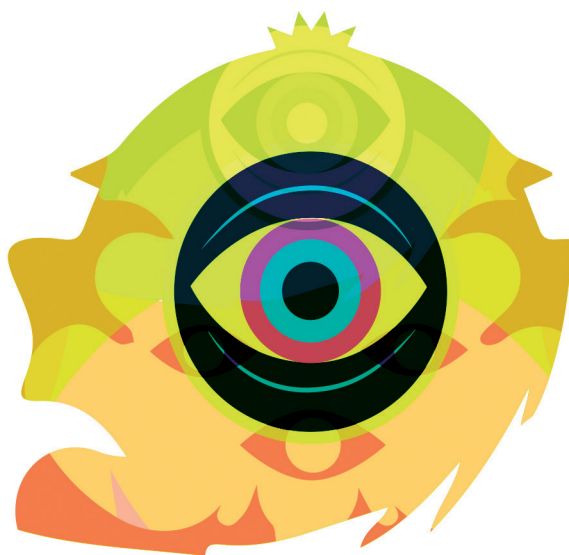


# ABORDAJE DE LAS ADICCIONES EN RED



**Red de Salud Mental de Bizkaia  
Osakidetza**



**Osakidetza**



**EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SALUD



# ABORDAJE DE LAS ADICCIONES EN RED

Elida Grande Argudo  
Coordinadora



**Osakidetza**



OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SALUD



## Abordaje de las adicciones en red

### AUTORES (en orden alfabético):

- Abeijón Merchan, Juan Antonio.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Ajuriaguerra Toxicomanías.
- Alonso Ganuza, Zuria.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Otxakoaga.
- Amann Mendieta, Juan.** FEA. Psiquiatra. Unidad de Desintoxicación del Hospital de Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde-Galdakao.
- Barredo Cahue, Marta.** Psicólogo Clínico. Red Salud Mental de Bizkaia. Centro de Salud Penitenciario de Basauri. CSM Urbi2
- Caballero Martínez, Patricia.** Psicóloga Clínica. Red Salud Mental de Bizkaia. Programa Lehenak. Primeros episodios psicóticos.
- Castiñeira Sancho, María Jesús.** Enfermera. Centro de Salud Penitenciario de Urbi-Basauri. OSI Bilbao-Basurto.
- Echebeste Portugal, María.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. Jefe de Comarca Uribe.
- Elortegi Kaiero, Izaskun.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Bermeo.
- Errasti Gochicoa, Antonio.** Médico. Asociación Lur Gizen. Centro de Salud Penitenciario de C.P. Zaballa, Araba
- García Fernández, Leire.** FEA. Psiquiatra, CSM Uribe-Costa. Programa Lehenak.
- García Llorente, Cristina.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Basauri.
- García San Cornelio, Jerónimo.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Novia Salcedo Toxicomanías.
- González Llona, Irantzu.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental Gipuzkoa CSM Rentería.
- Grande Argudo, Élidea.** FEA. Psiquiatra y Médica de Familia. Red Salud Mental de Bizkaia. Centro de Salud Penitenciario de Basauri. CSM Urbi2.
- Gutiérrez Antuñano, Marina.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Durango.
- Hernani Burzaco, María Begoña.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. Toxicomanías Barakaldo.
- Irastorza Eguskiza, María Jesús.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Ajuriaguerra Toxicomanías.
- Landabaso Vázquez, Miguel Ángel.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Uribe.
- Landaluce Lauzurica, Jose Ignacio.** Director Médico de la Red de Salud Mental de Bizkaia.
- Larrañaga Garate, Idoia.** FEA. Psiquiatra y Médico de Familia. Red Salud Mental de Bizkaia.
- Larrazabal Salazar, Luis María.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Gernika.
- López Morán, Pilar.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Novia Salcedo Toxicomanías.
- Mingo Idoyaga, Argiñe.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Gernika.
- Mondragón Egaña, Marisol.** FEA. Psiquiatra. Unidad de Desintoxicación del Hospital de Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde-Galdakao.
- Ogando Rodríguez, Javier.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Novia Salcedo Toxicomanías.
- Oraa Gil, Rodrigo.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Ajuriaguerra Toxicomanías.
- Pacheco Yáñez, Luis.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. Jefe de Comarca Bilbao.

- Palacios Goñi, Mikel.** Psicólogo Clínico. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Ajuriaguerra Toxicomanías
- Pérez Atxa, Joseba.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Portugalete.
- Pérez España, Zuriñe.** Farmacéutica. Servicio de Farmacia OSI Bilbao-Basurto. Centro de Salud Penitenciario Urbi Basauri.
- Periáñez Torrecilla, Naiara.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Otxarkoaga.
- Repeto Zilbermann, Lara.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Durango.
- Retolaza Balsategui, Ander.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Basauri.
- Salazar Alday, Marian.** Psiquiatra. Asociación Lur Gizen. Centro de Salud Penitenciario de C.P. Zaballa, Araba.
- Salinas Muñoz, María.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental Gipuzkoa. En Centro Salud Penitenciario de C.P. Martutene, Gipuzkoa.
- Sánchez Pérez, Maider.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Ortuella.
- Sanz Echevarría, Juan.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. Jefe de Unidad de Salud Mental. CSM Barakaldo.
- Silva Gordon, María Natividad.** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia. CSM Toxicomanías Barakaldo.
- Uriarte Larrea, Lamiaran.** Enfermera. Centro de Salud Penitenciario de Urbi-Basauri. OSI Bilbao-Basurto.
- Uriarte González, Laura,** FEA. Psiquiatra. Red Salud Mental de Bizkaia CSM Toxicomanías Barakaldo.

Edición: 1ª. 23 de abril de 2016

Tirada: 100 ejemplares

© Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarea / Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza)

Internet: <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ghrsmb00/es/>

I.S.B.N.: 978-84-608-7041-8

D.L.: BI 513-2016

Editorial: Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza)

c/ Mª Díaz de Haro, 58

48010 Bilbao

PVP: 5 euros (IVA incluido)

Diseño portada: Borja Junguitu Castrillejo

Maquetación, Impresión y encuadernación:

Michelena Artes Gráficas, S.L.

Astigarraga (Gipuzkoa)

#### **ADVERTENCIA A LOS LECTORES:**

La medicina es un área en continua evolución y a medida que aumentan los conocimientos en la misma es necesario introducir cambios en los tratamientos, especialmente en los farmacológicos. Por tanto, se recomienda a los lectores que actualicen los últimos datos existentes sobre cada fármaco para comprobar las dosis recomendadas, las vías de administración, la duración del tratamiento, las contraindicaciones e interacciones, etc. Es una responsabilidad fundamental del médico determinar el tratamiento más adecuado para cada paciente, en función de su experiencia y el conocimiento de cada caso concreto. Por ello ni los editores ni los autores pueden asumir responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a terceras personas como consecuencia del contenido de esta obra.

*A nuestros pacientes*





# Índice

<b>Presentación.</b> <i>M. Echebeste</i> . . . . .	9
<b>Prólogo.</b> <i>E. Grande</i> . . . . .	11
<b>Sección I: Aspectos generales</b> . . . . .	13
Cap. 1. La adicción a drogas. Definiciones. <i>E. Grande, C. García</i> . . . . .	15
Cap. 2. Trastornos relacionados con sustancias según DSM-5. <i>I. Larrañaga, I. González, N. Periañez</i> . . . . .	19
Cap. 3. El contrato terapéutico y el consentimiento informado. <i>L. Pacheco</i> . . . . .	25
Cap. 4. Trabajo de Adicciones en Red: El reto de la comunicación entre servicios. <i>A. Retolaza</i> . . . . .	33
Cap. 5. Evaluación Neuropsicológica en Adicciones. <i>P. Caballero</i> . . . . .	51
<b>Sección II: Intervenciones en Centros de Salud Penitenciarios (CSP)</b> . . . . .	59
Cap. 6. El trabajo en Adicciones en CSP. <i>M. Salinas</i> . . . . .	61
Cap. 7. Un modelo de Intervención Psicoterapéutica en un CSP. <i>E. Grande y M. Barredo</i> . . . . .	69
Cap. 8. Consulta de Enfermería en Adicciones. <i>L. Uriarte, M. J. Castiñeira</i> . . . . .	77
Cap. 9. Un modelo de Farmacia en un CSP. <i>Z. Pérez</i> . . . . .	83
<b>Sección III: Intervención en un Hospital de Día</b> . . . . .	91
Cap. 10. Un modelo de Hospital de Día de Adicciones. <i>J. Abeijón, M. Palacios, R. Oraa y M. Irastorza</i> . . . . .	93
<b>Sección IV: Tratamiento de las Intoxicaciones en las Adicciones más frecuentes</b> . . . . .	103
Cap. 11. Intoxicaciones de Alcohol, Opiáceos, Cocaína y demás psicoestimulantes. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Cannabis. <i>A. Mingo, J. M. Larrazabal. I. Elortegi</i> . . . . .	105
<b>Sección V: Desintoxicación y tratamientos sustitutivos en las Adicciones más frecuentes en medio ambulatorio</b> . . . . .	111
Cap. 12. Desintoxicación de Alcohol. <i>F. J. Ogando, P. López y J. G. San Cornelio</i> . . . . .	113

