trastornos de ansiedad, existen numerosos instrumentos estandarizados que pueden ser utilizados.



La observación conductual es otra herramienta muy valiosa para el clínico, dado que aporta un material claro con menores interferencias y fácilmente evaluable a lo largo de todo el tratamiento.

La evaluación cognitiva es útil en el aspecto de que ayudará al paciente a exponerse a sus propios pensamientos de temor así como a reconducir los distorsionados.

El autorregistro es uno de los métodos de evaluación más utilizados por los psicólogos cognitivo conductuales en su práctica clínica. Este tipo de medida resuelve de manera eficaz la recogida de información en la vida real del paciente y se utiliza para evaluar el progreso de la intervención, adaptándose con frecuencia a cada situación, paciente y patología concreta.

La evaluación por parte de los demás, en el caso del TAS, se vuelve casi imprescindible con pacientes adolescentes. Con frecuencia serán personas próximas al paciente quienes puedan aportarnos mayor objetividad sobre el antes y el después del consumo de sustancias.

## **Intervención**

Los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas pueden afectar a muchas áreas del funcionamiento del individuo y, por tanto, requieren con frecuencia de un abordaje multimodal. Desde un enfoque biopsicosocial, el consumo de sustancias responde a unas complejas interacciones entre la vulnerabilidad del sujeto, el contexto, la conducta y sus consecuencias (Secades y Fernández, 2003). Los pacientes con diagnóstico de TAS suelen tener diagnóstico dual y, con frecuencia, asumen dificultades para encontrar su lugar, su referente de tratamiento. Pueden presentar conflictos para integrarse en los tratamientos habituales y para cumplir algunas normas. El miedo, como un gran condicionante, puede requerir, a veces, del diseño de programas específicos para ellos. Las propias características de los pacientes, la falta de formación y de recursos y la ausencia muchas veces de abordajes específicos, proyectan un gran número de dificultades para el tratamiento.

La mayor dificultad para iniciar la abstinencia y la mayor gravedad de las recaídas hacen que el manejo requiera la hospitalización, con mayor frecuencia que en pacientes con un solo diagnóstico (Ochoa, 2006).

La permanencia de los trastornos de ansiedad en el contexto de la intoxicación o abstinencia es muy baja, es decir, a las tres o cuatro semanas de abstinencia desaparecen en gran parte de los casos. Como consecuencia, es aconsejable esperar al menos este tiempo para realizar un diagnóstico más correcto y poder iniciar el tratamiento. Una vez establecido el doble diagnóstico (p.ej., trastorno de ansiedad y consumo de sustancias), se deben manejar ambos trastornos como entidades independientes, pero tratándolos de forma conjunta e integrada. Esto implica mantener la abstinencia o mantener al paciente en un programa estable de fármacos agonistas.

El tratamiento de los trastornos de ansiedad asociados a dependencia de sustancias psicoactivas, en líneas generales, es semejante al que se realiza en los trastornos de ansiedad sin abuso de sustancias. Desde un enfoque conductual, existen detallados protocolos terapéuticos para cada trastorno específico (p.ej., Caballo,

1996). Teniendo en cuenta que la ansiedad se expresa en los sistemas de respuesta cognitivo, fisiológico y conductual, casi todos los tratamientos conductuales para la ansiedad están diseñados para influir sobre esos tres sistemas. Es común a estos enfoques la necesidad de que el individuo sea expuesto a algún tipo de situaciones provocadoras de ansiedad, internas o externas, eliminando las conductas de escape o evitación que sirven para mantener el trastorno. Además, casi todos los enfoques implican algún tipo de reestructuración de las cogniciones asociadas a las situaciones generadoras de ansiedad, así como técnicas para controlar los síntomas fisiológicos de la ansiedad.

