

F. Arias Horcajadas<sup>1</sup>  
S. Sánchez Romero<sup>1</sup>  
J. Padín Calo<sup>2</sup>  
S. Fernández-Rojo<sup>1</sup>  
G. Fernández Martín<sup>1</sup>

# Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno de pánico

<sup>1</sup> Unidad de Psiquiatría  
Fundación Hospital Alcorcón  
Madrid  
<sup>2</sup> Centro de Salud Mental de San Blas  
Madrid

**Introducción.** Los objetivos de este estudio fueron evaluar la prevalencia del consumo de drogas en pacientes ambulatorios con trastorno de pánico, su repercusión sobre la evolución y la respuesta al tratamiento de dicho trastorno.

**Material y métodos.** La muestra está constituida por 79 casos con diagnóstico de trastorno de pánico o agorafobia con trastorno de pánico según la CIE-10 y 83 controles con otros trastornos psiquiátricos en tratamiento en el mismo centro. Se realizó un seguimiento durante 6 meses.

**Resultados.** Se obtuvo una prevalencia para el consumo habitual de drogas a lo largo de la vida del 13 % para el alcohol, el 52 % para el tabaco y el 47 % para el café; no hubo consumos de otras sustancias. El consumo actual de cafeína era inferior en los casos que en los controles, no existiendo diferencias respecto a los otros consumos, y el consumo de café se relacionó con requerimientos de mayores dosis de antidepresivos.

**Conclusiones.** Por tanto, la prevalencia de consumo habitual de sustancias a lo largo de la vida en pacientes con trastorno de pánico en tratamiento ambulatorio se sitúa alrededor de un 13 % para el alcohol, un 47 % para el café y un 52 % para el tabaco; hay un menor consumo de cafeína, aunque no existen diferencias en otros consumos respecto a un grupo de controles psiquiátricos. La presencia de agorafobia no repercute en el consumo. El consumo tiene escasas repercusiones sobre la clínica y la respuesta al tratamiento, aunque puede modificar las dosis requeridas de antidepresivos.

**Palabras clave:**  
Consumo de drogas. Trastorno de pánico. Agorafobia. Alcohol. Cafeína. Tabaco.

*Actas Esp Psiquiatr 2005;33(3):160-164*

## Psychoactive drugs use in patients with panic disorder

**Introduction.** The objectives of this study were to evaluate the prevalence of drug use in out-patients with panic disorder and their influence in evolution and therapeutic response of panic disorder.

Correspondencia:  
Francisco Arias Horcajadas  
Unidad de Psiquiatría  
Fundación Hospital Alcorcón  
28922 Alcorcón (Madrid)  
Correo electrónico: farias@fhacorcon.es

**Material and methods.** The sample was made up of 79 out-patients diagnosed of panic disorder or agoraphobia with panic disorder according to the ICD-10 criteria and 83 controls from the same center with other psychiatric disorders. Subjects were followed-up for six months.

**Results.** Prevalence of regular lifetime drug use was: 13 % for alcohol, 52 % for nicotine and 47 % for caffeine. No other drug use was observed. Patients with panic disorder used less caffeine than controls, there being no differences in other drug use. Caffeine use was associated with higher antidepressant dosages.

**Conclusions.** Thus, prevalence of regular drug use in panic disorder during the lifetime of out-patients with panic disorder was: 13 % for alcohol, 47 % for caffeine use and 52 % for nicotine use. Those with panic disorder use less caffeine than other psychiatric patients, but there were no differences in other drug use. Presence of agoraphobia has no repercussion on consumption. There were no differences in clinical manifestations and treatment responses between users and non-users, but drug use may modify antidepressant dosages.