Cap. 13. Tratamiento Sustitutivo de Opiáceos. <i>T. Errasti, M. A. Salazar</i> .	121
Cap. 14. Desintoxicación cocaína y demás Psicoestimulantes. <i>J. Sanz, L. Uriarte, B. Hernani, M. Silva</i> . . . . .	129
Cap. 15. Tratamiento de uso continuado de Estimulantes. Impulsividad vs hiperactividad. <i>M. Landabaso, J. Pérez Atxa</i> . . . . .	139
Cap. 16. Desintoxicación de Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. <i>C. Repeto, M. Gutiérrez</i> . . . . .	145
Cap. 17. Desintoxicación de Cannabis. <i>M. Sánchez, Z. Alonso</i> . . . . .	155
<b>Sección VI: Desintoxicación de las Adicciones más frecuentes en medio hospitalario</b> . . . . .	161
Cap. 18. Desintoxicación de Alcohol, Opiáceos, Cocaína y demás psicoestimulantes. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y Cannabis. <i>M. Mondragón, J. Amann</i> . . . . .	163
<b>Epílogo. Perspectiva de futuro.</b> <i>J. I. Landaluce</i> . . . . .	175

# Presentación

Cuando en 2013 me encontraba ejerciendo como Directora Médica de la RSMB, la psiquiatra Elida Grande acababa de comenzar su trabajo en el Centro de Salud Mental Urbi-2, ubicado en el Centro penitenciario de Basauri, donde continua hoy en día desarrollando su labor ayudada necesariamente en la misma por la psicóloga Marta Barredo. La integración de ambas profesionales en dicha institución ha mejorado notablemente la asistencia en Salud Mental de los pacientes ingresados en la misma y un ejemplo de ello es, sin duda, esta monografía que acaba de editarse y que agrupa una serie de algoritmos básicos en el tratamiento de las Adicciones.

En el presente texto colaboran prácticamente la totalidad de los psiquiatras que trabajan específicamente en el tratamiento de las Adicciones dentro de la RSMB. Los diversos autores analizan la mayor parte de las patologías que motivan la demanda de atención sanitaria para este tipo de enfermos y la visión del texto es amplia y global, refiriéndose tanto a los modelos de atención ambulatoria, como hospitalaria y tanto en la comunidad, como en el ámbito de la prisión, lugar donde desgraciadamente acaban siendo destinados todavía muchos de estos pacientes.

Por ello, no cabe sino felicitar a la coordinadora del grupo de autores que han hecho posible este trabajo y animarla a continuar revisando periódicamente los diversos materiales que presenta en el mismo los cuales, sin duda, serán objeto de significativos cambios con el avance de los conocimientos que se desarrollarán en el terreno de la Salud Mental y de manera específica en el campo de las Adicciones.

María Echebeste Portugal  
*Jefe de Servicio de la Comarca Uribe. RSMB*



# Prólogo

Nuestro interés actual en esta publicación es dar a conocer de manera sencilla, práctica y profesional el trabajo que realizamos los psiquiatras de Adicciones en los Centros de Salud Mental (CSM) de la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB).

La “excusa” inicial del proyecto fue la creación en enero del 2013 de un nuevo CSM de Adicciones en el interior del Centro Penitenciario de Basauri, con el nombre de CSM Urbi2. El trabajar dentro de una institución que no es de índole médica hizo que nos planteáramos nuestro quehacer diario, que revisáramos el contenido de nuestro trabajo y los objetivos del mismo. Para ello pedimos la colaboración a todos los profesionales que trabajaban en la RSMB. Todos con entusiasmo y de manera desinteresada ofrecieron su ayuda.

Pensamos que una publicación actualizada de los algoritmos de actuación médicos que se están llevando a cabo en los CSM ayudará tanto a los más jóvenes de la profesión –nuestros Residentes– como a aquellas personas que desde cualquier institución estén interesadas en conocer nuestra labor. De ninguna forma se pretende sustituir a los tratados actuales ni a las guías recientes publicadas en esta área. Esos libros siguen siendo nuestra clara referencia científica.

Quiero agradecer a todo el equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Penitenciario fundamentalmente al equipo de Enfermería y a Josune Caminos Otermín entonces Jeja Médica de la Unidad, por la ayuda inestimable para poder crear el CSM Urbi2, ponerlo a funcionar y a día de hoy colaborar activamente ambos servicios. También agradecer la colaboración de profesionales de diferentes áreas de la RSMB que han participado en la revisión constante de este trabajo, Enrique González Arza, Josune Martínez Magunacelaya, Laura Alonso Pérez, Garbiñe Apraiz Irigüen y Luis Pacheco Yáñez, gracias.

Finalmente quiero indicar que este libro es un acto de colaboración para compartir nuestros conocimientos, compartir nuestro trabajo diario.

Elida Grande  
*Psiquiatra del CSM Urbi2 de la RSMB en el interior  
del Centro Penitenciario de Basauri.*

Bilbao a 27 Noviembre de 2015



# **Sección I**

---

Aspectos generales





# Cap. 1. Adicción a drogas: definiciones

E. Grande, C. García

## Introducción

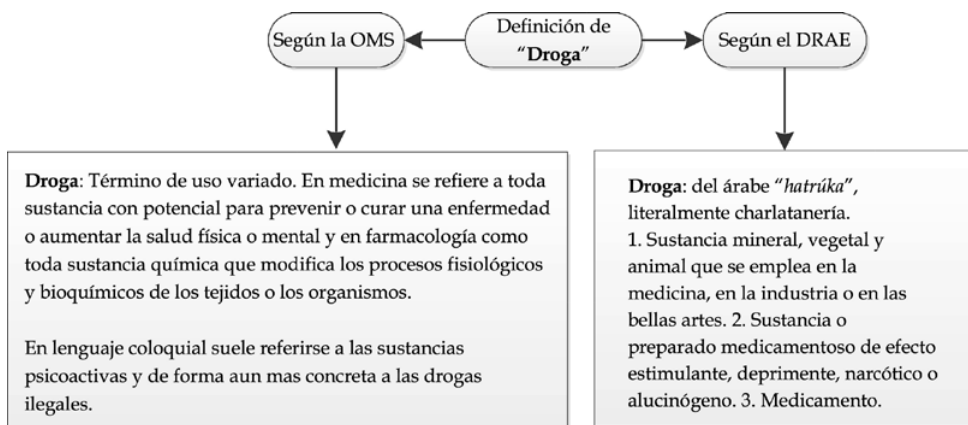
---

El objetivo de este capítulo es definir los conceptos y proporcionar unos datos que nos sitúen en la realidad mundial y local del consumo de drogas:

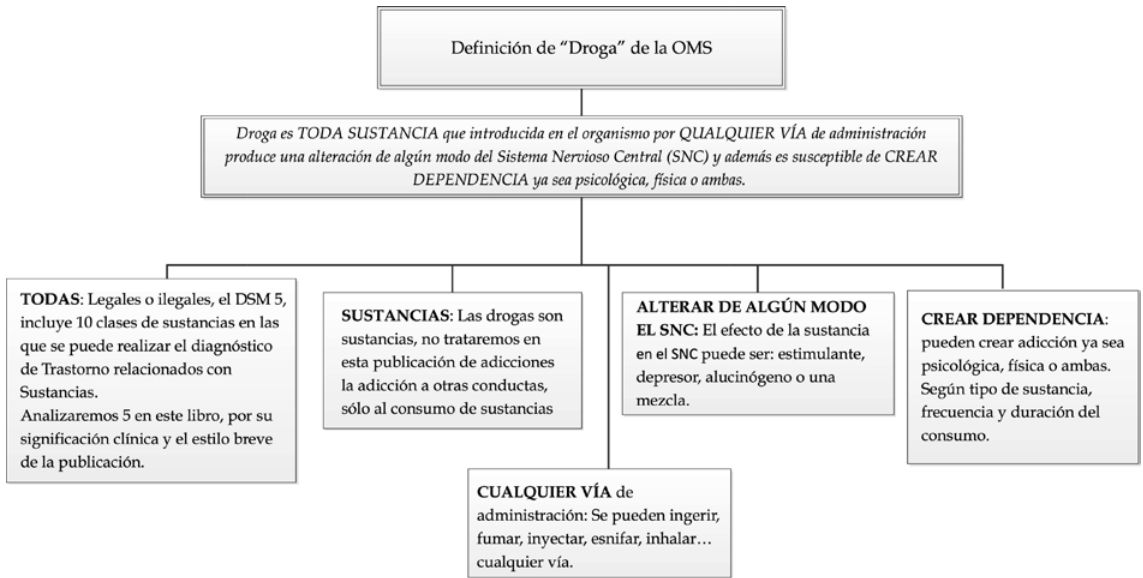
1. Droga.
2. Adicción o Dependencia.
3. La adicción a drogas.

