

SOCIDROGALCOHOL

Guía clínica

**guía para el tratamiento
de la dependencia de opiáceos**

Juan José Fernández Miranda
César Pereiro Gómez

Junta Directiva de Socidrogalcohol

COORDINADOR

Juan José Fernández Miranda
Junta Directiva de Socidrogalcohol
Servicio de Salud del Pº de Asturias (SESPA)

AUTORES

Juan José Fernández Miranda
Junta Directiva de Socidrogalcohol
Servicio de Salud del Pº de Asturias (SESPA)

César Pereiro Gómez
Junta Directiva de Socidrogalcohol
ACLAD. Plan de Galicia sobre Drogas

REVISORES

Elisardo Becoña Iglesias
Julio Bobes García
Indalecio Carrera Manchado
Ángeles Castro Iglesias
Carmen Gimeno Escrig
Pedro Marina González

Domingo Miguel Arias
Marino Montes Pérez
Enriqueta Ochoa Mangado
José Domingo Pedreira Andrade
Antonio Terán Prieto
Ana Villa Canal

Esta Guía ha sido realizada gracias a la subvención del PNSD

EDITA: Socidrogalcohol • TIRADA: 3.000 ejemplares

PORTADA: *Martín Impresores, S.L.*

I.S.B.N.: 978-84-9333094-1

DEP. LEGAL: V-1054-2007

IMPRIME: MARTIN IMPRESORES, S.L. • Pintor Jover, 1 - 46013 VALENCIA

SOCIDROGALCOHOL

C/. Rambla, 15, 2ª, 3ª • 07003 Palma de Mallorca

Tel.: (+34) 971727434 • Fax: (+34) 971213306

E-mail: adicciones@socidrogalcohol.org

www.socidrogalcohol.org

Índice

1. Introducción 7

2. Instrumentos de evaluación en la dependencia de opiáceos 13

1. Introducción 14
2. Entrevistas diagnósticas generales, de "screening" y de evaluación de la dependencia 14
3. Escalas de evaluación de los problemas relacionados con el consumo y escalas de medición de la gravedad clínica de la dependencia 16
4. Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica 18
5. Instrumentos de valoración de impacto 19
6. Valoración del síndrome de abstinencia a opiáceos 20
7. Otros instrumentos 21

3. Desintoxicación 23

1. Introducción 24
2. Pautas de desintoxicación: fármacos 26
3. Pautas de desintoxicación: técnicas 28
4. Contexto de tratamiento 30

4. Tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos 33

1. Introducción 34
2. Farmacología de la naltrexona 34
3. Indicaciones y criterios de inclusión de programa de mantenimiento con naltrexona 36
4. Utilización de la naltrexona en programas de mantenimiento 38
5. Efectividad de los programas de mantenimiento con naltrexona 42

5. Tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos 45

1. Introducción 45
2. Indicación terapéutica y objetivos 46
3. Intervención farmacológica y otros aspectos a considerar en el tratamiento 48
4. Farmacología de los fármacos sustitutivos 50
5. Dosificación 51
6. Efectos secundarios e interacciones 56
7. Situaciones especiales 59
8. Eficacia de los tratamientos de mantenimiento con sustitutivos opiáceos 62

6. Consumo de menos riesgo: técnicas de inyección más segura y prevención de sobredosis **65**

1. Introducción **66**
2. Estableciendo prioridades: consumo inyectado como factor de riesgo **66**
3. Contar con los usuarios como mediadores o agentes preventivos **67**
4. Difusión de las técnicas de inyección más segura y prevención de sobredosis **68**
5. Programas de intercambio de jeringuillas **68**
6. Talleres de consumo de menos riesgo **70**

7. Tratamiento en comunidad terapéutica **73**

1. Introducción **74**
2. Características del tratamiento en comunidad terapéutica **75**
3. Criterios de indicación y procedimiento para la derivación de pacientes a CT **77**

8. Intervención psicológica **81**

1. Introducción **82**
2. Técnicas de tratamiento más habituales **85**
3. Características del tratamiento psicológico **92**
4. Cuestiones a abordar durante el tratamiento **93**

9. Complicaciones somáticas en el paciente heroínómano **99**

1. Introducción **100**
2. Batería básica de exploraciones complementarias **101**
3. Tuberculosis **102**
4. Hepatitis Víricas **104**
5. Infección por el VIH **106**

10. Comorbilidad psiquiátrica en la dependencia de opiáceos **111**

1. Introducción **112**
2. Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en dependientes de opiáceos **113**

11. Bibliografía básica

12. Webs de interés

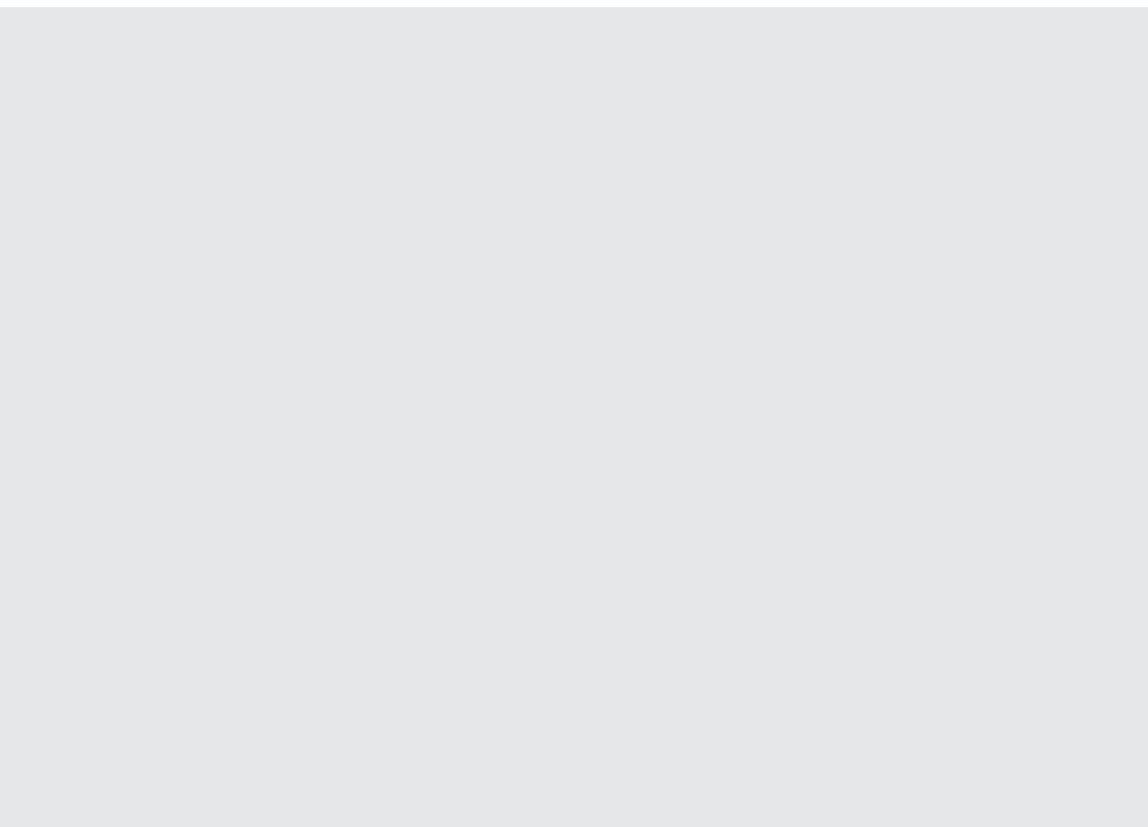
Guía clínica

guía para el tratamiento de
la dependencia de opiáceos

Juan José Fernández Miranda
César Pereiro Gómez

SOCIDROGALCOHOL

1. Introducción



La drogodependencia es un trastorno con tendencia a la cronicidad, recidivante, que lleva a un comportamiento de búsqueda compulsiva de la droga, pérdida del control del autoconsumo a pesar de los efectos perjudiciales del mismo y fenómenos de recidiva, incluso tras largos periodos de abstinencia. Esta situación conduce al individuo a una progresiva desestructuración de todas sus actividades. Los diferentes procesos que participan en los fenómenos adictivos son complejos tanto desde un punto de vista neurobiológico como comportamental y dan lugar a toda una serie de manifestaciones que incluyen fenómenos tales como intoxicación, tolerancia farmacológica, dependencia física, sensibilización y búsqueda compulsiva o "craving". Los fenómenos de tolerancia y la dependencia física se corresponden con adaptaciones desarrolladas en respuesta a una exposición prolongada a determinadas drogas, pero no están directamente relacionadas con las propiedades adictivas que presenta la droga de abuso en cuestión.

Los opiáceos son compuestos que poseen propiedades farmacológicas de un alto interés terapéutico y han sido ampliamente utilizados en clínica, sobre todo por sus efectos analgésicos. Sin embargo, estas sustancias tienen una gran capacidad adictiva y su administración incontrolada produce una serie de modificaciones en el organismo que pueden originar la aparición de un cuadro de dependencia. Estos procesos se desarrollan como consecuencia de los cambios adaptativos a nivel celular y molecular, que se producen en diversos sistemas neuroquímicos a nivel del sistema nervioso central, en respuesta a la presencia repetida de la droga y que persisten durante un largo período de tiempo incluso después que la administración del opioide es interrumpida.

➔ *La atención a los problemas generados por la dependencia a la heroína ha ido evolucionando, desde su inicio en los años ochenta, con una oferta asistencial centrada en programas libres de drogas hasta que, sobre todo por la aparición de la epidemia de la infección por el VIH, se fue aceptando un nuevo marco conceptual que consideraba el consumo de drogas como un problema multifactorial, con aspectos sanitarios, sociales y de comportamiento fundamentales para conseguir su comprensión. De este modo, la abstinencia de drogas y la reinserción ya no podían ser los únicos objetivos, reconociéndose otros como reducir la morbimortalidad o mejorar la calidad de vida sin modificar el hecho de la dependencia. Estos cambios llevaron al desarrollo de los programas de mantenimiento con metadona, de intercambio de jeringuillas y a la adaptación de los diferentes recursos asistenciales. Con la evolución de los problemas relacionados con el consumo de heroína también se produjo el del marco conceptual, desde la desviación de orden social hasta el trastorno del comportamiento. A partir de ello se crearon servicios específicos y especializados en el área de la salud mental y de los servicios sociales, además de muchas estrategias preventivas.*

La atención a los problemas generados por la dependencia a la heroína ha ido evolucionando, desde su inicio en los años ochenta, con una oferta asistencial centrada en programas libres de drogas hasta que, sobre todo por la aparición de la epidemia de la infección por el VIH, se fue aceptando un nuevo marco conceptual que consideraba el consumo de drogas como un pro-

blema multifactorial, con aspectos sanitarios, sociales y de comportamiento fundamentales para conseguir su comprensión. De este modo, la abstinencia de drogas y la reinserción ya no podían ser los únicos objetivos, reconociéndose otros como reducir la morbimortalidad o mejorar la calidad de vida sin modificar el hecho de la dependencia.

La evolución del fenómeno de la heroína en nuestro país ha pasado por un descenso importante de las admisiones a tratamiento debidas a esta sustancia como “droga principal”, mientras que la edad media de los sujetos que demandan atención ha aumentado considerablemente. Además, se ha producido un cambio radical en la vía predominante de administración con una disminución marcada de la proporción de inyectores actuales entre los tratados por consumo de drogas. La infección por el VIH y el desarrollo posterior del SIDA han sido, desde su aparición, uno de los principales problemas asociados al uso de drogas en España. El número anual de nuevos diagnósticos de SIDA asociados al consumo inyectado en la actualidad ha descendido de forma importante desde 1994. El descenso puede atribuirse al conjunto de los avances de la lucha contra esta grave epidemia y al abandono de la vía intravenosa como forma mayoritaria de administración de la heroína y otras drogas. También en el indicador “urgencias hospitalarias por reacción aguda a sustancias psicoactivas” que nos proporciona el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías se observa una disminución importante de las menciones de heroína y un aumento de las de cocaína. En relación con la mortalidad, ha descendido de forma lenta, desde principios de los años 80, la proporción de fallecidos por reacción aguda a drogas en cuyos fluidos biológicos, mediante determinaciones toxicológicas, se encuentran opioides o sus metabolitos.

Los objetivos señalados para los consumidores problemáticos de opiáceos en los últimos años, en relación con su salud, se han logrado y consolidado en gran medida en cuanto a incrementar el número de heroinómanos en contacto con los recursos asistenciales, desarrollar programas de tratamiento con objetivos parciales y/o de carácter paliativo. También se han implementado acciones dirigidas a facilitar los instrumentos para prevenir las infecciones más prevalentes (programas de intercambio de jeringuillas y dispensación de preservativos). Otro de los grandes cambios es la consideración del propio tratamiento como una forma de prevención y las medidas dirigidas a adecuar los recursos asistenciales al incremento del control y tratamiento de la patología orgánica y psiquiátrica asociada al consumo.

Los programas sustitutivos con agonistas opiáceos han demostrado su elevada eficacia y efectividad, siendo en la actualidad los más utilizados en pacientes con dependencia de opiáceos en aquellos países donde se encuentran disponibles. El tratamiento de mantenimiento con metadona, además, se ha consolidado como un instrumento para reducir la prevalencia de infección por el VIH. El tratamiento de sustitución ha perdido en gran medida carga de conflictividad, pasando a contemplarse como un instrumento terapéutico más, en claro proceso de normalización, poniendo fin así a una etapa en la que el rechazo y la polémica, basadas en consideraciones diversas, habían primado por encima de argumentos de tipo sanitario o pruebas basadas en la evidencia científica.

A la hora de describir los cambios acontecidos, es preciso señalar como la creación de las unidades de desintoxicación (UDH) en los hospitales generales ha propiciado que, cuando se pro-

duce el ingreso de un paciente en cualquier servicio, se pueda ofertar un tratamiento de desintoxicación conjuntamente con el tratamiento de la patología orgánica que ha motivado el ingreso, con el fin de que se pueda garantizar que el paciente podrá ser desintoxicado y a la vez no realizará ningún consumo durante su estancia que pueda interferir en el correcto tratamiento de su patología orgánica.

Durante años la implicación de la red general sanitaria y de servicios sociales pudo considerarse como escasa. Sin embargo cada vez está más aceptado que la planificación del tratamiento debe orientarse en general hacia la colaboración desde la atención primaria. Ello no implica que deban descartarse los servicios especializados ni el estudio de métodos de tratamiento más eficaces. Este nuevo marco conceptual ha favorecido la creación de una gama más amplia y diversificada de recursos asistenciales, tanto ambulatorios como hospitalarios o residenciales, posibilitando la integración de los recursos específicos en la redes generales y estimulando redes inespecíficas, una tarea que sin duda de cara al futuro habrá de completarse donde no se haya llevado a cabo. El sistema de atención sanitaria a nivel primario debe actuar en términos generales como un dispositivo que mejore la calidad de vida del paciente o que obtenga mejoras parciales en el consumo. En definitiva, debe aportar acciones dirigidas a reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a la presencia de cualquier enfermedad y el consumo problemático de drogas sin duda alguna merece la consideración de pérdida de salud o enfermedad en su definición más comúnmente aceptadas.

Para finalizar esta breve introducción, es preciso señalar que el desarrollo de la atención a los adictos a opiáceos ha sido muy rápida estos años, consolidándose una serie de abordajes farmacológicos y psicológicos, además de dispositivos asistenciales y de profesionales expertos en adicciones. No obstante, la mejora de su calidad pasará por la integración en la red sanitaria normalizada, el diseño de subprogramas (desde la abstinencia a lo paliativo), la definición de procedimientos, la adaptación a nuevos patrones en viejos consumidores (mayor supervivencia al VIH, uso de cocaína) y a nuevos usuarios (policonsumidores, con mas comorbilidad psiquiátrica) y la identificación de variables relacionadas con efectividad/cronicidad y con coste-efectividad.

➔ *El desarrollo de la atención a los adictos a opiáceos ha sido muy rápida estos años, consolidándose una serie de abordajes farmacológicos y psicológicos, además de dispositivos asistenciales y de profesionales expertos en adicciones. No obstante, la mejora de su calidad pasará por la integración en la red sanitaria normalizada, el diseño de subprogramas, la definición de procedimientos, la adaptación a nuevos patrones en viejos consumidores y a nuevos usuarios y la identificación de variables relacionadas con efectividad/cronicidad y con coste-efectividad.*

Los estudios recientes han permitido un notable avance en el conocimiento del sustrato biológico responsable de los efectos reforzantes y aversivos de las drogas de abuso, proporcionado una información importante sobre la existencia de múltiples mecanismos neuroquímicos, mo-

leculares y neuroanatómicos comunes a la adicción a distintos tipos de drogas incluidos los opiáceos. Es de esperar que este avance en el conocimiento de las bases neurobiológicas de la dependencia de sustancias probablemente pueda cambiar en el futuro el abordaje terapéutico actual, apareciendo nuevas opciones de tratamiento que pueden ir desde la administración de nuevos fármacos agonistas opiáceos a otros ya conocidos pero cuya difusión todavía no está generalizada en todos los países (buprenorfina). La prescripción médica de la propia heroína, controlada sanitariamente, hasta la utilización de antagonistas ya conocidos en formas galénicas de liberación lenta (naltrexona en microesferas) o incluso el desarrollo de vacunas son también opciones terapéuticas que habrán de tenerse en cuenta siempre, formando parte todas ellas de un abordaje más integral posible teniendo en cuenta las intervenciones psicológicas y sociales.

Mientras el acceso a nuevas formas de intervención o tratamiento no son conocidas, en los capítulos que contiene esta Guía Clínica se aportan algunos elementos básicos, todos ellos basados en la evidencia, que deberían de tenerse en cuenta en el abordaje de los problemas generados por el consumo de opiáceos. Su objetivo es ofrecer unas recomendaciones terapéuticas en las distintas áreas del tratamiento de la dependencia de opiáceos basadas en la evidencia científica, concretas y resumidas. La idea básica es lograr una guía de consulta profesional actualizada y práctica. Las recomendaciones, elaboradas en base a la revisión bibliográfica y la experiencia clínica, han sido revisadas por expertos en distintos aspectos relacionados con el tratamiento de la adicción a opiáceos.

2. Instrumentos de evaluación en la dependencia de opiáceos

1. Introducción **14**
2. Entrevistas diagnósticas generales, de “screening” y de evaluación de la dependencia **14**
3. Escalas de evaluación de los problemas relacionados con el consumo y escalas de medición de la gravedad clínica de la dependencia **16**
4. Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica **18**
5. Instrumentos de valoración de impacto **19**
6. Valoración del síndrome de abstinencia a opiáceos **20**
7. Otros instrumentos **21**

1. Introducción

Existen diversos instrumentos que han demostrado utilidad en la evaluación del paciente dependiente de opiáceos. No obstante, cabe reseñar que ninguno de ellos puede sustituir a una adecuada anamnesis y exploración clínica a la hora de realizar el diagnóstico de dependencia, pero pueden complementarlas o bien ser utilizados con fines diversos (epidemiológicos, clínicos o de investigación). Aunque no existen pruebas específicas para el diagnóstico de la dependencia de heroína, pueden ser de gran utilidad para la elección y de la estrategia terapéutica más adecuada, la utilización de instrumentos que evalúan la gravedad de la dependencia y del síndrome de abstinencia. Un abordaje comprehensivo del paciente con dependencia de heroína debe incluir siempre una evaluación psicopatológica detallada tratando de conocer la psicopatología específica de las adicciones así como valorar otras patologías comórbidas. En líneas generales, se recomienda que el clínico utilice en la evaluación clínica de sus pacientes aquellas escalas que cuenten con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptadas y validadas en castellano.

➔ *Ningún instrumento de evaluación puede sustituir a una adecuada anamnesis y exploración a la hora de realizar el diagnóstico de dependencia, pero su utilidad como exploración complementaria o su uso con fines diversos (epidemiológicos, investigación, clínica etc.) está fuera de toda duda.*

2. Entrevistas diagnósticas generales, de “screening” y de evaluación de la dependencia

Se trata de entrevistas estructuradas o semiestructuradas de exploración psiquiátrica que también incluyen ítems específicos de evaluación de adicciones. Algunas de las que siguen pueden ser de gran utilidad como exploraciones complementarias durante la evaluación clínica (Tabla 1).

- *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview-CIDI)*. El CIDI es una entrevista comprensiva, altamente estructurada, diseñada como herramienta de ayuda diagnóstica de las principales categorías incluidas en las clasificaciones CIE-10 y DSM-III-R. Incluye 15 secciones entre las que se encuentra trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Existe un Modulo de Abuso de Sustancias (SAM) el CIDI-SAM.

- *Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry-SCAN)*. El sistema SCAN tiene como objetivo la evaluación diagnóstica de los trastornos mentales y en su modulo 11 -12 establece el diagnóstico y la gravedad de la dependencia. Para ello, se basa entre otros, en el Present State Examination (PSE-10). Permite

realizar la calificación diagnóstica mediante un programa de ordenador (CATEGO-5), de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10.

- *Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, eje I (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders-SCID-I)*. La SCID-I es una entrevista semiestructurada que permite hacer diagnósticos del eje I de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de 6 módulos (A a F) que hacen referencia a distintos trastornos. El módulo E se ocupa específicamente de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias.

- *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)*. Esta diseñada para el estudio de los trastornos psiquiátricos inducidos por drogas así como los comorbidos, siguen criterios diagnósticos de DSM-IV, la sección de abuso de sustancias permite realizar diagnósticos de dependencia de sustancias.

- *Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (Mini International Neuropsychiatric Interview-MINI)*. La MINI es un instrumento diseñado como herramienta de ayuda para realizar diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV o la CIE-10, tanto en la clínica como en la investigación. Se trata de una entrevista diagnóstica altamente estructurada, relativamente breve y de fácil utilización. La entrevista está dividida en 14 secciones diagnósticas, entre las que se encuentra una correspondiente a trastornos por uso de sustancias.

Tabla 1. Entrevistas diagnósticas generales y de evaluación de la dependencia

| Instrumento | Autor, año | Adaptación española | Tipo entrevista |
|---|---------------------|------------------------|------------------|
| CIDI Composite International Diagnostic Interview | OMS, 1993 | | Estructurada |
| CIDI-SAM Composite International Diagnostic Interview – Substance Abuse Module | Robins et al, 1990 | | Estructurada |
| SCAN Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry | Wing, 1992 | Vázquez-Barquero, 1993 | Semiestructurada |
| SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders | First et al, 1997 | | Semiestructurada |
| MINI Mini-International Neuropsychiatric Interview | Sheehan et al, 1992 | Ferrando et al, 1997 | Semiestructurado |
| Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM). | Hasin, 1996 | Torrens, 2004 | Semiestructurada |

3. Escalas de evaluación de los problemas relacionados con el consumo y escalas de medición de la gravedad clínica de la dependencia

La evaluación de la gravedad de la dependencia se puede realizar desde un punto de vista clínico, a partir de la presencia o no de los síntomas descritos y de las repercusiones que estos síntomas tienen en la vida de la persona. No obstante, existen una serie de instrumentos diseñados para tal fin que puede resultar de gran utilidad (Tabla 2).

- *Índice de Gravedad de la Adicción (Addiction Severity Index-ASI)*. Es una entrevista semiestructurada creada en el año 1980. La evaluación de la gravedad del problema del paciente se realiza en base a las siguientes áreas: estado médico general, situación laboral y financiera, consumo de alcohol, consumo de drogas, problemas legales, familia y relaciones sociales y estado psicológico. En cada una de las áreas se hacen preguntas objetivas que miden el número, la extensión y la duración de los síntomas problema a lo largo de la vida del paciente y en los últimos 30 días. Además el paciente aporta información subjetiva. La puntuación de severidad tiene un rango de 0 -no problema- a 9 -problema extremo- puntos. En el contexto del ASI se define severidad como la necesidad de tratamiento en el caso de que éste no exista o como la implementación de tratamiento adicional. Se trata de un instrumento muy potente, válido y fiable. El EuropASI, es la versión europea de la quinta versión americana del ASI. Su desarrollo fue auspiciado por la Dirección General 12 de la Unión Europea En la actualidad existen versiones del EuropASI en casi todos los países europeos, incluido España.

- *Índice de tratamiento de opiáceos (Opiate Treatment Index (OTI))*. Se trata de una entrevista semiestructurada cuya utilidad fundamental es la evaluación de los resultados del tratamiento de la adicción, permitiendo valorar el progreso dentro de un determinado programa, así como comparar los resultados entre distintos programas. El OTI tiene una estructura multidimensional con escalas que miden seis dominios independientes: consumo de drogas, conductas de riesgo de contagio del VIH, funcionamiento social, deterioro legal, salud general y ajuste psicológico. Las escalas siguen un modelo dimensional de puntuación. Cada una de ellas proporciona una medida de la gravedad o del grado de deterioro en el área de funcionamiento correspondiente. También se puede obtener puntuaciones totales muy útiles para la comparación de la gravedad de pacientes y grupos.

- *Escala de Evaluación del Consumo de Drogas (Drug Taking Evaluation Scale-DTES)*. Es un instrumento heteroaplicado que mide actitudes derivadas del consumo de drogas. Está compuesto por cuatro subescalas (consumo de drogas, funcionamiento social, relaciones familiares y sociales y estado mental), intentando de esta forma abarcar la multidimensionalidad de la conducta adictiva. La DTES ha sido utilizada para caracterizar a poblaciones adictas y en investigaciones para valorar la eficacia de un tratamiento de deshabituación.

- *Escala de Gravedad de la Dependencia (Severity of Dependence Scale-SDS)*. Es una escala autoadministrada desarrollada para la medida del grado de dependencia de diferentes tipos de sustancias. Consta de cinco preguntas con respuestas tipo likert. El concepto de dependencia que evalúa esta escala no se ajusta a los criterios establecidos por los sistemas de clasificación diagnóstica DSM-IV o CIE-10.

- Cuestionario de Dependencia de Leeds (*Leeds Dependence Questionnaire-LDQ*). Es una escala breve autoadministrada cuyo objetivo es la medida del grado de dependencia de diferentes tipos de sustancias. Consta de 10 preguntas con respuestas tipo likert de cuatro grados. El concepto de dependencia que evalúa esta escala no se ajusta a los criterios establecidos por los sistemas DSM-IV o CIE-10, sino que la dependencia sería un fenómeno puramente psicológico, mientras que la tolerancia y el síndrome de abstinencia estarían considerados como consecuencias del consumo regular.

- *Perfil de Adicción de Maudsley (Maudsley Addiction Profile-MAP)*. Es una entrevista clínica semiestructurada diseñada para ser utilizada como instrumento de monitorización y seguimiento de los resultados de los tratamientos. Consta de 64 ítems, y recoge información autoadministrada acerca de los problemas que experimentan los usuarios de drogas en cuatro áreas: uso de sustancias, conductas de riesgo para la salud, problemas de salud físicos o psicológicos, contexto vital y funcionamiento social. El objeto básico del MAP es recoger información estandarizada sobre aspectos básicos de la conducta y problemática del paciente, durante las diferentes fases del tratamiento (admisión, tratamiento, finalización y seguimiento).

Tabla 2. Escalas de gravedad clínica de la adicción

| Instrumento | Autor, año | Adaptación española | Tipo entrevista |
|---|-----------------------------|--|------------------------|
| ASI Addiction Severity Index | McLellan et al, 1980 | Guerra, 1992 | Semiestructurada |
| EuropASI European Addiction Severity Index | Kokkevi y Hartgers, 1995 | Bobes et al, 1996 | Semiestructurada |
| OTI Opiate Treatment Index | Darke et al, 1992 | González-Sáiz et al, 1997 | Semiestructurada |
| DTES Drug Taking Evaluation Scale | Holsten y Waal, 1980 | Vilalta, 1987 | Heteroaplicada |
| SDS Severity of Dependence Scale | Gossop et al, 1995 | González-Sáiz y Salvador-Carulla, 1998 | Autoaplicada |
| LDQ Leeds Dependence Questionnaire | Raistrick et al, 1994 | González-Sáiz y Salvador-Carulla, 1999 | Autoaplicada |
| MAP Maudsley Addiction Profile | Marsden et al, 1996 | Fernández y Torres, 2002 | Semiestructurada |

4. Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica

Instrumentos de intensidad o gravedad psicopatológica (Eje I)

Existen una serie de escalas específicas que podrían ser de gran utilidad a la hora de descartar patología del eje I. Así, en el caso de los trastornos afectivos cabe señalar la Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Scale-HAM-D), la Escala de Valoración de la Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale-MADRS), el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory-BDI), la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (Zung Self-Rating Depresión Scale-Zung-SDS) o la Escala de Melancolía de Bech-Rafaelsen (Bech-Rafaelsen Melancholia Scale-MES). Los trastornos de ansiedad podrían ser evaluados mediante la utilización de la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale-HAS) o el Inventario de Ansiedad Rasgo de Spielberger (State Trait Anxiety Inventory of Spielberger-STAI). En el caso de los trastornos esquizofrénicos las escalas más utilizadas usualmente son la Escala de Síndrome Negativo y Positivo (Positive and Negative Syndrom Scale-PANSS), las Escalas para la evaluación de los Síntomas Positivos y Negativos (Scales for the Assessment of Positive and Negative Symptoms-SAPS, SANS) y la Escala de Valoración Psiquiátrica Breve (Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS). De igual modo, se puede descartar la presencia de trastornos mentales orgánicos mediante la utilización de baterías neuropsicológicas que van desde las más sencillas como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) hasta las más complejas como las baterías de Luria-Nebraska, Halstead-Reitan y el test de Barcelona. De igual modo, la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechler (Wechler Adult Intelligence Scale-WAIS) ha sido frecuentemente empleado para evaluar el deterioro cognitivo en función del decalaje existente entre la puntuación verbal y la manipulativa. Otros tests como es el caso del Test de Ordenamiento de Cartas de Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test-WCST) podría ser utilizado en la evaluación de las funciones frontales o ejecutivas.