**Key words:**  
Drugs use. Panic disorder. Agoraphobia. Alcohol. Caffeine. Nicotine.

## INTRODUCCIÓN

Los primeros trabajos sobre la denominada hipótesis de la automedicación destacaban que los sujetos fóbicos tomaban alcohol para aliviar sus síntomas de ansiedad. Por tanto, la coocurrencia entre alcoholismo y trastorno de pánico con agorafobia se podría explicar por este intento de automedicar sus síntomas. De hecho, muchos sujetos que sufren ataques de pánico refieren usar alcohol para automedicarse y creen que ese procedimiento es efectivo para prevenir o reducir los ataques. Los pacientes con agorafobia atribuyen al alcohol propiedades de disminución de la ansiedad y observan que el alcohol les ayuda a enfrentarse a las situaciones de miedo, pero su cuadro empeora cuando incrementan el consumo y mejoran con la abstinencia<sup>1</sup>.

Por otro lado, la administración de cafeína a dosis elevadas presenta las propiedades de un buen agente panicogénico<sup>2</sup>, dada la similitud de los síntomas provocados por ésta con los propios de las crisis de angustia, su especificidad en inducir ataques de angustia en pacientes con trastorno de pánico, la replicabilidad de los efectos con la exposición repetida a la administración de cafeína y el bloqueo de los ataques inducidos por la cafeína por parte de algunos de los fármacos útiles en el trastorno de pánico, como la imipramina o el alprazolam. El mecanismo de la cafeína para producir dichos efectos parece debido al antagonismo de los receptores de la adenosina. De cualquier forma, no se puede descartar la acción directa o indirecta de la cafeína sobre los sistemas noradrenérgico, dopaminérgico, gabaérgico o a través de segundos mensajeros por influir sobre la fosfodiesterasa.

Los estudios clínicos apoyan el papel ansiogénico de la cafeína. Así, se observa el abandono más frecuente del consumo de café en pacientes con trastorno de pánico que en otros pacientes médicos o psiquiátricos, y una mayor correlación entre síntomas de ansiedad y consumo de cafeína en pacientes con crisis de angustia, respecto a los sujetos con otras patologías psiquiátricas o en controles sanos, lo que sugiere una mayor sensibilidad de estos pacientes a los efectos de la cafeína. En otros trastornos psiquiátricos como el trastorno obsesivo-compulsivo o la fobia social se ha descrito un incremento de la ansiedad por la cafeína, pero de grado intermedio entre los trastornos de pánico y los controles sanos<sup>3-5</sup>. Por último, se ha descrito un mayor riesgo de desarrollo de crisis de pánico en fumadores<sup>6,7</sup>.

Nuestros objetivos fueron valorar el consumo de sustancias en pacientes en tratamiento por un trastorno de pánico y sus posibles relaciones con la clínica, la severidad del cuadro o el tratamiento. La muestra procede de un estudio de casos-controles con 79 pacientes con trastorno de pánico y 83 controles de pacientes psiquiátricos ambulatorios.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra está compuesta de 79 pacientes con criterios de trastorno de pánico o agorafobia con trastorno de pánico según la CIE-10, admitidos consecutivamente para tratamiento ambulatorio y 83 controles con otros trastornos psiquiátricos en tratamiento en la misma unidad, controlados por edad y sexo. Se evaluaron con la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) y el *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Estado y STAI-Rasgo). Todos los pacientes fueron tratados con paroxetina y normas conductuales de exposición. La dosis de paroxetina fue ajustada según criterios clínicos. Se realizó un seguimiento de 6 meses al grupo de pacientes.

Se realizó un análisis bivalente con las pruebas de la chi cuadrado o la de Fisher según correspondiera, y comparaciones de medias con las pruebas de la *t* de Student o la de McNemar. Se procedió a un análisis multivariante con un

modelo de regresión logística con finalidad predictiva. Se usó el paquete estadístico SPSS v.10.

## RESULTADOS

Las características de la muestra se presentan en la tabla 1 y la prevalencia de consumo habitual, actual y pasado se expresa en la tabla 2. Las figuras 1 y 2 expresan el número de cigarrillos y de cafés diarios de casos y controles. El mayor consumo de café y el diagnóstico de agorafobia se asoció a un requerimiento de mayores dosis del antidepresivo usado (tabla 3).