### 1. Droga

Para definir droga de manera sencilla nos basaremos en el glosario de términos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE). Al ser un término complejo y que se usa y mal usa con frecuencia, nos acotamos a estas dos fuentes con la intención de ser serios con el objeto de estudio.



También la OMS dice más específicamente que “droga” es:



#### Según informe de ONU del 2014:

El consumo de drogas problemático, según datos de la OMS del 2012, se mantiene estable en una cifra situada entre los 16 y los 39 millones de personas. Sin embargo la prestación de servicios es desigual, solo uno de cada seis consumidores a nivel mundial ha tenido acceso a tratamiento de la drogodependencia cada año.

El **policonsumo** entendido como en el consumo de dos o más sustancias a la vez o consecutivamente, sigue siendo un problema grave de salud mundial tanto de salud pública como lo que respecta a la fiscalización.

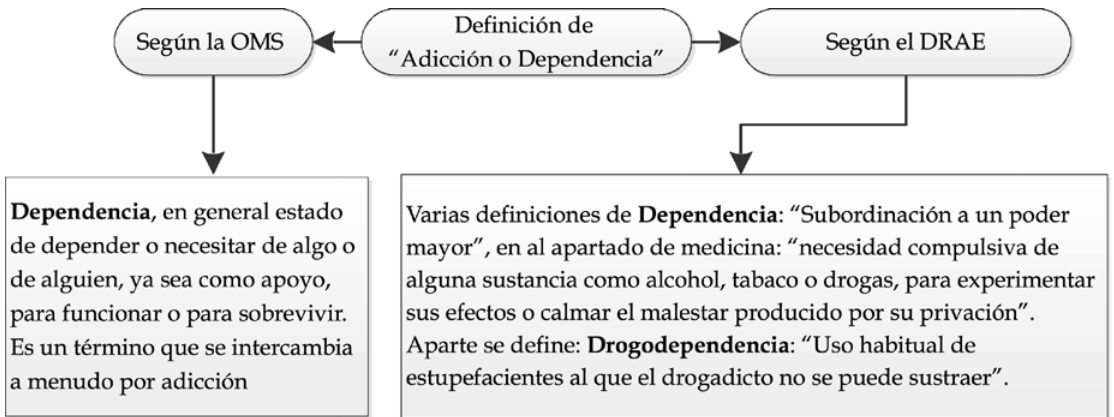
El 50% de la población penitenciaria consume drogas ilegales. Dato que se repite en muchos países.

#### Según datos de Euskadi y Drogas, 2012:

En la Comunidad Autónoma del País Vasco el 28% de la población vasca adulta ha probado en alguna ocasión alguna sustancia ilegal, incluida el cannabis, de este 28% el 4,5% la ha consumido el mes anterior.

Las drogas ilegales de consumo más frecuentes son primero el cannabis y después el *speed* o anfetamina (6,5%) y la cocaína (5,5%). Según el informe, son datos que en los últimos años van en descenso.

## 2. Adicción o dependencia: Podemos definir las como:



Si no se especifica, la **dependencia** se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos. La dependencia psicológica o psíquica se aplica al **deterioro del control** sobre el consumo de la sustancia (compulsión, ansia, *craving*), mientras que la dependencia fisiológica o física se refiere más a la **tolerancia** y los síntomas de **abstinencia** (neuroadaptación).

## 3. La adicción a drogas

Pese a que las definiciones de los conceptos resultan *a priori* sencillas, la adicción a drogas es una enfermedad muy compleja y tiene muchas dificultades en su abordaje terapéutico pues requiere muchos enfoques desde muchos campos, no solo desde la medicina.

Desde esta perspectiva de complejidad el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) propone en su segunda edición revisada en 2010, una actualización de las investigaciones sobre los distintos enfoques eficaces para abordar el tratamiento de las adicciones a las distintas drogas. Apuntaremos aquí algunos de ellos, además de escoger su definición de la enfermedad:

La **Adicción** es una enfermedad compleja que puede ser tratada y que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento, lo que ocasiona cambios que persisten después de haber cesado el consumo de drogas. Esto explica por qué las personas que han tenido problemas de drogadicción corren el riesgo de sufrir recaídas en el consumo, incluso después de largos periodos de abstinencia y a pesar de conocer las consecuencias potencialmente dañinas.

1. La **desintoxicación médica es sólo la primera etapa** y por sí misma, no es suficiente para modificar el abuso de drogas a largo plazo. Hay que conseguir la motivación del paciente para que continúe el tratamiento el tiempo necesario y evaluar periódicamente, conseguir la adherencia necesaria en cada caso.
2. **No hay un único tratamiento** que resulte apropiado para todas las personas. El éxito final de cada paciente es volver, de nuevo, a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad.
3. **Tratamiento deber de ser de fácil acceso.** Al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, cuanto antes se ofrezca y se inicie el tratamiento mayor probabilidad de obtener resultados positivos.
4. **Abordar el abuso de drogas y los problemas relacionados** (médico, psicológico, social y legal). Tratar los trastornos mentales asociados cuando sea preciso o las enfermedades infecciosas añadidas.
5. El tratamiento **no tiene que ser voluntario para ser eficaz.**
6. Los controles de tóxicos y la monitorización sirven a muchos pacientes para autocontrolarse. Se deben ajustar según las necesidades de cada paciente.

Se remite a la página del Plan Nacional sobre Drogas:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeDrogasEmergentes.pdf>

También en políticas de **reducción de daños y riesgos** son interesantes las webs de:

<http://www.ailaket.com/>; <http://energycontrol.org/>

## Bibliografía

---

- OMS. Glosario términos. *De alcohol y drogas*. WHO. 1994.
- DRAE. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 23ª Edición. 2014.
- Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/home.htm>. Drogas emergentes. Informe comisión clínica. 2011.
- UNODC. Organización de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Resumen ejecutivo. Informe mundial sobre las drogas. 2014.
- Euskadi y drogas 2012. [http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r43-573/es/contenidos/informacion/dig\\_publicaciones\\_innovacion/es\\_otrosamb/adjuntos/promocion\\_salud/940012c\\_Euskadi\\_drogas\\_2012\\_c.pdf](http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r43-573/es/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_otrosamb/adjuntos/promocion_salud/940012c_Euskadi_drogas_2012_c.pdf)
- VI Plan de Adicciones. 2011-2015. Dirección Drogodependencias. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

# Cap. 2. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos según DSM-5

I. Larrañaga, I. González, N. Periañez

## Introducción

---

Según el DSM-5 el trastorno por consumo de sustancia es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados.

En esta última edición del DSM se han incluido 10 clases de sustancias, en las que se puede realizar el diagnóstico de trastorno por consumo de todas ellas, excepto para la cafeína (en la que los diagnósticos son de intoxicación o abstinencia únicamente).

Sustancias:

1. Alcohol.
2. Cafeína.
3. Cannabis.
4. Alucinógenos (fenciclidina o arilciclohexaminas, otros).
5. Inhalantes.
6. Opioides.
7. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
8. Estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína, otros).
9. Tabaco.
10. Otras (o desconocida).

Los diagnósticos admitidos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos:

### **A. Trastorno por consumo de sustancias**

---

Debe cumplir el **criterio A**, que consiste en un modelo problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta en los últimos 12 meses al menos por dos ítems de una lista de once:

- Ítems referentes *al control deficitario* (1-4)
  - Se consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
  - Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
  - Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir, consumir o recuperarse de los efectos.
  - Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
- Ítems referentes *al deterioro social* (5-7)
  - Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
  - Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tóxico.
  - El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Ítems referentes *al consumo de riesgo* (criterios 8 y 9)
  - Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
  - Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el consumo.
- Ítems referentes a aspectos *farmacológicos* (criterios 10 y 11).
  - Tolerancia: necesidad de cantidades cada vez mayores para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad. En los trastornos por consumo de opiáceos y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos no se considera que cumple este criterio en aquellos individuos que solo toman opiáceos / sedantes bajo supervisión médica adecuada.

- **Abstinencia:** aparición de síntomas de abstinencia o consumo para evitar tales síntomas. En los trastornos por consumo de opiáceos y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos no se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que solo toman opiáceos /sedantes bajo supervisión médica adecuada.

Una vez diagnosticado, cumplido el criterio A, se deben especificar varios aspectos:

- En **remisión** inicial o continuada: Si después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir”, que puede haberse cumplido), la remisión será inicial. Si se da lo mismo durante 12 meses o más, la remisión se considerará continuada.
- **Gravedad actual:** leve si se cumplen 2-3 ítems del criterio A, moderado si se cumplen 4-5 o grave si son 6 o más los que se observan. La excepción en este punto es la cafeína, cuya clasificación no contempla gravedad del trastorno.
- En un **entorno controlado:** si se encuentra en un entorno sin acceso al tóxico.
- En **terapia de mantenimiento** en el caso de opiáceos y tabaco.