Instrumentos de evaluación de personalidad (Eje II)

- *Examen Internacional de Trastornos de Personalidad (International Personality Disorder Examination-IPDE)*. Es una entrevista semiestructurada cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV y/o CIE-10. Se trata de un instrumento heteroevaluado que ha de ser utilizado por un entrevistador experto y previamente entrenado en su manejo. Los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que hacen referencia a seis áreas de la vida del paciente: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos.

- *Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, eje II Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders-SCID-II*). Es una entrevista semiestructurada de ayuda diagnóstica para la eva-

luación de los 10 trastornos de personalidad contemplados en el eje II del DSM-IV. Se trata de un instrumento heteroevaluado que ha de ser administrado por un entrevistador experto y entrenado en su manejo.

Se resumen en la Tabla 3.

| Instrumento | Autor, año | Adaptación española | Tipo entrevista |
|--|-------------------|----------------------------|------------------------|
| SCID-II Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders | Firs, 1997 | Gomez Beneyto, 2003 | Semiestructurada |
| IPDE International Personality Disorders Examination | Loramger, 1994 | Lopez Ibor, 1996 | Semiestructurada |

5. Instrumentos de valoración de impacto

Discapacidad

- *Escala de Evaluación de Discapacidad Psiquiátrica de la OMS (WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule – II-WHO-DAS-II)*. Es un instrumento autoadministrado y sencillo desarrollado por la OMS para la valoración clínica de las limitaciones que presentan los enfermos psiquiátricos graves. Consta de 36 ítems y proporciona un perfil del funcionamiento del paciente a través de 6 dominios (comprensión y comunicación con el mundo que le rodea, capacidad para manejarse en el entorno, cuidado personal, relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad), así como una puntuación general de discapacidad.

Percepción subjetiva de salud

- *Examen de Salud MOS, Forma Corta (The MOS Short-Form Healthy-Survey-SF-36)*. Se trata de un instrumento autoadministrado desarrollado con el fin de evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud y, se basa, conceptualmente, en un modelo bidimensional de salud: física y mental. Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 escalas (funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental). Las 8 escalas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. En la actualidad, existe otra versión, el SF 35 y una versión aun más reducida, la SF-12.

- *Instrumento de Calidad de Vida de la OMS (World Health Organization Quality of Life Instrument-WHOQOL-100)*. Es un instrumento autoadministrado diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Este instrumento determina la percepción de los individuos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses. Está estructurado de forma jerárquica y cuenta con una evaluación global de la calidad de vida en 6 dominios (físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad). La OMS ha desarrollado una versión abreviada, el WHOQOL-BREF formado por 26 ítems.

- *Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)*. Instrumento español recientemente validado, cuyas propiedades señalan su pertinencia para medir la calidad de vida relacionada con la salud de personas drogodependientes, y en distintas fases del tratamiento de la dependencia. Está conformado por 22 ítems (18 positivos y 4 negativos –ítems 15, 19, 20 y 21-) con un formato de respuesta graduada de cinco alternativas.

Se resumen en la Tabla 4.

6. Valoración del síndrome de abstinencia a opiáceos

Tabla 4. Escalas para la evaluación de impacto

| Instrumento | Autor, año | Adaptación española | Tipo entrevista |
|---|--------------------|---------------------|-----------------|
| MOS SF-36 SF-36 Health Survey | Ware, 1992 | Alonso, 1995 | Autoaplicada |
| MOS-SF 12 | Ware, 2002 | Iraugi, 2005 | Autoaplicada |
| WHOQOL World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument | WHOQOL Group, 1993 | Lucas, 1998 | Autoaplicada |
| TECVASP Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas | Lozano, 2006 | | Autoaplicada |

- *Escala de Abstinencia a Opiáceos (Opiate Withdrawal Scale-OWS)*. Es una entrevista semiestructurada que consta de 32 ítems, mediante los cuales, de modo heteroaplicado, se evalúan diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia a opiáceos. Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad de 4 puntos. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 32 signos y síntomas explorados. No existen puntos de corte establecidos: a mayor puntuación, mayor gravedad.

- *Escala Breve de Abstinencia a Opiáceos (Short Opiate Withdrawal Scale-SOWS)*. Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 10 ítems, que de modo heteroaplicado, evalúan diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia a opiáceos. En realidad, es una escala derivada de la OWS que elimina los ítems redundantes y aquellos que presentan una baja correlación con la puntuación total de la escala. proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 signos y síntomas explorados.

- *Escala de Gold para valoración del síndrome de abstinencia a opiáceos*. Es una escala heteroaplicada que consta de 22 ítems con los que se evalúan aspectos propios de este estado de un modo objetivo. Se recogen aspectos tales como el deseo de droga, nivel de ansiedad, bostezos, sudación, lagrimeo, rinorrea, midriasis, piloerección, temblores, escalofríos, dolores óseos musculares, insomnio, hipertensión, aumento de la temperatura, disminución de la profundidad respiratoria, intranquilidad, agitación, taquicardia, náuseas, vómitos, diarrea y eyacuación espontánea.

Se resumen en la Tabla 5.

7. Otros instrumentos

| Tabla 5. Escalas para valoración del síndrome de abstinencia a opiáceos | | | |
|--|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| Instrumento | Autor, año | Adaptación española | Tipo entrevista |
| OWS Opiate Withdrawal Scale | Bradley et al, 1987 | Jiménez –Lerma, 2002 | Semiestructurada |
| SOWS Short Opiate Withdrawal Scale | Gossop, 1990 | | Semiestructurada |
| OWSOC Opioid Withdrawal Syndrome Observation Chart | Wistaria Centre, 1993 | | Semiestructurada |
| Escala de Gold para Valoración del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos | Gold et al, 1984 | | Semiestructurada |

- *Cuestionario sobre Consumo de Drogas-Heroína (Drug Taking Confidence Questionnaire-Heroine-DTCQ-H)*. Se trata de un instrumento autoadministrado que consta de 50 preguntas tipo likert, diseñado para evaluar la autoeficacia o confianza en uno mismo para resistir al deseo de consumir drogas ante ocho situaciones de riesgo. Se obtienen ocho puntuaciones correspondientes a ocho subescalas, cinco de las cuales hacen referencia a estados interpersonales y otras tres a situaciones interpersonales. En las situaciones relativas a estados interpersonales, el consumo de heroína implica una respuesta a una situación de naturaleza física o psico-

lógica. En las subescalas relativas a situaciones interpersonales se evalúan situaciones de riesgo para el consumo de heroína en las cuales están implicadas influencias de otras personas.

➔ *Existen numerosos instrumentos de ayuda a la evaluación tanto diagnóstica como de las consecuencias de la adicción en diferentes áreas. No obstante, deben recordarse a la hora de elegir uno los necesarios criterios de calidad de un instrumento de medida (Consistencia interna, fiabilidad y validez), así como su validación a nuestro medio o al menos su adaptación. En este sentido, los más utilizados en nuestro país, y que cumplen sobradamente los referidos criterios, han sido el EuropASI y el SF-36.*

3. Desintoxicación

1. Introducción **24**
2. Pautas de desintoxicación: fármacos **26**
3. Pautas de desintoxicación: técnicas **28**
4. Contexto de tratamiento **30**

1. Introducción

Los tratamientos de desintoxicación son procesos terapéuticos destinados a conseguir la abstinencia, permitiendo al adicto prescindir del consumo del tóxico. Se trata pues de un proceso mediante el cual se procede a la interrupción brusca o gradual del consumo de una droga, en este caso un opiáceo, de la que ha desarrollado una dependencia física, utilizando para ello un conjunto de medidas farmacológicas e higiénico-dietéticas que alivian la sintomatología derivada de la abstinencia. Los objetivos de la desintoxicación se resumen en la Tabla 6 .

Tabla 6. Objetivos de la desintoxicación

- Liberar al organismo de la dependencia física asociada al consumo crónico de droga
- Disminuir las molestias y el disconfort asociado a la supresión del consumo y consecuentemente a la abstinencia
- Proporcionar un tratamiento seguro que permita al adicto superar las primeras dificultades que surgen al plantearse el abandono del consumo
- Crear un espacio de diálogo y comunicación centrado en la motivación para la obtención de un compromiso más amplio con el tratamiento.
- Detectar y tratar cualquier problema médico existente.
- Aprovechar el momento para educar al paciente en todas aquellas cuestiones relacionadas con la salud y la prevención de recaídas.

La desintoxicación puede tener lugar en un marco hospitalario o, más comúnmente, de tipo ambulatorio. Cada opción tiene sus ventajas e inconvenientes en relación con los costes, la interrupción del tipo de vida habitualmente realizado por el paciente, la participación o no de la familia y las posibilidades de contención o control en relación con el acceso a sustancias. Los clínicos, en cada caso, deberán valorar las ventajas e inconvenientes de las distintas modalidades de desintoxicación para indicar aquella que se adapte más a las necesidades o posibilidades de cada paciente en un momento dado.

➔ *Los tratamientos de desintoxicación son procesos terapéuticos destinados a conseguir la abstinencia, permitiendo al adicto prescindir del consumo del tóxico. Se trata de un proceso mediante el cual se procede a la interrupción brusca o gradual del consumo del opiáceo, de la que ha desarrollado una dependencia física, utilizando para ello un conjunto de medidas farmacológicas e higiénico-dietéticas que alivian la sintomatología derivada de la abstinencia.*

La supresión del consumo continuado de opiáceos o la administración de un antagonista precipita la aparición de un conjunto de signos y síntomas de distinta intensidad y gravedad, en

función del grado de dependencia física, conocido como síndrome de abstinencia (SAO). En el síndrome de abstinencia hay que tener en cuenta el tipo de opiáceo y su vida media, ya que cuanto antes comienza la abstinencia menos dura ésta, si bien es más intensa. La petidina es el de más rápida aparición (pocas horas), seguido de la heroína (8 horas), metadona (48 horas) y buprenorfina (2 semanas). En el caso de la heroína, opioide de uso mas extendido en nuestro medio, el síndrome de abstinencia presenta una graduación creciente en la que se van sucediendo determinados signos/síntomas, tanto en cantidad como en intensidad a medida que pasan las horas. Suele comenzar entre 8-10 horas tras la última dosis y llega a su máximo en 36-72 horas, tiempo en el que pueden observarse síntomas como: calambres musculares, rinorrea, lagrimeos, bostezos, dilatación pupilar, taquicardia, hiper o hipotermia e hipertensión, todo ellos acompañado de ansiedad y deseo más o menos compulsivo de consumir de nuevo (Tabla 7). Las complicaciones graves y el riesgo vital son escasos, salvo en abstinencias agudas inducidas por antagonistas, si no son tratadas.

Tabla 7. Síndrome de abstinencia aguda de heroína

| Grado I | Grado II | Grado III | Grado IV |
|--|--|--|---|
| Aparece a las 8 horas | Aparece a las 12 horas | Aparece entre las 18-24 horas | Aparece entre las 24-36 horas |
| | Los síntomas de grado I incrementados en intensidad, mas: | Los síntomas de grado II incrementados en intensidad, mas: | Los síntomas de grado III incrementados en intensidad, mas: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bostezos • Lagrimeo • Sudoración • Rinorrea • Ansiedad | <ul style="list-style-type: none"> • Midriasis • Piloerección • Espasmos musculares • Flashes frío/calor • Mialgias • Artralgias • Anorexia | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Taquicardia • Hipertermia • Inquietud • Náuseas • Insomnio | <ul style="list-style-type: none"> • Facies febril • Vómitos • Diarreas • Eyaculación espontánea • Orgasmo |

También es importante tener en cuenta que, por lo general, se trata a pacientes que acompañan el consumo de heroína con otras drogas: benzodiazepinas, alcohol, etc; que también producen sintomatología de abstinencia tras la supresión brusca y, de no ser tenidas en cuenta, pueden dar lugar a la aparición de complicaciones en la desintoxicación .

El consumo temprano y matutino de la sustancia es el mejor indicador de la probable existencia de un SAO. Una mayor frecuencia y cantidad de la sustancia consumida también son buenos predictores de su gravedad. Una regla general es que las sustancias con una acción de corta duración tienden a producir SAO cortos e intensos, y las sustancias con efectos de mayor duración los producen más prolongados pero menos graves. Pero hoy en día sabemos que los factores psicológicos tienen un papel si acaso tan importante (y a veces más) en su desarrollo. Las expectativas acerca del sufrimiento previsible, como factor específico, y distintos compo-

nentes de la personalidad (neuroticismo, etc.) modificarán también la gravedad del SAO.

Se utilizan fármacos específicos o sintomáticos de forma programada para prevenir la aparición de sintomatología, bien por su potencial gravedad o principalmente con el objetivo de proporcionar el mayor confort posible al paciente para así favorecer su motivación y adhesión al tratamiento. Los aspectos orgánicos básicos: nutrición, hidratación, equilibrio electrolítico, temperatura y tensión también deberán ser tenidos en cuenta.

2. Pautas de desintoxicación: fármacos

Las pautas de desintoxicación clásicas se basan en la utilización de agonistas opiáceos, antagonistas alfa-2-adrenérgicos y tratamiento farmacológico sintomático. En todos los casos, trátase de cualquiera de las sustancias antes mencionadas o de combinaciones de las mismas, es preciso, de forma previa al inicio de la desintoxicación, realizar una valoración médica completa, que incluya análisis elementales, así como la realización de una historia toxicológica exhaustiva que permita conocer en profundidad las sustancias consumidas por el sujeto, las dosis utilizadas, las vías de administración empleadas y la antigüedad en el consumo. Todos estos datos nos orientarán para definir la tolerancia desarrollada por un sujeto, la intensidad del síndrome de abstinencia que pueda desarrollar y su estado físico para afrontar el mismo utilizando fármacos sin riesgos.

➔ *Las pautas de desintoxicación clásicas se basan en la utilización de agonistas opiáceos, antagonistas alfa-2-adrenérgicos y tratamiento farmacológico sintomático.*

Agonistas opiáceos

En teoría, pautas con uso de medicamentos agonistas opiáceos a una dosis inicial suficiente para evitar la aparición de sintomatología de abstinencia, seguido de la disminución gradual de las dosis, serían las más recomendadas para la realización de desintoxicaciones en sujetos adictos a opiáceos. Se ha de hacer el cálculo del consumo efectuado por el paciente en los días previos a la desintoxicación para obtener las equivalencias farmacológicas (Tabla 8). También es necesario conocer el consumo de benzodicepinas, alcohol, cocaína y/o cualquier fármaco prescrito, para evitar, la abstinencias de estas sustancias, interacciones indeseables e interferencias en el proceso de desintoxicación.

Tabla 8. Equivalencias entre sustancias para el tratamiento sustitutivo

Metadona: 1 mg es equivalente a:

| | |
|--------------|---------|
| Heroína | 2 mg |
| Morfina | 3 mg |
| Codeína | 25 mg |
| Propoxifeno | 50 mg |
| Buprenorfina | 0,06 mg |

Metadona

Es un agonista opiáceo de potencia similar a la morfina, que presenta una buena absorción oral y una vida media de 24 a 36 horas. La modalidad más habitual de uso para desintoxicación es la dispensación a dosis decreciente durante 21 días, aunque la dosis inicial de estabilización y la tolerancia por parte del paciente a los síntomas de supresión presentados serán los que definan en cada caso la duración final del proceso de desintoxicación. La reducción diaria aconsejable, tras mantener la dosis inicial 48 hs., es alrededor del 10-20 % de la dosis, aunque existe una gran variabilidad individual a la hora de percibir la retirada del fármaco. Con comprimidos, se reducirá 5 mg/día.

Dextropropoxifeno

Es estructuralmente similar a la metadona, aunque con una potencia analgésica menor que la codeína. A dosis superiores de 1.000-1.500 mg/día con su uso se puede presentar disforia, sedación, convulsiones y alucinaciones, por lo que su manejo se hace peligroso. Además, debido a su estrecho margen terapéutico, existe un elevado riesgo de sobredosis con parada respiratoria. Las pautas que incluyen dextropropoxifeno suelen prolongarse entre 9 y 14 días, comenzando con una dosis de 5 ó 6 cápsulas que se retiran gradualmente (Tabla 9).

Tabla 9. Pauta de dextropropoxifeno (consumo de ½ g. De heroína al día)

| Día | Cápsulas (150 mg.) |
|-------|--------------------|
| 1º | 2-1-2 |
| 2º-4º | 2-2-3 |
| 5º | 2-2-2 |
| 6º | 2-1-2 |
| 7º | 1-1-2 |
| 8º | 1-1-1 |
| 9º | 1-0-1 |

Buprenorfina

Es un opiáceo sintético con acción mixta agonista- antagonista, de potencia superior a la morfina. Su uso en desintoxicaciones ha sido limitado en nuestro país por las presentaciones farmacológicas existentes que no permiten realizar dosificaciones cómodas

Alfa-2-adrenérgicos

La utilidad clínica de la clonidina y de la guanfacina (está última retirada del mercado) en el tratamiento del SAO viene siendo propuesta desde los años 70. La clonidina reduce de forma importante el dolor abdominal, escalofríos, calambres musculares, irritabilidad e inquietud. No actúa de forma significativa sobre la ansiedad, insomnio, ni dolores osteomusculares. Por ello es necesario el uso simultáneo de un ansiolítico miorrelajante (por ejemplo diazepam 10 mg, tres veces al día) y un AINE (acetilsalicilatos, según dolor). Es necesaria una vigilancia estrecha sobre las constantes cardiovasculares, dada la intensa hipotensión que se provoca. Las pautas a seguir se especifican en la Tabla 10.

Tabla 10. Pautas de utilización de la clonidina

| Día | Pauta 1 Consumo ≤ ¼ gr. | Pauta 2 Consumo ¼-1/2 gr. | Pauta 3 Consumo 1/2-1 gr. | Pauta 4 Consumo ≥ 1 gr. |
|-------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Peso del paciente | < 60 Kg // > 60 Kg | < 60 Kg // > 60 Kg | < 60 Kg // > 60 Kg | < 60 Kg // > 60 Kg |
| 1 | 0-2-2 // 0-2-3 | 0-2-3 // 0-2-3 | 0-2-3 | 0-3-3 |
| 2 | 2-2-2 // 2-2-3 | 2-2-3 // 3-2-3 | 3-2-3 | 3-3-3 |
| 3 | 2-2-2 // 2-2-3 | 2-2-2 // 3-2-2 | 3-2-3 | 3-3-3 |
| 4 | 2-1-2 // 2-2-2 | 2-1-2 // 2-2-2 | 3-2-2 | 3-2-3 |
| 5 | 1-1-2 // 2-1-2 | 2-1-1 // 2-1-2 | 3-2-2 | 3-2-2 |
| 6 | 1-1-1 // 1-1-2 | 1-1-1 // 2-1-1 | 2-2-2 | 2-2-2 |
| 7 | 1-0-1 // 1-1-1 | 1-0-1 // 1-1-1 | 2-1-2 | 2-1-2 |
| 8 | 1-0-0 // 1-0-1 | 1-0-0 // 1-0-1 | 2-1-1 | 2-1-1 |
| 9 | 0-0-0 // 1-0-0 | 0-0-0 // 1-0-0 | 1-1-1 | 1-1-1 |
| 10 | | | 1-0-1 | 1-0-1 |
| 11 | | | 1-0-0 | 1-0-0 |
| 12 | | | 0-0-0 | 0-0-0 |

Dosis expresadas en comprimidos de 0,150 mgr

3. Pautas de desintoxicación: técnicas

En los últimos años se han modificado de manera clara las pautas farmacológicas, especialmente en la reducción del tiempo empleado y el anticipo en la antagonización. La fundamental razón de esto, desde el punto de vista clínico, sería la necesidad de disminuir la duración de los síntomas de abstinencia y el padecimiento de los enfermos. A priori así se conseguiría una mayor adherencia al tratamiento y menores tasas de abandonos durante la desintoxicación. La incorporación de nuevos fármacos y las distintas combinaciones de otros ya utilizados desde hace tiempo posibilita contar con un amplio abanico de opciones a las que recurrir cuando se indica una desintoxicación. De este modo, se dispone de técnicas de desintoxicación para realizar de forma domiciliaria/ambulatoria, de duración variable, y otras para realizar en un medio hospitalario.

➔ *En los últimos años se han modificado de manera clara las pautas farmacológicas, especialmente en la reducción del tiempo empleado y el anticipo en la antagonización.*

Se puede hablar de tres tipos de desintoxicación en función de la técnica o método:

- Clásica: hace referencia a los primeros tratamientos de desintoxicación que se realizaban con dosis de metadona decrecientes en medio hospitalario o ambulatorio y que tenían una duración aproximada de dos a tres semanas. En general, los pacientes eran estabilizados durante las primeras 24-48 horas y posteriormente se reducía la dosis de medicación hasta la total supresión del tratamiento farmacológico.
- Corta: la demanda para disponer de métodos más rápidos de desintoxicación ha procedido de los pacientes que no desean tener que pasar largos períodos con sintomatología de abstinencia, y en parte también por motivos de coste (Tabla 11).
- Ultracorta: hace referencia a aquellos tratamientos de desintoxicación de una duración igual o menor a 24 horas en los que se provoca la abstinencia mediante la administración de antagonistas opioides en condiciones de sedación (Tabla 12).

Tabla 11 . Pautas de desintoxicación cortas. Modalidad 5 y 4 días

| Hora | Fármaco | Día 1 | | Día 2 | | Día 3 | | Día 4 | | Día 5 | |
|-------|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|
| | | 5 Días | 4 Días | 5 Días | 4 Días | 5 Días | 4 Días | 5 Días | 4 Días | 5 Días | 4 Días |
| 08:30 | Naloxona Clonidina | 0,8 | | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,1(0,2) | 0,1 | 0,1 | |
| 09:00 | Clonidina Naltrexona | 0,1 | 0,3 | 12,5 | 25 | 25 | 50 | 50 | 100 | 100 | |
| 11:00 | Naltrexona | 12,5 | | | | | | | | | |
| 14:00 | Clonidina | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,1(0,2) | 0,1 | 0,1 | |
| 20:00 | Clonidina | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,1(0,2) | 0,1 | 0,1 | |

Dosis expresadas en mg.

Por lo que respecta a los fármacos utilizados, la introducción de la naloxona y fundamentalmente la naltrexona ha adquirido un papel relevante en muchos de los actuales protocolos de desintoxicación, así como el propofol o el midazolam, con los que se consigue un alto grado de sedación. De las publicaciones realizadas, describiendo las distintas técnicas de desintoxicación, se obtienen resultados contradictorios, de forma que, en el momento actual, parece poco adecuado concluir que los resultados de un protocolo son superiores a otro de manera absoluta. En todo caso, algunas modalidades de desintoxicación ultracorta no podrán ser indicadas para la práctica generalizada dadas las limitaciones metodológicas que su desarrollo implica.

Tabla 12. Pautas de desintoxicación ultracortas

| Modelo hospitalario | Modelo ambulatorio |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización • Canalización de vía venosa | <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de la medicación al familiar con instrucciones • El paciente inicia el tratamiento en su domicilio |
| Premedicación: <ul style="list-style-type: none"> • Ondansetrón (4-8 mg) i.v. • Ranitidina (50 mg) i.v. • Clonidina (0.15 mg) s.c. • Atropina (1/2 amp.) s.c. | Premedicación: <ul style="list-style-type: none"> • Octeotrido (200 µg) s.c. |
| + 30 min: <ul style="list-style-type: none"> • Propofol y Midazolam en bolos • (3P/1M) hasta conseguir la sedación adecuada • Colocación sonda nasogástrica | + 1 hora: <ul style="list-style-type: none"> • Famotidina (40 mg) v.o. • Ondansetrón (12 mg) v.o. • Midazolam (22.5 mg) v.o. • Clorazepato dp (50 mg) v.o. • Clonidina (0.450 mg) v.o. |
| + 60 min: <ul style="list-style-type: none"> • Naltrexona (75 mg) por la sonda • Almagato (1.5 gr) por la sonda • Clonidina (0.150 mg) s.c. • Octeotrido (0.05 mg) a perfundir en 2 h. | + 105 min: <ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida (10 mg) v.o. • Naltrexona (50 mg) v.o. |
| Mantenimiento de la sedación: <ul style="list-style-type: none"> • Propofol y Midazolam en perfusión | + 165 min: <ul style="list-style-type: none"> • Clonidina (0.300 mg) v.o. • Metoclopramida (10 mg) v.o. • Hioscina (20 mg) v.o. |
| + 300 min: <ul style="list-style-type: none"> • Clonidina (0.150 mg) s.c. • Atropina (1/2 amp) s.c. | |
| + 420 min: <ul style="list-style-type: none"> • Naltrexona (25 mg) por la sonda | |
| +540 min: <ul style="list-style-type: none"> • Clonidina (0.150 mg) s.c. • Atropina s.c. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • A las 24 h. valoración completa del paciente • Medicación sintomática si precisa • Inicio de programa de mantenimiento con naltrexona | |

4. Contexto de tratamiento

Las desintoxicaciones pueden realizarse tanto en medio hospitalario como ambulatorio. La elección debe hacerse en función tanto del contexto como del estado clínico del paciente.

Unidades de desintoxicación hospitalarias:

Los criterios para la hospitalización de pacientes serían:

1. Pacientes que han sufrido sobredosis de drogas y no pueden ser tratados con seguridad

en el medio ambulatorio o en el servicio de urgencias (por ejemplo, pacientes con depresión respiratoria grave o en estado de coma).

2. Pacientes en abstinencia con riesgo de síndrome de privación complicado (por ejemplo, polidependientes, antecedentes de delirium tremens) o en los que no es posible una valoración, monitorización o tratamiento adecuados en un marco alternativo.
3. Pacientes con enfermedades médicas generales, agudas o crónicas, que hacen que la desintoxicación ambulatoria o residencial sea insegura (por ejemplo, cardiópatas).
4. Pacientes con antecedentes documentados de fracasos en tratamientos en medios menos intensivos (residencial o ambulatorio).
5. Pacientes con comorbilidad psiquiátrica importante que representa un peligro para sí mismos o para otros (por ejemplo, pacientes deprimidos con ideas de suicidio, episodios psicóticos agudos).
6. Pacientes con uso de sustancias u otras conductas que representen un riesgo para sí mismos o para otros.
7. Pacientes que no han respondido a intentos previos de tratamiento en medios menos intensivos y cuyo/s trastorno/s por uso de sustancias representa un riesgo progresivo y permanente para su salud física y mental.

Unidades de desintoxicación ambulatorias

En este apartado se debe considerar dos tipos de recursos: los centros específicos de tratamiento de las conductas adictivas y los diferentes dispositivos de la red de Atención Primaria (AP), que cada vez con mas frecuencia, se hacen cargo de estos tratamientos. Con los protocolos actuales, es posible desintoxicar ambulatoriamente al 90% de los pacientes que lo solicitan.

Ambos tipos de dispositivo reúnen ventajas e inconvenientes. En las unidades especializadas la atención es más compleja que la simple evaluación y desintoxicación. Se incide más y mejor en la posible patología dual del paciente, y la continuidad del entorno de tratamiento con intervenciones posteriores favorece el acceso y cumplimiento de las mismas. Por otra parte, la AP es, seguramente, el primer punto de contacto del paciente adicto con el sistema sanitario, bien por consulta directa, o por ser detectada esta patología en el curso de otras consultas. Además, al estar estructurada alrededor de la familia, el profesional de AP conoce a la perfección el entorno del paciente y es quien mejores condiciones reúne para su evaluación conjunta y derivación en su caso al recurso mas adecuado.

➔ *Las desintoxicaciones pueden realizarse tanto en medio hospitalario como ambulatorio. La elección debe hacerse en función tanto del contexto como del estado clínico del paciente.*

4. Tratamiento de deshabitación con antagonistas opiáceos

1. Introducción **34**
2. Farmacología de la naltrexona **34**
3. Indicaciones y criterios de inclusión de programa de deshabitación con naltrexona **36**
4. Utilización de la naltrexona en programas de deshabitación **38**
5. Efectividad de los programas de deshabitación con naltrexona **42**

1. Introducción

Las sustancias capaces de ocupar los receptores cerebrales específicos sin activarlos e impidiendo el efecto de los distintos opiáceos se denominan antagonistas opiáceos. Por esta peculiar característica de actuar de forma competitiva con los opiáceos pero sin llegar a producir los efectos propios de los mismos, los antagonistas opiáceos pueden revertir los efectos de un opiáceo (sobredosis) y contribuir a la abstinencia y prevención de recaídas (en presencia de antagonistas los opiáceos no producen sus efectos reforzadores característicos).