Hay que destacar que 10 pacientes con trastorno de pánico abandonaron el consumo de cafeína tras el inicio del cuadro. No existieron diferencias en la edad de inicio y la duración de consumo de sustancias psicoactivas entre los casos y controles. No se observó una correlación entre la puntuación en el STAI y las dosis de sustancias psicoactivas. No existía relación entre los consumos de las distintas sustancias y características clínicas del cuadro, como la presencia de un síndrome depresivo secundario o de agorafobia. Por último, no había relación entre los consumos de las sustancias psicoactivas y la respuesta terapéutica.

## DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos, la prevalencia de consumo habitual a lo largo de la vida de sustancias en el trastorno de pánico se sitúa en torno al 13 % para el alcohol,

Tabla 1	Características sociodemográficas y clínicas basales	
	Casos (n = 79)	Controles (n = 83)
Edad (años)	37,1 (DE = 11,6)	37,8 (DE = 11,4)
Sexo (% varones)	20 (25,3 %)	19 (22,9 %)
Diagnóstico de controles		Esquizofrenia: 24 (14,8 %) T. del humor: 30 (18,5 %) TOC: 10 (6,2 %) T. somatomorfos: 4 (2,5 %) T. personalidad: 8 (4,9 %) Otros: 7 (4,3 %)
Presencia de agorafobia	53 (67 %)	
Síndrome depresivo secundario	31 (39 %)	
<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>	Estado: 7,3 (DE = 1,7) Rasgo: 6,4 (DE = 1,7)	
Escala de Hamilton para la Depresión	14,1 (DE = 6,0)	
DE: desviación estándar; T.: trastorno; TOC: trastorno obsesivo compulsivo.		

Tabla 2	Consumo habitual de sustancias psicoactivas	
	Casos	Controles
Alcohol actual	7 (11 %)	6 (7 %)
Alcohol pasado	8 (13 %)	12 (14 %)
Sedantes*	50 (78 %)	45 (58 %)
Tabaco actual	24 (38 %)	44 (53 %)
Tabaco pasado	33 (52 %)	47 (57 %)
Café actual**	19 (30 %)	43 (53 %)
Café pasado	29 (47 %)	50 (62 %)

\* Chi cuadrado: 8,1; gl: 1; p = 0,005; OR: 2,9 (IC 95%: 1,4-6). \*\* Chi cuadrado: 7,60; gl: 1; p = 0,006; OR: 0,38 (IC 95%: 0,19-0,76).

47 % para el café y 52 % para el tabaco. El consumo de cafeína es menor en pacientes con trastorno de pánico que en otros pacientes psiquiátricos, no existiendo diferencias para el consumo de alcohol o tabaco. El consumo de sustancias puede modificar la dosis de mantenimiento del antidepresivo usado, aunque no hay diferencias entre los consumidores de sustancias y los no consumidores en las características clínicas del trastorno de pánico o en la respuesta al tratamiento, ni diferencias entre los agorafóbicos y los no agorafóbicos.

En una muestra distinta de pacientes ambulatorios con trastorno de pánico o agorafobia, compuesta de 55 sujetos, obtuvimos unas cifras de prevalencia para el consumo habitual de drogas superior para el alcohol e inferiores para el tabaco y la cafeína que las obtenidas en la muestra que presentamos. Además evaluamos la prevalencia de pacientes con criterios para la dependencia de drogas, siendo las cifras correspondientes para el alcohol de 5,5 % de dependencia actual y 9,1 % en el pasado, y para el tabaco de 32,7 % en la actualidad y 43,6 % en el pasado. Al igual que en el presente trabajo, no observamos diferencias entre consumidores y no consumidores en la respuesta al tratamiento, en la prevalencia de consumo entre agorafóbicos y no agorafóbicos, ni relación con otras características clínicas relevantes. Sin