## B. Trastornos inducidos por sustancias

---

1. **Intoxicación:** aparición de síntomas característicos de cada sustancia tras su consumo.
2. **Abstinencia:** cuadro clínico característico al abandonar el cese del consumo. La codificación DSM 5 para la abstinencia, indica automáticamente la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo, lo que refleja el hecho de que la abstinencia solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo del tóxico. Así, no es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo con una abstinencia de este.
3. **Otros trastornos mentales inducidos.** Así como en anteriores clasificaciones, como en el caso del CIE-9-MC, si un trastorno mental está inducido por un trastorno por consumo de una sustancia, se daba un código para el

trastorno por consumo de la sustancia en concreto y otro para el trastorno mental inducido por la sustancia/ medicamento, en el caso del DSM 5 un único código combina el trastorno mental inducido por la sustancia con el trastorno por consumo de la misma. No se indica un diagnóstico separado del trastorno concomitante por consumo de la sustancia, aunque se utilizan el nombre y la gravedad del trastorno por consumo de la sustancia específica (si existe) cuando se registra el trastorno mental inducido por esa sustancia/medicamento.

Los diagnósticos que pueden asociarse a una u otra clase de sustancia son variables, estando recogidos en la siguiente tabla:

Diagnósticos asociados a una clase de sustancia

	T psi	T Bip	T Dep	T Ans	T O-C	T Sue	D sex	S con	T neu	T sus	I sus	A sus
Alcohol	I/A	I/A	I/A	I/A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Cafeína				I		I/A					X	X
Cannabis	I			I		I/A		I		X	X	X
Alucinógenos												
Fenciclidina	I	I	I	I				I		X	X	
Otros alucinógenos	I*	I	I	I				I		X	X	
Inhalantes	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opiáceos			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Estimulantes**	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Tabaco						A				X		X
Otras (o desconocida)	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
<b>T psi:</b> Trastornos psicóticos; <b>T Bip:</b> Trastornos bipolares; <b>T Dep:</b> Trastornos depresivos; <b>T Ans:</b> Trastornos de ansiedad; <b>T O-C:</b> Trastorno obsesivo - compulsivo y trastornos relacionados; <b>T sue:</b> Trastornos del sueño; <b>S con:</b> Síndrome confusional; <b>T neu:</b> Trastornos neuro - cognitivos; <b>T sus:</b> Trastornos por consumo de sustancias; <b>I sus:</b> Intoxicación por sustancias; <b>A sus:</b> Abstinencia de sustancias												
<b>X:</b> la categoría está reconocida en el DSM-5; <b>I:</b> se puede añadir el especificador "inicio durante la intoxicación"; <b>A:</b> se puede añadir el especificador "inicio durante la abstinencia"; <b>P:</b> el trastorno es persistente.												
<b>*También trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (reviviscencias).</b>												
<b>** Incluye sustancias anfetamínicas, cocaína y otros estimulantes sin especificar.</b>												

## Diferencias destacables

El DSM 5 ha supuesto cambios importantes respecto a la clasificación anterior, que si bien han creado múltiples polémicas, han abierto un nuevo punto de vista



respecto a la patología adictiva. Un resumen de las principales diferencias respecto a la anterior clasificación sería:

- En el DSM 5 desaparecen los términos “abuso” y “dependencia”, uniendo los dos cuadros en el concepto de “trastorno por uso de sustancias”. Lo que podría parecer un concepto demasiado amplio, se intenta compensar haciendo precisas varias especificaciones que concreten el cuadro (gravedad, estado actual...).
- Se reconoce como criterio el deseo intenso o la urgencia de consumo, ausente en anteriores clasificaciones, y se subraya su duración en el tiempo al hacerlo el único síntoma compatible con la remisión, tanto inicial como continuada.
- Se reconocen los cuadros de abstinencia a cannabis y a cafeína, no presentes en clasificaciones previas.
- La gravedad pasa a ser definida por el número de ítems del criterio A que cumple el trastorno.
- Desaparece el concepto de politoxicomanía, y con él el diagnóstico de “Adicción a múltiples sustancias”.
- Se crean especificadores nuevos como “en entorno controlado” y “en terapia de mantenimiento”.
- Se incluye en el mismo capítulo el diagnóstico de juego patológico, aunque no se considere Trastorno relacionado con sustancias sino Trastorno adictivo.
- El trastorno de juego por internet se encuentra entre las patologías que necesitan más estudio. Todavía falta conocimiento acerca de la evolución natural de los casos, con o sin tratamiento y la bibliografía aqueja la ausencia de una definición estándar a partir de la cual conseguir datos de prevalencia.

## Bibliografía

---

- American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª. Edición, DSM-5* España y Latinoamérica, Editorial Panamericana, 2014.
- Organización Mundial de la Salud “The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnosis Criteria for research”. Edición en español por Meditor y professor J.J. Lopez Ibor. 1992.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.



# Cap. 3. El contrato terapéutico y el consentimiento informado

L. Pacheco

## Introducción

---

El contrato terapéutico expresa un compromiso bilateral del terapeuta y su “paciente”, aunque este caso quizás resulte más exacta la denominación de “cliente”, ya que dicho contrato convierte la relación terapéutica en un compromiso de cooperación, que atañe por igual a ambos respecto a los objetivos fundamentales del mismo. Un modelo que puede resultar adecuado en Salud Mental para expresar lo que estamos señalando sería el denominado “Consentimiento Informado” (CI), en el cual deben especificarse las diversas circunstancias, condiciones y objetivos de la terapia, en un contexto mutuo de alianza terapéutica, proactivo, voluntario y sobre todo, adaptado a la legislación vigente.

La principal regulación estatal sobre el CI viene recogida en la Ley 41/2002, o *“Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”* (LBRAP) de 2002 (1) y la regulación autonómica más importante en nuestra comunidad autónoma se establece en el Decreto 38/2012 del Gobierno Vasco, sobre la *“Historia Clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica”* (DHCGV), promulgado en 2012 (2).

La legislación regula el CI en la actividad sanitaria asistencial como un *“derecho”* del paciente y una *“obligación”* del profesional. Este derecho/obligación se reconoce para *“cualquier actuación en el ámbito de la salud de un paciente, para la cual se necesita el consentimiento libre, voluntario e informado de la persona afectada”*. En términos generales y con una serie de consideraciones que se expondrán más adelante, el *deber de información* consistiría en la obligación del profesional de hacer saber al paciente cual es su estado clínico, su diagnóstico, los tratamientos disponibles que puede seguir, cuál sería globalmente el más recomendable y que riesgos inherentes y consecuencias principales tendría el mismo sobre su salud y sobre su enfermedad (3).

Además, la legislación se decanta porque dicho CI sea realizado de manera verbal en la mayoría de los procedimientos. Nuestro deber es informar verbalmente al

paciente en todos los casos, salvo extremas excepciones y en algunas ocasiones también deberemos informar a los familiares o sus representantes legales. Finalmente, la legislación indica expresamente que el profesional deberá dejar constancia en la historia clínica de que ha procedido al CI, previamente a realizar cualquier actuación sobre la salud del paciente.

Evidentemente, existen excepciones a la realización del CI. La primera de ellas es que el paciente se niegue a ser informado y la ley deja muy claro que debemos respetar lo que resulta un derecho del paciente, lo cual no es óbice para estar obligados a *requerir su autorización previamente* a realizar una intervención, aunque el paciente no desee que se le facilite información sobre la misma. La segunda excepción son los casos que implican riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona enferma y no sea posible conseguir su autorización, si bien en este último caso, lo aconsejable es consultar los familiares o personas vinculadas de hecho al paciente, en caso de que esto sea posible. La tercera excepción son los casos en que exista riesgo para la salud pública, a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley.

Asimismo, a veces es obligatorio informar también a los familiares del paciente o personas vinculadas de hecho al mismo. En primer lugar, siempre que el paciente esté incapacitado legalmente, nos corresponde informar a su representante legal. Sin embargo, en estos casos también estamos obligados a informar al paciente, a pesar de dicha incapacitación y hay que hacerlo *de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión*. (art. 5.1-LBRAP).

En segundo lugar, procede hacerlo en los casos denominados “consentimiento por representación” (arts. 9.3 LBRAP y 25.7 del DHCGV) y que –entre otros– implican los casos en que “*el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación*”. Finalmente, debemos informar cuando el paciente lo permita de manera implícita o tácita y siempre que no lo prohíba de manera explícita.

También debe tenerse en cuenta que, aunque la norma es pedir el CI solo a la hora de prescribir fármacos, la ley señala la obligatoriedad del mismo ante “*cualquier actuación sanitaria...*”. La obligación parece regir también, por tanto, para la realización de una psicoterapia al paciente, debiendo explicar previamente a iniciar de la misma cuál es la técnica que se va a emplear, las alternativas, el motivo, los riesgos, etc., al igual que haríamos cuando empleemos psicofármacos.

A pesar de lo expuesto, está claro que *en algunas ocasiones debemos solicitar el CI por escrito* (art. 10 de la LBRAP y art. 25.4 del DHCGV). Ambas legislaciones coinciden en que *es obligatorio hacerlo en los siguientes casos*:

1. Intervenciones quirúrgicas.
2. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.
3. *En general, en la “aplicación de procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud de la persona paciente”.*

Y hay que tener en cuenta que la LBRAP señala, que *“El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente”* (art. 10.2-LBRAP).