La utilidad de los antagonistas opiáceos en el tratamiento de la dependencia a estas sustancias fue sugerida en 1948, basándose en las teorías conductuales sobre el origen y el mantenimiento de la adicción. Según éstas teorías, los fármacos con propiedades antagonistas bloquearían la euforia que sigue a la administración de opiáceos (refuerzo positivo) e impedirían la reanudación de la dependencia física y por tanto la aparición del síndrome de abstinencia (refuerzo negativo). El bloqueo de los refuerzos positivos y negativos conduciría a la extinción de la conducta repetitiva de autoadministración de las drogas. Tras los primeros antagonistas estudiados (nalorfina, ciclazocina naloxona) se sintetizó la naltrexona en 1963 cumpliendo los requerimientos de un antagonista potente y activo por vía oral. Su uso clínico para la dependencia de opiáceos fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en 1984 y en España fue aprobada en 1989.

2. Farmacología de la naltrexona

Propiedades farmacodinámicas

La naltrexona es un antagonista opiáceo con nula actividad agonista. Su principal metabolito, el 6-beta-naltrexol, también posee propiedades antagonistas. Sus efectos derivan de un mecanismo competitivo con los receptores opiáceos del S.N.C. Presenta una alta afinidad para los receptores opiáceos, que supera en 150 veces a la morfina. Al administrarse a dosis habituales, en sujetos no consumidores de opiáceos, no se observan apenas efectos farmacológicos. En adictos, la naltrexona produce un bloqueo completo, reversible, de los efectos farmacológicos de los opiáceos anulando la mayoría de sus efectos objetivos y subjetivos, que incluyen la depresión respiratoria, la miosis y la euforia.

Farmacocinética y metabolismo

La naltrexona se absorbe de forma rápida y completa tras su administración oral. Una hora tras la administración se produce la concentración plasmática máxima de naltrexona y de 6-beta-naltrexol, su principal metabolito activo. La dosis administrada condiciona las concentraciones plasmáticas halladas. El inicio del efecto antagonista se produce en 15-30 minutos tras la administración oral y persiste un mínimo de 24 horas. La duración de este efecto se relaciona también con las concentraciones plasmáticas del fármaco de manera que dosis elevadas del

mismo pueden proporcionar bloqueos por 48 horas o más. La naltrexona se metaboliza principalmente a nivel hepático, por un mecanismo de glucoronización y conjugación y la vía principal de eliminación es la urinaria aunque también existe una mínima eliminación por heces. La administración crónica no presenta acumulación crónica ni fenómenos de inhibición o inducción enzimáticos. En la Tabla 13 se resumen las principales características farmacocinéticas de la naltrexona.

Tabla 13. Naltrexona. Variables básicas farmacocinéticas

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Biodisponibilidad (f) | 5-10 % (1) |
| Tiempo máximo (Tmax) | 1 h |
| Volumen de distribución (Vd) | 15 l/kg |
| Aclaramiento (Cl) | 48±6 ml/m/kg |
| Vida media de eliminación (t1/2) | 8-10 h |
| Eliminación urinaria (U) | <10 % |
| Fijación a proteínas (F.P.) | 20 % |

Reacciones adversas e intoxicación

Los efectos adversos a nivel digestivo (náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, etc.) son los más habituales. Otros posibles efectos adversos descritos con menor frecuencia son: cefaleas, pérdida de apetito, vértigos, nerviosismo, fatiga, ansiedad, somnolencia, dificultad en conciliar el sueño, astenia, dolor articular y muscular, sed, inquietud, sensación de abatimiento, irritabilidad, erupciones cutáneas, eyaculación retardada, escalofríos, congestión nasal, dolor torácico, sudoración y lagrimeo. Ocasionalmente se han descrito anormalidades en la función hepática. Ha sido comunicado un caso de púrpura trombocitopénica idiopática en un paciente que recibía naltrexona y es preciso destacar que las reacciones adversas graves son excepcionales.

La experiencia clínica con sobredosis de naltrexona en humanos es limitada. No hubo síntomas de intoxicación en voluntarios que recibían dosis de 800 mg/día durante 7 días. Sin embargo, en caso de sobredosis, los pacientes deberán ser monitorizados y recibirán tratamiento sintomático en medio hospitalario.

Interacciones

Los pacientes que están tomando naltrexona pueden no beneficiarse de medicamentos que contengan opiáceos, tales como preparaciones para el resfriado o la tos, antidiarreicos y analgésicos opiáceos. Debe advertirse a los pacientes que un intento de anular el bloqueo administrando dosis altas de opiáceos puede ocasionar una intoxicación opiácea aguda posiblemente

fatal. En una situación de emergencia en la que se requiera analgesia opiácea, pueden ser necesarias dosis más elevadas de estas sustancias para controlar el dolor. El paciente deberá ser cuidadosamente monitorizado si existen pruebas de depresión respiratoria u otros síntomas y signos adversos. En pacientes a tratamiento con insulina se ha comunicado la necesidad de incrementar dosis de este fármaco debiendo controlarse la glucemia.

➔ *Debe advertirse a los pacientes que un intento de anular el bloqueo que produce la naltrexona administrando dosis altas de opiáceos puede ocasionar una intoxicación aguda posiblemente fatal.*

Posología y uso en situaciones especiales

La dosis total recomendada en terapia de deshabitación es de 350 mg/semana, según varios esquemas posológicos, de los cuales los más recomendados son los siguientes:

- 1ª opción: 1 dosis de 50 mg de naltrexona cada día.
- 2ª opción: 100mg (2 dosis juntas de 50 mg) de naltrexona, lunes y miércoles y 150 mg (3 dosis) el viernes.

Se recomienda no sobrepasar la dosis de 150 mg en un solo día puesto que se ha observado mayor incidencia de efectos secundarios.

La naltrexona ha presentado efectos embriotóxicos en ratas cuando se ha administrado aproximadamente 140 veces la dosis terapéutica humana. Estudios en animales no sugieren ningún efecto teratogénico. Puesto que no existe una experiencia clínica adecuada, su administración durante el embarazo o la lactancia únicamente se realizará cuando a criterio médico los beneficios potenciales justifiquen posibles riesgos.

Teóricamente la naltrexona puede alterar la capacidad psíquica y/o mental requerida para llevar a cabo tareas que necesitan una especial atención, como conducir vehículos o manejar maquinaria. Sin embargo, a pesar de ello, no se realizan indicaciones especiales en este sentido para prohibir o limitar la conducción o el manejo de máquinas.

3. Indicaciones y criterios de inclusión de programa de deshabitación con naltrexona

Indicaciones y contraindicaciones

Existen evidencias que sugieren que la naltrexona es efectiva como un agente coadyudante en el tratamiento de la dependencia a opiáceos. Del mismo modo es bien conocido que la naltrexona es claramente ineficaz cuando se prescribe simplemente como medicación para los pacientes adictos a los opiáceos en ausencia de un programa de rehabilitación estructurado. Los estudios realizados hasta ahora demuestran que la efectividad de la naltrexona está ligada

a una cuidadosa selección de pacientes y a un seguimiento apropiado. En general, los factores predictores de buena respuesta al tratamiento con naltrexona son los de buena respuesta a los diferentes tratamientos de la dependencia de opiáceos. Las indicaciones del mantenimiento con naltrexona se concretan en la Tabla 14 y las contraindicaciones en la 15..

➔ *Los estudios realizados hasta ahora demuestran que la efectividad de la naltrexona está ligada a una cuidadosa selección de pacientes y a un seguimiento apropiado. En general, los factores predictores de buena respuesta al tratamiento con naltrexona son los de buena respuesta a los diferentes tratamientos de la dependencia de opiáceos.*

Tabla 14. Indicaciones de deshabituación con naltrexona

- Sujetos que aún no tienen dependencia a los opiáceos o con poco tiempo de adicción.
- Sujetos motivados para conseguir la abstinencia (con empleo, con buen nivel educativo o sujetos en libertad condicionada a la evolución).
Es necesario destacar que es decisiva cuando existe como variable la presión externa (perder el empleo o la libertad).
- Sujetos que se interesan directamente por los programas con antagonistas.
- Sujetos que provienen de programas de mantenimiento con metadona con largos períodos de abstinencia y como paso previo a un programa libre de drogas.
- Sujetos salen de comunidades terapéuticas, hospitales o prisión y que desean mantener la abstinencia.
- Sujetos que después de mantener la abstinencia por un largo período de tiempo sufren una recaída en el consumo.

Tabla 15. Contraindicaciones de deshabituación con naltrexona

- Insuficiencia hepática aguda y/o hepatitis aguda.
- Dependencia actual a opiáceos ya que puede sobrevenir un síndrome de abstinencia.
- Recibir medicamentos opiáceos.
- Control positivo a opiáceos o no haber superado el test de naloxona (serían una excepción las denominadas desintoxicaciones ultrarrápidas).
- Hipersensibilidad a la naltrexona.

Crterios de inclusión

Para poder ser incluido en el programa de deshabituación con naltrexona se acostumbra a considerar los siguientes requisitos aunque siempre debe valorarse el beneficio/riesgo en función del tratamiento o la ausencia del mismo y el mantenimiento del consumo:

- Ser mayor de 16 años. Ante menores de edad se debe consultar siempre con los padres o tutores; no obstante, a partir de los dieciséis años debe entenderse válido el consentimiento prestado por el menor, sin que consientan los padres, salvo en el caso de intervenciones importantes o graves.
- No padecer enfermedad hepática aguda y/o insuficiencia hepática.
- No padecer cuadros psiquiátricos graves, en especial de tipo psicótico que impidan al sujeto la comprensión del tratamiento y las consecuencias del incumplimiento del mismo o su realización de forma inadecuada.
- Ausencia de embarazo o lactancia (relativo).
- La implicación familiar en el tratamiento. Aunque no es imprescindible, los pacientes en los que la familia se involucra para la realización de un tratamiento supervisado tienen más posibilidades de obtener beneficios.
- La droga de abuso. La inclusión de sujetos politoxicómanos cuya droga principal de abuso no sea un opiáceo debiera de valorarse cuidadosamente. En todo caso no conviene perder de vista la utilidad de la naltrexona en el tratamiento del alcoholismo y valorar también su utilización no sólo con un objetivo exclusivo de abstinencia sino también como un fármaco dirigido a la reducción de daños.

Antes de recibir el tratamiento, tanto el enfermo como sus familiares o las personas encargadas de supervisar el tratamiento habrán de recibir una información amplia y detallada sobre el mismo. Se recomienda la realización de un contrato terapéutico y la firma del consentimiento informado. Es aconsejable también la realización de un control analítico que incluya parámetros para valorar la función hepática y renal.

4. Utilización de la naltrexona en programas de deshabitación

Inducción

No existen evidencias científicas de que a medio plazo ninguna modalidad de desintoxicación sea superior a otras para la realización del tratamiento con naltrexona y el éxito de este. Aunque existen varios métodos para comenzar el tratamiento con naltrexona, en todos los casos es importante asegurarse de que no existe dependencia física residual a opiáceos. Si el paciente estaba consumiendo un opiáceo de vida media prolongada como la metadona será preferible un período de 8-10 días antes de instaurar el tratamiento. Si por el contrario se trata de un opiáceo de vida media corta como la heroína, 3-5 días de abstinencia son suficientes para poder instaurar el tratamiento. Para otros opiáceos como el dextropropoxifeno o la codeína, también es suficiente con tres a cinco días de abstinencia para realizar la desintoxicación.

➔ *Si el paciente estaba consumiendo un opiáceo de vida media prolongada como la metadona será preferible un periodo de 8-10 días antes de instaurar el tratamiento con naltrexona. Si por el contrario se trata de un opiáceo de vida media corta como la heroína probablemente 3-5 días de abstinencia son suficientes.*

En la mayor parte de las ocasiones los clínicos, de forma previa al inicio del tratamiento con naltrexona, realizan el denominado “test de la naloxona” para verificar la abstinencia a opiáceos y asegurarse de que el paciente no desarrollará con la naltrexona un cuadro de abstinencia de forma posterior a la toma del tratamiento que probablemente será intenso (una vivencia negativa al inicio del tratamiento empeora el pronóstico y la retención). Dicha prueba (Figura 1) consiste en la administración por vía parenteral de naloxona, un antagonista de acción rápida y breve duración en cuanto a los efectos producidos. Se administrarán 0.8 mg de naloxona vía subcutánea, aunque la administración también puede ser por intramuscular o intravenosa (en este último caso los efectos serán más rápidos) y se esperan unos 10 minutos para observar si aparecen efectos típicos de la abstinencia a opiáceos (nauseas, bostezos, calambres musculares, etc.). Si apareciesen estos síntomas, que pueden durar entre 20 y 40 minutos, es conveniente esperar al menos un día más para iniciar el tratamiento con naltrexona. En caso contrario se comenzará el tratamiento con 25 mg de naltrexona, administrada oralmente y se esperarán otros 60 minutos. Si en este periodo de tiempo no apareciesen tampoco síntomas de abstinencia, se procederá a la administración de otros 25 mg de naltrexona. En caso contrario se pospondrá hasta el día siguiente la administración de esta segunda dosis del fármaco.

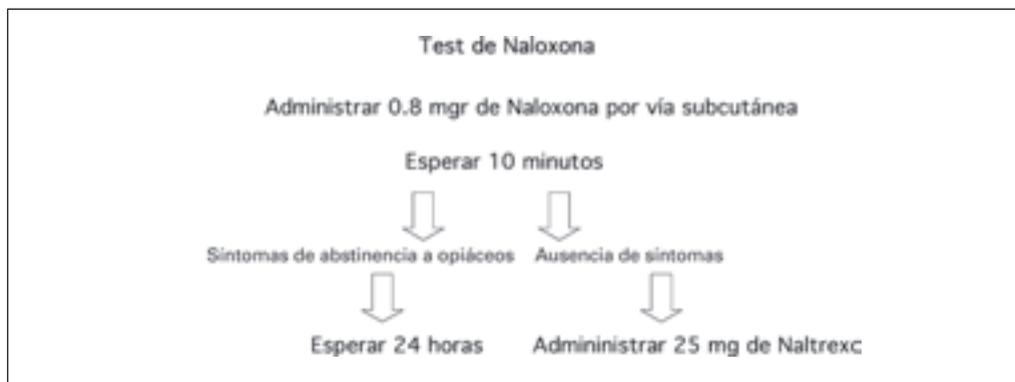


Figura 1

Algunas modalidades de desintoxicación incluyen la administración de la naltrexona ya desde los primeros días de tratamiento y la dosis del fármaco y el momento del tratamiento con él estarán en función del tipo de desintoxicación elegido. Algunos clínicos prefieren evitar el test de la naloxona y por el contrario utilizar desde un principio la naltrexona en dosis bajas (por

ejemplo 12.5 mg) para verificar la abstinencia. Este enfoque tiene el inconveniente de que si el enfermo no había guardado un período suficiente de abstinencia y la administración del fármaco provoca síntomas de abstinencia, el rechazo posterior al tratamiento probablemente se verá incrementado.

Mantenimiento (de la 2ª semana hasta el final del tratamiento)

Aunque en las fases iniciales del tratamiento, suele recomendarse la administración diaria de la naltrexona en dosis de 50 mg, puede optarse también en cualquier momento del tratamiento por la administración del mismo en días alternos con dosis de 100 mg. En otros casos se opta por la administración de dosis de 100 mg los lunes y miércoles y de 150 mg los viernes.

➔ *Aunque en las fases iniciales del tratamiento, suele recomendarse la administración diaria de la naltrexona en dosis de 50 mg, puede optarse también en cualquier momento del tratamiento por la administración del mismo en días alternos con dosis de 100 mg. En otros casos se opta por la administración de dosis de 100 mg los lunes y miércoles y de 150 mg los viernes.*

Es decisivo para el tratamiento que la ingesta de la naltrexona sea supervisada desde el principio del tratamiento por un familiar o un miembro del equipo médico. Incluso en el primer caso, se recomienda la administración del fármaco en presencia del médico u otro profesional sanitario, bajo observación directa, con motivo de alguna cita para seguimiento del tratamiento. Conviene señalar que la administración de la naltrexona también puede venir condicionada por las distintas tipologías de servicios a los que el paciente acude para ser tratado, adaptándose a las peculiaridades de cada centro. Con frecuencia, el fármaco se administra en el propio centro en los primeros meses de tratamiento, para posteriormente delegar esta responsabilidad en la familia del enfermo.

El progreso del tratamiento estará determinado en la mayoría de los casos por la adhesión a las actividades programadas de modo simultáneo al inicio del tratamiento farmacológico y la observancia de cambios conductuales relativos a la ocupación del tiempo libre, el trabajo o el control económico. La realización aleatoria de urinoanálisis complementará estos datos y podrá facilitar información sobre el consumo de otras sustancias o el engaño relativo a la cumplimentación del tratamiento. Es importante mantener al inicio (fase de estabilización) controles de orina con mayor frecuencia, pues dichos controles ejercen para el paciente una forma de control externo que puede implicar el correlato de la abstinencia para mantener "orinas limpias". Para la evaluación de efectos adversos durante la toma de naltrexona está indicada la realización de una analítica de sangre que incluya parámetros para la valoración de la función hepática y renal en el primer trimestre de tratamiento y al menos una vez al año mientras éste se mantenga.)

Problemas durante el tratamiento

Algunos pacientes pueden presentar un aumento de las transaminasas durante la realización del tratamiento con naltrexona. En estos casos, aunque queda a criterio del médico responsable la suspensión del fármaco o la reducción de las dosis administradas, se recomienda valorar estas opciones si los valores de transaminasas hepáticas superaran en tres veces los que esperados normalmente, considerando que previamente no eran patológicos. Hay que valorar también el abuso de alcohol que puede aumentar al cesar el consumo de opiáceos y provocar un aumento de las transaminasas. El abandono o la discontinuidad del tratamiento por un plazo superior a 24-72 horas (según pauta de 50-150 mg) aconseja la realización de un nuevo test de naloxona previo a la continuidad del tratamiento. Si la interrupción del tratamiento supera los 5 días conviene valorar la posibilidad de realizar una nueva desintoxicación supervisada con apoyo farmacológico.

La suspensión del tratamiento deberá ser valorada siempre por el médico con motivo de la aparición de otras enfermedades somáticas, intervenciones quirúrgicas o cuadros psiquiátricos graves. El tratamiento del dolor en pacientes con dependencia a opiáceos constituye un reto terapéutico de gran entidad. En todos los casos que los pacientes sufran dolores graves por razones diversas, se recomienda la derivación de los enfermos a unidades del dolor para valoración del tratamiento a seguir previo informe sobre la situación en cuanto a la dependencia.

Quizás la causa más importante a valorar para suprimir el tratamiento con naltrexona sea el consumo reiterado de opiáceos y la no cumplimentación de las pautas farmacológicas indicadas. En este sentido, es necesario plantearse una posible derivación a programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, o valorar una nueva indicación terapéutica, para aquellos pacientes que fracasen de forma reiterada durante el desarrollo del programa de deshabitación con antagonistas.

Dado que el principal problema del tratamiento con antagonistas opiáceos orales es el frecuente incumplimiento en la administración del fármaco, se han depositado grandes esperanzas en la aportación futura que puede suponer el desarrollo de fórmulas de naltrexona de liberación sostenida.

Finalización del tratamiento

El tratamiento con naltrexona habrá de prolongarse por un mínimo de varios meses aunque la duración del mismo suele extenderse durante largo tiempo. Será el terapeuta, de acuerdo con su paciente, el que determine en la mayoría de las ocasiones el momento indicado para suspender el tratamiento de forma definitiva. De forma previa podrá acordarse la administración intermitente del mismo espaciando de forma progresiva las dosis administradas.

➔ *El tratamiento con naltrexona habrá de prolongarse por un mínimo de varios meses aunque la duración del mismo suele extenderse durante largo tiempo. Será el terapeuta, de acuerdo con su paciente, el que determine en la mayoría de las ocasiones el momento indicado para suspender el tratamiento de forma definitiva. De forma previa podrá acordarse la administración intermitente del mismo espaciando de forma progresiva las dosis administradas.*

La retirada de la naltrexona no habrá de relacionarse exclusivamente con el tiempo transcurrido desde que se inició tratamiento. En la práctica clínica se observa con frecuencia como algunos pacientes, a pesar de llevar mucho tiempo realizando un programa de tratamiento con naltrexona, no adquieren la suficiente capacidad de control para evitar la aparición de recaídas y sin embargo otros adictos, en menos tiempo, llegan a adquirir este control y pueden prescindir del fármaco. Es preciso distinguir la finalización del tratamiento con naltrexona (alta en dicho programa) con el alta terapéutica ya que ambas no tienen que coincidir necesariamente en todos los pacientes.

5. Efectividad de los programas de deshabituación con naltrexona

Existen escasos ensayos clínicos con naltrexona en la dependencia de opiáceos, debido en parte a que los resultados de los estudios iniciales llevados a cabo en los Estados Unidos fueron desalentadores, lo que llevó a un desinterés por el tema. Por el contrario, existe un buen número de estudios clínicos dirigidos a valorar la efectividad que aportan una visión más optimista del fármaco, fundamentalmente en Europa. No están claras las explicaciones para justificar esas diferencias en los resultados entre estudios americanos y europeos; posiblemente una mejor selección de los pacientes en los últimos o diferencias en la disponibilidad de programas con agonistas puedan haber influido. Tampoco existe evidencia de la eficacia de la naltrexona como única intervención, dado que habitualmente se ha asociado con intervenciones psicoterapéuticas muy heterogéneas.

Los mejores resultados respecto a la eficacia se han observado con adictos más motivados y en adictos con buena situación laboral, aunque posiblemente no sean rasgos diferenciales de los programas con antagonistas. Como medida de eficacia se ha usado habitualmente el índice de retención en el tratamiento, en forma de porcentaje o de número de adictos que se mantienen en el programa de tratamiento a los 6 meses o al año. Las cifras de retención a los 6 meses oscilan entre un 32% y un 80% y en nuestro medio entre un 30% y un 61%. En general, la mayoría de estudios obtienen una retención a los 6 meses alrededor del 50%. Al año de tratamiento la retención oscila entre un 18% y un 40%. No existen estudios sobre la eficacia a largo plazo de la naltrexona, la duración del tratamiento más adecuada y sobre el efecto tras su interrupción. Se recomienda, basándose en criterios clínicos, un tratamiento prolongado dado el carácter crónico y recurrente de la dependencia.

Respecto al uso de psicoterapia conjuntamente con el fármaco, generalmente se recomienda basándose en la experiencia clínica pero con escasa evidencia procedente de los ensayos clínicos, dado que en estos los tratamientos usados han sido muy variados lo que hace difícil extraer conclusiones sobre la posible mejora de la eficacia y sobre que medida psicoterapéutica es la más eficaz. En un ensayo clínico, la intervención psicoterapéutica producía una mayor retención en el tratamiento. Se ha observado que la terapia familiar disminuye los abandonos iniciales, pero no había diferencias en la retención a los 6 meses. Algo similar se ha descrito con la terapia conductual asociada al tratamiento con naltrexona, con una mejora en la retención en los primeros meses pero sin diferencias a largo plazo, aunque era superior al uso de terapia exclusivamente. De cualquier forma, a pesar de no existir suficiente evidencia que lo apoye, se suelen recomendar terapias intensivas y programas altamente estructurados.

Se han propuesto diversas medidas para incrementar la efectividad de la naltrexona: sesiones individuales que mejoren la implicación del adicto en la adherencia al tratamiento, uso de refuerzos externos (implicación de otros, manejo de contingencias) y uso de otras medidas como contabilizar la medicación tomada o control de los niveles plasmáticos.

5. Tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

1. Introducción **46**
2. Indicación terapéutica y objetivos **46**
3. Intervención farmacológica y otros aspectos a considerar en el tratamiento **48**
4. Farmacología de los fármacos sustitutivos **50**
5. Dosificación **51**
6. Efectos secundarios e interacciones **56**
7. Situaciones especiales **59**
8. Eficacia de los tratamientos de mantenimiento con sustitutivos opiáceos **62**

1. Introducción

Los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, especialmente metadona, han sido objeto de gran controversia desde su introducción en el tratamiento de los adictos a opiáceos a finales de los 70 en España. Con la aparición del SIDA han experimentado una franca expansión, más como un método para reducir la infección por el VIH entre los adictos a drogas por vía parenteral que como resultado de la reevaluación de su eficacia en el tratamiento de la dependencia. La mayoría de las investigaciones destacan su efectividad y que ésta es mayor tanto en cuanto los programas se acerquen a su diseño original, con importante apoyo psico-social además de la propia prescripción del sustitutivo. Estos estudios concretan dicha efectividad en: elevada capacidad de retención en tratamiento, disminución del consumo de drogas ilegales, de las prácticas de riesgo en su uso, de la comorbilidad (VIH, hepatitis víricas), de la mortalidad y de la criminalidad asociadas.

2. Indicación terapéutica y objetivos

➔ *El mantenimiento con agonistas opiáceos está indicado en sujetos dependientes de opiáceos que no buscan inicialmente un tratamiento orientado a la abstinencia o que han fracasado repetidamente en sus intentos de conseguirlo. Una vez cumplidas estas condiciones, no existen contraindicaciones absolutas para realizar un tratamiento con metadona.*

Los requisitos para poder entrar en tratamiento con metadona u otro sustitutivo difieren ampliamente entre los programas de las diversas comunidades o países, dado que unos adoptan unos criterios estrictos y otros más flexibles. El mantenimiento con agonistas está indicado en sujetos dependientes de opiáceos que no buscan inicialmente un tratamiento orientado a la abstinencia o que han fracasado repetidamente en sus intentos de conseguirlo. Una vez cumplidas estas condiciones, no existen contraindicaciones absolutas para realizar un tratamiento con agonistas. En nuestro medio, el Real Decreto (RD) 5/1996, de 15 de Enero (BOE nº 44, 20 de febrero de 1996) establece la única condición de "diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos". En menores de 18 años es necesario el consentimiento de sus padres o tutor legal (consentimiento informado). En estas condiciones, desde el punto de vista clínico, se podrían establecer criterios de inclusión y exclusión que se indican en las Tablas 16 y 17.

Tabla 16. Criterios de inclusión

- Demanda del paciente.
- Incapacidad para estabilizarse en otras alternativas terapéuticas.
- Entorno poco favorable para estilo de vida libre de drogas (por ej., parejas consumidoras).
- Embarazadas adictas a opiáceos.
- Pacientes afectados de patología orgánica grave cuya recaída en consumo pueda poner en peligro su vida.
- Situación de alto riesgo para el paciente para la adquisición del VIH o de otras enfermedades infecciosas.
- Pacientes adictos a opiáceos con patología psiquiátrica asociada.
- Actividades delictivas asociadas al consumo, estilo de vida marginal.

Tabla 17. Criterios de exclusión (contraindicaciones para el tratamiento)

- Ausencia de dependencia.
- Menores de 18 años sin autorización.
- Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia respiratoria moderada/grave.
- En líneas generales se debe tener precaución en el asma y otras enfermedades respiratorias, TCE y elevación de la presión intracraneal, insuficiencia hepática moderada, insuficiencia renal, hipertrofia prostática, estenosis de uretra, patología abdominal aguda.

Los planes de tratamiento deben de individualizarse, concretar los objetivos a corto y a largo plazo e identificar problemas o dificultades específicas. Los objetivos terapéuticos que se pueden plantear son múltiples, es posible un abordaje desde una perspectiva muy ambiciosa (abstinencia) a una más paliativa (reducción de daños). Básicamente se puede hacer la siguiente distinción:

a) **Objetivos paliativos (o mínimos).** Persiguen paliar los daños relacionados con el consumo de drogas: prostitución, delincuencia, infecciones, SIDA. Pueden permitir al adicto llevar una vida más aceptable y con mínimos riesgos.

b) **Objetivos adaptativos (intermedios).** Lo prioritario es la readaptación personal y social, más que lograr la abstinencia. Se podría plantear el consumo controlado, la reducción de número e intensidad de recaídas, el mantenimiento de la abstinencia

c) **Objetivos orientados al cambio (o máximos),** con el objetivo final de la abstinencia, promoviendo la desintoxicación y trabajando de forma activa la prevención de las recaídas.

La retención al tratamiento sería en todo caso uno de los principales objetivos deseables, ya que está muy relacionado con las posibilidades de éxito terapéutico. En relación con esto es

preciso señalar que la capacidad de retención de un programa de mantenimiento va a depender de muchos factores, entre ellos, accesibilidad, flexibilidad de criterios y de horarios, dosificación, equipo terapéutico, servicios sociales y una gama de servicios adecuados al colectivo de usuarios.

3. Intervención farmacológica y otros aspectos a considerar en el tratamiento

Fármacos a utilizar

En principio, cualquier opiáceo o sustancia que actúe a través de la interacción con los receptores del sistema opioide, podría ser susceptible de ser utilizado en un programa de agonistas: morfina, metadona, codeína, dihidrocodeína, dextropropoxifeno, buprenorfina, LAAM, parches de fentanilo, heroína, etc. siempre que puedan ser utilizados a dosis equipotentes sin riesgo de efectos secundarios, de sobredosis, de reacciones adversas o de toxicidad. El RD 75/1990, de 19 de Enero, ampliado por RD 5/96 de 15 de Enero establece un listado de fármacos a utilizar en personas dependientes de opiáceos cuando sean susceptibles de tratamientos con sustitutivos. En la práctica, en nuestro país, se usan en las desintoxicaciones metadona, buprenorfina, dextropropoxifeno o codeína y en los programas de mantenimiento casi de forma exclusiva metadona.