Asimismo, se incluyen en muchos programas de intervención el establecimiento de metas, manejo de estrés y autoestima, entrenamiento en habilidades de resistencia y habilidades sociales. Alrededor de un 25% de los programas de prevención incluyen establecimiento de normas, orientación para afrontar problemas y entrenamiento de conductas alternativas al comportamiento perturbador.

Desde un enfoque biológico, no está contraindicado ningún psicofármaco. El riesgo de éstos deriva de la continuación del consumo (por interacción de los psicofármacos con las drogas de abuso y el potencial adictivo que presentan algunos como las benzodiazepinas) (p.ej., Ochoa, 2006). Para las drogas de consumo habitual en nuestro país no existe ningún plan de tratamiento psicofarmacológico que haya resultado demostradamente eficaz.

El tratamiento integral se lleva a cabo habitualmente en centros especializados en esta área, tanto a nivel público como privado. Ello incluye el esfuerzo de diversas disciplinas y profesionales: médicos, psicólogos, asistentes sociales, educadores. De este modo, desde las Comunidades Terapéuticas se busca la reeducación del paciente en hábitos sociales, de interacción personal y de autocuidado. En resumen, la mayoría de los tratamientos integrados contemplan:

*Terapia cognitiva–conductual:*

Psicoeducación  
Reestructuración cognitiva  
Relajación  
Exposición

*Farmacoterapia:*

Benzodiazepinas  
Antidepresivos  
Betabloqueadores

### **Retos actuales y directrices futuras**

Numerosos trabajos ponen de manifiesto la importante relación existente entre el consumo y el abuso de algunas sustancias y la presencia de problemas de salud relacionados con la ansiedad (Goodwin *et al.*, 2004; Ochoa, 1999; Schuckit, 1992). Sin embargo, es difícil establecer cuál es el papel específico que juega cada sustancia en el inicio, mantenimiento o empeoramiento del trastorno específico de ansiedad. Esto se debe a varios motivos: en primer lugar, la mayoría de las sustancias psicoactivas suelen consumirse en asociación con otras, tal como el alcohol y el tabaco (policonsumo). En segundo lugar, se considera que el comienzo del trastorno de ansiedad podría preceder, en muchas ocasiones, al consumo de la sus-

tancia, o simplemente coincidir en el tiempo. En tercer lugar, existen pocos trabajos de investigación concluyentes sobre la provocación de un trastorno de ansiedad por consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, diferentes patologías pueden ir asociadas al trastorno de ansiedad junto al consumo de sustancias. Como consecuencia de esta comorbilidad, se hace aún más complicado establecer la relación directa entre la sustancia y cada problema en particular.

Si bien se trata de forma específica la relación entre cada grupo de sustancias psicoactivas y la ansiedad, en general se puede considerar que esta asociación permite establecer dos niveles: el del consumo de la sustancia como factor de riesgo o causa del desarrollo de un problema psicológico y el del consumo como consecuencia o efecto de padecer tal problema. El consumo regular y prolongado de una sustancia psicoactiva puede conducir a la aparición de diversas patologías asociadas con trastornos de ansiedad. Por otro lado, el consumo de la mayoría de sustancias que se describen se asocia a contextos lúdico-festivos. Las personas toman esa droga porque quieren divertirse, se sienten más eufóricos, más sociables y desinhibidos (Becoña, 2000). Es posible que algunas personas no sean capaces de disfrutar e interactuar a nivel social si no consumen alguna sustancia (por ejemplo, el alcohol) o bien tengan dificultades para afrontar sus problemas cotidianos o exigencias diarias si no es gracias a alguna de ellas (por ejemplo, los tranquilizantes o, en otros casos, la cocaína). Suele ser también uno de los métodos más utilizados para aliviar problemas de tipo emocional (Aneshensel y Huba, 1983; Labouvie y McGee, 1986). En estas situaciones diremos que el consumo de sustancias psicoactivas es un efecto o una consecuencia de problemas previos.