La legislación autonómica emplea las mismas consideraciones que la estatal, e incluso añade alguna más, pero en este caso no lo hace solo para el CI escrito, sino tanto para el CI verbal como para el escrito (art. 25.2 del DHCGV). Son las siguientes:

Art. 25.2– *El o la paciente, antes de otorgar su consentimiento, tendrá derecho a la siguiente información básica:*

- a) *La finalidad y los beneficios esperados con la intervención terapéutica*
- b) *Las consecuencias relevantes o de importancia asociadas a una determinada intervención.*
- c) *Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales de la persona paciente.*
- d) *Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.*
- e) *Las contraindicaciones.*
- f) *Las alternativas de tratamiento existentes.*

Finalmente cabe llamar la atención sobre un aspecto, recogido en la regulación autonómica pero no en la estatal, referido a la antelación con la que debe facilitarse la información, antes de proceder a una intervención terapéutica. En este sentido, el art. 25.3 del DHCGV expresa que la información *“...se facilitará con antelación suficiente, y en todo caso, al menos 24 horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes”*. Nótese que en dicho artículo no se hace referencia en ningún momento a la distinción entre el procedimiento del CI escrito y el oral, *pudiendo entenderse que se refiere a ambos.*

## 1. El uso de un fármaco fuera de sus indicaciones terapéuticas

---

Reseñamos este apartado dada la frecuencia con que se utiliza este tipo de prescripción en las consultas médicas para el tratamiento de las adicciones (piénsese, por ejemplo, en el topiramato, cuya ficha técnica no tiene autorizada una sola indicación psiquiátrica). Conocido en la literatura anglosajona como “off-label”, viene a significar la utilización de medicamentos en condiciones y/o indicaciones distintas a las autorizadas en la ficha técnica de los mismos. Es decir, fuera de su uso autorizado. La regulación actual española sobre este tema está específicamente reflejada en el Real Decreto (RD) 1015/2009 (4), que señala –como *condiciones obligatorias* para el uso *off-label*– las siguientes:

<i>El médico responsable deberá anotar y justificar la medida en la historia clínica</i>
<i>Informará adecuadamente al paciente</i>
<i>Obtendrá su Consentimiento Informado</i>
<i>Deberá respetar en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación del medicamento y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario</i>
<i>Igualmente, según la normativa ya existente, deberá comunicar las posibles reacciones adversas</i>

Además, el mencionado RD recalca explícitamente que los usos excepcionales de medicamentos en condiciones diferentes de las autorizadas “*caen dentro de la esfera de la práctica clínica, y por tanto, en el ámbito de responsabilidad del médico prescriptor*” (4).

Dicho RD se complementa con el Real Decreto/ley 16/2012 el cual, en su art. 4.5, modifica el art. 85 de la ley 29/2006 de Garantías y uso racional de medicamentos (5), señalando que “...*En todo caso, la prescripción de un medicamento para su utilización en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica deberá ser autorizada previamente por la comisión responsable de los protocolos terapéuticos u órgano colegiado equivalente en cada comunidad autónoma...*”. Desconocemos si existe esta “comisión” en nuestra comunidad autónoma; al menos no hemos oído hablar de ella, y la cuestión a resolver es que si, en caso de faltar dicha comisión, sería precisa la autorización o no de la Inspección médica previa al uso off-label, de manera similar a cuando se requiere, por ejemplo, la misma para el uso no autorizado de antipsicóticos en las demencias de mayores de 75 años.

Finalmente señalar que, en relación al uso de protocolos para el consentimiento informado de fármacos *off-label*, creemos que bastaría el consentimiento oral del mismo, pero algunos autores han propuesto un modelo por escrito del mismo, a propósito del uso en la denominada “patología dual”. Por el interés que esto puede tener en el ámbito de las Adicciones, aconsejamos la lectura detenida de dos recientes artículos monográficos publicados por el “Grupo de trabajo sobre fármacos de fuera de indicación”, de la Sociedad Española de Patología Dual (6,7).

## 2. Un modelo de consentimiento informado por escrito

---

Hemos elegido un modelo centrado en el tratamiento con metadona, ya que creemos que es un procedimiento que puede suponer riesgos de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, especialmente si este no sigue el tratamiento de manera adecuada. Sin embargo y como en casi todas las actividades profesionales, resulta imposible concretar al cien por cien los objetivos, circunstancias, consecuencias relevantes, riesgos relacionados, etc. Por ello, el modelo que exponemos queda abierto a que cada facultativo lo particularice de la forma que considere más adecuada.

### **Consentimiento informado para el tratamiento con metadona**

#### **A. Datos de identificación:**

*Centro de Salud Mental /Consulta privada de:  
Nombre y apellidos del médico que le informa:  
Fecha y hora de la información:*

#### **B. Información general sobre el tratamiento:**

**Finalidad del tratamiento:** *El tratamiento que incluye la prescripción y administración controlada de Metadona (que es un fármaco agonista opiáceo), forma parte de los indicados para pacientes con dependencia a opiáceos en activo.*

*El tratamiento incluye la toma diaria de la dosis prescrita por su médico, en el lugar y posología individualizada que se le indique, con el fin de ayudar al paciente a controlar la dependencia a la heroína y otros opiáceos.*

**Beneficios esperados:** *La meta final del tratamiento con Metadona es la rehabilitación del paciente y el abandono de todo tipo de drogas, incluso si fuera posible el propio tratamiento con Metadona.*

*No se establece en general una duración concreta del tratamiento. Su médico irá valorando la evolución clínica y realización de objetivos que se hayan establecido al principio del tratamiento y, contando con la voluntariedad del paciente, determinará la continuidad del tratamiento.*

*Dentro del tratamiento se realizan análisis de sangre y orina sin previo aviso, con el fin de determinar la existencia de otras sustancias adictivas además de la Metadona.*

*El paciente podrá suspender el tratamiento con Metadona en cualquier momento, si lo desea, pero debe saber que ello implica un proceso de desintoxicación de la misma, para el que recibirá los medios necesarios desde el equipo que le trata.*

**C. Riesgos y efectos secundarios del tratamiento con metadona:**

**Sobre las consecuencias relevantes y/o de importancia** que implica el tratamiento con Metadona, se me informa que:

*Es un fármaco que crea dependencia y que puede ser peligroso si se toma sin supervisión médica. Puede aumentar el riesgo de hipotensión y de crisis asmáticas. Puede originar somnolencia y euforia, reduciendo la capacidad para conducir, así como para utilizar máquinas peligrosas.*

*Asimismo, se me ha informado sobre las siguientes reacciones adversas probables que puede provocar la Metadona:*

*Con incidencia superior al 10%: náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, boca seca, dolor de cabeza, nerviosismo, depresión, euforia, disminución del apetito sexual, impotencia, insomnio, somnolencia, erupciones, visión borrosa, hipotensión y mareos.*

*Si experimenta los cualquiera de los siguientes síntomas u otros anómalos para usted –como por ejemplo dificultad para respirar, somnolencia extrema, respiración lenta ó superficial, ritmo cardíaco rápido ó lento, con palpitaciones o irregular, desmayos, mareos graves o confusión–, llame y/o acuda a un servicio de Urgencias médicas, o llámenos de inmediato al teléfono: .....*

**Contraindicaciones:** *El uso paralelo de otras sustancias (por ejemplo otras drogas, como el alcohol y los opiáceos, ciertos psicofármacos, etc.) puede aumentar el riesgo de sobredosis, que puede tener consecuencias muy graves, incluso la muerte. Asimismo, si olvida tomar una de sus dosis o siente que no está funcionando, no tome una dosis extra.*

*Se le insiste encarecidamente que debe poner en conocimiento de cuantos médicos le asistan por otras enfermedades, que está tomando esta medicación dentro de un tratamiento para la drogodependencia, ya que el uso de otras medicaciones puede interferir en el tratamiento o provocar efectos imprevistos o nocivos y a veces graves.*

**Sobre los riesgos relacionados con mis circunstancias personales o profesionales** se me ha informado que (concretar en cada caso particular) .....