El perfil farmacológico de algunos de los opiáceos antes mencionados presenta clara diferencias y de ahí su mayor o menor validez para ser utilizados en programas de sustitución:

- La codeína, cuya dosis equipotente con la heroína es aproximadamente de 25/1, exigirá grandes dosis, con problemas serios de estreñimiento e incluso de íleo paralítico iatrogénico.
- El dextropropoxifeno, por su bajo poder analgésico (50/1 con respecto a heroína) también haría necesaria la utilización de grandes dosis, lo que conllevaría graves problemas de toxicidad. Dosis superiores a 1.200 mg puede producir psicosis tóxica y superiores a 1.500 pueden ser letales por fracaso hepático aguda.
- La buprenorfina tiene una equipotencia analgésica con respecto a morfina de 0,4/10. Como los anteriores, es activa por vía oral o sublingual, posee amplio margen de seguridad posológica, los síntomas de abstinencia tras la deprivación brusca son ligeros. Es agonista parcial μ y antagonista κ a cualquier dosis. La elevada afinidad intrínseca por el μ es responsable de síntomas de abstinencia cuando se administra a adictos a otros opiáceos. Entre sus inconvenientes figura el de provocar depresión respiratoria más tardía y duradera que otros opiáceos, y más difícil de revertir. Muy utilizada en otros países europeos como Francia o Portugal. Lamentablemente no se cuenta en España con presentaciones comerciales adecuadas para la sustitución.
- La metadona, cuya potencia analgésica con respecto a la heroína varía, según autores, entre 1/1 y 2,5 – 3/1. Posee un perfil muy próximo a la idoneidad: no produce euforia tras su administración, permite administrar una sola dosis diaria, al tener una vida media larga,

su administración se realiza por vía oral, tarda relativamente poco tiempo en alcanzar la dosis de equilibrio (6 a 7 días), la aparición del síndrome de abstinencia tras la deprivación brusca es tardía (2 a 3 días). La experiencia y eficacia ha consagrado su uso, siendo el opiáceo más utilizado en programas de sustitución en este momento.

- El LAAM (Levo-alfa-acetil-metadol) es un opiáceo sintético, con una equivalencia analgésica con respecto a metadona de 1,2–1,3/1, que aporta algunas ventajas con respecto a aquella, como su mayor vida media (entre 48 y 72 horas, aunque existen metabolitos activos, el dinorlaam, con acción de hasta 96 horas), lo que permite su administración cada 2 ó 3 días. Para algunos pacientes también podría ser una ventaja la sensación del paciente de encontrarse “más normal” que con metadona. De reciente comercialización en la Unión Europea, su presencia en el mercado ha sido efímera debido a la comunicación de varios casos de alteraciones cardíacas potencialmente mortales, siendo en Marzo de 2.001 suspendida la autorización de su comercialización. No obstante, el LAAM continúa comercializado en los EE.UU. con la autorización de la FDA y son miles de pacientes los que usan este fármaco.

Aspectos a considerar

Las intoxicaciones por opiáceos cursan con afectación de SNC (estimulación, euforia, sedación, obnubilación), depresión respiratoria (bradipnea/apnea), afectación cardiovascular (disminución de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial) y miosis. Su tratamiento se basa en la vigilancia de constantes vitales, la antagonización con naloxona en función de la vida media del opiáceo, y con el flumazenilo si se evidencia consumo de benzodiacepinas (BZD) concomitante, y con el complejo vitamínico B y glucosa si existe sospecha de consumo de alcohol.

Respecto al síndrome de abstinencia de opiáceos, resulta revertido en un corto espacio de tiempo al administrar una dosis suficiente de un agonista opiáceo. En el caso de los programas de sustitución, deberá pautarse una dosis equipotente del agonista, con respecto a la del opiáceo ilegal consumido y esto conlleva algunos problemas: desconocimiento de la cantidad exacta consumida, irregularidad de consumo de la misma, grado de pureza, etc.

Uno de los objetivos a perseguir en el mantenimiento con agonistas opiáceos es el bloqueo de los efectos euforizantes mediante tolerancia cruzada por saturación de receptores. Es sinónimo de programas de mantenimiento con dosis altas (a nivel práctico dosificaciones de 80 a 100 mg).

En cuanto a la posible monitorización del tratamiento a través de la medición de los niveles plasmáticos de metadona, diversos trabajos indican que valores medios de 400 ng/ml (entre 150- 600) parecen adecuado y que por debajo de 150 ng/ml es probable que se asocien con algún grado de abstinencia y la posterior vuelta al consumo de drogas. Existe variabilidad a nivel individual, requiriendo por tanto ajustes de dosis para el mantenimiento del bloqueo opioide. En cualquier caso, la relación entre dosis y niveles plasmáticos es mas que discutible y no existen formulas objetivas que permitan decidir cual es la dosis de metadona más adecuada para cada sujeto. No se ha encontrado una buena correlación entre una determinada concen-

tración de metadona y la respuesta terapéutica. Preguntar al paciente sobre su grado de confort en relación con la dosis de metadona que se le administra es, hoy por hoy, la mejor manera para adecuar la dosis de mantenimiento.

Las posibles indicaciones teóricas de la monitorización de las concentraciones plasmáticas de metadona para mantenerlas en los rangos de una ventana terapéutica, en los pacientes incluidos en un PMM podrían comprender: los casos en los que se alcanzan dosis altas y se evidencian síntomas de abstinencia, aquellos que refieren un intenso deseo de consumo, cuando se objetivan consumos de cocaína y/o heroína, o ante la sospecha de un consumo ilícito o tráfico de la misma porque no se toman las dosis. Por otra parte estarían indicados en pacientes estabilizados cuando se les añade algún medicamento concomitante con posible efecto inductor y en embarazadas para tratar de ajustar las dosis al mínimo a lo largo de la gestación.

Con el LAAM se ha comprobado que dosis de 75 mg consigue bloqueo opiáceo y supresión del SAO más de 96 horas. En el caso de la buprenorfina se observó que con dosis de 8 mg se consigue bloqueo de receptores.

En cuanto al control de tóxicos en orina, aunque es un aspecto que aun genera polémica, sigue siendo un elemento indispensable en la evaluación inicial del paciente. Además es un parámetro objetivo de gran utilidad a la hora de evaluar eficacia. Será útil siempre que cumpla las siguientes condiciones:

- Forma parte del plan terapéutico para el paciente
- Los controles de orina deben estar supervisados por algún profesional del centro.
- La frecuencia de los controles debe ajustarse según el tiempo en programa, disponibilidad del paciente (p.e. actividad laboral) y régimen de dosis para llevarse.

4. Farmacología de los fármacos sustitutivos

El mecanismo (farmacodinámico) de actuación de los agonistas opiáceos es mediante la unión a los receptores opioides, proporcionando tres efectos dosis dependientes: reducción/eliminación del síndrome de abstinencia, reducción/eliminación del deseo de consumo y bloqueo de los efectos euforizantes de otros opiáceos. Estos efectos son la base a los tratamientos de síndrome de abstinencia, de desintoxicación y de mantenimiento.

Metadona

Las acciones farmacológicas de la metadona se deben fundamentalmente a su isómero L. La metadona se absorbe bien por vía oral, sufre biotransformación hepática y se puede detectar en el plasma después de 30 minutos después de su ingestión, alcanzando concentraciones máximas entre dos y cuatro horas. Se va a detectar en cantidades apreciables en plasma diez minutos después de su inyección vía subcutánea.

Alcanza en el plasma una concentración de estado estacionario, cuyo mantenimiento se debe a su entrada en los tejidos, especialmente en el cerebro, el hígado, el pulmón, el bazo y el riñón, que la devuelven posteriormente a la circulación sanguínea y a su unión (90 %) a las proteínas plasmáticas, que limitan su concentración libre y prolongan sus acciones farmacológicas en los pacientes que reciben una dosis diaria de mantenimiento. Las concentraciones encefálicas máximas aparecen una a dos horas después de su administración por vía subcutánea o intramuscular, lo que tiene una buena correlación entre la intensidad y duración de los efectos analgésicos.

La vida media plasmática de la metadona tras su administración crónica es de 15 a 47 horas con una vida media de 25 horas. Cuando se deja de administrar su presencia continua durante algún tiempo en la sangre, por su liberación lenta de estos lugares de unión extravascular, lo que explica las características de la abstinencia.

Al ser captada por el hígado, mediante la actuación de enzimas microsomales hepáticas, por N-demetilación seguida de ciclación, da lugar a los principales metabolitos, los derivados de la pirrolidina y de pirrolina (2-etileno-1,5 dimetil-3-3-difenil pirrolidina o EDDP y 2-etil-5-5-metil-3-3-difenil pirrolina o EMDP). La cantidad de metadona inalterada excretada por la orina es pH dependiente: aumenta cuando esta es acidificada ya que es una base débil y puede llegar a un 34%. Diferentes estudios han mostrado que transformando un pH muy ácido en un pH muy alcalino la vida media de la metadona puede pasar de menos de 18 horas a más de 40 horas.

Para el tratamiento de mantenimiento se suelen utilizar preparaciones para ingestión oral en forma líquida (solución o jarabe), o sólida (comprimidos o cápsulas). Las formas líquidas que se utilizan en los tratamientos sustitutivos se preparan con distintos grados de disolución que van de 1 a 10 mg por ml. En nuestro medio se comercializan presentaciones sólidas en forma de comprimidos de 5, 30 y 40 mg y en forma líquida como solución en ampollas de 10 mg para administración subcutánea o intramuscular.

Buprenorfina

Las características farmacocinéticas de la buprenorfina son: administración sublingual sin riesgo de sobredosis, primer paso hepático inactiva el 80 % de producto absorbido por vía oral, incluso a altas dosis (por lo tanto, la vía sublingual se considera la más eficaz), absorción rápida: 8 minutos máximo, plazo de acción rápido: 30 minutos, duración de acción prolongada: superior a 24 horas, sin fluctuación plasmática, sin correlación entre los valores plasmáticos y el efecto clínico, metabolismo hepático sin riesgo de acumulación, metabolitos que no atraviesan la barrera hemato-encefálica y eliminación principal por vía digestiva.

5. Dosificación

Es una de las variables fundamentales para conseguir una adecuada retención y el éxito terapéutico de los tratamientos con agonistas. El objetivo general es el de proporcionar la dosis

adecuada durante el tiempo suficiente. Debe de ser individualizada en función del paciente y el objetivo o efecto farmacológico perseguido. En general se acepta el mantenimiento con agonistas mientras exista indicación médica, se perciban beneficios para el paciente, exista riesgo de recaída y ausencia de efectos adversos significativos, teniendo en cuenta las dificultades para objetivar la tolerancia individual de cada paciente en la práctica clínica diaria y la posibilidad de sobredosificación en las primeras semanas de tratamiento.

Metadona

Existen diversas tablas de conversión de dosis de unos opiáceos a otros; aunque su utilidad es limitada ya que cuando alguien compra heroína en la calle sabe lo que paga pero no lo que le venden y la pureza puede oscilar de manera importante de unos a otros lugares o incluso en el mismo lugar, de unos a otros momentos. Se resume a continuación (Tabla 18).

| Tabla 18. Conversión heroína/metadona | |
|--|-----------------|
| Heroína | Metadona |
| 1/4 g | 30-50 mg |
| 1/2 g | 50-70 mg |
| 3/4 g | 70-90 mg |
| 1 g | 90-120 mg |

Inducción

El objetivo de la inducción es comenzar el tratamiento con seguridad minimizando el malestar y los riesgos para el paciente. Adecuar la dosis de metadona a las necesidades del paciente es un elemento fundamental en la eficacia de este tratamiento

El proceso de inducción es especialmente relevante porque presenta un riesgo de muerte que puede ser hasta a 7 veces superior al previo de haber iniciado el tratamiento. Pero, después de la estabilización, durante las primeras dos semanas, el riesgo disminuye sustancialmente. Dentro de los factores de riesgo que intervienen durante la inducción destacan:

- Factores relacionados con la farmacología de la metadona, tanto farmacocinéticos como farmacodinámicos
- El consumo concomitante de otras drogas
- La interacción con medicamentos que incrementan los niveles plasmáticos de metadona

➔ *Adecuar la dosis de metadona a las necesidades del paciente es un elemento fundamental en la eficacia de este tratamiento.*

En general, es recomendable administrar como dosis inicial de 20 a 40 mg. Si se tiene constancia de una tolerancia elevada se puede comenzar con 30-40 mg.; si es baja la dosis inicial debe estar entre 20 y 30 mg. Se recomienda mantener al paciente en observación durante 2-3 horas para detectar signos de intoxicación. Los incrementos de dosis hasta alcanzar la estabilización deben ser de entre 5 y 10 mg/día cada 3-5 días. No se deben acumular incrementos de más de 20 mg/semana. Posteriormente, se puede seguir una pauta de incremento según dosis: subir 10 mg para dosis entre 10 y 100 mg.; 15 mg para dosis entre 100 y 150 mg. y 20 mg para dosis superiores a 150 mg. Se resume en la Tabla 19 el proceso de inducción con carácter de indicación general. Es muy importante explicar claramente al paciente que es la metadona, cuales son sus características farmacológicas, y en que consiste el tratamiento de mantenimiento. La información debe incluir los siguientes puntos:

- La metadona tarda 2 a 3 horas hasta alcanzar su efecto máximo
- Aunque se mantenga una dosis diaria fija, sus niveles en sangre no se estabilizan hasta pasados 3 a 5 días, y por esto los incrementos de dosis deben hacerse en ese lapso de tiempo
- Si se consumen drogas (heroína, benzodiazepinas extraterapéuticas, alcohol, cocaína...), aumenta el riesgo de intoxicación aguda grave
- Algunos medicamentos interfieren con la metabolización de la metadona provocando cambios en las concentraciones plasmáticas y por tanto facilitando la aparición de intoxicación o abstinencia

Tabla 19. Proceso de inducción

| Día | Dosis (mg/día) | Observaciones |
|--|--|--|
| 1º | 10-40 | <ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia baja o dudosa: dosis inicial de 20-30 mg. • Tolerancia alta: dosis inicial de 30-40 mg. • Observar al paciente durante 2-3 hs. para detectar signos de intoxicación. • Si hay signos de abstinencia opiácea añadir dosis suplementarias según gravedad** |
| Cada 3-5 días | Aumentar 5-10 hasta estabilizar dosis* | No incrementar más de 20 mg. a la semana. |
| ** Gravedad de la abstinencia | | Dosis adicional |
| Ligera | | No suplemento |
| Moderada (dolores musculares, dilatación pupilar, náuseas, bostezos) | | 5-10 mg. |
| Grave (vómitos, piloerección, taquicardia, hipertensión arterial) | | 20-30 mg. |

*Dosis estable: la que permite que no haya síntomas de abstinencia opiácea ni deseo de consumo, sin signos de sobredosificación.

➔ *Es muy importante explicar claramente al paciente que es la metadona, cuales son sus características farmacológicas, y en que consiste el tratamiento de mantenimiento. La información debe incluir los siguientes puntos:*

- *La metadona tarda 2 a 3 horas hasta alcanzar su efecto máximo*
- *Aunque se mantenga una dosis diaria fija, sus niveles en sangre no se estabilizan hasta pasados 3 a 5 días, y por esto los incrementos de dosis deben hacerse en ese lapso de tiempo*
- *Si se consumen drogas (heroína, benzodiazepinas extraterapéuticas, alcohol, cocaína...), aumenta el riesgo de intoxicación aguda grave*
- *Algunos medicamentos interfieren con la metabolización de la metadona provocando cambios en las concentraciones plasmáticas y por tanto facilitando la aparición de intoxicación o abstinencia*

Mantenimiento

Se acepta, como estándar de calidad, la utilización de una dosis media entre 80±20 mg/día. Algunos pacientes necesitan dosis inferiores o superiores para mantener unos niveles plasmáticos alrededor de 400 ng/ml. Pueden ser necesarios ajustes posteriores de dosis en función de modificaciones de la biodisponibilidad por acontecimientos estresantes, causas farmacocinéticas (dietas, fármacos, anticuerpos anti-metadona, metabolizadores rápidos, interacciones farmacológicas, disminución pH urinario) o causas farmacodinámicas (tolerancia fisiológica, agonistas-antagonistas mixtos, agonistas parciales, antagonistas). Otro aspecto a tener en cuenta es la posibilidad de fraccionar la dosis (por ej.: 1 dosis/12 horas) cuando se aprecia gran dificultad de estabilización.

Si no se consigue que el paciente llegue a estar abstinentes en los primeros meses de tratamiento es aconsejable mantenerle dentro del mismo ya que el hecho de continuar en contacto con la red sanitaria facilita otras intervenciones que pueden mejorar su estado de salud.

Finalización

Es importante recordar que el objetivo principal no es la supresión del tratamiento en cuanto se haya alcanzado la abstinencia; de hecho, se aconseja que los pacientes permanezcan un mínimo de dos años en el mismo. En algunos casos esta permanencia debe prolongarse de forma indefinida. Es importante explicar claramente al paciente que la supresión de metadona puede provocar una síndrome de abstinencia, pero que debido a que la metadona se elimina más lentamente, será más prolongado que el de la heroína pero menos intenso. Y que si la dosis se reduce poco a poco puede ser imperceptible.

Una vez el paciente está estabilizado en el tratamiento, se mantiene abstinentes de heroína de forma prolongada y ha cambiado, de forma clara, su estilo de vida, se puede plantear la supre-

sión del mismo. El proceso de reducción de dosis se pondrá en marcha cuando el paciente y el equipo terapéutico coincidan en que es adecuado y factible. Nunca en contra de la opinión del paciente.

➔ *Aunque no existen evidencias de un tiempo óptimo de duración del tratamiento se aconseja que no sea inferior a dos años.*

Por lo que respecta a la forma de disminución de dosis, se proponen diversas pautas, según criterios terapéuticos y objetivos del paciente:

a) Rebajar 5 mg de la dosis cada 7-15 días, hasta llegar a 30-40 mg, y a partir de ahí, 1-3 mg./semana, hasta retirada definitiva.

En finalizaciones rápidas (interrupción del programa, urgencia del paciente por salir del programa, etc.), se puede reducir un 10% diario hasta acabar.

b) Otra posibilidad es la reducción por tramos según se muestra en la Tabla 20.

| | |
|-------------|---------------------------|
| > 120 mg | Reducir 10 mg de cada vez |
| 80 – 120 mg | Reducir 5 mg de cada vez |
| 40 – 80 mg | Reducir 3 mg de cada vez |
| 20 – 40 mg | Reducir 2 mg de cada vez |
| 0 – 20 mg | Reducir 1 mg de cada vez |

Los períodos de reducción se adaptarán a los objetivos temporales de desintoxicación del paciente: cada 1, 2, 5, 7, 15 ó 30 días.

c) En aquellos casos en que se necesite hacer una desintoxicación en tiempo corto puede ser necesario utilizar fármacos de apoyo para el control de la sintomatología de abstinencia.

Buprenorfina

La buprenorfina es un agonista parcial de los opiáceos, que se comporta con un perfil agonista-antagonista dosis dependiente. El paso de heroína a buprenorfina puede hacerse directamente, administrando por vía sublingual (vía de elección) 2-4 mg/día, generalmente 2 mg para aprovechar su capacidad agonista. Posteriormente, se va creciendo de la siguiente forma: segundo día, 4 mg; tercer día, 8 mg, y se deja esta dosis como la de mantenimiento. En algunos casos, puede administrarse esta dosis a días alternos.

La supresión brusca, una vez alcanzados los objetivos terapéuticos (desintoxicación o deshabituación), puede realizarse de forma brusca con un síndrome de abstinencia a opiáceos leve, que generalmente no requiere intervención terapéutica. La dependencia que produce es moderada. En el caso de sobredosis, la buprenorfina resulta sólo parcialmente antagonizada por la naloxona, requiriendo dosis más altas de esta sustancia, y por un tiempo más prolongado.

Se dispone en EE.UU. desde 2003, aunque no todavía en nuestro país, de una nueva aplicación para el tratamiento de deshabituación basada en la utilización de un antagonista opiáceo, la naloxona, asociada con buprenorfina (buprenorfina + naloxona en una proporción de 4:1). Cuando se administra sublingualmente, es equivalente a buprenorfina; sin embargo, si es utilizado con fines de abuso y administrada por vía intravenosa por una persona dependiente de opiáceos, es muy probable que ocasione síntomas de abstinencia a opiáceos.

6. Efectos secundarios e interacciones

Efectos secundarios

Metadona

Los más frecuentes, al inicio del tratamiento son: sedación, euforia se presenta si sobredosisificación, náuseas, vómitos, para los que se desarrolla tolerancia con gran rapidez. No se produce tolerancia a miosis, estreñimiento pertinaz y retención urinaria. Es muy frecuente la diaforesis profusa. En ocasiones, se presentan otros efectos como prurito, hipotensión postural, amenorrea, disminución de la libido.

En función de la dosis y la tolerancia del paciente la depresión respiratoria es el efecto adverso más grave que puede estar potenciado por el uso de otras sustancias tales como fármacos depresores del SNC o alcohol.

Buprenorfina

Los efectos adversos son comunes a los de los opiáceos pero con menor intensidad y frecuencia. Tienen menor grado de estreñimiento y no tiene efectos cardiovasculares, también tiene menor riesgo de depresión respiratoria pero en el caso de producirse es más difícil de revertir con antagonistas.

Interacciones

Metadona

Las interacciones farmacológicas son múltiples y no muy bien estudiadas. Se pueden producir por interacción farmacéutica (antes del proceso de absorción), farmacocinética (por afectación de la absorción, distribución, metabolismo y eliminación) o farmacodinámica (por interacción a nivel del receptor). Los hallazgos con relación a la isoenzima 3A4 del citocromo P450 como

responsable de la N-desmetilación de la metadona abre el camino para comprender las múltiples interacciones medicamentosas producidas por inhibición o inducción que deben ser consideradas a lo largo del tratamiento con todos los fármacos que interactúan en esta enzima. Por consiguiente, los fármacos que inhiben la N-desmetilación deberían aumentar la potencia agonista de opioides que tienen normetabolitos inactivos como la metadona.

Hay muchos factores que pueden modificar en teoría la efectividad farmacológica de la metadona. Algunos fármacos utilizados habitualmente en combinación con ella debido a enfermedades concomitantes aceleran su metabolismo por inducción de los sistemas microsomales hepáticos y provoca una bajada de sus niveles. El comienzo de la acción inductora es gradual y el final del efecto dependerá de la eliminación del fármaco inductor y la restauración del nivel normal de la enzima. Por este efecto, el paciente comienza con síndrome de abstinencia que obliga al aumento de dosis progresivo y como consecuencia se producen alteraciones fisiológicas como pérdida de peso y diarrea, alteraciones metabólicas (en las proteínas plasmáticas), que pueden alterar la cinética de la metadona, cambiando la eficacia del fármaco por una modificación en el volumen de distribución y variación de su concentración en la biofase.

También hay que tener en cuenta que la disminución de las concentraciones de metadona puede ser, en algunos casos, atribuida a un incremento del propio catabolismo por la inducción enzimática producida debida a un aumento de la síntesis del enzima en pacientes que están con el tratamiento mucho tiempo o la aparición de anticuerpos contra la metadona.

Otros fármacos tienen un efecto inhibitor del metabolismo por bloqueo del citocromo P450, como algunos antidepresivos y antipsicóticos, aunque no parecen tener un efecto significativo sobre los niveles de metadona. Con fármacos inhibidores del metabolismo, la inhibición de la N-desmetilación aumenta la potencia agonista de opioides que tienen normetabolitos inactivos. En cualquier caso todos los pacientes en tratamiento con agonistas opiáceos que tomen fármacos que inhiban el metabolismo se les debe advertir del riesgo de sobredosis.

Respecto a las interacciones con otras sustancias de abuso, cabe destacar:

- a) Alcohol. En consumo moderado, no se han descrito cambios en la metadona. En el consumo agudo: incremento de la sedación y depresión respiratoria. En el consumo crónico: incremento de la metabolización con disminución del efecto de metadona.
- b) Cocaína. La cocaína potencia la analgesia de los opiáceos. La metadona potencia las propiedades reforzadoras de la cocaína. En mantenimiento con metadona y dependencia de cocaína, el SAO desencadenado por antagonistas es inversamente proporcional al consumo de cocaína.

➔ *Las interacciones farmacológicas son múltiples y no muy bien estudiadas. Se pueden producir por interacción farmacéutica (antes del proceso de absorción), farmacocinética (por afectación de la absorción, distribución, metabolismo y eliminación) o farmacodinámica (por interacción a nivel del receptor).*

Tabla 21 (I). Fármacos que interactúan con la metadona

| Nombre genérico | Acción/uso |
|---|---|
| Fármacos opiáceos contraindicados (pueden precipitar la abstinencia) | |
| Naltrexona | Antagonista opiáceo utilizado en el tratamiento del alcoholismo i/o bloqueo de los efectos opioides |
| Buprenorfina, butorfanol, dezocina, nalbufina, pentazocina | Analgesicos con actividad opiáceo-antagonista |
| Tramadol | Analgesicos sintético (no considerado antagonista opiáceo, pero disminuye los niveles de opiáceos) |
| Nalmefene, naloxona | Revierde los efectos opiáceos |
| Fármacos y sustancias de abuso que pueden disminuir las concentraciones plasmáticas o los efectos de la metadona y pueden precipitar la abstinencia (los antirretrovirales se enumeran en tabla específica). | |
| Acido fusídico | Antibacteriano |
| Butobarbital sódico, mefobarbital, fenobarbital, pentobarbital, secobarbital | Barbituratos, sedantes y/o hipnóticos |
| Carbamacepina | Anticolvulsivante, neuralgia del trigemino, eutimizante |
| Cocaína | Sustancia de abuso |
| Dexametasona | Corticoide |
| Etanol | Consumo crónico |
| Espirnolactona | Diuretico |
| Fenitoína | Anticonvulsivante |
| Hierba de S. Juan | Antidepresivo |
| Heroína | Sustancia de abuso |
| Primidona | Anticonvulsivante |
| Rifampicina | Tratamiento TBC pulmonar |
| Tabaco | Sustancia de abuso |
| Acidificadores de la orina, acido ascórbico | Mantiene soluble el calcio, controla irritaciones cutáneas inducidas por orina, vitamina C |
| Fármacos que pueden incrementar las concentraciones plasmáticas o los efectos de la metadona y aumentar la sedación y otros efectos opiáceos | |
| Amitriptilina | Tratamiento de la depresión y ansiedad |
| Cimetidina | Antagonista receptores H2, tratamiento del ulcus gástrico y duodenal y de la enfermedad por reflujo gástrico |
| Ciprofloxacino | Antibiótico quinolona |
| Diazepam | Tratamiento de la ansiedad |
| Dihidroergotamina | Antimigrañoso |
| Disulfiram | Interdictor del alcohol |
| Etanol | Consumo agudo |
| Fluconazol | Agente antifúngico |
| Ketoconazol | Agente antifúngico |
| Eritromicina, claritromicina | Antibióticos macrolidos |
| Alcalinizadores de la orina | Tratamiento de la litiasis renal, tratamiento contra la gota |
| Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina | Utilizados en el trastorno depresivo mayor, el TOC, el trastorno por crisis de angustia, fobias y ansiedad generalizada |
| Moclobemida | Antidepresivo IMAO reversible |
| Metronidazol | Anti-infeccioso |
| Zumo de uva | Alimento |
| Verapamil | Antiarrítmico |

Tabla 21 (II) Fármacos que interactúan con la metadona

| Nombre genérico | Acción/uso |
|--|--|
| Fármacos cuya farmacocinetica puede modificarse con la metadona y además puede precipitar la aparición de efectos inesperados | |
| Desipramina y otros tricíclicos | Antidepresivos |
| Zidovudina | Tratamiento inicial del VIH |
| Stavudina (d4T) | Antirretroviral |
| Dextrometorfan | Antitusígeno |
| Benzodiazepinas: alprazolam, clorazepato, flurazepam, midazolam, triazolam, zopiclona | Sedantes, hipnóticos, relajantes musculares |
| Hidrato de cloral | Sedante |
| Clormetiazol | Sedante, utilizado en desintoxicaciones de alcohol |
| Alfa-interferón+ribavirina | Tratamiento infección VHC |
| Metilfenidato | Tratamiento del TDAH |
| Nifedipino | Antihipertensivo |
| Prometazina | Antihistamínico |

En las Tablas 21 y 22 se resumen las interacciones mas destacables.

7. Situaciones especiales

Embarazadas

En mujeres embarazadas dependientes de opiáceos y en consumo activo es de elección el tratamiento con metadona. Permite reducir o eliminar el consumo de opiáceos, el riesgo de exposición a VIH y la morbilidad en general (obstétrica, fetal y perinatal). Durante el embarazo pueden ser necesarios ajustes de dosis que se atribuyen a cambios del metabolismo y al incremento del volumen sanguíneo. Las dosis deberían ser lo mas bajas posibles pero siempre es más importante conseguir la abstinencia en el uso de otras sustancias aunque se requiera el manejo de dosis moderadas o altas.