A este respecto, el uso de las drogas parece estar fuertemente relacionado con problemas de relación, principalmente entre la población adolescente donde se dan otros factores de riesgo. En un estudio realizado por Elliot, Huizinga y Ageton (1985), se encontró que los sujetos que tenían más problemas emocionales y se encontraban más aislados socialmente, también consumían mayor cantidad de alcohol, marihuana y otras drogas de tipo ilegal, siendo habitualmente policonsumidores. Por otra parte, en el trabajo de Dembo *et al.* (1987), hallaron, en una muestra de jóvenes reclusos, una fuerte relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el funcionamiento emocional y psicológico. Los estudios epidemiológicos muestran que en los trastornos de ansiedad se da una mayor frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas, con una prevalencia de trastornos por consumo de sustancias del 24%, principalmente en la agorafobia, fobia social y el trastorno por estrés postraumático. A la par, los adictos a sustancias psicoactivas presentan trastornos de ansiedad con mayor frecuencia de la esperada. En los dependientes del alcohol, la prevalencia de estos trastornos oscila entre el 22 y el 68%, destacando la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social (Goodwin *et al.*, 2004). En los dependientes de opiáceos son también frecuentes los trastornos de ansiedad (16-28%), principalmente la agorafobia, la fobia social y el trastorno de pánico, y en los dependientes de cocaína se describen con cierta frecuencia, las crisis de ansiedad.

En la actualidad, existe cierta flexibilidad entre la población ante la conducta de consumo de sustancias legales, incluidas ciertas licencias ante conductas perturba-

doras si éstas van enmarcadas en un entorno de ocio. En la población adolescente, ésto parece dilatarse hasta el punto de aparecer actitudes favorables hacia la droga (Becoña, 2005; Krosnick y Judd, 1982; Graña y Muñoz, 2000). De alguna manera, entre una buena parte de la población adolescente se imponen unos nuevos valores frente al ocio y la diversión. Como consecuencia, dentro del contexto lúdico, se ven con buenos ojos actitudes explícitas de pérdida de control, acumulación de bebidas y búsqueda de nuevas emociones, aunque éstas se salgan de los patrones adaptados de conducta. La unión del consumo de drogas con el ocio, con la evasión, con el bienestar y con el consumo abusivo de alcohol, resulta una mezcla fatal con resultado de diferentes trastornos de ansiedad para muchos consumidores.

Los trastornos de ansiedad se multiplican en la actualidad. Están produciéndose una serie de cambios sociales relacionados con la tecnología, la imagen personal, la economía, la educación, el mundo laboral, etc., con una velocidad basada en las necesidades del consumo, que está llevando a muchos y, sobre todo a los más jóvenes, a una incertidumbre que, con frecuencia, termina por producir un escepticismo o una frustración social, de la persona que se busca una salida por las más variadas vías, entre las que se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas. alguna de las vías eficaces para prevenir tal conflicto consiste en llevar a cabo en el ambiente escolar, en un contexto de trabajo cooperativo en grupo, programas de entrenamiento de ciertas habilidades sociales de autonomía, independencia y críticas, que consigan que adolescentes y jóvenes se forjen una adecuada y sólida identidad, lo que fortalecería tanto la autoestima como sus capacidades de afrontar con éxito las seductoras llamadas sociales de las sensaciones artificiales de felicidad.

Hemos examinado que el empleo de las técnicas conductuales, dentro de programas multimodales más amplios, demuestran su eficacia (Silveman, 2004), primordialmente a corto plazo. Pero lo cierto es que la concienciación social, familiar y general continua siendo inestable. Quizá las futuras líneas de investigación tengan que dirigirse a resolver algunas deficiencias relacionadas con estos aspectos, que mejoren los resultados a medio y largo plazo de los programas.