**Sobre las alternativas de tratamiento existentes:** *He recibido también una completa información sobre los otros métodos de tratamiento y he podido solicitar información sobre posibles alternativas.*



**D. Compromisos para posibilitar la realización del tratamiento:**

1. *Me comprometo a respetar a todos los miembros del equipo sanitario y las decisiones que los mismos adopten en el curso del programa terapéutico; a no llevar a cabo ningún tipo de agresión física o verbal en el centro; a no portar armas en el centro y a no traficar con las dosis de metadona. Estoy informado de que comportamientos de ese tipo son motivo de expulsión del programa.*

2. *Me comprometo a realizar controles de orina siempre que me lo indiquen y acudir a las consultas de seguimiento del programa. En caso contrario, no proseguiría en el programa.*

*Finalmente declaro que he sido informado sobre las características, secundarismos, riesgos, ventajas e inconvenientes del tratamiento con Metadona, así como sobre las normas de comportamiento respecto al mismo; y también que he comprendido la información recibida, tanto la verbal como la que figura en esta hoja y que he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.*

*En prueba de conformidad, firmo el presente acuerdo.*

*Nombre, Apellidos, DNI y Firma del Paciente:*

*Nombre, Apellidos, DNI, nº de colegiado y Firma del Médico Responsable:*

*Nombre, Apellidos, DNI y Firma del Representante Legal (en caso de paciente incapacitado):*

*Nombre, Apellidos, DNI, Parentesco y Firma del Familiar (si lo hubiera, como testigo):*

*En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales que Vd. aporta en este acto serán incluidos en el fichero de Historia Clínica, titularidad de .....*

*Si lo desea puede ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, dirigiéndose a la siguiente dirección .....*

*.....*

## Bibliografía

---

- *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre.* BOE nº 274. 15-11-2002.
- *Historia Clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica. Decreto 38/2012, de 13 de marzo, del Gobierno Vasco.* BOPV nº 65. 29-3-2012.
- Domínguez Luelmo, A. *Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica.* 2ª ed. Lex Nova. Valladolid. 2007.
- Medrano, J.; Pacheco, L.; Zardoya, M<sup>a</sup>. J. *Uso No Autorizado de Psicofármacos. El nuevo Real Decreto 1015/2009.* Norte de Salud Mental. 2009; 35: 79-88. Disponible en: <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/619>
- *Real Decreto/ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, de 20 de abril.* BOE nº 98. 24-4-2012.
- Álvarez González, F. J. *La prescripción de fármacos fuera de indicación en patología dual: Hoja de información al paciente y consentimiento.* Revista de Patología Dual 2014; 1(3): 12. Disponible en: [http://www.patologiadual.es/profesional\\_revista\\_v001n003.html](http://www.patologiadual.es/profesional_revista_v001n003.html)
- Álvarez, F. J.; Roncero, C. Grupo de Trabajo sobre fármacos de fuera de indicación en patología dual de la Sociedad Española de Patología Dual-SEPD. *Editorial.* Revista de Patología Dual 2014; 1(3): 9. Disponible en: [http://www.patologiadual.es/profesional\\_revista\\_v001n003.html](http://www.patologiadual.es/profesional_revista_v001n003.html)

# Cap. 4. Trabajo de adicciones en red: el reto de la comunicación entre dispositivos

A. Retolaza

## Introducción

---

Aún hoy en día siguen existiendo redes paralelas de atención a la drogadicción en nuestro país. En muchos casos se trata de servicios asistenciales creados y dirigidos por asociaciones de tipo religioso o altruista, que funcionan, en todo o en parte, al margen de las redes asistenciales públicas, particularmente la psiquiátrica. No es infrecuente que, incluso si el servicio de atención a las adicciones está integrado en la red pública, los usuarios que son atendidos en el mismo, lo sean de una manera diferenciada y en un circuito independiente del resto de pacientes. Esta situación conlleva disfuncionalidades y dificultades de coordinación entre los servicios que impiden un abordaje integral de los trastornos derivados del uso de drogas.

En una reciente publicación titulada *Mental Health and Poverty* (2014) los autores destacan el fuerte estigma asociado a etiquetas como Diagnóstico Dual o Trastornos Inducidos por Drogas. Nos recuerdan que conceptos tales como *abuso de sustancias* y *adicción* conllevan, casi siempre, una dimensión moral implícita asociada a un juicio desaprobatorio y de condena. Muchos profesionales de la sanidad se sienten especialmente incómodos con este tipo de pacientes hasta el punto de considerarlos como una especie de paciente erróneo o *no paciente*, dado que, de alguna manera, se le asigna la responsabilidad sobre sus propios problemas derivados del consumo de sustancias.

La dificultad para proporcionar una adecuada atención a la drogadicción desde una red paralela o escasamente coordinada, se deriva –como tantas veces en el ámbito de la medicina– del hecho de que las adicciones nunca vienen solas. Hace tiempo que se ha hecho obvio que la asociación de este tipo de patologías con problemas médicos, algunos extremadamente graves, o la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, representan la situación más habitual con la que los clínicos tenemos que enfrentarnos. Añadido a lo anterior nos encontramos con una fuerte problemática psicosocial en este ámbito de asistencia, que pone en cuestión la necesidad de trabajar coordinadamente con redes sociales o socio-sanitarias con el objetivo de realizar una atención adecuada que solo puede ser entendida de una forma integral. Una vez más la perspectiva bio-psico-social nos reta a trabajar de manera diferente a como solemos hacerlo en la práctica rutinaria.

Algunos estudios han demostrado que hasta un 50% de los adictos adultos presenta un trastorno mental concomitante. En una revisión de la literatura que analiza la comorbilidad entre el consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes, la presencia de otros trastornos psiquiátricos acontece entre el 61% al 88% de los casos (Couwenbergh *et al.*, 2006). Además en algunas investigaciones se detectan diferencias entre varones y mujeres, siendo en los primeros más frecuente la comorbilidad con los trastornos externalizantes (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastorno de conducta) y en las mujeres con los internalizantes (Trastornos depresivos y de ansiedad). Datos semejantes obtienen Turner y colaboradores (2004) cuando analizan una muestra clínica de adolescentes atendidos por trastornos por consumo de sustancias y hallan cómo el 74% presentaba algún otro trastorno comórbido, y el 44% varios.

Lo mismo ocurre con la patología médica asociada. Un estudio realizado en la Unidad de Drogodependencias del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdakao-Usánsolo (2010) se encontró que un 66% de los pacientes drogodependientes ingresados presentaba patologías médicas severas. De ellas, las más frecuentes fueron VHC y VIH, seguidas de diversas hepatopatías. También fueron muy frecuentes EPOC, Diabetes, Asma, Dislipemias y atrofia cerebral. En este mismo estudio, la comorbilidad psiquiátrica asociada afectaba a un 70% de los ingresados, siendo más frecuente en los usuarios de cocaína (92% de los casos), seguidos de los usuarios de varias sustancias (89%). En líneas generales, y de forma similar a lo hallado en otros estudios, se encontró que predominaban los Trastornos de Personalidad del Clúster B, especialmente el Trastorno Límite de Personalidad.

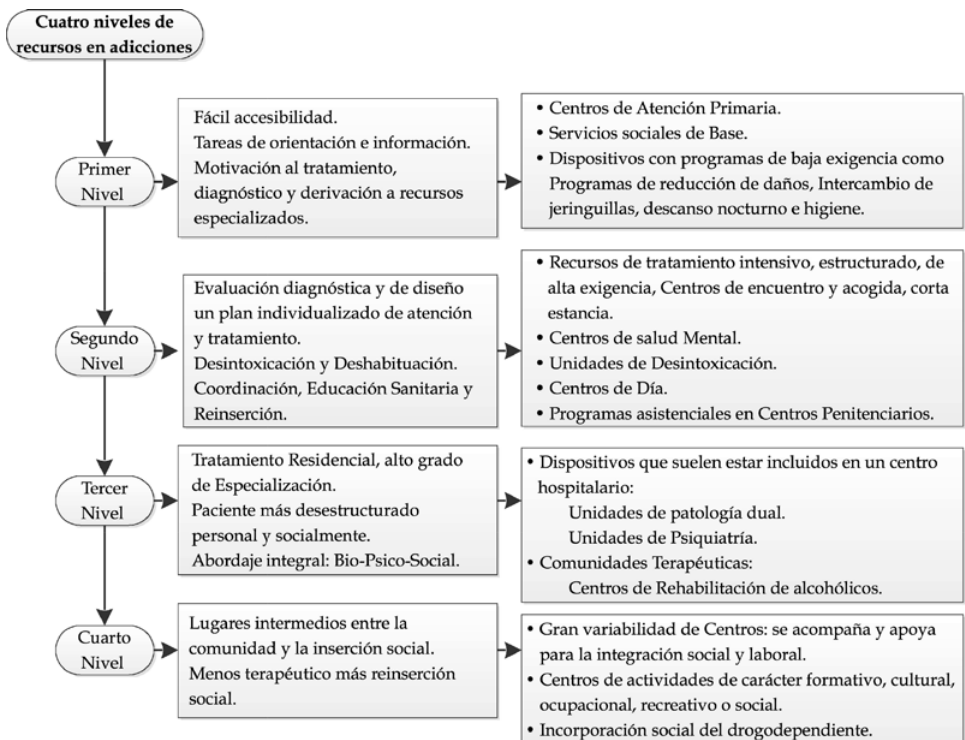
En la mayoría de países el abuso de drogas es frecuente en todos los estratos sociales. Sin embargo el uso de heroína aparece fuertemente asociado con deprivación social, marginación y delincuencia. De una manera similar la adicción al *crack* y otros estimulantes sigue patrones similares a los de la heroína. Los epidemiólogos y algunos gestores sanitarios nos han acostumbrado a la idea de que el uso de heroína induce una especie de camino de difícil retorno que lleva hacia la delincuencia. Existen pocas dudas sobre la veracidad de esta cuestión. Sin embargo, también resulta cierto que la marginación social y la delincuencia, en muchos casos, preceden al inicio de contacto con la heroína. En determinados ámbitos sociales, los jóvenes viven en un ambiente de continua exposición y riesgo de consumo y resulta muy difícil que se sustraigan al mismo, al menos mientras no puedan ser planteados algunos cambios sociales que afecten a su entorno. El paro, las dificultades familiares, económicas y la carencia de un lugar digno donde vivir, son materia común para una gran parte de drogodependientes, incluso antes de iniciar el consumo. Y, en el caso de las mujeres, la prostitución, la maternidad precoz y el maltrato son asuntos presentes en el orden del día de las cuestiones a plantear. Este conjunto de problemáticas exige una clara intervención desde perspectivas psicosociales, que deben ser incorporadas como una parte más en los tratamientos rehabilitadores y como un ingrediente esencial de una atención integral.