Respecto a realizar la desintoxicación en mujeres gestantes en PMM existe controversia. En general se recomienda llevarla a acabo entre el 3º y 6º mes con reducción de dosis que no supere los 2,5 a 10 mg cada una o dos semanas, en cualquier caso la reducción de dosis debe evaluarse cuidadosamente especialmente si se realiza antes de la semana 14 por riesgo de aborto y después de la 32 por riesgo de estrés fetal. Será necesario el tratamiento de la abstinencia neonatal que se desarrolla en las primeras 72 horas. La desintoxicación se debe hacer con metadona y no otros opiáceos. Específicamente está contraindicado el dextropropoxifeno por el riesgo de parto prematuro.

En cuanto a la lactancia, en la práctica clínica no suele recomendarse, aunque existen autores que la indican en mujeres con dosis de mantenimiento bajas en función del balance riesgos/beneficios. Es importante la realización de un abordaje integral, considerando el embarazo como de alto riesgo y realizar una adecuada evaluación para objetivar las necesidades y déficits a nivel social, somática (patología infecciosa, problemas nutricionales, asegurar la realiza-

Tabla 22. Interacciones entre metadona y medicaciones para la infección VIH/SIDA

| Fármaco | Efecto sobre la metadona | Efecto de la metadona sobre el fármaco |
|--|--|--|
| AZT, Retrovir, Zidovudina | Ninguno | Incrementa el área bajo la curva (ASC) del AZT en 40%, no hay que modificar la dosis |
| DDI, Videx, Didanosine | Ninguno | Disminuye el ABC del DDI en un 60%. No hace falta modificar dosis |
| D4T, Zerit, Estavudina | Ninguno | Disminuye el ABC del D4T en 18%. No hace falta modificar dosis |
| 3TC, Epivir, Lamuvidina | Ninguno | No estudiado. Utilizar dosis habitual |
| Abacavir, Ziagen, Trizivir | Incrementa la eliminación de MTD Puede requerir incremento de dosis de MTD | Retardo en conseguir la concentración máxima. No hace falta modificar dosis |
| Amprenavir, Agenerase | Se pueden reducir los niveles de MTD, pero no parece necesario modificar la dosis | Los niveles pueden disminuir, pero la significación clínica no queda clara |
| Nevirapina, Viramune | Síntomas de abstinencia. Es necesario incrementar la dosis de MTD en 25% - 50% | No hace falta modificar dosis |
| Efavirenz, Sustiva | Disminuye las concentraciones de MTD en 48%. Hay que incrementar la dosis en un 40%-50% | No hace falta modificar dosis |
| Inhibidores de las proteasas | Todos estos fármacos tienen efectos complejos sobre el metabolismo hepático. Originan variaciones complejas en las concentraciones y en la unión a proteínas, pero generalmente no necesitan cambios de dosis. Hay que mantener la dosis habitual y monitorización del paciente por la aparición de signos de abstinencia y ajustar la dosis si hace falta | |
| Nelfinavir, Viracept | Disminución de las concentraciones de MTD, sin síntomas de abstinencia. Hay que ajustar dosis solo si aparecen síntomas | No hace falta modificar dosis |
| Ritonavir, Norvir | Disminución de las concentraciones de MTD, con necesidad de incrementar la dosis. Ajustar en caso de aparición de síntomas | No hace falta modificar dosis |
| Saquinavir (+ritonavir), Fortovase, Invirase | Cambios complejos implicando los tipos racémicos de la metadona y la unión proteica de la MTD. Ajustar dosis si aparecen síntomas | No hace falta modificar dosis |
| Amprenavir, Agenerase | Disminución de las concentraciones de MTD. No aparecen síntomas | No hace falta modificar dosis |
| Lopinavir (+ritonavir), Kaletra | Se han detectado concentraciones inferiores. Ajustar dosis solo si aparecen síntomas | No hace falta modificar dosis |
| Indinavir, Crixivan | No se ha estudiado formalmente. Ajustar dosis si aparecen síntomas | No hace falta modificar dosis |

MTD: metadona

ción de controles somáticos) legal y psíquico (tratando en lo posible patologías y proponiendo un abordaje de hábitos tóxicos, aprovechando el aumento de la motivación). Son claras contraindicaciones para la lactancia materna la infección por VIH/SIDA o los consumos de benzodiazepinas o de sustancias ilegales.

Pacientes con VIH/SIDA

En principio, las opciones de tratamiento sustitutivo son las mismas, independientemente del estado de la infección. El tratamiento sustitutivo puede reducir los comportamientos de riesgo que podrían perjudicar más el sistema inmunológico. Puede reducir el estrés y mejora la salud general del paciente ayudándolo a vivir una vida mas normalizada.

Hay que prestar una atención especial a las posibles interacciones entre la metadona y las medicaciones para el VIH. Conviene estar atento a la disminución de la tolerancia durante los periodos de enfermedad y con el riesgo de sobredosis en casos de pérdida de memoria asociada al deterioro cognitivo que se observa en fases avanzadas de la infección en algunos casos.

Adolescentes

Es poco probable que el tratamiento sustitutivo sea adecuado para los adolescentes ya que habitualmente no cumplen criterios de consumo crónico de opiáceos ni de tolerancia significativa. Por ello, la consideración de los tratamientos alternativos al mantenimiento es especialmente importante en jóvenes. Si son menores de 18 años es necesaria la autorización paterna o de tutor legal. La ausencia de éxito en otros tratamientos y la prevención de la morbilidad y mortalidad asociada al consumo de opiáceos, así como del deterioro psicosocial, son criterios para iniciar un programa de mantenimiento con agonistas. Aún así, se recomienda la derivación a centros específicos de atención a población joven. Es especialmente importante un trabajo con la familia, la red escolar y los servicios sociales.

Intoxicaciones accidentales en niños que ingieren metadona

Es preciso informar detenidamente a los pacientes y sus familiares sobre los riesgos por ingestión accidental de metadona en niños u otras personas que conviven con personas a tratamiento. La utilización de envases con cierre de seguridad y las indicaciones para mantener la metadona en lugar seguro son imprescindibles.

Tratamiento del dolor

El tratamiento inadecuado del dolor en pacientes en mantenimiento opiáceo es frecuente. Normalmente el paciente desarrolla tolerancia al efecto analgésico de la metadona en dosis habituales de mantenimiento. Utilizando dosis mayores, el efecto analgésico dura aproximadamente 6 horas. En general se recomienda ni interrumpir el tratamiento con metadona ni modificar las dosis.

Se han de seguir criterios generales de analgesia: analgésicos menores, AINEs, esteroideos, analgésicos no opioides asociado a opioide menor, opioide mayor. Si se utiliza analgesia opioide, deben de usarse agonistas puros y de acción corta, y serán necesarias dosis mayores y con mayor frecuencia que en condiciones habituales. No deben utilizarse agonista-antagonista porque pueden precipitar SAO en pacientes en PMAOs. En cuanto sea posible, pasar a una analgesia no opiácea. En dolor crónico, además, puede ser útil la derivación a unidades de tratamiento del dolor.

Transeúntes a tratamiento con buprenorfina

En la actualidad es cada vez más frecuente la presencia de pacientes, en programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, procedentes de otros países, que con carácter temporal realizan estancias de distinta duración en el nuestro por razones de trabajo, vacaciones, etc. Cuando el fármaco que reciben es buprenorfina puede ser necesaria una conversión de dosis a metadona ya que, según se comentó, en España no contamos por ahora con presentaciones comerciales de esta sustancia que sirvan para un programa de mantenimiento. Con ese objetivo se incluye a continuación una tabla de conversión (Tabla 23).

En un paciente que se encuentra estabilizado con buprenorfina, la metadona puede ser iniciada 24 horas después de la última dosis de aquella. En un primer momento se administrará la dosis que corresponda según la Tabla 23. A partir de entonces habrá que reevaluar al paciente en los días siguientes por si se precisasen ajustes posteriores. Conviene recordar en este sentido que los factores individuales pueden condicionar la respuesta a la metadona más allá de las indicaciones que con carácter general se pueden facilitar.

Tabla 23. Transferencia de buprenorfina a metadona

| Dosis de buprenorfina | Dosis de metadona |
|-----------------------|-------------------|
| > 8 mg | 40 mg |
| 4 mg | 20 mg |
| 2 mg | 10 mg |

8. Eficacia de los tratamientos de mantenimiento con sustitutivos opiáceos

El mantenimiento con sustitutivos, fundamentalmente metadona, es el tratamiento más estudiado en la dependencia de opiáceos y el de primera elección como tratamiento sustitutivo, mostrándose como mas efectivo que el resto no solo para la reducción de daños asociados al consumo sino también para abandonar el uso de la propia heroína.

En la actualidad se dispone de una evidencia científica contrastada suficiente sobre la eficacia de los tratamientos de mantenimiento, sobre todo con metadona. De acuerdo con estos estudios los efectos beneficiosos de estos tratamientos se resumen en los siguientes puntos:

- Disminución de consumo de opioides ilegales. En todos los estudios se observa un reducción del consumo de opioides detectados en controles de orina
- Disminución de conductas delictivas, siendo mas importante su efecto en los delitos relacionados con drogas.
- Disminución de las conductas de riesgo para la infección por el VIH. Sobre todo se consigue una reducción del consumo endovenoso y del intercambio de jeringuillas usadas.
- Disminución de riesgo de muerte por sobredosis. El resultado de los estudios revela que el tratamiento reduce el riesgo relativo de muerte en estos pacientes a una cuarta parte respecto a los pacientes que no están en tratamiento.
- Mejora de la calidad de vida.
- Retención en tratamiento. Los efectos descritos se consiguen mientras los pacientes permanecen en el tratamiento, siendo este uno de los mejores parámetros para valorar la eficacia.

Si bien la metadona puede darse como único tratamiento, es útil añadir intervenciones médicas, psicológicas y sociales para obtener mejores resultados.

➔ *El mantenimiento con metadona es el tratamiento más estudiado en la dependencia de opiáceos y el de primera elección como tratamiento sustitutivo, mostrándose como mas efectivo que el resto no solo para la reducción de daños asociados al consumo sino también para abandonar el uso de la propia heroína.*

6. Consumo de menos riesgo: Técnicas de inyección más segura y prevención de sobredosis

1. Introducción **66**
2. Estableciendo prioridades: consumo inyectado como factor de riesgo **66**
3. Contar con los usuarios como mediadores o agentes preventivos **67**
4. Difusión de las técnicas de inyección más segura y prevención de sobredosis **68**
5. Programas de intercambio de jeringuillas **68**
6. Talleres de consumo de menos riesgo **70**

1. Introducción

El concepto de “reducción de riesgos” comenzó a utilizarse, en nuestro país, a finales de los años ochenta en respuesta a dos factores concretos: el primero la epidemia producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el segundo fue la sospecha creciente de que las estrategias que se habían adoptado para afrontar el consumo de drogas no habían sido suficientemente eficaces para incorporar a las redes sociosanitarias al mayor número posible de usuarios de drogas y para modificar su conducta hacia comportamientos de menor riesgo en relación con la transmisión de infecciones. Si a esto añadimos un cierto grado de autocrítica por parte de los profesionales respecto a las limitaciones en el conocimiento neurobiológico sobre las adicciones y los modelos terapéuticos vigentes, no debería extrañar la progresiva aceptación de las políticas “reduccionistas”.

En los últimos años muchos países de nuestro entorno han realizado enormes esfuerzos por facilitar a los usuarios de drogas medios y cuidados que puedan contribuir a reducir el consumo por vía intravenosa o al menos a disminuir los problemas asociados al mismo. Conseguir que los drogodependientes se mantengan vivos antes que libres de drogas constituye el postulado básico de actuación de las políticas de reducción de daños. Facilitar el acceso a equipos de inyección higiénicos, a través de los denominados programas de intercambio de jeringuillas, es un buen ejemplo de estas prácticas que han reportado beneficios incuestionables aunque todavía insuficientes. Es posible desarrollar, de forma complementaria, otras intervenciones preventivas que tienen como objetivo contribuir a la introducción de cambios en las técnicas de inyección, para disminuir muchos de los riesgos, como infecciones o sobredosis, derivados de las prácticas incorrectas durante el consumo de las distintas drogas.

➔ *Conseguir que los drogodependientes se mantengan vivos antes que libres de drogas constituye el postulado básico de actuación de las políticas de reducción de daños.*

2. Estableciendo prioridades: consumo inyectado como factor de riesgo

Es bien conocida la importancia que la vía inyectada tiene en la transmisión de infecciones, algunas de las cuales acarrearán severas complicaciones para los usuarios de drogas (VIH/SIDA, hepatitis, endocarditis, infecciones cutáneas, etc.). Los expertos en adicciones coinciden en que son muchas las variables que influyen en la elección de la vía inyectada a la hora del consumo de sustancias. Entre ellas estarían algunos factores relativos al mercado ilícito de sustancias tales como la disponibilidad de las drogas, su pureza o el precio de venta. Son numerosas las investigaciones que señalan la influencia de las actividades preventivas, entre las que se incluyen la provisión de equipos de inyección estériles o la información sobre técnicas correctas de inyección, en la elección de la vía de consumo o en los cambios a la hora de administrarse distintas drogas.

Algunas acciones, como las que se presentan a continuación, tienen como objetivo contribuir a la introducción de cambios en las técnicas de inyección, para disminuir muchos de los riesgos derivados de las prácticas incorrectas a la hora de realizar consumos de las distintas drogas. En definitiva, se trata ya no sólo de proveer a los consumidores de equipos de inyección estériles, sino además de formarlos y adiestrarlos en su utilización, de modo que puedan beneficiarse lo máximo posible de su uso adecuado y disminuir los daños derivados de los riesgos que supone el consumo de drogas inyectadas.

3. Contar con los usuarios como mediadores o agentes preventivos

Son bien conocidas las dificultades que tenemos para hacer llegar a los jóvenes mensajes preventivos en relación con el consumo de las distintas drogas. Pero cuando el objetivo de la prevención es no ya la población de potenciales consumidores sino los usuarios de drogas en activo, las dificultades son todavía mayores. Es obvio que no sirven los mismos códigos de comunicación y que los contenidos de nuestras intervenciones no pueden ser iguales. En el caso de usuarios de drogas activos hay que modificar las estrategias preventivas para dar paso a una información que contemple de una manera más rigurosa todos los efectos de las drogas: los buscados o deseados cuando se usan, los negativos o no buscados, los relativos al entorno o contexto en que se consumen y las medidas a poner en práctica cuando las cosas no salen como uno preveía (intoxicación, sobredosis, etc.).

Las posibilidades de éxito en el trabajo con usuarios de drogas, a la hora de transmitir mensajes dirigidos a que modifiquen su conducta en relación con el consumo, pasa por condiciones básicas e imprescindibles como el respeto y la credibilidad. Esto supone informar sobre las drogas de una manera distinta a como le hemos hecho en muchos casos en los últimos años.

Para el que nunca lo haya hecho, quizás nada pueda ser tan sorprendente y grato a la vez como trabajar con un colectivo de usuarios de drogas cuando el objetivo del trabajo no es cuestionar el consumo sino cómo llevarlo a cabo con el menor riesgo. En este sentido, facilitar consejo sobre como consumir drogas de una forma más segura va a ser mucho más eficaz que plantear interrogantes sobre por qué se realiza sin aportar estrategias minimizadoras de daños para futuros consumos. En las acciones dirigidas a la reducción de daños, cuando se trabaja con usuarios de drogas en activo, el objetivo del trabajo no es cuestionar el consumo sino cómo llevarlo a cabo con el menor riesgo.

➔ *En las acciones dirigidas a la reducción de daños, cuando se trabaja con usuarios de drogas en activo, el objetivo del trabajo no es cuestionar el consumo sino cómo llevarlo a cabo con el menor riesgo.*

A nadie escapa que la introducción en el mundo de las drogas casi siempre viene de la mano de un usuario más o menos "experto". Así pues, el interés de convertir a los usuarios de dro-

gas en agentes educativos para enseñar o entrenar en un consumo más seguro de las distintas drogas es básico si queremos reducir las consecuencias negativas de su uso. Sobre esto último conviene realizar una observación. En contra de la idea ampliamente extendida sobre los usuarios de drogas como personas que únicamente se preocupan por conseguir drogas y que permanecen al margen de todo lo que les rodea, existen muestras suficientes en los colectivos de usuarios e innumerables acciones conjuntas entre profesionales y agentes de salud usuarios de drogas que nos demuestran que esta afirmación no sirve para todos ellos. Muy al contrario, los usuarios de drogas tienen intereses y preocupaciones como su trabajo, su familia y también sus compañeros de consumo. En los últimos años, aparecen cada vez con más fuerza, colectivos u organizaciones de drogodependientes que han desempeñado y desempeñan papeles clave en prevenir las consecuencias negativas del consumo de drogas. Su preocupación por impedir la progresión de la infección por el VIH, las hepatitis o prevenir la muerte por sobredosis son algunos ejemplos de las tareas valiosas que están realizando.

4. Difusión de las técnicas de inyección más segura y prevención de sobredosis

En las acciones o actividades diseñadas para promover formas de consumo más seguro será básico plantearse como objetivo de primer orden en la transmisión de información que los posibles daños para la salud, en relación con el consumo de drogas, vienen derivados de situaciones de riesgo que tienen que ver con las sustancias que se consumen, las formas de consumo o algunas conductas peculiares que mantienen muchos usuarios de drogas. Aunque no es posible hablar de un consumo de drogas totalmente seguro, porque algunos factores de riesgo no se pueden modificar (por ejemplo, el desconocimiento sobre las características reales de una sustancia adquirida en el mercado negro y sin control sanitario) si será posible reducir o minimizar los riesgos en relación con el consumo de drogas modificando algunos comportamientos.

➔ *Aunque no es posible hablar de un consumo de drogas totalmente seguro, si será posible reducir o minimizar los riesgos modificando algunos comportamientos.*

5. Programas de intercambio de jeringuillas

Los programas de intercambio de jeringuillas (PIJs) se dirigen a la población usuaria de drogas por vía inyectada con en consumo activo, facilitando material de inyección esterilizado (Ilustración 1), para minimizar el riesgo de contagio de virus transmisibles por sangre, asociados al uso compartido de dicho material. En España surgen a partir del año 1989, principalmente desde asociaciones implicadas en la lucha contra el SIDA, extendiéndose a los progra-

mas de atención a adictos y luego presentes en los planes autonómicos o nacionales y a partir de 1997 en algunas prisiones. Existen distintas modalidades de PIJ e intervenciones que se llevan a cabo desde los programas, con diferentes fortalezas y debilidades. Hay modalidades de intervención especialmente innovadoras como los PIJs en farmacias o en prisión. Las evaluaciones que de estos dispositivos se han llevado a cabo indican que los PIJs son efectivos y eficaces en la reducción de las tasas de VIH entre los consumidores, contactar con usuarios de drogas intravenosas que no acceden a otros servicios, disminuir el número de jeringuillas usadas en circulación, ofrecer educación y consejo para un consumo más seguro, y posibilitar la entrada a tratamientos de drogodependencias. A la hora de implantar un programa de reducción de daños y riesgos de estas características, debe recordarse que ha de estar enmarcado en un abordaje comunitario, que combine la prevención, el tratamiento y las estrategias de reducción de daños. En relación con esto es preciso insistir que cada realidad local, cada población de usuarios de drogas, habrán de definir la forma final de este tipo de intervenciones y la metodología específica de las mismas.

Los PIJs son efectivos para: la reducción de las tasas de VIH, disminuir las jeringuillas usadas en circulación, ofrecer educación para un consumo más seguro y posibilitar la entrada a tratamiento de usuarios que no están en contacto con los Servicios de Salud.



Ilustración 1. Kit con material de inyección proporcionado por un PIJ.

6. Talleres de consumo de menos riesgo

Por lo que atañe a la realización de este tipo de actividades, habrá que valorar: a) el espacio físico en el que se realizarán los encuentros (accesible, cómodo, etc); b) los recursos materiales (medios audiovisuales -Ilustración 2-, material de inyección, maniquís para RCP, material gráfico -Ilustración 3-, etc.); c) el lenguaje (es obvio que un lenguaje no formal y adaptado a la comunicación habitual entre usuarios de drogas facilitará la comunicación), d) el reconocimiento material (gratificar a los mediadores o reclutadores por el aporte de sujetos al taller, a los asistentes por su colaboración, etc.); e) la duración (nunca han de rebasar las posibilidades de atención y participación de los asistentes, mejor sesiones cortas y recuerdos periódicos); f) la difusión (mejor reclutamiento activo contando con la colaboración de los propios usuarios de drogas); g) las "reglas de juego" (puntualidad, respeto, estado cognitivo, interrupciones, etc.); otros aspectos como el número de participantes en cada sesión, la posibilidad de repetición de sesiones, etc., también serán aspectos a valorar detenidamente en cada caso.

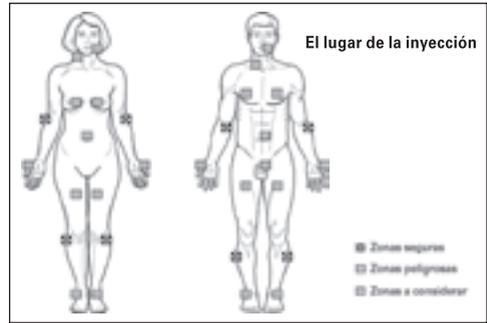


Ilustración 2. Ejemplo de diapositiva utilizada en talleres de consumo de menor riesgo.



Ilustración 3. Material gráfico divulgativo que promueve conductas más seguras en relación con la sobredosis.

Para reducir los riesgos relativos al consumo intravenoso habrá que tener en cuenta algunas recomendaciones relativas al material empleado para la inyección, a las drogas consumidas, a la técnica de inyección y al lugar o contexto en el que se realiza el consumo. De este modo, los contenidos de un taller sobre consumo de menor riesgo habrán de facilitar: a) una descripción detallada de las vías de administración de drogas; b) de todos los componentes del equipo de inyección (jeringa, aguja, diluyente, recipientes para realizar la mezcla, acidificantes, filtros, desinfectante, torniquete, etc.); c) de las técnicas de inyección higiénicas, información sobre aspectos anatómicos elementales (diferencias arteria-vena, elección del lugar de inyección, etc.); d) un análisis detenido de los acontecimientos previos al consumo o relacionados con el contexto en el que éste se realiza (adquisición de las drogas, consumo sólo o acompañado, en casa o en la calle, etc.), e) un repaso a las incidencias más importantes relacionadas con el consumo (extravasaciones, transmisión de infecciones, lesiones locales, sobredosis, etc.), f) la provisión de alternativas para cuan-

do surjan estas incidencias (carencia de jeringas limpias y lavado-desinfección de material usado, tratamiento de infecciones en tejidos blandos o flebitis, técnicas de reanimación, etc.).

En lo que atañe a los aspectos relacionados con las reacciones agudas tras consumo de drogas al menos cuatro cuestiones habrían de ser objeto básico de las intervenciones a la hora de transmitir información a los consumidores: a) ¿qué es una sobredosis? b) como identificarla c) como actuar si llegara a ocurrir y d) que podemos hacer para prevenirla. Estará pues indicado tratar de informar sobre los distintos mecanismos que intervienen en una sobredosis (tolerancia farmacológica, policonsumo, contaminantes tóxicos y reacciones alérgicas), sobre las circunstancias relacionadas con el momento del consumo (proveedores, pureza de sustancias, consumo en solitario, etc.), circunstancias personales del momento (uso simultáneo de varias drogas o fármacos, períodos previos de abstinencia, etc). Es fundamental el adiestramiento en la técnicas de resucitación cardiopulmonar a un nivel elemental y en tratar de que los usuarios lleguen a interiorizar una especie de protocolo de actuación por si en algún momento se ven envueltos en un caso de posible sobredosis (llamar a una ambulancia, comprobar consciencia, posición de seguridad, etc.).

➔ *Es fundamental el adiestramiento en la técnicas de RCP básica y que los usuarios de drogas lleguen a interiorizar un protocolo de actuación por si se ven envueltos en un caso de posible sobredosis.*

7. Tratamiento en comunidad terapéutica

1. Introducción **14**
2. Criterios de indicación y procedimiento para la derivación de pacientes a CT **15**
3. Características del tratamiento en comunidad terapéutica **17**

1. Introducción

La asistencia a los adictos se realiza habitualmente bajo tres modalidades de tratamiento según la intensidad con que se efectúa: ambulatoria, semiresidencial y residencial. Esta última opción terapéutica viene definida por un régimen de tratamiento con una frecuencia de intervenciones diarias y los dispositivos asistenciales donde se desarrollan las actividades correspondientes pueden ser las comunidades terapéuticas o las unidades de desintoxicación hospitalaria.

La comunidad terapéutica (CT) es un dispositivo que realiza tratamientos de deshabituación y rehabilitación en régimen residencial, orientados a dar respuesta satisfactoria a determinados pacientes drogodependientes en los que se considera difícil la recuperación en su medio habitual. La comunidad terapéutica se concibe como un marco físico que permite la ruptura temporal con el medio habitual del drogodependiente. Se constituye como un sistema en el que el individuo tiene la posibilidad de desarrollar nuevas pautas de comportamiento tendentes a facilitar su rehabilitación e incorporación social. Las intervenciones y objetivos en la CT se caracterizan por el abordaje intensivo y global, con actividades fundamentalmente de tipo psicoterapéutico, ocupacional, socioeducativo y médico-sanitarias.

➔ *La comunidad terapéutica se concibe como un marco físico que permite la ruptura temporal con el medio habitual del drogodependiente. Se constituye como un sistema en el que el individuo tiene la posibilidad de desarrollar nuevas pautas de comportamiento tendentes a facilitar su rehabilitación e incorporación social.*

Las comunidades terapéuticas contemporáneas han desarrollado y evolucionado muy significativamente respecto a sus orígenes históricos. Actualmente el término comunidad terapéutica resulta genérico y poco preciso, aplicándose a una gran variedad de instituciones residenciales. Un número importante de ellas mantiene como referente el modelo de comunidad terapéutica tradicional norteamericano, mientras otras CT más profesionalizadas han adaptado este modelo combinándolo con postulados de la atención en salud mental y servicios asistenciales comunitarios.

En la CT tradicional, el “terapeuta principal”, agente terapéutico y modelo a seguir es la propia comunidad, formada por los pares y el staff como modelos de rol que modelan un cambio personal exitoso. En el modelo europeo, junto con los componentes grupales y comunitarios, los agentes activos del cambio suelen ser estrategias formales de intervención, basadas en las ciencias médicas y psicosociales. En ambos casos, sin embargo, la interacción diaria, continuada e intensiva constituye un elemento esencial del modelo de intervención.

Se debe tener en cuenta que, en la actualidad, las comunidades terapéuticas profesionales son un recurso integrado en una red de atención (Figura 2), situándose en un nivel asistencial especializado de tercer nivel y los pacientes habrán de ser derivados a estos recursos desde los centros ambulatorios, en ningún caso deberían de poder acceder de forma directa a petición propia, por derivación judicial, etc.

Que formen parte integrada de una red más amplia de tratamiento integral es una característica diferencial entre este tipo de centros y otros que siguen un modelo tradicional mas cercano al norteamericano. La existencia de un equipo multidisciplinar de profesionales responsable del proyecto terapéutico supone otro rasgo claramente diferencial entre unos y otros tipos de centros que a veces son citados bajo la misma denominación de forma claramente errónea.



Figura 2

2. Criterios de indicación y procedimiento para la derivación de pacientes a CT

Criterios de indicación

En general, tendrán preferencia los pacientes con importante desestructuración familiar y/o social, necesidad de aislamiento del medio para garantizar una abstinencia continuada, fracaso en anteriores tratamientos en medio ambulatorio, situación judicial problemática y motivación para el cambio de estilo de vida.

Frente a lo que venía siendo habitual en muchos centros de este tipo, hasta hace pocos años, no serán motivos de exclusión para el ingreso la falta de familiares responsables o personas que colaboren en el tratamiento y se podrán beneficiar de este personas que carezcan de una estructura familiar de apoyo. Tampoco será motivo de exclusión la participación del paciente

en programas de mantenimiento con sustitutivos u otro tipo de programas terapéuticos distintos de los clásicamente denominados libres de drogas. Por último, y siempre que el paciente pueda cumplir con las actividades del programa terapéutico, no será motivo de exclusión la existencia de comorbilidad psiquiátrica.

➔ *Tendrán preferencia los pacientes con importante desestructuración familiar y/o social, necesidad de aislamiento del medio para garantizar una abstinencia continuada, fracaso en anteriores tratamientos en medio ambulatorio, situación judicial problemática y motivación para el cambio de estilo de vida.*

Procedimiento de derivación

La CT está integrada en una red más amplia, situándose a un nivel de mayor especialización dentro del circuito terapéutico. En relación con esto, los ingresos en este tipo de recursos asistenciales han de solicitarse desde los centros ambulatorios. Con carácter general, todos los pacientes derivados, para valoración de ingreso en un centro residencial de este tipo debieran de haber sido evaluados convenientemente y adjuntando a la solicitud de ingreso el resumen de la historia clínica con datos personales, historia socio-familiar y toxicológica, la historia médica con analíticas básicas recientes, serologías de hepatitis y VIH, prueba de Mantoux, pautas de tratamiento farmacológico actual si procediese, evaluación psicológica, etc. También debería de acompañar la solicitud de ingreso una especificación sobre los objetivos pretendidos con la realización de un tratamiento en Comunidad Terapéutica para el caso en cuestión. Finalmente, deberá realizarse un consentimiento informado de ingreso voluntario en la CT.