## Referencias

- American Psychiatric Association [APA] (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª edición (DSM-IV)*. Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association [APA] (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª edición-Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA
- Aneshensel, C.S. y Huba, G.L. (1983). Depression, alcohol use, and smoking over one year: A tour-wave longitudinal causal model. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 134-150.
- Anthony, M.M. (2001). Assessment of the anxiety and the anxiety disorders. En M.M. Anthony, S. M. Orsillo y L. Roemer (dirs.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Kluwer/Plenum.
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. Madrid: Thomson.
- Becoña, E. (2005). Adicción a nuevas sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual, 13*, 349-369.

- Bobes, J. y Sáiz, P. (coord.) (2003) Monografía drogas recreativas. *Adicciones*, 15.
- Caballo, V. E. (1996). Terapia de conducta. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E. (2005). Estrategias de evaluación en psicología clínica. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Cormier, W.H. y Cormier, L.S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- 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. *Psychopharmacology*, 19, 97-101.
- Dembo, R. Dertke, M., La Voie, L., Border, S., Washburn, M. y Schmeidler, J. (1987). Physical abuse, sexual victimization and illicit drug use: A structural analysis among high risk adolescents. *Journal of Adolescence*, 10, 13-33.
- Elliot, D.S., Huizinga, D.M. y Ageton, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams J.B.W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV - Versión clínica*. SCID-I. Barcelona: Masson.
- Grant, B.F., Dawson, D.A. y Hasin, D.S. (2001). *The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (versión DSM-IV)*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholismo.
- Gentil, V. (2003). Cannabis, psychosis, smoke and fire. *Stress and Health*, 19, 249-251.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 19-32.
- Krosnick, J.A. y Judd, C.M. (1982). Transitions in social influence at adolescence: Who induces cigarette smoking? *Developmental Psychology*, 18, 359-368.
- Hasin, D., Trautman, K., Miele, G. y Endicott, J. (2001). *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)*. Nueva York: New York State Psychiatric Institute. Columbia University.
- Hollander, E. y Klein, D.F. (1991). Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad. En P. Kielholz y C. Adams (dirs.), *Estados de angustia y ansiedad*. Barcelona: Espaxs.
- Labouvie, E.W. y McGee, C.R. (1986). Relation of personality to alcohol and drugs use in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 289-293.
- López, A. y Becoña, E. (2006). El "craving" en personas dependientes de la cocaína. *Anales de psicología*, 22, 205-211.
- Márquez, M., Seguí, J., Canet, J., García, L. y Ortiz, M. (2003). Alcoholism in 274 patients with panic disorders in Spain, one of the main producers of wine worldwide. *Journal Affective Disorders*, 7, 237-245.
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo*, 87.
- Ochoa, E. (1999). Trastornos de ansiedad y dependencia de alcohol y drogas. *Actas Españolas Psiquiatría*, 27, 56-63.
- Ochoa, E. (2006). Trastornos por ansiedad. En *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ovejero, T. (2007). Adicciones y contexto sociocultural: perspectivas psicociológicas críticas. *Revista Española de Drogodependencias*, 32, 292-309.
- Pollard, C.A., Detrick, P., Flynn, T. y Frank, M. (1990). Panic attacks dissamples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 178-180.
- Roncero, C. y Casas, M. (2004). Trastornos de ansiedad en Patología Dual. *Monografías de Psiquiatría*, 16 (4).

- Schuckit, M.A. (1992). Anxiety disorders and substance abuse. En A. Tasman y M. B. Riba (dirs.), *Review of psychiatry, vol. 11*. Washington: American Psychiatric Press.
- Schuckit, M.A. (1993). Keeping current with the DSMs and substance use disorder. En D. L. Dunner (dir.), *Current psychiatric therapy*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Schuckit, M.A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Secades, R., y Fernández, J.R. (2003). Guía de tratamientos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez, J.R., Fernández, C. Fernández e I. Amigo (dirs.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Spoor, J. R., y Williams, K. D. (2007). The evolution of an ostracism detection system. En J. P. Forgas, M. Haselton y W. von Hippel (dirs.), *The evolution of the social mind: Evolutionary psychology and social cognition*. Nueva York: Psychology Press.