## Dispositivos Asistenciales

Por otro lado las redes asistenciales psiquiátricas, incluidas las que afectan a la asistencia a las adicciones, son complejas y ofrecen una buena cantidad de dispositivos diferenciados que es necesario coordinar e integrar entre sí. Una lista, probablemente incompleta, de dispositivos es la siguiente:

<b>Centros ambulatorios de tratamiento</b>
<b>Unidades de Hospitalización</b> , que incluirían tanto unidades especializadas de desintoxicación y deshabitación como unidades psiquiátricas generales
<b>Hospitales y Centros de Día</b>
<b>Comunidades Terapéuticas</b>
<b>Pisos y residencias</b> para drogodependientes en fase de rehabilitación
<b>Centros de rehabilitación</b> laboral
<b>Unidades penitenciarias</b>

En el siguiente esquema podemos distinguir **cuatro niveles asistenciales** (Markez *et al.*, 2012) en la organización de la atención a las adicciones:



La diversificación de la oferta terapéutica en el ámbito de las adicciones ha sido desde un principio una realidad omnipresente en este campo asistencial. En años pasados esto ha contribuido a una riqueza y variedad en la oferta que ha movilizado a importantes sectores de nuestra sociedad y fomentado una creatividad, entusiasmo e innovación en las intervenciones bastante importante. Las diversas alternativas terapéuticas, realizadas desde diversos idearios y sistemas de valores deben de ser mantenidos como una garantía de libertad en las opciones de tratamiento al alcance de los usuarios y sus familias. Sin embargo ello también ha conducido a una importante dificultad para coordinar e integrar actividades y dispositivos y ha mediatizado la calidad de la oferta asistencial en algunos casos.

Hasta hace poco el trabajar en red constituía un reto que exigía voluntad. A día de hoy se trata de una obligación de carácter ético.

**El reto consiste en integrar cada vez mejor las diferentes ofertas y dispositivos terapéuticos para lo que se deben desplegar y poner en marcha protocolos comunes que favorezcan el trabajo y faciliten contactos y derivaciones.**

Se trata de racionalizar y rentabilizar los recursos sin perjudicar la riqueza y la variedad de posibilidades ofrecida a los pacientes.

También es un desafío extender y mejorar el trabajo en las cárceles. El 33% de los internados en prisión cumple condena por delitos contra la salud pública que, incluye de manera sustancial todos los relacionados con la elaboración, tráfico y venta de estupefacientes. En consonancia con lo anterior un tercio de los internos ha estado alguna vez en tratamiento en el interior de la prisión a causa de su adicción. Informes europeos señalan que, según países, entre un 10% y un 36% de los reclusos consumen habitualmente drogas dentro del recinto penitenciario.

Para entender mejor el despliegue de servicios y programas, así como su ritmo de implantación detallaremos a continuación algunos hitos históricos que nos ayudarán a visualizar mejor el desarrollo de la atención a las drogodependencias en el País Vasco, particularmente en Bizkaia.

Años 70	<ul style="list-style-type: none"><li>– Creación de Unidades de Alcoholismo en los Hospitales de Zamudio y Zaldívar.</li><li>– Creación de un Consultorio Ambulatorio en la Calle Arbieto (Bilbao).</li><li>– Nacimiento de los Módulos Psicosociales, al final de la década.</li></ul>
1980	<ul style="list-style-type: none"><li>– Creación del Centro Coordinador de las Drogodependencias (DAK) por el Gobierno Vasco.</li></ul>
1982	<ul style="list-style-type: none"><li>– Creación de la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Basurto.</li></ul>

1980-1987	– Desarrollo progresivo de la red Extrahospitalaria de Asistencia Psiquiátrica.
1983	– Primer Plan para la Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental en la Comunidad Autónoma Vasca. La atención a las drogodependencias queda incluida en el mismo. – Ley de creación del Servicio Vasco de Salud Osakidetza.
1985	– Ley de Territorios Históricos que distribuye y determina las competencias sociales y las sanitarias. – Tránsito de la Asistencia Psiquiátrica de la Diputación de Bizkaia a Osakidetza.
1986	– Tránsito del DAK a Osakidetza.
1987	– Plan Nacional de Drogas. – Creación de la Unidad de Desintoxicación del Hospital de Galdakao - Usansolo.
1988-1989	– Informes de la Comisión para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma Vasca. Incluyen programas específicos de drogodependencias. – Tránsito del Insalud a Osakidetza.
1990	– Integración de la mayor parte de los Módulos Psicosociales y del Consorcio Uribe Kosta en Osakidetza. – Bases Técnicas y Plan Estratégico. Se propone un programa específico para drogodependencias.
1991	– Implantación del Programa de Objetivos Intermedios (Mantenimiento con Metadona).
1991-1995	– Planes anuales de Gestión por Objetivos. Incluyen programas y protocolos de toxicomanías.
1994	– Osasuna Zainduz. Plan de Reforma de la Sanidad en el País Vasco. Plan de Salud. – Plan Integral de Calidad.
1997	– Ley de Ordenación Sanitaria.
2003-2007	– Plan de Calidad. Osakidetza.
2004-2008	– Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.
2005-2009	– Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia.
2010	– Creación de la Red de Salud Mental de Bizkaia.
2012	– Creación de una Unidad de Psiquiatría y Adicciones en la Cárcel de Basauri.

Consciente de la dificultad de coordinación e integración de programas, especialmente por el hecho de que una parte de la oferta de servicios no se realiza desde la red pública de Osakidetza, en el año 2011, la dirección de la Red de Salud Mental de Bizkaia impulsó la creación de un equipo de trabajo multidisciplinar con profesionales de amplia experiencia en el campo del tratamiento de las toxicomanías, al objeto de analizar el modelo de atención a este colectivo de pacientes.

Los objetivos concretos que se trasladaron al equipo de trabajo fueron los siguientes:

- Establecer los **perfiles de pacientes**, actuales y esperables en un futuro, para organizar una adecuada asignación de recursos a los diferentes servicios.
- **Determinar los dispositivos de estructura y recursos humanos**, tanto hospitalarios como comunitarios, necesarios para atender a los perfiles establecidos. Definir áreas de mejora.
- Establecer una **cartera de servicios mínima** para el programa de drogodependencias de la red pública de asistencia garantizando la equidad de acceso a la misma.

Como trabajo previo a la descripción de los diferentes perfiles de pacientes, se realizó una revisión y consenso de la secuencia de actividades que se realizan habitualmente con los pacientes drogodependientes que demandan ayuda:

### 1. Primer contacto

- Preferentemente con informe de derivación del médico de familia o de otros derivantes. Comunicación de vuelta al derivante informando del inicio del tratamiento a través de Osabide Global.
- En caso de petición propia del paciente: Solicitar TIS/ DNI.
- Apertura de Historia Clínica por facultativo.

### 2. Diagnóstico

- Consultas de evaluación diagnóstica.
- Pruebas diagnósticas (analíticas, valoración orgánica,...).
- Confirmación diagnóstica: Toxicomanías. Rederivar las derivaciones “erróneas”.
- Evaluación biopsicosocial (social, psicológica, psiquiátrica y orgánica).



### 3. Proyecto terapéutico individualizado

- Tipo de seguimiento propuesto.
- Objetivos del PAI (Plan de Asistencia Individualizado).
- Profesionales implicados.
- Intervenciones:
  1. Consultas de valoración del estado de salud general en coordinación con otros especialistas y/o AP (vacunas, hepatitis, ...).
  2. Tratamiento farmacológico.
  3. Prescripción y controles periódicos.
  4. Adherencia al tratamiento.
  5. Coordinación con otros agentes de salud (farmacias).
  6. Tratamiento psicoterapéutico.
  7. Intervención psicoeducativa.
  8. Intervenciones sociales y comunitarias. Recogida de información relevante y coordinación con otros recursos (Justicia, Ayuntamientos, Diputación, asociaciones, instituciones de la comunidad...).
- Inclusión en protocolos y/o programas (Alcohol, Opiáceos, MTD,...) Comunidad Terapéutica.