Es importante tener presente que los pacientes que se deriven para el ingreso en una CT no padecerán enfermedades o discapacidades que imposibiliten la normal participación en las actividades programadas, ni que supongan una fuente de contagio para el resto de pacientes. En el caso de solicitud de ingreso para el tratamiento en CT de familiares o parejas al mismo tiempo, habrá de consultarse esta cuestión con carácter previo ya que en la mayoría de las ocasiones será conveniente derivar a otro centro de las mismas características pero no podrán ingresar conjuntamente para evitar posibles problemas durante el tratamiento. Conviene también recordar que el ingreso de menores de edad deben ser valorado exhaustivamente por las consideraciones legales que pudieran derivarse.

Cada vez son más frecuentes las solicitudes de ingreso en comunidades terapéuticas en situaciones legales de tratamientos alternativos a la privación de libertad ya sea por parte de los propios pacientes, familiares, instancias judiciales, etc. En estos casos y desde el punto de vista estrictamente profesional/terapéutico, de forma previa al ingreso deberían de hacerse las siguientes consideraciones: a) El tratamiento alternativo a la privación de libertad no debe reducirse únicamente a la modalidad residencial en comunidad terapéutica, es decir, podrían haber otras posibilidades de tratamiento en medio ambulatorio o semiresidencial. b) La asignación a un determinado programa terapéutico debe supeditarse a la valoración que realizan los profesionales del equipo responsables del centro ambulatorio que deriva y la CT a la que se quiere

derivar. c) El tratamiento siempre deberá tener carácter rehabilitador. Los pacientes derivados judicialmente deberán de participar en las actividades terapéuticas en las mismas condiciones que los demás internos. Por tanto, el tratamiento se realizará en régimen residencial y no en régimen cerrado, por lo que en ningún caso se deberá entender la CT como un centro de custodia.

3. Características del tratamiento en comunidad terapéutica

El término comunidad terapéutica es utilizado por primera vez a mediados de los años cuarenta por Main, definiendo lo que deberían ser los hospitales ante las nuevas exigencias sanitarias suscitadas por la Segunda Guerra Mundial. Las aportaciones fundamentales de Maxwell Jones, los modelos de Synanon y Daytop, la progresiva profesionalización e institucionalización (además de otras consideraciones teórico-metodológicas) contribuyeron a la concepción de las CT como uno de los recursos de tratamiento más conocidos y de mayor tradición entre los afectados y sus familias. En los últimos diez años hemos asistido a una importante evolución y transformación de las comunidades terapéuticas para llegar a convertirse en lo que actualmente son según antes se mencionó: un recurso perteneciente a una red de atención más amplia situándose en el tercer nivel asistencial del circuito terapéutico, de modo que los ingresos se realizan por decisión de los equipos de las unidades asistenciales ambulatorias (recursos de primer nivel o de entrada a la red especializada de atención a drogodependientes) en estrecha relación y coordinación con el equipo técnico de la comunidad terapéutica.

➔ *En la CT se realizan tratamientos en régimen residencial, orientados a dar una respuesta satisfactoria a determinados pacientes adictos con un abordaje intensivo y global, con actividades fundamentalmente de tipo psicoterapéutico, ocupacional, socio-educativo y médico-sanitarias.*

La comunidad terapéutica se concibe como un marco físico que permite la ruptura, temporal, con el medio habitual del drogodependiente. Se constituye como un sistema en el que el individuo en un marco protegido tiene la posibilidad de adquirir y desarrollar pautas de comportamiento tendentes a facilitar su rehabilitación e incorporación social. En la metodología de trabajo de las actuales comunidades terapéuticas, al igual que en las americanas, que inicialmente contribuyeron a difundir este modelo de intervención, son básicas la interacción grupal y la participación activa del paciente en el tratamiento. Las comunidades terapéuticas profesionales que se ofertan para el tratamiento en la actualidad en la mayoría de las autonomías en nuestro país poseen un rasgo esencial, la realización de un tratamiento profesional llevado a cabo por un equipo terapéutico interdisciplinario que contempla las diferentes áreas de intervención, con una formación académica homologada y con un programa terapéutico avalado por principios y técnicas científicamente reconocidas.

En relación con esto, al igual que en los demás dispositivos asistenciales ya sean para el tratamiento ambulatorio o semiresidencial, las CT habrán de realizar sus intervenciones terapéuticas con protocolos psicológicos, médicos, sociales, etc., así como con sistemas de diagnóstico y evaluación basados en criterios científicos, fijando límites para la estancia de los pacientes (se acepta como estancia media la situada en torno a los seis meses), facilitando a estos y/o a sus familiares los documentos que recojan tanto su derechos como sus deberes, firma de consentimiento informado sobre el tratamiento que se va a realizar, etc. En definitiva, la comunidad terapéutica es una modalidad residencial de tratamiento específica y diferenciada donde se recibe tratamiento clínico y socioterapéutico, individualizado, ajustado a las necesidades de cada paciente y proporcionado por un equipo multidisciplinar bajo un enfoque biopsicosocial. En ningún caso se trata de un recurso de emergencia social y en ningún caso se debería utilizar como tal.

➔ *La comunidad terapéutica es una modalidad residencial de tratamiento específica y diferenciada donde se recibe tratamiento clínico y socioterapéutico. No se trata de un recurso de emergencia social y en ningún caso se debería utilizar como tal.*

Áreas de intervención en las comunidades terapéuticas profesionales.

Aún contando con la existencia de particularidades del tratamiento en las distintas comunidades terapéuticas y de las necesidades de cada paciente a nivel individual, el tratamiento en modalidad residencial deberían contemplarse intervenciones en las áreas que siguen:

- Área de salud. Presta especial atención a la prevención, aprendizaje de hábitos de salud e higiene y a la educación física como vías de rehabilitación (serán objetivos específicos a desarrollar la mejora de la forma física de los pacientes en función de sus posibilidades, la promoción de la salud mediante la actividad física dirigida, el cuidado de la alimentación, los ritmos estables de sueño-vigilia, el fomento de hábitos de higiene, etc.). Se ofrece atención médico-sanitaria a todos los pacientes, controles médicos periódicos sobre posibles patologías asociadas, tratamiento farmacológico, prevención de transmisión de enfermedades infectocontagiosas, etc.
- Área empleo/apoyo. Incide de forma especial en los estudios, la formación laboral y la incorporación social. Son objetivos específicos, entre otros, el desarrollo de actitudes positivas y hábitos hacia el estudio y el aprendizaje, la adquisición de hábitos laborales y desarrollo de actitudes positivas ante el trabajo, etc.
- Área de conducta adictiva. Se centra en la conducta de consumo de drogas, los estilos de vida y las habilidades de afrontamiento adecuadas. Los objetivos básicos son aumentar la capacidad de autocontrol sobre el deseo y la conducta de consumo y dotar a los pacientes de estrategias para afrontar el nuevo estilo de vida sin drogas.
- Área judicial. Incluye la atención a la problemática jurídico-legal y educación en valores, así como el afrontamiento activo y responsable.

- Área de relaciones. Incluye la mejora de las habilidades para las relaciones sociales, la relación y comunicación familiar y capacidad de uso y disfrute del tiempo libre alternativo al consumo de drogas.
- Área psicológica. Abarca el psicodiagnóstico y la psicoterapia con el objetivo de abordar los déficit psicológicos personales, persiguiendo el mantenimiento del cambio y la integración y adaptación psicosocial.
- Área psicoeducativa. En este área se trabaja desde el medio grupal para el desarrollo de procesos de intervención que colaboren con el desarrollo individual. Se utilizan los aspectos normativos del régimen de CT para enfrentar al sujeto con sus dificultades de interiorización y ayudar en el proceso del cambio, etc.

Elementos terapéuticos formales de la comunidad terapéutica

Las CT profesionalizadas incorporan a su programa terapéutico estrategias formales de intervención muy variadas, desde el tratamiento psiquiátrico hasta la aplicación de técnicas de tratamiento psicológico de índole diversa, según la orientación teórica. Se basa fundamentalmente en las teorías cognitivo-conductuales, el aprendizaje social y las teorías motivacionales sobre el cambio en las conductas adictivas, además de diversos componentes típicos de las comunidades terapéuticas.

➔ *Las CT profesionalizadas incorporan a su programa terapéutico estrategias formales de intervención muy variadas, desde el tratamiento psiquiátrico hasta la aplicación de técnicas de tratamiento psicológico de índole diversa, según la orientación teórica, y socioterapéuticas.*

En las CT, junto con las estrategias de intervención individuales, las técnicas grupales constituyen la base de la intervención psicológica. El contexto grupal puede constituirse como un marco de apoyo, terapéutico o educativo. Según la tolerancia de los pacientes para las dinámicas de interacción en el grupo, se utilizan técnicas de confrontación de la negación, y de las discrepancias entre actitudes e intenciones manifiestas y la conducta observable, el manejo de conflictos interpersonales y relaciones cercanas, la comunicación de afectos y experiencias traumáticas, etc. En general, las técnicas de intervención grupal en la CT suministran una oportunidad privilegiada para la identificación con otros individuos que se enfrentan y resuelven dificultades semejantes. En la práctica, las técnicas de grupo ayudan a identificar y comprender el impacto que el abuso y dependencia de drogas en las vidas de cada uno de los componentes del grupo, a aprender acerca de los sentimientos y reacciones propios y ajenos y a comunicar y escuchar necesidades y sentimientos de un modo más adaptativo.

El consejo o terapia familiar es generalmente un elemento fundamental del tratamiento. En muchas ocasiones los recursos familiares son integrados en el plan de tratamiento como agente terapéutico, o como instrumento de monitorización y apoyo a la conducta del usuario.

Por otro lado, el trabajo socioterapéutico, área fundamental en CT, tiene sus propios modelos intervención. Parte importante de él son las normativas internas de funcionamiento en CT. Estas estrategias formales se complementan con una actitud de los usuarios como modelos de rol. De manera importante, la fuerza de la CT como contexto para el aprendizaje social se basa en la variedad y cualidad de sus modelos de rol. Se espera que todos los miembros de la comunidad sean modelos de rol para los demás.

➔ *Estas estrategias formales se complementan con una actitud de los usuarios como modelos de rol. De manera importante, la fuerza de la CT como contexto para el aprendizaje social se basa en la variedad y cualidad de sus modelos de rol. Se espera que todos los miembros de la comunidad sean modelos de rol para los demás.*

8. Intervención psicológica

1. Introducción **82**
2. Técnicas de tratamiento más habituales **85**
3. Características del tratamiento psicológico **92**
4. Cuestiones a abordar durante el tratamiento **93**

1. Introducción

En la actualidad, existen tres grandes modelos terapéuticos que han revolucionado el tratamiento psicológico de las adicciones. El primer modelo es el Modelo Transteórico del Cambio. El segundo es el de la Entrevista Motivacional, que ha supuesto un cambio de perspectiva en el análisis y en el abordaje de la motivación hacia el tratamiento, y una reconsideración de la importancia del estilo del terapeuta en el manejo relacional con los pacientes adictos. El tercer modelo es el de la Prevención de Recaídas, basado en el entrenamiento preventivo de los pacientes que siguen tratamientos de su dependencia psicológica a fin de reducir la probabilidad de recaídas.

➔ *En la actualidad, existen tres grandes modelos terapéuticos que han revolucionado el tratamiento psicológico de las adicciones: el Modelo transteórico del cambio, el de la Entrevista motivacional y el de la Prevención de recaídas.*

El Modelo Transteórico del Cambio defiende y demuestra que el cambio en las adicciones no es nunca lineal, ni categórico (abstinente-no abstinente), sino siempre sometido a un proceso dinámico y en cierta manera inestable. Sin embargo, el patrón básico de avance o retroceso en las etapas básicas del cambio que después describiremos es probablemente más dimensional y continuo que no categorial o cualitativo. De aquí se deduce que las intervenciones psicológicas deben siempre adecuarse a la etapa de cambio en que se encuentra el paciente, o al momento terapéutico en el que ese paciente se encuentra.

Este modelo considera a cada persona adicta en función de su proceso de cambio, “personalmente intencional”, lo que quiere decir que en el cambio el paciente atraviesa por diferentes etapas (Tablas 24), que pueden ser momentos, pueden ser días, meses o incluso años. Siempre es importante que exista una mínima intención personal derivada de un proceso de toma de decisiones consciente en la que el paciente valora los elementos positivos y negativos de la adicción en su vida personal. A este proceso se le denomina técnicamente como “balance decisional”. Solo en el caso en que el paciente reconoce una predominancia de los elementos negativos sobre los positivos, aunque sea de una forma poco estable temporalmente, aparece la intención personal y posteriormente el compromiso personal consciente de cambiar.

De igual manera que los estadios de cambios representan una dimensión temporal que permite captar cuándo ocurren determinados cambios de intenciones, actitudes o conductas, los procesos de cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo (Tabla 25).

Tabla 24. Estadios del modelo transteórico de cambio

Precontemplación: Los adictos situados en este estadio no se plantean modificar su conducta adictiva ya que no son conscientes (o lo son en un mínimo grado) de que dicha conducta y el estilo de vida relacionado con la misma representen un problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de ella superiores a los aversivos. No se trata de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema.

Contemplación: En este estadio existe una conciencia del problema y se considera seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero el compromiso de cambio es frágil. Así, durante el estadio de contemplación el individuo va tomando conciencia de la problemática derivada de su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente aumentando. La resultante del “balance decisional” se decanta progresivamente hacia el lado de los aspectos negativos de su adicción, esforzándose los sujetos en comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento.

Preparación para el cambio: Se trata de un estadio que combina criterios intencionales y conductuales, caracterizándose tanto por ser la etapa de toma de decisiones y compromiso a abandonar la conducta adictiva como por ser la fase en la que se dan pequeños cambios conductuales (disminuir la dosis de heroína consumida, por ejemplo) aunque dichos cambios no cumplan los criterios necesarios (abstinencia total de heroína) para considerar que el adicto se halla en el siguiente estadio, el de acción. También es el momento en que el paciente se informa sobre posibles recursos terapéuticos.

Acción: El estado de acción es la etapa en la que individuo hace cambios, con o sin ayuda profesional, en su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que la afectan, con el objetivo último de superar la adicción. Requiere un compromiso importante así como una considerable cantidad de tiempo y energía, e implica y representa los cambios conductuales más manifiestos. Estos cambios del estadio de acción (el logro de la abstinencia, por ejemplo), al ser más visibles para las personas cercanas al adicto, conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social.

Mantenimiento: En el estadio de mantenimiento, el individuo intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior, y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva.

Recaída: Ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. En este sentido, una recaída puede producirse, pues, tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento de la abstinencia. Suele conllevar sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido se autoeficacia se ve seriamente afectado.

Finalización: Se ha especulado bastante sobre la existencia de un supuesto estadio que pondría fin al proceso de cambio. Este estadio implicaría la total desaparición de la conducta adictiva a un largo plazo y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo de tiempo o de energía en relación a cualquier otra conducta del repertorio del ex - adicto. Desde el punto de vista médico y neurocientífico actual, no cabría plantearse en muchos casos la existencia de una etapa de finalización ya que existe un riesgo implícito de que la conducta adictiva vuelva a instaurarse en la vida del paciente en recuperación. De hecho, el modelo de Prevención de Recaídas, se basa en la conciencia y sensibilización en ese tipo de conocimiento y de probable realidad.

➔ *De igual manera que los estadios de cambios representan una dimensión temporal que permite captar cuándo ocurren determinados cambios de intenciones, actitudes o conductas, los procesos de cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo.*

Tabla 25. Procesos de cambio en el modelo transteórico

Aumento de la concienciación: Consiste en una intensificación, por parte del adicto, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Es un proceso estrictamente cognitivo. Corresponde al término clásico en el campo de las psicoterapias que también se ha denominado aumento de la capacidad de insight.

Autoreevaluación: Este proceso consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte del adicto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus propios valores y su manera de comportarse, como en un reconocimiento, también afectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar la conducta adictiva. Este proceso es el que permite al paciente que se dé cuenta del grado en que sus valores personales están en conflicto con sus conductas adictivas.

Reevaluación ambiental: Consiste tanto en una valoración por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir del impacto de la conducta adictiva sobre su comportamiento con las personas más allegadas, y un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones derivadas de la modificación del hábito adictivo.

Alivio por dramatización: Consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos -esencialmente las consecuencias sobre la salud- asociados a la conducta adictiva.

Autoliberación: Representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva.

Liberación social: El proceso de liberación social también representa un aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla.

Manejo de contingencias: El proceso de manejo de contingencias es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relativa al cambio conductual ocurra. Consiste en el auto y/o heteroreforzamiento de dicha conducta. Ha sido considerado tradicionalmente como un ingrediente fundamental en las terapias de autocontrol.

Relaciones de ayuda: Representa la existencia y utilización del apoyo social (familiares, amistades, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva, por ejemplo apoyarse y confiar en alguna persona allegada.

Contracondicionamiento: Consiste esencialmente en modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) elicítada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas.

Control de estímulos: El proceso de control de estímulos consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir.

Tabla 26. Modo en que las fases del cambio se intercalan con los procesos

| Precontemplación | Contemplación | Preparación | Acción/Mantenimiento |
|------------------|--|----------------|--|
| | Aumento de la concienciación Alivio dramático Reevaluación ambiental Autoreevaluación | Autoliberación | Manejo de contingencias Relaciones de ayuda Contracondicionamiento Control de estímulos |

El modo como las fases del cambio se intercalan con los procesos se ve en la siguiente tabla (Tabla 26).

El terapeuta debe programar una serie de objetivos a conseguir para el tratamiento de una adicción, que podrían ser :

1. Reconocimiento de la existencia de un problema de dependencia
2. Incremento de la motivación para el tratamiento.
3. Dejar de consumir
4. Deshabitación psicológica.
5. Mejoría del estado físico. Reducción del daño.
6. Entrenamiento en prevención de la recaída.
7. Identificación y tratamiento de otros trastornos psicopatológicos asociados (comorbilidad).
8. Adquisición de un nuevo estilo de vida.
9. Mejora de la actividad laboral y la situación económica.

➔ *El terapeuta debe programar una serie de objetivos a conseguir para el tratamiento de una adicción: reconocimiento de la existencia de un problema de dependencia, incremento de la motivación para el tratamiento, dejar de consumir, deshabitación psicológica, mejoría del estado físico, entrenamiento en prevención de recaídas, identificación y tratamiento de comorbilidad psíquica, adquisición de un nuevo estilo de vida y mejora de la actividad laboral y la situación económica.*

2. Técnicas de tratamiento más habituales

Hay que diseñar un plan de tratamiento individualizado, en el que se incluyan diferentes técnicas de tratamiento, en diferentes momentos de la evolución de su trastorno. De ahí, la importancia de realizar una adecuada evaluación del problema, en función de la que se formularán los objetivos terapéuticos específicos para cada individuo.

➔ *Hay que diseñar un plan de tratamiento individualizado, en el que se incluyan diferentes técnicas de tratamiento, en diferentes momentos de la evolución de su trastorno. De ahí, la importancia de realizar una adecuada evaluación del problema, en función de la que se formularán los objetivos terapéuticos específicos para cada individuo.*

Entre las estrategias y técnicas que se utilizan con más frecuencia en los tratamientos destacan las resumidas en la Tabla 27.

Tabla 27. Estrategias y técnicas que se utilizadas con más frecuencia

| |
|--|
| Estrategias motivacionales |
| Autoobservación |
| Contratos de contingencias |
| Programación de actividades |
| Estrategias para afrontar las urgencias |
| Estrategias para afrontar los pensamientos |
| Estrategias para rechazar ofrecimientos |
| Técnica de solución de problemas |
| Terapia cognitiva |
| Terapia grupal |
| Terapia interpersonal |
| Terapia sistémica |
| Técnicas de orientación psicodinámica |

Estrategias motivacionales

La entrevista motivacional es de gran relevancia en el tratamiento de las adicciones. Es especialmente importante evaluar si aumenta la motivación del paciente para el tratamiento. Además, se pueden utilizar varias estrategias para fomentar expresiones automotivacionales en los pacientes, como: a) hacer balance entre el no cambiar y el cambiar (consiste en sopesar los pros y los contras de permanecer igual); b) elaborar las cuestiones planteadas (se anima al paciente a que profundice más en lo que ha expresado, que lo mire desde otros puntos de vista); c) llevar las cosas a los extremos (se le pide que se imagine qué es lo mejor y lo peor que le podría pasar de seguir en la misma situación o en caso de que cambiase); d) mirar hacia el futuro (que imagine o se recree cómo será la vida más adelante); e) explorar los objetivos personales (el terapeuta y el paciente examinan las metas que éste tiene en mente); y, f) usar la paradoja, como forma sutil de confrontación que implica el empleo de ironía o sarcasmo. Puede ser una estrategia muy útil cuando el terapeuta ya ha establecido el vínculo con el paciente, no antes.

Autoobservación

Consiste en tratar de atender deliberadamente a la emisión de la propia conducta y registrar dicha emisión a través de algún procedimiento previamente establecido. Las ventajas de la autoobservación son: 1) es un procedimiento que enfatiza el control del individuo sobre su propia conducta; 2) facilita una retroalimentación continua de los cambios de su conducta; 3)

es un procedimiento que puede llevar a todos los sitios; 4) es poco costosa y elimina el sesgo asociado a la presencia de un observador externo; y, 5) permite acceder a datos que sería imposible con otros métodos. El método más empleado es el autorregistro.

Contratos de contingencias

El objetivo de este método es disminuir la conducta mantenida por los reforzadores de la droga e incrementar la conducta mantenida por reforzadores no relacionados con ellos, administrando recompensas contingentes a la abstinencia (contingencias positivas) y, retirando contingencias negativas si se comprueba que el sujeto ha emitido la conducta. El contrato de contingencias consta de dos elementos básicos: 1) estar de acuerdo en evaluar la abstinencia por los métodos acordados; y, 2) la vinculación a una contingencia aversiva si detecta el comportamiento que se pretende eliminar.

Programación de actividades

Consiste en planificar de forma sistemática y negociada con el paciente cada uno de los días de la semana, de hora en hora, las distintas actividades a realizar. Inicialmente son el terapeuta y la familia los que asumen la responsabilidad de la programación. Gradualmente el paciente debe ir adquiriendo un mayor control e iniciativa en su elaboración y puesta en práctica.

Estrategias para afrontar las urgencias

Hay varias estrategias que se pueden utilizar cuando la persona experimenta fuertes deseos de consumir, para que con ellas sea capaz de afrontar dicha urgencia y no consumir. Son las siguientes: distracción., hablar acerca de la urgencia, no dejarse llevar por ella, recordar las consecuencias negativas, hablarse a uno mismo, realizar actividades alternativas.

Estrategias para afrontar los pensamientos

Son varias las estrategias que pueden utilizar ante el surgimiento de pensamientos relacionados con la adicción, como pensar lo que sucedió después de la conducta que se quiere eliminar, desafiar los pensamientos, revisar las consecuencias negativas, distracción, hablar de los pensamientos relacionados con la adicción

Estrategias para rechazar ofrecimientos

Una cuestión fundamental para muchos adictos es reducir la disponibilidad de droga y rechazar los ofrecimientos de modo eficaz. La red social de muchos consumidores está compuesta en su mayor parte por personas que también consumen o trafican; la ruptura de relaciones con estas personas le puede conducir a un total aislamiento.

Los objetivos en el entrenamiento en habilidades para rechazar ofrecimientos serían:

1. Evaluar la disponibilidad y los pasos necesarios para reducirla.
2. Explorar estrategias para romper los contactos con las personas que suministran.
3. Aprender y practicar habilidades de rechazo
4. Revisar la diferencia entre responder de forma pasiva, agresiva y asertiva.

Muchos pacientes no poseen en su repertorio conductual las habilidades necesarias para resistir la presión al consumo y rechazar los ofrecimientos. En este caso se recomienda entrenar al paciente, siguiendo la siguiente secuencia: 1) decir NO con claridad; 2) mirar directamente a los ojos; 3) no utilizar falsas excusas ni dar explicaciones; 4) pedirle con firmeza a la otra persona que no le ofrezca nunca más; 5) no dejar la puerta abierta a futuros ofrecimientos; 6) en caso de que la otra persona insista cortar la conversación (retirar las señales de escucha, aumentar la distancia corporal); y, 7) retirarse inmediatamente de la situación de riesgo.

Técnica de solución de problemas

Las técnicas de solución de problemas son muy útiles en el tratamiento de las distintas adicciones. Esta técnica consta de cinco fases. La primera, reconocer el problema. Hay algunas pistas que pueden ayudar a la persona a reconocer que tiene un problema, como sentir ansiedad, ira, depresión, estar preocupado, etc. La segunda, identificar y especificar el problema. Es más fácil resolver problemas concretos y bien definidos que los que son vagos. Si el problema es complejo, se recomienda dividirlo en pequeñas secuencias, que sean manejables. La tercera, buscar distintas opciones para solucionar el problema. Una estrategia muy útil es la tormenta de ideas. La cuarta, buscar entre las soluciones generadas la más adecuada. Hay que valorar las distintas alternativas, considerando las consecuencias positivas y negativas. Por último, se pone en práctica y se evalúa la solución escogida.

Terapia cognitiva

La finalidad de la terapia cognitiva es modificar los valores, creencias, pensamientos, actitudes, expectativas o percepción del sujeto. La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos se producen y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. Las creencias disfuncionales tienen una gran relación con las urgencias al consumo, así como con otros problemas emocionales (p. ej., ansiedad, depresión). El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas del individuo (p. ej, necesito consumir para funcionar, el consumo me relaja, la sustancia me estimula) y enseñarle técnicas de control.

Una sesión terapéutica típica consta de ocho elementos: 1) establecer la agenda de la sesión; 2) comprobar el estado de ánimo del individuo; 3) unir los contenidos de la última sesión con la actual; 4) comentar los puntos programados para abordar durante la sesión; 5) diálogo so-

crático; 6) resúmenes parciales; 7) asignación de actividades para casa entre esa sesión y la próxima; y 8), retroalimentación del paciente sobre la sesión. Es importante que el paciente vaya asumiendo el modelo cognitivo, para que pueda cambiar su forma de pensar, sus creencias erróneas o inadecuadas.

Las técnicas que se utilizan dentro de la terapia cognitiva son semejantes las que se utilizan para otros trastornos: diálogo socrático, la reatribución, tareas para casa, análisis de ventajas y desventajas de consumir, identificar y modificar las creencias asociadas con la drogas, la técnicas de flechas descendentes, la técnicas de imaginación y los autorregistros. Igualmente utiliza técnicas conductuales como programación y control de actividades, experimentos conductuales, juego de roles, entrenamiento en relajación, solución de problemas, ejercicio, control de estímulos, etc.

Terapia grupal

En relación a los grupos de terapia nadie pone en duda su eficacia para el tratamiento de las drogodependencias en general. Durante el proceso de deshabitación posiblemente nos plantearemos la derivación del paciente a un grupo de terapia. La terapia de grupo es una modalidad de tratamiento ampliamente utilizada y eficaz en un gran número de ámbitos clínicos. Incluye una gran variedad de elementos terapéuticos o mecanismos de cambio, muchos de los cuales son exclusivos de la terapia de grupo, que van desde los factores terapéuticos comunes a muchos tipos de grupos (como la universalidad, el altruismo, la catarsis y la provisión de información) a la variable de aprendizaje interpersonal. Varios de estos factores terapéuticos pueden operar en cada tipo de grupos en un momento dado. Los terapeutas deben entender los mecanismos particulares de cambio que actúan a fin de facilitar su acción y completar la labor del grupo.

En el abordaje grupal se utilizan técnicas e intervenciones comunes a otros niveles de intervención y otras muy específicas. Todos los clínicos deberían estar familiarizados con la tecnología utilizada en este tipo de terapia. Algunas de estas intervenciones singulares incluyen trabajar el aquí y ahora, la transparencia del terapeuta y la utilización de varios recursos de procedimiento. Estas técnicas pueden ser modificadas para adaptarse a cualquier entorno especializado, desde el grupo de pacientes hospitalizados hasta el de pacientes ambulatorios orientado al tratamiento de los síntomas. De hecho, el poder de la terapia de grupo radica en su adaptabilidad. Es tan flexible y eficiente que probablemente es la única psicoterapia que puede adaptarse a una variedad casi infinita de ámbitos, objetivos y pacientes.

Los objetivos de la terapia de grupo serían:

1. Disminuir la tendencia a la negación y a la huida, facilitando la aceptación del problema b) aumentar la motivación para mantenerse abstinentes
2. Facilitar el afrontar las condiciones emocionales que a menudo acompañan a la adicción
3. Dar respuesta a la necesidad de sentirse aceptados
4. Aumentar la capacidad de reconocer, anticipar y encontrar alternativas a situaciones que pueden precipitar una recaída

5. Facilitar la introspección después de verse reflejados en los demás
6. A partir de las vivencias de sentimientos y reacciones de los demás, aceptar más fácilmente sentimientos similares en ellos mismos.