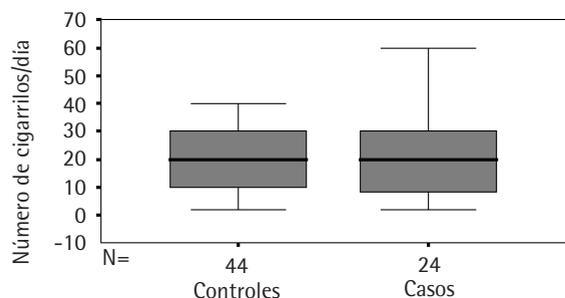


Figura 1 Consumo de cigarrillos (sujetos con consumo diario).

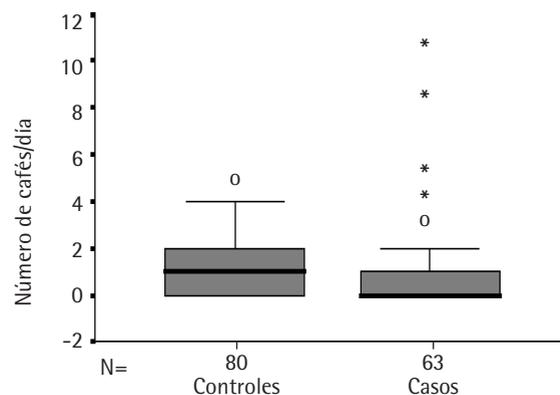


Figura 2 Consumo de café en casos y controles.

embargo, los pacientes consumidores de alcohol tenían requerimientos inferiores de la dosis de antidepresivo (datos no publicados).

En muestras procedentes de población general, sin embargo, si se observa una mayor prevalencia de consumo de tabaco asociado a los ataques de pánico. En un estudio, la prevalencia para el consumo regular de tabaco a lo largo de la vida fue del 81 % en pacientes con ataques de pánico, superior a los sujetos sin ataques (69 %) y los ataques de pánico se asociaron a un mayor riesgo de consumo de tabaco<sup>8</sup>. Igualmente en otra muestra de jóvenes procedente de población general se apreció una asociación entre consumo de tabaco y ataques de pánico. La dependencia de tabaco previa incrementó el riesgo de desarrollar ataques de pánico, mientras que la existencia de trastorno de pánico previo no se asoció con un aumento de consumo de tabaco. Así pues, la asociación fue fundamentalmente entre dependencia de tabaco previa y la producción de ataques de pánico, pero no de un trastorno de pánico como tal<sup>7</sup>. Otros autores también afirman que el consumo de tabaco es un factor de riesgo para las crisis de pánico, además de existir una mayor prevalencia de consumidores entre pacientes que en población general, con 56 % de fumadores entre 102 pacientes con trastorno de

Tabla 3	Modelo de regresión múltiple predictor de la dosis de paroxetina				
Variable	B	EE (B)	IC de B (95%)	t	p
DOSCAF	2,78	0,81	1,15-4,41	3,45	0,0013
DX	7,00	2,77	1,40-12,60	2,52	0,0155
Constante	12,22	5,07	1,98-22,45	2,41	0,0205

Doscaf: dosis de cafeína en tazas de café (1 taza: 75-100 mg de cafeína base); DX: tipo de trastorno de pánico (0: sin agorafobia; 1: con agorafobia); Coeficiente de correlación múltiple: 0,55; F. del modelo: 8,88; Significación de F: p = 0,0006.