Para incluir un paciente en un grupo de terapia se debe tener en cuenta:

1. El paciente deberá estar abstinentemente.
2. Es importante que conozca su diagnóstico y acepte el tratamiento.
3. Un síntoma de buen pronóstico de trabajo en grupo suele ser la capacidad de introspección y el compromiso de asistir a las sesiones.

Serían contraindicaciones de grupo toda circunstancia que puedan interferir :

Si el paciente no puede mantener la abstinencia deberemos recapacitar y considerar otras posibles alternativas terapéuticas que no comprometan la estabilidad del grupo.

La presencia de alteraciones psiquiátricas concomitantes como puedan ser psicosis o psicopatías serán motivo de exclusión. Para ello deberá efectuarse un buen psicodiagnóstico que tenga en cuenta la patología dual que a menudo existe en nuestros pacientes.

Terapia interpersonal

La psicoterapia interpersonal es una terapia breve, prevista inicialmente para el tratamiento de la depresión. Las técnicas utilizadas son:

- Exploración: recogida de información sobre síntomas y problemas
- Aliento afectivo: que el paciente reconozca y acepte afectos dolorosos. Que use y maneje los afectos de forma positiva.
- Clarificación : que el paciente se de cuenta del hecho comunicacional y que lo reestructure.
- Análisis comunicacional: identificar pautas de comunicación no adaptativas.
- Uso de la relación terapéutica: Para examinar sentimientos y comportamientos del paciente en la relación terapéutica como un modelo de otras interacciones del paciente.
- Técnicas de cambio de conducta: Se usan en este aspecto técnicas directivas (consejo, "exigencias", educación, ayuda directa, modelado), análisis de decisiones y role-playing.

Técnicas de terapia sistémica

La finalidad de las intervenciones en terapia familiar sistémica es modificar los patrones familiares disfuncionales en los que se insertan los síntomas conductuales. Entre las técnicas mas usadas figuran:

- Posicionamientos.
- Pautación escénica.
- Preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas.
- Reestructuraciones, reencuadres, redefiniciones, connotaciones positivas.
- Tareas de cambio de la pauta.
- Tareas metafóricas, paradójicas, reestructurantes y rituales.
- Relatos.

Puede resultar útil algunas aportaciones del modelo centrado en las soluciones como la externalización (sacar el problema fuera de la familia, desculpabilizando y favoreciendo la cooperación con los terapeutas).

Técnicas de orientación psicodinámica

Derivadas de los principios psicoanalíticos, aunque transformadas a lo largo de décadas, destacan los siguientes instrumentos y técnicas:

- Instrumentos que recaban información:
 - * Interrogación: permite conocer datos sobre asociaciones o significados que el paciente da a lo que dice.
 - * Señalamiento: llamada de atención sobre un área concreta.
 - * Confrontación: mostrar al paciente una contradicción.
- Instrumentos para informar:
 - * Información: dar a conocer al paciente datos de la realidad
 - * Esclarecimiento: aclarar al paciente algo que no es capaz de ver.
 - * Comentarios: favorecer el intercambio verbal.
 - * Interpretación: mostrar al paciente el significado profundo de lo que está diciendo para que tome conciencia de sus resistencias.
- Técnicas específicas:
 - * Constancia del encuadre: reglas que se explicitan con el paciente que tienen que ver con el tiempo, frecuencia y duración de las sesiones.
 - * Establecimiento de una Alianza Terapéutica: compromiso de colaboración para el trabajo psicoterapéutico.
 - * Desarrollo del Vínculo Terapéutico (este es un aspecto en el que la mayoría de los abordajes terapéuticos ponen mucho hincapié).
 - * Transferencia /contratransferencia.

3. Características del tratamiento psicológico

Duración del tratamiento

El tratamiento durará, en los casos más simples y si no hay otras complicaciones, de 16 a 20 sesiones, a lo largo de un período de tiempo de 4-6 meses; si el sujeto tiene otros trastornos asociados es probable que haya que alargar el tratamiento varias semanas más. Posteriormente, se recomienda realizar sesiones de mantenimiento durante un año: dos el primer mes de seguimiento, una cada mes durante los siguientes 5 meses y tres en los siguientes 6 meses. En muchos casos, es suficiente para que se mantengan las mejoras con un seguimiento de un año después de llevar a cabo un tratamiento. Las cuestiones más importantes para abordar en las sesiones de seguimiento serían:

1. Identificar las situaciones, sentimientos y cogniciones que sigan siendo problemáticas para el paciente
2. Analizar con el paciente qué estrategias de afrontamiento han sido las más efectivas para continuar abstinente y fomentar su motivación para que las siga utilizando.
3. Animar al paciente a implicarse en actividades y relaciones que sean incompatibles con el consumo de la droga.. Las sesiones de mantenimiento se deben centrar en ampliar y dominar las habilidades que se le han enseñado al paciente durante la fase inicial del tratamiento.

Formato del tratamiento

El tratamiento se puede aplicar en formato individual, porque permite confeccionarlo a la medida de las necesidades del paciente, que recibe más atención y, por lo general, se implica más en el tratamiento cuando tiene la oportunidad de trabajar con un solo terapeuta. El tratamiento individual permite una mayor flexibilidad en la programación de las sesiones y se evita esperar hasta que haya el número suficiente de pacientes para formar un grupo. También favorece la retención en el programa.

Sin embargo, en algunos casos puede ser recomendable el tratamiento en grupo, pues este formato proporciona una serie de beneficios que difícilmente se consiguen con un tratamiento individual (por ej., apoyo de los compañeros de grupo). En este caso, la duración de las sesiones es de aproximadamente unos 90 minutos, tiempo suficiente para que todos los integrantes del grupo tengan oportunidad para comentar sus experiencias personales y aprender las estrategias programadas para la sesión. También es recomendable que haya una mayor estructuración que cuando se aplica en formato individual.

➔ *El tratamiento se puede aplicar en formato individual, porque permite confeccionarlo a la medida de las necesidades del paciente, una mayor flexibilidad en la programación de las sesiones y favorece la retención en el programa. Sin embargo, en algunos casos puede ser recomendable el tratamiento en grupo.*

Contexto de aplicación

Se recomienda aplicar la intervención en régimen ambulatorio, por varias razones: 1) el tratamiento psicológico se centra en conocer los determinantes del consumo de la sustancia y esto se hace mejor en el contexto de la vida diaria del paciente; 2) El entrenamiento en habilidades es más efectivo cuando el paciente tiene la oportunidad de practicar las nuevas habilidades dentro del contexto de su vida diaria, comprobando lo que funciona y lo que no. El tipo de tratamiento que se propone es compatible con otros tratamientos, psicológicos o farmacológicos.

4. Cuestiones a abordar durante el tratamiento

El número de sesiones dedicadas a trabajar cada una de las cuestiones planteadas va a depender de las necesidades de cada paciente en particular. Las cuestiones a abordar durante el tratamiento se resumen en la Tabla 28.

Tabla 28. Cuestiones a abordar durante el tratamiento

| |
|---|
| Introducir al paciente en el tratamiento |
| Enseñar al paciente a afrontar las urgencias a consumir |
| Reforzar la motivación y el compromiso para dejar de consumir |
| Resaltar la relevancia de las decisiones aparentemente irrelevantes |
| Realizar un plan de afrontamiento para futuras situaciones de riesgo |
| Tratar la comorbilidad psiquiátrica |
| Recabar el apoyo de la familia y otras personas significativas para el paciente |
| Abordar los problemas maritales, legales y laborales |
| Intervenir psicológicamente en el área somática |

Introducir al paciente en el tratamiento

Esta es con frecuencia la parte más importante y más difícil. El terapeuta tiene que abordar algunas áreas que van a ser claves para el futuro desarrollo del tratamiento: 1) Análisis funcional; 2) intensificar la motivación; 3) presentar el modelo de tratamiento; 4) negociar las metas del tratamiento; y, 5) proporcionar racionalidad a las tareas para casa.

Enseñar al paciente a afrontar las urgencias de consumir

Como se ha visto anteriormente, el análisis funcional es un elemento clave para conocer los factores que mantiene la conducta de consumo. Se recomienda hacer al menos un análisis

funcional de los tres episodios más recientes de consumo, en función del cual el terapeuta enseñará al paciente a manejar los deseos irresistible de consumir, siguiendo la estrategia general de “reconocer, evitar y afrontar”. Las urgencias representan un problema difícil, incluso no es infrecuente que los sujetos informen que han experimentado este tipo de experiencias semanas o incluso meses después de interrumpir el consumo. Esta experiencia puede resultar desconcertante para el paciente y conducirlo a consumir si no es manejada eficazmente.

Reforzar la motivación y el compromiso para dejar de consumir

Se debe trabajar el reforzamiento de la motivación y el compromiso para dejar de consumir cuando el terapeuta y el paciente han realizado el análisis funcional de algunas situaciones recientes de alto riesgo. A partir de aquí se puede explorar conjuntamente el compromiso para la abstinencia y otras metas del tratamiento. Mientras algunos pacientes intentan dejar completamente el consumo, otros pueden tener otro tipo de metas tales como reducir el consumo, dejar de consumir algunas sustancias pero continuar consumiendo en exceso alcohol u otras drogas, permanecer en tratamiento hasta que desaparezcan las presiones que le han empujado a tratamiento, etc.

La ambivalencia se debe abordar lo antes posible para fomentar una alianza terapéutica que permita explorar los conflictos del paciente en relación a la abstinencia. El terapeuta debe animar al paciente a articular las razones por las que ha usado la droga, ayudarlo a que adopte una decisión propia explorando con él lo que ganará y haciendo énfasis en la idea de que el consumo no se puede separar de sus consecuencias.

Resaltar la relevancia de las decisiones aparentemente irrelevantes

El concepto “decisiones aparentemente irrelevantes” se refiere a las decisiones, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo que lleva a los pacientes a exponerse a situaciones de alto riesgo, aunque les puedan parecer que no tienen relación con la droga. Constituye un elemento básico no sólo en el tratamiento sino luego como estrategia de prevención de la recaída. Los objetivos sobre las decisiones aparentemente irrelevantes serían:

- Comprender el concepto de decisiones aparentemente irrelevantes y su relación con situaciones de alto riesgo.
- Identificar ejemplos de decisiones aparentemente irrelevantes.
- Practicar la toma de decisiones seguras.

La estrategia general en la que hay que entrenar al paciente es en reconocer las decisiones aparentemente irrelevantes y los pensamientos asociadas a las mismas, evitar las decisiones que comporten riesgo y afrontar las situaciones de alto riesgo

Realizar un plan de afrontamiento para futuras situaciones de riesgo

A pesar de los esfuerzos del paciente, algunas circunstancias imprevistas pueden conducirlo a situaciones de alto riesgo: sentimientos y estados de ánimo negativos, idealizar el efecto de “estar colocado”, poner a prueba el control personal, deseo de gratificación, estados de ánimo positivos, problemas sexuales y de relaciones, sueños relacionados con la recaída, etc. Especial importancia revisten los eventos relacionados con situaciones estresantes o crisis, tales como la muerte o la enfermedad de un ser querido, conocer que es seropositivo, perder el trabajo, ruptura de una relación, etc. Sin embargo, no sólo eventos negativos pueden conducir a una situación de riesgo, algunos positivos también pueden ser peligrosos (por ejemplo, recibir una cantidad importante de dinero, comenzar una nueva relación). Dado que este tipo de acontecimientos pueden ocurrir alguna vez, tanto durante como después del tratamiento, se deberá trabajar en el diseño de un plan de emergencia para estas situaciones.

Tratar la comorbilidad psiquiátrica

Las personas que consumen pueden tener otros problemas psiquiátricos. Algunos de estos problemas pueden ser mejor evaluados y abordados después de que el paciente haya logrado un período estable de abstinencia, mientras que otros, si no son abordados pronto, es probable que hagan fracasar al paciente en su objetivo de conseguir la abstinencia.

Recabar el apoyo de la familia y otras personas significativas para el paciente

El cambio de un hábito de dependencia por otro que conlleve un estilo de vida nuevo implica que tanto el drogodependiente como su familia participen de forma activa en el tratamiento. El abordaje familiar puede establecer objetivos diferentes en función del encuadre teórico que se adopte. Así, desde el modelo psicodinámico el objetivo es elaborar las pérdidas familiares, mostrar los procesos proyectivos, mejorar sus relaciones y proporcionar el crecimiento individual y familiar. Desde el modelo conductual es la conducta concreta y observable, el cambio de contingencias de refuerzo social, el refuerzo de conductas adaptativas,... Por último, el modelo sistémico trata de reorganizar la estructura familiar, permeabilizar la autoridad y buscar alternativas a los problemas. También puede buscar la interrupción de los cortocircuitos y los modos comunicacionales más alterados o buscar las excepciones y las cosas positivas para rescatarlas.

Abordar los problemas maritales, legales y laborales

Cuando hay presentes otros problemas aparte de la propia dependencia, se deben abordar al tiempo, si son problemas maritales, y al tiempo o cuando consiga la abstinencia si son de tipo legal o laboral, dependiendo de la situación de cada individuo. Cuanto mayores sean estos problemas, más atención habrá que prestarles cara a que se pueda conseguir la abstinencia y no sea el consumo una excusa para solucionar estos otros problemas.

Intervenir psicológicamente en el área somática

Las intervenciones psicológicas en los programas de tratamiento no sólo se circunscriben al abordaje de los procesos psicológicos implicados en los trastornos de adicción; también es primordial trabajar todos los aspectos relacionados con la adhesión a los tratamientos farmacológicos (tipo antirretrovirales, TBC, etc), la promoción de hábitos para la salud y los aspectos asociados al VIH. Un problema habitual es el inadecuado cumplimiento de las prescripciones. Es decir, las dificultades para tomar la medicación, para modificar hábitos nocivos o bien el abandono de los tratamientos o su incumplimiento. La consecuencia de los incumplimientos es el fracaso del tratamiento (con el consiguiente coste económico, sanitario y social).

➔ *Las intervenciones psicológicas en los programas de tratamiento no sólo se circunscriben al abordaje de los procesos psicológicos implicados en los trastornos de adicción; también es primordial trabajar todos los aspectos relacionados con la adhesión a los tratamientos farmacológicos, la promoción de hábitos para la salud y los aspectos asociados al VIH.*

A la hora de intervenir se pueden utilizar las siguientes estrategias:

- Entrenamiento en los autocuidados necesarios, mediante modelado y moldeado, encadenamiento, control de estímulos y empleo de autoinstrucciones.
- Intervenciones cognitivas para modificar las expectativas erróneas sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Negociación sobre los cambios que ha de realizar el paciente ante las prescripciones que en ocasiones son contrarias a sus expectativas o que interfieren en su rutina diaria. Para esto es útil el uso de técnicas como el control de estímulos y el manejo de contingencias.
- Refuerzo del seguimiento de las prescripciones del paciente.

En cuanto a la promoción de la salud, esta tiene como objetivo fundamental la adquisición y el mantenimiento de comportamientos saludables y, por tanto, la mejora de la calidad de vida

Para intervenir resulta útil:

1. Cambio de actitudes y creencias personales: dando una información clara, concisa y sin ser demasiado compleja, recurriendo al miedo (las consecuencias indeseables)
2. Técnicas operantes (control de estímulos, manejo de contingencia...).
3. Aprendizaje observacional, entrenamiento en habilidades sociales.
4. Técnicas de autocontrol.
5. Técnicas grupales de educación para la salud.
6. Educación sexual.

Respecto al VIH/SIDA, conviene recordar que su diagnóstico supone un fuerte impacto emocional. Cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces se producen alteraciones que provocan en ocasiones gran sufrimiento y un desequilibrio tanto orgánico como psicológico en los sujetos. La intervención debe plantearse a tres niveles:

1. Control cognitivo: manejar información relevante sobre la enfermedad y sus tratamientos; detección de pensamientos automáticos, de los errores y de los pensamientos inadecuados; reestructuración cognitiva; detección de las fuentes de estrés y prevención de respuesta; autoinstrucciones; estrategias de resolución de problemas.
2. Control de la ansiedad: técnicas de relajación.
3. Control de respuestas: desarrollo de actividades gratificantes, cambios de hábitos, entrenamiento en habilidades sociales.

9. Complicaciones somáticas en el paciente heroínómano

1. Introducción **100**
2. Batería básica de exploraciones complementarias **101**
3. Tuberculosis **102**
4. Hepatitis víricas **104**
5. Infección por el VIH **106**

1. Introducción

Los cambios experimentados en el consumo de heroína en nuestro país, a lo largo de los últimos diez años, con la sustitución de la vía parenteral por la inhalada-fumada, el desarrollo y generalización de los programas de reducción de daños, la extensión del tratamiento con agonistas opiáceos, han supuesto una mejoría sustancial en la salud de la población heroínómana, especialmente llamativo en el descenso de la prevalencia de enfermedades infecciosas. El SIDA y su relación con determinadas prácticas de riesgo, entre las que se encontraba el consumo de drogas por vía parenteral, ha sido el elemento motivador principal en el cambio a la vía inhalada-fumada con una disminución de las complicaciones a nivel físico o en ocasiones una menor gravedad de las mismas. Sin embargo, en los últimos años, asociado a la generalización del consumo de cocaína, asistimos al repunte del uso de la vía intravenosa por heroínómanos que bien en programas de mantenimiento con metadona o consumidores de heroína fumada, utilizan la vía parenteral para el consumo de cocaína. La consecuencia inmediata ha sido la reaparición de patologías que habían disminuido su incidencia en la práctica clínica de los últimos años, relacionado esto, entre otros, con factores como los efectos tóxicos directos de heroína y/o cocaína, los adulterantes utilizados, los hábitos higiénicos deficientes y las prácticas de riesgo, por lo que las exploraciones dirigidas a su detección se hace obligatoria

Junto a la intoxicación o sobredosis por opiáceos y al síndrome de abstinencia, relacionados directamente con las características farmacológicas de estas drogas y las de presentación más frecuente en la clínica, existen un conjunto de patologías no infecciosas que afectan a diferentes órganos y sistemas y cuyo mecanismo patogénico, en algunos casos, está aún por determinar. (Tabla 29)

Tabla 29. Complicaciones somáticas no infecciosas relacionadas con el consumo de drogas

| | |
|------------------------------|--|
| Cardiovasculares | Trastornos de la frecuencia, del ritmo y del ECG, alteraciones estructurales del sistema vascular periférico |
| Hematológicas | Eritrocitosis, anemia normocítica, leucocitosis, linfocitosis, trombopenia |
| Inmunitarias | Alteraciones en las poblaciones linfocitarias, alt. de la inmunidad humoral (hipergammaglobulinemia), falsos positivos a pruebas inmunológicas |
| Pulmonares | Edema agudo de pulmón, embolismo pulmonar no séptico, fibrosis y granulomatosis, bronquitis, asma, alt. funcionales |
| Neurológicas | Mielopatías, neuropatías, plexitis no traumáticas, ACV, encefalopatías, crisis convulsivas |
| Genito-urinario | Nefropatías (secundaria, amiloide, etc...). Abortos espontáneos, placenta previa, toxemia gravídica |
| Gastrointestinales | Deterioro y falta de piezas dentales, hemorragias digestivas altas, gastritis, ulcus, estreñimiento crónico, hemorroides, pancreatitis aguda, cirrosis hepática, granulomas hepáticos de reacción a cuerpo extraño |
| Endocrino-metabólicas | Disminución de la libido, impotencia y eyaculación retardada, disminución de la fertilidad, amenorrea |
| Musculoesqueléticas | Rabdomiólisis, síndrome musculoesquelético, miositis, miopatías, artralgias, contracturas de Dupuytren, anquilosis articulares, contractura isquémica de Volkmann |
| Oculares | Retinopatía por talco |
| Dermatológicas | Señales de venopunción, escaras, ulceraciones, edema crónico de manos, urticaria |
| Otros | Síndrome febril autolimitado |

No obstante, son las patologías infecciosas las más frecuentes y han llegado a motivar entre el 30 y el 60 % de los ingresos hospitalarios de los heroínómanos (Tabla 30). Por lo general, se asocian al uso de drogas por vía parenteral, aunque existen un conjunto de factores que también están implicados y que en mayor o menor medida influyen en su inicio, desarrollo y pronóstico como: malnutrición, higiene personal deficiente, contaminación del material utilizado en la preparación y consumo, contaminación de la heroína o sus adulterantes, alteraciones de la inmunidad, escasa frecuentación de los servicios de salud y preventivos, promiscuidad sexual, etc.

Tabla 30. Complicaciones somáticas infecciosas relacionadas con el consumo de drogas

| | |
|-------------------------------|--|
| Cardiovasculares | Endocarditis infecciosa, tromboflebitis séptica |
| Hematológicas | Bacteriemias, sepsis, shock tóxico |
| Pulmonares | Neumonías embólicas sépticas, bronconeumonías, neumonitis, abscesos de pulmón, tuberculosis |
| Neurológicas | Abscesos cerebrales, cerebelosos, epidurales, meningitis bacterianas |
| Gastrointestinales | Gingivitis, periodontitis, glositis, hepatitis víricas agudas y crónicas (VHB, VHC y VHD) |
| Musculoesqueléticas | Miositis, fascitis, osteomielitis, osteoartritis séptica |
| Oculares | Endoftalmitis por cándida |
| Dermatológicas | Infecciones cutáneas y de partes blandas (celulitis, fascitis, foliculitis, abscesos, linfangitis) |
| Genitourinarias | Glomerulonefritis, pielonefritis, cistitis, ETS (Sífilis, gonorrea, herpes, hepatitis víricas y VIH) |
| Infección por VIH-SIDA | |
| Otros | Candidiasis generalizada, tétanos, botulismo |

2. Batería básica de exploraciones complementarias

Cuando un usuario de drogas inicia un tratamiento en una unidad asistencial de drogodependencias o en cualquier otro recurso, ya sea de atención primaria o especializada, debe realizarse una batería de estudios complementarios para el diagnóstico de posibles complicaciones, así como la correcta derivación a otros dispositivos siempre que sea necesario. (Tabla 31)

➔ *Cuando un usuario de drogas inicia un tratamiento en un recurso, ya sea específico o no, debe realizarse una batería de estudios complementarios para el diagnóstico de posibles complicaciones, así como la correcta derivación a otros dispositivos siempre que sea necesario.*

Tabla 31. Exploraciones complementarias básicas

| |
|---|
| Hemograma completo |
| Bioquímica general |
| Bioquímica especializada. |
| Sistemático de orina |
| Serología : VHB, VHC, LUES y VIH |
| Mantoux |
| Radiología de tórax (si Mantoux +) |
| Citología cervicovaginal (se recomienda en todas las drogodependientes) |

Para algunas enfermedades, dada la alta prevalencia de complicaciones orgánicas en el colectivo de usuarios de drogas y su repercusión sobre la salud de la comunidad, es preciso realizar unas exploraciones con carácter obligatorio en todos los casos y sería adecuado disponer de una guía de actuación protocolizada, tanto para el diagnóstico como para su tratamiento si fuese preciso. En las líneas que siguen se revisarán especialmente algunas de estas patologías.

3. Tuberculosis

La enfermedad tuberculosa es especialmente frecuente en usuarios de drogas. Las condiciones de estar infectado por el virus del VIH y ser consumidor de sustancias se asocian a una mayor probabilidad de padecer una infección o enfermedad tuberculosa y están descritas como factores predictores del incumplimiento del tratamiento antituberculoso.

Se estima que la incidencia de tuberculosis en los sujetos con infección por VIH es unas 100 veces mayor que en el resto de la población. La infección tuberculosa se produce cuando el sujeto entra en contacto con *Mycobacterium tuberculosis*. Habitualmente, sólo un 10% de las personas infectadas llegan a desarrollar la enfermedad activa, pero estos porcentajes se incrementan si existen factores de riesgo como contagio reciente, infección por el VIH, enfermedades crónicas debilitantes, la mayoría de ellos muy ligados a la drogodependencia. Así, alrededor del 30% de las personas con VIH que presentan infección latente desarrollarán finalmente TB activa. La enfermedad tuberculosa viene definida por la presencia de síntomas y/o hallazgos en la exploración física del paciente sugestivos de enfermedad activa, y que serán variables en función de la localización de la enfermedad. Las localizaciones más frecuentes son: pulmonar, pleural, ganglionar, miliar, meníngea, osteo-articular, gastrointestinal y genitourinaria.

➔ *Las condiciones de estar infectado por el virus del VIH y ser consumidor de sustancias se asocian a una mayor probabilidad de padecer una infección o enfermedad tuberculosa y están descritas como factores predictores del incumplimiento del tratamiento antituberculoso.*

El diagnóstico de infección tuberculosa se basa en el resultado de la prueba de la tuberculina (PT), Mantoux o PPD. En relación con población drogodependiente, se debe considerar la PT positiva siempre que la induración sea ≥ 5 mm, especialmente si se trata de pacientes VIH + (en éstos incluso ante PT-) o contactos próximos de personas con TB pulmonar o laríngea. Cuando la induración es inferior al diámetro indicado se considera negativa. En todos los casos que la prueba de Mantoux ofrezca resultados positivos habrá de solicitarse, si no se ha hecho antes, una radiografía de tórax. Para el diagnóstico de certeza de TB pulmonar es absolutamente necesaria la obtención de muestras adecuadas (3 esputos en días consecutivos) para realizar los cultivos que muestren el crecimiento de colonias de *Mycobacterium tuberculosis*. En los casos en donde no es posible obtener la confirmación bacteriológica y se mantiene una fuerte sospecha diagnóstica, la decisión de iniciar el tratamiento se basará en datos clínicos, radiológicos y de laboratorio.

La quimioprofilaxis secundaria (QP) es actualmente la medida de mayor eficacia en la prevención del paso de infección a enfermedad y proporciona una elevada protección frente a la aparición de la enfermedad tuberculosa, superior al 80% durante un periodo mínimo de 30 años. La pauta estándar de QP se realiza con isoniazida a una dosis diaria de 5mg/kg (max. 300mg día) o 2 veces/ semana 15 mg/kg (max 900mg), en ayunas durante 6-12 meses según los casos. En pacientes VIH positivos se recomienda la pauta de 12 meses. La QP de la infección tuberculosa sólo puede realizarse una vez en la vida de cada persona. En todo caso, una vez el Mantoux ha dado positivo y en la radiografía de tórax aparezca cualquier alteración, lo recomendable será siempre enviar a los pacientes a una unidad de tuberculosis para valoración diagnóstica.

Del mismo modo, en cuanto al tratamiento de la tuberculosis, dadas las peculiaridades clínicas y terapéuticas de estos pacientes, la prescripción del mismo deberá realizarse en la asistencia especializada. A continuación se muestra un algoritmo que ayuda en la toma de decisiones tras el conocimiento del resultado del Mantoux y en función de que el paciente sea VIH+ o no. Los fármacos a utilizar se clasifican en dos grupos: de primera línea, de elección para el tratamiento de casos nuevos (Isoniazida, rifampicina, pirazinamida y estreptomycinina con acción bactericida y etambutol con acción bacteriostática) y de segunda línea, con menos actividad y más efectos secundarios por lo que se aconseja su uso por personal especializado (Protionamida, kanamicina). Respecto a la vacunación antituberculosa, la BCG no tiene indicación más que en países que no disponen de otros medios para el control de la TB. En España se desautorizó ya en 1991 su empleo de forma sistemática.

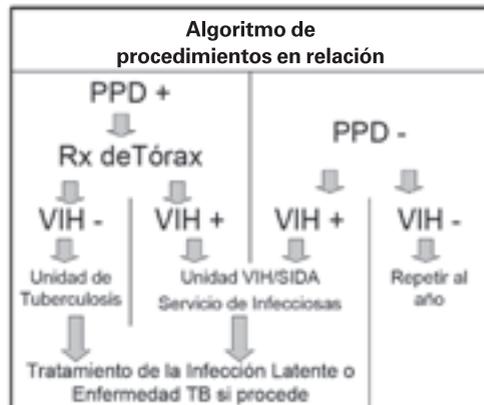


Figura 3. Algoritmo de procedimientos en tuberculosis.

4. Hepatitis víricas

Varias formas de hepatitis vírica se relacionan con la administración de drogas por vía intravenosa, y no solo la hepatitis B (HVB), y la hepatitis C (HVC). Así, otras formas de hepatitis, como la hepatitis Delta (HVD) y la hepatitis por virus G (HVG) también están presentes en sujetos que utilizan drogas por vía parenteral (UDVP).

La transmisión de las hepatitis virales en los drogodependientes está en relación con la utilización de agujas intravenosas y todos los utensilios asociados con el consumo de drogas ilegales. La coinfección con el virus C (VHC) y el virus B (VHB) de la hepatitis es además muy frecuente con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en relación con su transmisión por vías epidemiológicas similares.

El VHB se transmite por vía parenteral en adictos, pero la epidemiología de este proceso está cambiando notablemente debido a las medidas de vacunación adaptadas en muchos países. Se ha señalado que el 5-10% de los UDVP tienen en el momento actual el antígeno de superficie del VHB positivo (HBs Ag). La HVD, que acompaña a la infección por VHB, en Europa y Estados Unidos casi se limita a los UDVP.

El VHC está presente en el 1-2% de la población general de los países desarrollados. En el mundo occidental, desde 1992 al menos dos tercios de las infecciones por VHC se relacionan con el consumo de drogas ilegales, pero esta tendencia evoluciona hacia la disminución de forma clara. En los primeros meses del consumo, entre el 20 y 90% de los UDVP tienen anticuerpos frente al VHC positivos. En fechas muy recientes se han descrito varias epidemias de hepatitis aguda C en adultos de diferentes países europeos, con transmisión probablemente sexual, afectando a colectivos homosexuales con notable número de drogodependientes.

➔ *La transmisión de las hepatitis virales en los drogodependientes está en relación con la utilización de agujas intravenosas y todos los utensilios asociados con el consumo de drogas ilegales. La coinfección con el virus C (VHC) y el virus B (VHB) de la hepatitis es además muy frecuente con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en relación con su transmisión por vías epidemiológicas similares.*

La HVG se asocia habitualmente al VHC hasta tal punto que un 10% de los infectados por este virus tiene una coinfección con el VHC, y tiene poca repercusión clínica, enzimática e histológica. Esta coinfección se relaciona en nuestro entorno, en muchas ocasiones, con la utilización de drogas ilícitas por vía parenteral.

Diagnóstico de las hepatitis

El diagnóstico de certeza en el caso de las hepatitis víricas se realiza cuando se detecta en el suero algún marcador específico de identificación vírica reciente. (Ver Figura 4).

Es preciso recordar que debido al largo periodo de seroconversión de la hepatitis C no es aconsejable un test serológico en fases clínicas iniciales o agudas de la enfermedad. Sería aconsejable determinar el RNA del VHC por PCR o un anti-VHC un mes más tarde. En el algoritmo diagnóstico de la figura 4 se pueden observar los pasos que orientan al diagnóstico de las hepatitis víricas crónicas.



Figura 4. Algoritmo para el diagnóstico de hepatitis agudas en usuarios de drogas

Marcadores, serología y vacunación frente a hepatitis.

Las principales estrategias de prevención e intervención frente a la patología infecciosa de la hepatitis son la detección precoz, la educación para la salud y la vacunación activa. En las tablas 32 y 33 se muestran los marcadores más importantes para la toma de decisiones en relación con la HVA y HVB.

Se debiera ofrecer la vacunación completa frente a la hepatitis B y administrar la primera dosis en la primera consulta a todos los usuarios que acuden a una primera consulta a la espera de conocer su situación serológica en consultas sucesivas con el objeto de conocer su estado de inmunidad y de portador y así interrumpir o proseguir la vacunación iniciada. En las consultas sucesivas, si el marcador anti-HBc es negativo se debe continuar la pauta de vacunación, siempre que el marcador anti-HBs sea también negativo (la presencia de anti-HBs indicaría que el paciente fue previamente vacunado).

Tabla 32. Marcadores hepatitis b en distintas fases de la infección

| Test | Aguda | Inmunidad | Vacunado | Crónica salvaje | Crónica mutante | Crónica inactiva |
|--------------|-------|-----------|----------|-----------------|-----------------|------------------|
| HBsAg | + | - | - | + | + | + |
| anti-HBs | - | + | + | - | - | - |
| HBeAg | + | - | - | + | - | - |
| anti-HBe | - | - | - | - | + | + |
| anti-HBc | - | + | - | + | + | + |
| IgM anti-HBc | + | - | - | - | - | - |
| HBV DNA* | + | - | - | + | + | - |
| ALT | | normal | normal | | | normal |

➔ *Las principales estrategias de prevención e intervención frente a la patología infecciosa de la hepatitis son la detección precoz, la educación para la salud y la vacunación activa.*

En los pacientes anti-HBc positivos, debe valorarse la presencia de anti-HBs. Si este es positivo, no hay necesidad de proseguir la vacunación; en el caso de que sea negativo, se deriva a especializada. Los pacientes anti-HBc y anti-VHC positivos serán informados de la necesidad de realizar un estudio serológico entre sus convivientes y parejas sexuales, remitiéndolos a los centros de atención primaria. En los individuos de los que se sospeche que puedan tener una respuesta subóptima a la vacunación (personas VIH (+) o con algún tipo de inmunodepresión), se debe realizar un test post-vacunación para comprobar la seroconversión o para la revacunación de los no respondedores.

Tabla 33. Marcadores hepatitis a en distintas fases de la infección.

| IgM anti HA | IgG Anti HA | |
|-------------|-------------|---------------------------|
| + | -/+ | Infección aguda (derivar) |
| - | + | Inmune (no vacunar) |
| - | - | Susceptible (vacunar) |

Tratamiento de las hepatitis crónicas.

Actualmente están aprobados varios fármacos para la infección crónica por el VHB: interferón, interferón pegilado (PEG-IFN), lamivudina y adefovir. La elección del tratamiento ha de ser individualizado de acuerdo a las características del virus, la lesión hepática y las preferencias del paciente. En cuanto a la hepatitis crónica C, desde la introducción del interferón pegilado y ribavirina, el porcentaje de curación o respuesta viral sostenida (RVS) ha mejorado sustancialmente, sobrepasando el 50% (40-50% para genotipo 1 y cerca del 80% para genotipos 2 y 3). Una selección adecuada de los candidatos al tratamiento, así como garantizar la adherencia a la terapia resulta de gran importancia para alcanzar una mayor RVS. En relación con esto es importante indicar una derivación precoz para valoración, seguimiento y tratamiento especializado a unidades especializadas de hepatología, infecciosas o servicios de medicina interna.

5. Infección por el VIH

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha incidido de forma notable en los usuarios a drogas por vía parenteral de nuestro entorno, sobre todo a partir de 1981. Hasta el 60-80% de los UDVP estaban infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y el

67% de los casos de SIDA acontecía en este colectivo. Entre las enfermedades diagnósticas de SIDA destaca la tuberculosis, que afecta al pulmón en el 70-90% de los casos, y se presenta de forma diseminada en 40-80%. La neumonía por *N. carinii* incide en algo más del 20% de los casos de SIDA y otras, como la candidiasis esofágica, se presentan en un 1

Tabla 34. Clasificación de la infección por el hiv y criterios de definición del sida para adultos y adolescentes (>3 años)

| Cifra de linfocitos CD4 | Categoría clínica | | |
|---------------------------|-------------------|----|------------|
| | A | B | C (sida**) |
| ≥ 500 μL (≥ 29%)* | A1 | B1 | C1 |
| 200-499 μL (14-28%) | A2 | B2 | C2 |
| < 199 μL (sida**) (<14%)* | A3 | B3 | C3 |

Diagnóstico y tratamiento

Para el diagnóstico de SIDA se utilizan los criterios relativos al recuento de linfocitos CD4 (Tabla 34) y en todos los casos la evaluación diagnóstica y el tratamiento habrán de ser competencia de los servicios especializados, a los que se remitirán.

El tratamiento debe ofrecerse cuando la cifra de linfocitos CD4 está entre 250-350 células (Tabla 35). Existen diversas pautas terapéuticas, ya sea de inicio o tardías (de rescate). La combinación de análogos de los nucleósidos con no análogos o inhibidores de proteasas se incluye prácticamente en todas ellas.

Tabla 35. Indicaciones sobre el inicio del tratamiento antirretroviral en pacientes con una infección crónica por VIH.

| CATEGORÍA CLINICA | Recuento de CD4 | Niveles plasmáticos de RNA-VIH | Recomendación |
|---|-----------------------------|--------------------------------|--|
| Enfermedad definitiva de SIDA o síntomas graves | Cualquier valor | Cualquier valor | Tratamiento |
| Asintomática | <200 cel/mm ³ | Cualquier valor | Tratamiento |
| Asintomática | 200-350 cel/mm ³ | Cualquier valor | Debe ofrecerse, tras comentar pros y contras |
| Asintomática | > 350 cel/mm ³ | ≥ 100.000 cp /ml | Mayoritariamente se retrasa. Hay controversia. |
| Asintomática | >350 cel/mm ³ | < 100.000 cp /ml | Retrasar el tratamiento |

Desde la XI Conferencia Internacional sobre SIDA (1996) el tratamiento pasa por la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). En la tabla 36 se puede ver algunas indicaciones en relación con esto.

La finalidad principal del tratamiento es conseguir la máxima reducción de carga viral durante el mayor tiempo posible y con el mayor incremento de linfocitos CD4 posible. Todo, ello, con los menores efectos adversos y el menor coste económico. Los esfuerzos se centran en el momento actual en este principio, unido a una posología cómoda para el usuario, al objeto de facilitar la cumplimentación.

➔ *El tratamiento debe ofrecerse cuando la cifra de linfocitos CD4 está entre 250-350 células. Existen diversas pautas terapéuticas, ya sea de inicio o tardías (de rescate). La combinación de análogos de los nucleósidos con no análogos o inhibidores de proteasas se incluye prácticamente en todas ellas.*

| Tabla 36. Combinaciones de tratamiento antirretroviral (targa) recomendadas en pacientes "naive" | | | |
|--|---|---|--|
| Combinaciones posibles | Pautas | | |
| | Un fármaco de la columna A + uno de la columna B + uno de la columna C | | |
| Pautas preferentes | A Zidovudina Abacavir Tenofovir Didanosina | B Lamivudina Emtricitabina | C Efavirenz Nevirapina Lopinavir/r |
| Pautas alternativas | Fosamprenavir potenciado ó no con ritonavir + 3TC + ABC Indinavir potenciado ó no con ritonavir + 2 ITIAN Nelfinavir + 2 ITIAN Saquinavir/r + 2 ITIAN Atazanavir potenciado ó no con ritonavir ¹ + 2 ITIAN | | |
| Pautas en caso de no poder usar IP o ITINN | ABC + 3TC + AZT | | |
| Pautas contraindicadas | AZT + d4T FTC + 3TC ABC + 3TC + TDF ddl + 3TC + TDF d4T + ddl + ABC Cualquier combinación que incluya ddC Pautas con saquinavir no potenciado | | |
| ¹ Atazanavir no está aprobado por la EMEA para uso en pacientes sin tratamiento previo y su eficacia se ha demostrado con AZT+3TC. Es de cómoda administración (pauta OD) y parece tener un buen perfil lipídico. | | | |

Interacciones de los antirretrovirales (ARV) con fármacos de sustitución.

Hasta 1998 no aparecen descritas en la literatura interacciones significativas entre metadona y ARV. Con la nevirapina aplicada de forma concomitante con metadona es cuando aparecen los primeros pacientes con síntomas de privación de esta sustancia. El efavirenz aparece posteriormente con menor poder de inducción. No es necesario modificar las dosis de NVP ni de EFV, pero sí las de metadona, ajustando ésta individualmente al bienestar del paciente. Como indicativo se sugiere un aumento del 50% a 100% y fraccionamiento cada 12 horas de las dosis de metadona en el caso de la NVP, y un aumento del 20 al 50% de aquélla en el caso del EFV (no suele ser necesario fraccionar la dosis)

Otros fármacos como los inhibidores de la proteasa se ha comprobado que reducen los niveles de metadona, si bien la significación clínica es insignificante, no exigiendo modificar la dosis de ARV ni de metadona en la mayor parte de los casos. También la metadona interactúa reduciendo niveles en sangre de ddl o d4t, si bien esta reducción no es clínicamente significativa y no obliga a modificar dosis de ninguno (Tabla 37).

Tabla 37. Antirretrovirales. Principales interacciones.

| No hay datos | | No cambios | | Niveles ARV alterados | | Cambios en niveles MTD | |
|--------------|------------|------------|----------|-----------------------|----------|------------------------|-----------|
| DdC | Hivid | 3TC | Epivir | AZT | Retrovir | ABC | Ziagen |
| DLV | Rescriptor | D4T | Zerit | ddl | Videx | NVP | Viramune |
| SQV Cbg | Fortovase | SQV | Invirase | AZT+3TC | Combivir | EFV | Sustiva |
| | | IDV | Crixivan | | | RTV | Norvir |
| | | | | | | APV | Agenerase |
| | | | | | | LPV 378r | Aluviran |

La buprenorfina, agonista parcial de los receptores μ -opiáceos, se está empleando cada día más como tratamiento de abuso a opiáceos. Todavía existe poca información sobre las interacciones entre buprenorfina y los fármacos antirretrovirales. Al contrario que la metadona, la buprenorfina no parece elevar las concentraciones de zidovudina. Los datos obtenidos en un estudio piloto indican que las concentraciones de buprenorfina no parecen disminuir y que su administración concomitante con efavirenz no producirá un síndrome de abstinencia a opiáceos.

Otro gran grupo de fármacos, las benzodicepinas, de uso común en usuarios de drogas, pueden presentar interacciones con algún antirretroviral. Las más afectadas son las de acción corta, como el midazolam, alprazolam y el triazolam. En la mayoría de los casos se describe sedación prolongada por benzodicepinas en pacientes en tratamiento con inhibidores de proteasa.

10. Comorbilidad psiquiátrica en la dependencia de opiáceos

1. Introducción **112**

2. Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en dependientes de opiáceos **113**

1. Introducción

En los últimos años ha aumentado considerablemente la preocupación por la detección y el tratamiento de la patología psiquiátrica concomitante en pacientes con trastorno por uso de sustancias, también denominada patología dual. Las consecuencias de la coexistencia de trastornos psiquiátricos y trastornos por uso de sustancias se caracterizan por un mayor número de ingresos hospitalarios, de frecuentación de los servicios de urgencias, de comorbilidad médica (principalmente mayor riesgo de infecciones por VIH, VHC, VHB y tuberculosis), e ideación o conducta suicida. Así mismo, estos pacientes suelen presentar más conductas violentas o criminales, más inestabilidad familiar y marginación social, así como un menor cumplimiento de la medicación, con peor respuesta al tratamiento y mayores dificultades de acceso a la red asistencial.

Uno de los problemas principales que presentan los individuos con trastorno por uso de sustancias es la dificultad de identificar de forma fiable y válida la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante. La realización de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica plantea dos problemas fundamentales. Por un lado el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente. Por otro lado, en la actualidad los diagnósticos psiquiátricos están definidos más por un conjunto de síntomas (diagnósticos sindrómicos) que por unos marcadores biológicos directos y propios de cada una de las distintas entidades nosológicas psiquiátricas.

Muchos estudios clínicos y epidemiológicos han revelado un alto grado de comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos en sujetos con trastorno por dependencia de opiáceos, situándose su prevalencia entre el 47% y el 87 %. Este rango tan amplio puede ser debido a tendencias temporales en la población relacionadas con ciertos cambios en la disponibilidad y precio de las drogas, preferencias culturales, políticas terapéuticas sobre el tratamiento de las drogodependencias, o presencia de otras enfermedades intercurrentes (p.ej. infección por VIH); y aspectos metodológicos, siendo especialmente relevantes las diferencias en los criterios diagnósticos utilizados y en los instrumentos de evaluación empleados.

El trastorno mental más frecuente y que muestra mayor consistencia es el trastorno depresivo, con una prevalencia a lo largo de la vida de entre el 25 y 30%, mientras que la prevalencia actual es aproximadamente del 15%. Al igual que la depresión mayor, el porcentaje de trastornos de ansiedad varía considerablemente en los diversos estudios, tanto para trastornos actuales como a lo largo de la vida. El trastorno de ansiedad que aparece más comúnmente entre los pacientes dependientes de opiáceos es la fobia. La prevalencia de otros trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos alimentarios, es generalmente baja y similar a la encontrada en la población general. Los trastornos de personalidad aparecen en elevadas proporciones entre los pacientes heroínómanos, mostrando los estudios prevalencias entre uno y dos tercios de los pacientes siendo el trastorno más frecuen-

te el disocial. Por otro lado, hay alguna evidencia que sugiere que las alteraciones del sueño son más comunes en esta población.

➔ *Muchos estudios han revelado un alto grado de comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos en sujetos con trastorno por dependencia de opiáceos. El trastorno mental más frecuente y que muestra mayor consistencia es el depresivo.*

2. Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en dependientes de opiáceos

A la hora de diseñar el tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos en los sujetos dependientes de opiáceos, es importante la distinción entre trastornos independientes e inducidos, puesto que los planteamientos terapéuticos pueden diferir. El primer paso en el tratamiento de un trastorno psiquiátrico inducido por drogas es la estabilización del trastorno por uso de sustancias. La estabilización se puede conseguir mediante la abstinencia de la sustancia supervisada médicamente (p.ej., abstinencia de opiáceos en medio controlado) o mediante el mantenimiento con una medicación (p.ej., metadona). Un periodo de estabilización suele acompañarse de la resolución de los síntomas psiquiátricos. El objetivo inicial del tratamiento debería ser el conseguir una estabilización durante al menos 2 a 4 semanas (abstinencia completa o mantenimiento en una dosis estable de medicación sin existencia de uso concomitante de otras drogas). En los pacientes que presentan persistencia de la sintomatología del trastorno psiquiátrico después de un período de estabilización en su consumo de sustancias, debería considerarse que es independiente, es decir, que no está inducido por las sustancias adictivas consumidas previamente. El tratamiento de un trastorno psiquiátrico independiente requiere un plan terapéutico más complicado, con un tratamiento de ambos trastornos de forma simultánea.

➔ *Para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos en los sujetos dependientes de opiáceos, es fundamental la distinción entre trastornos independientes e inducidos.*

Tratamiento de los trastornos depresivos

El tratamiento más adecuado de una depresión inducida por sustancias consiste en la estabilización del trastorno por uso de sustancias subyacente. Una vez el paciente haya conseguido la abstinencia o que, en su defecto, haya conseguido mantener una dosis estable de un tratamiento apropiado (p.ej., mantenimiento con metadona), entonces se producirá la reevaluación de los síntomas depresivos. Es frecuente que los síntomas depresivos remitan cuando el paciente con dependencia de opiáceos consigue la estabilización en el tratamiento con metadona. En el caso de pacientes con un trastorno depresivo independiente siempre deberá realizarse un tratamiento con antidepresivos. Es necesario resaltar que la mejora de los síntomas de-

presivos como resultado del tratamiento con fármacos antidepresivos no se acompaña necesariamente por una mejora en el consumo de sustancias. Por lo tanto, en pacientes con un diagnóstico dual existe la necesidad de llevar a cabo el tratamiento de ambos trastornos (depresión y dependencia de opiáceos) al mismo tiempo.

Hasta la actualidad sólo se han publicado siete ensayos clínicos controlados usando un antidepresivo para el tratamiento de pacientes dependientes opiáceos con depresión, y únicamente hay un estudio que apoya la eficacia de la imipramina en el tratamiento de la depresión comórbida en consumidores de opiáceos en tratamiento de mantenimiento con metadona, mientras que los otros estudios con imipramina, fluoxetina o sertralina resultaron poco concluyentes. En un metaanálisis reciente, sólo se pudieron incluir dos estudios para determinar el efecto de la medicación antidepresiva en la mejora de los síntomas depresivos, y dos estudios para determinar el efecto del tratamiento con antidepresivos sobre el consumo ilegal de opiáceos. Contrariamente a lo esperado, no se encontró un resultado significativo en la mejoría de los síntomas depresivos y en cambio se observó que los casos que habían recibido tratamiento antidepresivo disminuían significativamente el consumo de opiáceos ilegales.

Sin embargo, aunque la escasa evidencia científica existente avala el uso de los antidepresivos tricíclicos como fármacos de elección en el caso de coexistencia de depresión en dependientes de opiáceos, la seguridad superior que muestran los ISRS en comparación a los antidepresivos tricíclicos en caso de sobredosis y la mayor tolerancia en la dosificación terapéutica, proporciona una justificación para su uso principalmente en pacientes con tendencias suicidas. También hay que tener en cuenta la presencia de interacciones medicamentosas entre los distintos fármacos antidepresivos y los opiáceos, que deben tomarse en cuenta a la hora de prescribir el tratamiento más adecuado.

Tratamiento de los trastornos ansiosos

No existen estudios controlados acerca del tratamiento en el caso de pacientes dependientes de opiáceos con trastornos de ansiedad concomitantes. La intervención terapéutica en los trastornos de ansiedad independientes debería seguir los protocolos utilizados de forma rutinaria en la práctica clínica excepto en lo referente a la utilización de benzodiazepinas; en este grupo de pacientes es frecuente el abuso de benzodiazepinas y deberían agotarse otros recursos farmacológicos (por ej. ISRS, mirtazapina, antipsicóticos sedativos, nuevos anticonvulsivos...) y no farmacológicos. En aquellos pacientes con trastorno por uso de sustancias que requiera tratamiento con benzodiazepinas se evitarán las de alta potencia y semivida corta, como el alprazolam, por su elevado riesgo de abuso en la población de dependientes de opiáceos. En el caso de requerir el uso de benzodiazepinas se usaran fármacos de semivida larga como el diazepam, el ketazolam, el cloracepato o el clonacepam y con prescripción controlada.

Las intervenciones psicoterapéuticas pueden resultar efectivas en el tratamiento de los síntomas depresivos y ansiosos (p.ej., terapia cognitivo-conductual para la depresión, tratamientos conductuales para los trastornos de ansiedad tales como las fobias), y puede ser particularmente útil en aquellos pacientes cuyos síntomas persistan después de la estabilización del

consumo de sustancias pero que no presenten sintomatología suficientemente severa como para requerir tratamiento farmacológico.

Tratamiento de los trastornos psicóticos

Hay una serie de problemas que se agravan con pacientes diagnosticados de esquizofrenia y abuso de drogas: falta de conciencia de enfermedad, ocultación del consumo de drogas, abandono del tratamiento farmacológico, refractariedad, escaso contacto con dispositivos asistenciales de salud mental, más riesgo de exacerbaciones y complicaciones, más efectos secundarios de los antipsicóticos y agresividad / violencia.

El tratamiento farmacológico ideal para estos pacientes debería ser eficaz en el tratamiento de los síntomas de la esquizofrenia, no tener graves efectos secundarios, ayudar a disminuir el consumo de las drogas, no interactuar con drogas de abuso o con otros fármacos y en general facilitar el cumplimiento terapéutico. Por ello, hay que considerar los factores que incrementan la eficacia terapéutica de los nuevos antipsicóticos: menor frecuencia de síntomas extrapiramidales, reducción de los síntomas negativos, probable disminución del craving, mejoría en área psicosocial, aumento de la alianza terapéutica y del cumplimiento, y disminución de los consumos relacionados con efectos secundarios y con síntomas negativos. En resumen, los antipsicóticos atípicos parecen ser el tratamiento de elección en pacientes esquizofrénicos con dependencia de drogas, mientras que los antipsicóticos en fórmulas de liberación lenta pueden ser una buena alternativa para pacientes con mal cumplimiento terapéutico.

Tratamiento de los trastornos de personalidad (TP)

Diferentes experiencias en el tratamiento de los TP en adictos propugnan el abordaje integrado, es decir, realizado simultáneamente y por el mismo equipo profesional. En todo caso, la mayoría de los autores coinciden en que el tratamiento de la adicción suele ser prioritario sobre el de los TP. La buena práctica clínica en los TP incluye evitar las derivaciones inapropiadas, conseguir entrevistas regulares con el paciente, proporcionar soporte y soluciones a problemas derivados del trastorno y prescribir adecuadamente fármacos. El abordaje integrado no debe relegar ningún tipo de posibilidad de intervención, tanto psicológica como farmacoterapéutica. Una cuestión discutible es el momento más apropiado para la evaluación de los TP, que requiere esfuerzo considerable.

Se han dado algunos avances recientes en psicoterapia y farmacoterapia que podrían ser útiles en personas con adicción y TP. La Terapia de Conducta Dialéctica es una buena opción para los individuos con dependencia y trastorno límite grave de la personalidad, particularmente los que manifiestan comportamiento (para)suicida recurrente. Además, la Terapia de Esquema de Doble Foco es un enfoque de tratamiento innovador que podría estar indicado para los individuos que no responden a una intervención breve. Importantes estudios indican que los individuos antisociales se benefician más de un enfoque de tratamiento estructurado de orientación conductual.

La utilidad del tratamiento farmacológico en los TP fundamentalmente se basa en el efecto que producen los fármacos sobre la remisión de determinadas alteraciones psicopatológicas, en especial la impulsividad, la agresividad y la inestabilidad emocional, así como en el beneficio derivado del tratamiento de trastornos psiquiátricos comórbidos. Los problemas con el tratamiento no son solo debidos a la variabilidad en la respuesta terapéutica, sino sobre todo al pobre cumplimiento. No obstante, existe en la actualidad un consenso general en el sentido de que la psicofarmacología tiene cada vez más un lugar en el tratamiento de estos pacientes. También da por hecho que la psicoterapia debe acompañar a los fármacos en prácticamente todas las ocasiones. Por otro lado, no todos los trastornos de la personalidad tienen la misma posibilidad de tratamiento farmacológico. Se puede hablar de trastornos con potencial de tratabilidad elevado (TP dependiente, histriónico, obsesivo-compulsivo y evitativo), medio (TP trastorno narcisista, límite y esquizotípico) y bajo (paranoide, esquizoide y antisocial).

En concreto, se ha propuesto recientemente el uso de "anticraving" como la naltrexona, que podría ser muy efectiva entre las personas con sensibilidad a la recompensa o búsqueda de novedad elevadas, mientras que el acamprosato podría ser más efectivo entre aquellas con reactividad al estrés o sensibilidad a la ansiedad altas. También son muchos los antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que se han ensayado para, sobre todo, disminuir el consumo compulsivo y la sintomatología depresivo-disfórica. La fluoxetina y la paroxetina a dosis de 20-40 mg/día y la sertralina a dosis de 100-150 mg/día han sido las más estudiadas. La efectividad de los antidepresivos tricíclicos parece menor. Nuevos antidepresivos como la venlafaxina, la mirtazapina y la duloxetina podrían ser útiles.

En cuanto a los antipsicóticos atípicos, se han utilizado para disminuir el refuerzo del uso de drogas sobre el sistema dopaminérgico, y para algunos disminuirían el deseo compulsivo de consumir y las conductas autolesivas. Ofrecen respecto a los neurolépticos tradicionales una mayor comodidad y por ello elevación de su nivel de cumplimiento terapéutico, uno de los grandes problemas con este tipo de pacientes. Por último, los nuevos fármacos anticomiciales (gabapentina, topiramato, lamotrigina, oxcarbamazepina) se postulan para disminuir el "craving" y el uso compulsivo de sustancias, como ya se había hecho con los tradicionales (carbamacepina, valproato). Nuevamente sus ventajas se basan en los menores efectos secundarios e interacciones. No obstante, los estudios son muy limitados metodológicamente, aunque abren campos esperanzadores, dados sus fundamentos teóricos de actuación y su mayor seguridad y comodidad.

11. Bibliografía básica

Lecturas recomendadas

Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de Evaluación y Tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ed. STM; 2003

Colom J y cols. Tractament de manteniment amb metadona. Manual de pràctica clínica. Barcelona: Ed. Generalitat de Catalunya, Departament de salut; 2005.

Comas Arnau D. Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional. Madrid,: Ed Grupo GID; 2006.

Fernández Miranda JJ, Torrens Melich M (Editores). Monografía opiáceos. Adicciones 2005; 17(2). Páginas:345

Fernández Miranda JJ, Gutiérrez Cienfuegos E, Marina Glez., P (Editores). Actuaciones clínicas en trastornos adictivos. Madrid: Ed. Aula Médica; 2002.

Fernández Miranda JJ, Marina González P (Editores). Manual de los tratamientos de mantenimiento con opiáceos. Oviedo: Ed. Papiro; 1999.

Graña JL. Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Ed. Debate; 1994.

Iraurgi I y González F (editores). Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Madrid: Ed. Aula Médica; 2002.

Karch SB. Drug abuse handbook. Florida: Ed CRC Press; 1998.

Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I: Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999.

Millar NS, Swift RM. Addictive disorders. Filadelfia: Ed. The psychiatric clinic of North America; 1999.

Parrino MW. Manual de tratamiento con metadona. Barcelona: Ed. Igia; 1997.

Pereiro Gómez C (Editor). Monografía patología orgánica en adicciones. Adicciones 2006; 18(1). Páginas:283.

Pereiro C. Reduce os riscos, diminue os danos. Santiago. Ed. Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia, 2002.

Rubio G y cols. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Ed. Panamericana; 2001.

Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Madrid: Ed. Euromédica; 2003.

Sociedad Española de Toxicomanías. Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid: Ed. Panamericana; 2006.

12. Webs de interés

AATOD

<http://www.aatod.org/>

AIC

<http://www.aic.gov.au/research/drugs/>

CCLAT

<http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Publications/>

DGPNSD

<http://www.pnsd.msc.es/>

EASP

<http://www.easp.es/pepsa/estudios+y+documentos/monografiaopiodes.htm>

Euromethwork

<http://www.q4q.nl/methwork2/home.htm>

Harm reduction coalition

<http://www.harmreduction.org/>

Interaccionesvih.com

<http://www.interaccioneshiv.com/>

JIFE

<http://www.incb.org/incb/index.html>

MSC

<http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>

NIDA

<http://www.nida.nih.gov/>

OEDT

<http://www.emcdda.europa.eu/>

OMS

http://www.who.int/substance_abuse/en/

SAMHSA

<http://dpt.samhsa.gov/>

SET

<http://www.setox.org>

SOCIDROGALCOHOL

<http://www.socidrogalcohol.org>