pánico y 28 % de ex fumadores. Aunque un elevado número de pacientes dejó de fumar debido a su trastorno de pánico, no experimentaron un beneficio claro en sus síntomas<sup>6</sup>. Nosotros no hallamos esa mayor prevalencia, posiblemente debido a que nuestro grupo control está constituido por pacientes psiquiátricos que ya tenían una elevada prevalencia de consumo de tabaco; además, estos estudios con frecuencia observan una asociación entre consumo y ataques de ansiedad que no necesariamente han de constituir un trastorno de pánico como tal. De todas formas, nuestras cifras de consumo son inferiores a las obtenidas por los estudios mencionados y no apoyan el uso de tabaco como automedicación del trastorno de pánico, ni tampoco una relación causal del tabaco como inductor de dicho trastorno. Eso no descarta que haya una asociación más intensa entre consumo de tabaco y síntomas de ansiedad que con un trastorno psiquiátrico específico, como puede ser el trastorno de pánico. Igualmente no observamos un impacto negativo del consumo de tabaco sobre los ataques de ansiedad, al igual que han sugerido otros autores<sup>8</sup>.

En pacientes psiquiátricos ingresados se ha destacado que el consumo de cafeína es elevado en los esquizofrénicos, pero bajo en pacientes con ansiedad<sup>5</sup>. Ese bajo consumo de cafeína se ha observado en pacientes ambulatorios con trastorno de pánico<sup>3</sup>. Con distintas medidas electrofisiológicas se ha señalado que los pacientes con trastorno de pánico son más sensibles a los efectos de la cafeína que los controles<sup>4</sup>. Por tanto, muchos pacientes con trastorno de pánico posiblemente evitan el café por dicha elevada sensibilidad a sus efectos ansiogénicos; así lo apoya el hecho de que un alto porcentaje de nuestros pacientes dejaran el consumo tras el inicio del cuadro de pánico; además, dicho efecto ansiogénico puede repercutir en una peor evolución del cuadro o una necesidad de mayores dosis de antidepresivos.

En contra de lo que sería esperable por la hipótesis de la automedicación, por la cual debería de existir un alto consumo de alcohol en pacientes con ansiedad, nosotros no observamos dicho aumento. En otros estudios tampoco encuentran diferencias en el consumo de alcohol en pacientes con ansiedad respecto a la población general, incluso observan que los pacientes con agorafobia bebían ligeramente menos, lo que no apoyaba su uso para aliviar la ansiedad anticipatoria<sup>9</sup>. Otros autores también han estimado entre un 10 a un 20 % la prevalencia de alcoholismo en pacientes diagnosticados de agorafobia con ataques de pánico<sup>10</sup>, o incluso hasta un 24 % de dependencia de alcohol en el pasado en dichos pacientes<sup>11</sup>. Al no observarse un mayor riesgo de consumo de alcohol en pacientes con ansiedad, algunos autores han concluido que no hay apoyo para la hipótesis de la automedicación en los pacientes con ansiedad y sí hay datos para apoyar la evitación de psicoestimulantes<sup>12</sup>.

En una revisión<sup>1</sup> indican una prevalencia de alcoholismo del 10 al 20 % entre pacientes con trastorno de pánico, pero sugieren que la presencia de agorafobia puede ser mejor

predictor del consumo que los ataques *per se*, algo que no apoya nuestros datos. También se ha sugerido que el consumo es útil para aliviar la ansiedad anticipatoria y tendría poco efecto sobre el ataque de pánico. Asimismo, muchos pacientes refieren consumo de alcohol como automedicación de sus síntomas de ansiedad y lo perciben como un método efectivo, a pesar de que pueda exacerbar su cuadro y que la eficacia del mismo no esté clara<sup>1</sup>. Si parece existir acuerdo en la presencia de un alto porcentaje de ataques de pánico en pacientes alcohólicos<sup>13,14</sup>.

De cualquier forma, en un experimento con pacientes con pánico asignados a consumo de alcohol o placebo se demostraban los efectos ansiolíticos del alcohol, siendo superior al placebo en la disminución del número de ataques de pánico y la ansiedad<sup>15</sup>. Es decir, en aquellos pacientes con trastorno de pánico consumidores de alcohol dicho consumo puede ser altamente reforzante y persistente por sus efectos inmediatos positivos, aunque una gran mayoría de los pacientes con dicho trastorno no van a usar el alcohol como automedicación. Igualmente puede ocurrir que el consumo de alcohol sea usado más para el alivio de síntomas de ansiedad de distinto origen que para la automedicación de un trastorno psiquiátrico definido.

Por último, en los pacientes con trastorno de pánico que consuman drogas hay que considerar las posibles interacciones farmacológicas que pueden cambiar la dosis requerida de antidepresivos. Nosotros observamos posibles cambios en la dosis del fármaco con la cafeína y con el alcohol, aunque no con el tabaco. La cafeína se metaboliza por el sistema del citocromo P450, por lo que es posible que tenga interacciones con algunos antidepresivos<sup>16</sup>. Igualmente, el alcohol puede interactuar con los antidepresivos<sup>17</sup> o puede que tenga un efecto ansiolítico que disminuya la dosis requerida del antidepresivo. De cualquier forma, éste es un tema que necesitaría estudios más amplios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cox BJ, Norton GR, Swinson RP, Endler NS. Substance abuse and panic-related anxiety: a critical review. *Behav Res Ther* 1990; 28:383-93.
2. Nickell PV, Uhde TW. Dose-response effects of intravenous caffeine in normal volunteers. *Anxiety* 1994-95;1:161-8.
3. Boulenger JP, Uhde TW, Wolff EA, Post RM. Increased sensitivity to caffeine in patients with panic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:1067-71.
4. Bruce M, Scott N, Shine P, Lader M. Anxiogenic effects of caffeine in patients with anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:867-9.
5. Rihs M, Muller C, Baumann P. Caffeine consumption in hospitalized psychiatric patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996;246:83-92.
6. Amering M, Bankier B, Berger P, Griengl H, Windhaber J, Katschnig H. Panic disorder and cigarette smoking behavior. *Compreh Psychiatry* 1999;40:35-8.

7. Isensee B, Wittchen HU, Stein MB, Hofler M, Lieb R. Smoking increases the risk of panic. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:692-700.
8. Goodwin R, Hamilton SP. Cigarette smoking and panic: the role of neuroticism. *Am J Psychiatry* 2002;159:1208-13.
8. Zvolensky MJ, Schmidt NB, Stewart SH. Panic disorder and smoking. *Clin Psychol* 2003;10:29-40.
9. Samarasinghe DS, Tilley S, Marks IM. Alcohol and sedative drug use in neurotic outpatients. *Br J Psychiatr* 1984;145:45-8.
10. Bibb JL, Chambless DL. Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics. *Behav Res Ther* 1986;24:49-58.
11. Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, O'Neil CA, Rosenbaum JF. Alcohol dependence in panic disorder patients. *J Psychiatr Res* 1992;26:29-38.
12. Goldenberg IM, Mueller T, Fierman EJ, Gordon A, Pratt L, Cox K, et al. Specificity of substance use in anxiety-disordered subjects. *Compreh Psychiatry* 1995;36:319-28.
13. Ochoa E. Los trastornos de ansiedad y la dependencia de alcohol o drogas. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:56-63.
14. Pollard CA, Detrick P, Flynn T, Frank M. Panic attacks and related disorders in alcohol-dependent, depressed, and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:180-5.
15. Kushner MG, Mackenzie TB, Fiszdon J, Valentiner DP, Foa E, Anderson N, et al. The effects of alcohol consumption on laboratory-induced panic and state anxiety. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:264-70.
16. Lau CE, Wang J. Alprazolam, caffeine and their interaction: relating DRL performance to pharmacokinetics. *Psychopharmacology* 1996;126:115-24.
17. Castaneda R, Sussman N, Westreich L, Levy R, O'Malley M. A review of the effects of moderate alcohol intake on the treatment of anxiety and mood disorders. *J Clin Psychiatry* 1996;57:207-12.