### 4. Estabilización y evaluación

Según objetivos concretos y medibles establecidos en el PAI. Evaluación mínima anual.

### 5. Alta/Derivación

Como elemento central de su tarea, el equipo definió cuatro perfiles de pacientes en función de sus características, patología y recursos necesarios para su tratamiento, y otros cuatro perfiles, combinables con los anteriores, correspondientes a situaciones sociales especiales, como son las mujeres, los inmigrantes, etc. En el **Anexo I** se presenta una tabla con las características de cada uno de estos perfiles.

## Áreas de Mejora

---

En lo referente a las áreas de mejora y acciones a desarrollar relacionadas con ello y como conclusión final de la reflexión realizada, el equipo de trabajo realizó una serie de propuestas y recomendaciones, algunas de las cuales resumimos a continuación:

1. Extender a toda la red un programa de tratamiento precoz para adolescentes. Estructurarlo de manera coordinada con los equipos de infanto-juvenil.
2. Organizar un dispositivo en cada comarca asistencial para prestar atención dirigida a adultos-jóvenes consumidores de estimulantes ligados a alcohol.
3. Disponer de todos los dispositivos de la red para atender a pacientes duales, incluyendo H. de Día, TAC, Hospitalización convencional y Comunidad Terapéutica. Se recomienda disponer de algunas camas para situaciones de urgencia y de difícil control en otros dispositivos.
4. Necesidad de disponer de H. de Día dedicados a pacientes con adicción.
5. Garantizar la fiabilidad de los controles de orina.
6. Revisar la seguridad de los centros.
7. Coordinar mejor con el sistema judicial las actuaciones con pacientes de estas características.
8. Mejorar la coordinación con Atención Primaria. Incluir las drogodependencias en los programas de interconsulta.
9. Mejorar la formación de los profesionales de la red (MIR, PIR, EIR), profesionales de Atención Primaria y Técnicos Municipales de drogodependencias en el campo de las toxicomanías.
10. Incluir en la formación y en la práctica clínica una sensibilización de género en relación con las drogodependencias.
11. Explorar actuaciones autogestionadas tipo “paciente activo” para pacientes drogodependientes.

12. Disponer de guías de práctica clínica consensuadas.
13. Sistematizar la valoración social en pacientes duales, pacientes con adicción (perfiles 3 y 4) y en los grupos de atención especial (inmigrantes, mujeres, etc.).
14. Elaborar e implantar un plan de seguimiento de las mejoras propuestas.

### **Mejorar la comunicación entre dispositivos: Plan de Atención Individualizado (PAI)**

---

Como continuación del trabajo anterior, en el año 2013, se desarrolló, también en Bizkaia, un consenso para estructurar un Modelo de Plan de Atención Individualizado (PAI) que pudiera incluir e integrar los diferentes aspectos bio-médicos y psico-sociales susceptibles de aparecer en este tipo de pacientes. La idea era la de avanzar en la mejora asistencial mediante una sistemática que, a partir de un registro riguroso de los problemas presentes, pudiera ayudar a plantear objetivos explícitos y específicos para cada caso que, a su vez, fueran evaluables desde una perspectiva clínica. Esta vez se incluyó en el equipo de trabajo tanto a profesionales de la red pública de asistencia, como a otros procedentes de servicios concertados. Se contó con profesionales de muy diversos dispositivos, tanto ambulatorios, como hospitalarios y con funciones tanto clínicas como sociales o de apoyo. Este método permitió discutir sobre las interfases de los planes de atención más habituales, que suelen requerir la participación de diversos profesionales y servicios, lo que hace obligatoria una buena coordinación transversal, que suele presentar dificultades y fracasos en los casos más complejos. No se pretendía que este modelo de PAI fuera, al menos en inicio, aplicado a todos los pacientes, sino solo a aquéllos que presentaran mayor complejidad. Sin embargo no fue finalmente implantado, quizá por resultar en exceso prolijo para su cumplimentación sistemática. De cualquier forma pensamos que constituye un modelo que, debidamente reelaborado y simplificado, puede servir de referencia para un planteamiento integral de la atención, por lo que lo incluimos en el **Anexo II**.

Como conclusión cabe decir que el desafío más importante que tenemos en el ámbito de las adicciones sigue siendo el de normalizar la atención a estos pacientes incluyéndolos, como a cualquier otro, en circuitos asistenciales definidos y claros. Se trata, ante todo, de una cuestión de derechos de estos usuarios y de evitar su discriminación. El reto es complicado dadas las características psico-sociales de estos pacientes que, con frecuencia, invitan al rechazo. Si conseguimos lo anterior el siguiente paso, no menos relevante, es el de integrar de una forma eficiente cuantos programas y dispositivos estén prestando atención en un sector o territorio definido. Se trata de un objetivo que requiere

una estructura y organización asistencial bien fundamentadas, pero también un compromiso de los equipos profesionales en cuanto a la comunicación e integración de recursos. Todos somos necesarios. Y hay que estar allí donde están los pacientes.

## Bibliografía

---

- Poole, R.; Higgs, R.; Robinson, C. A. *Mental Health and Poverty*. p. 75-92. Cambridge University Press. 2014.
- Markez, I.; Pérez del Río, F. *Atención al Problema de las Adicciones en* (Desviat, M; Moreno A; Ed.): *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. p. 635-646. AEN. 2012.
- Couwenbergh, C.; van den Brink, W.; Zwart, K.; Vreugdenhil, C.; van Wijngaarden-Cremers, P.; van der Gaag, R. J. *Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 15: 319-328. Doi: 10.1007/s00787-006-0535-6.
- Turner W. C.; Muck R. D.; Muck R. J.; Stephens R. L.; Sukumar B. *Co-Occurring Disorders in the Adolescent Mental Health and Substance Abuse Treatment Systems*. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2004; 36(4): 455-462.
- Mateu, G.; Astals, M.; Torrens, M. *Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento*. *Adicciones* (2005), Vol. 17, Supl. 2.
- Mondragón, M. *Estudio retrospectivo de 257 pacientes ingresados en la Unidad de Desintoxicación durante el año 2009 y situación en Octubre 2010*. Comunicación. Datos no publicados. 2010.
- Martín Zurimendi, J. A. *Implantación y desarrollo del programa de objetivos intermedios* (Mantenimiento con metadona). En (Meana JJ; Ballesteros J; Pantoja L, Eds.) *Tratamientos sustitutivos en dependencia a opiáceos: metadona, LAAM, heroína. Avances en farmacología de drogodependencias*. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. Bilbao. 1997.
- V Plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi. 2004-2008. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Septiembre, 2004.
- VI Plan de adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi. 2011-2015. Departamento de Sanidad y Consumo. Dirección de Drogodependencias.
- Red de Salud Mental de Bizkaia. Equipo de Toxicomanías. Informe del Proyecto de Revisión del Modelo Asistencial. Diciembre, 2011.

## ANEXO I. Cuadros perfiles pacientes

Perfiles de pacientes (actual)	Cuidados/Tratamientos/programas necesarios	Dispositivo más eficiente (Señalar si es sanitario – sociosanitario – social)	Necesidades de coordinación y otras	Dispositivo de atención actual	Necesidades de nuevos dispositivos y/o recursos
<p><b>1. Adolescentes (14-17 años) y adolescencia tardía (18-23 años) consumidores de drogas no toxicómanos con trastornos de conducta (agresividad, problemas escolares...)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevención selectiva.</li> <li>- Prevención indicada:</li> <li>- Tratamiento terapéutico, farmacológico, terapia individual, grupal, familiar.</li> <li>- Controles orina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prevención:</b> ayuntamientos (técnicos de prevención), ámbito educativo (psicólogos, orientadores de los colegios en coordinación con profesores).</li> <li>- <b>Tratamiento:</b> Programa CSM Programa en coordinación con la Diputación. Comunidad terapéutica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criterios de derivación.</li> <li>- Difundir información sobre el circuito.</li> <li>- Formación a profesionales de SM, profesionales de primaria, técnicos de prevención municipales.</li> <li>- Formación específica en toxicomanías al personal de S. Mental, perfil polivalente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros concertados.</li> <li>- CSM con programas específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extender hacia el resto del territorio los programas de los CSM Especializados.</li> <li>- Recursos necesarios para nuevo programa: <ul style="list-style-type: none"> <li>1 local.</li> <li>2 terapeutas.</li> <li>1 enfermera.</li> <li>1 trabajador social.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>2. Adultos-jóvenes consumidores de estimulantes ligados a alcohol de forma grupal en ambiente lúdico, que llegan por iniciativa personal o familiar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación del consumo.</li> <li>- Tratamiento farmacológico.</li> <li>- Controles de orina.</li> <li>- Intervención psicoeducativa enfermería (grupal, 6 sesiones de 40-60 minutos).</li> <li>- Intervención psicoterapéutica de apoyo (grupal/individual, 6-8 sesiones de 40-60 minutos).</li> <li>- Psicólogo/a (reforzar autoestima, control, manejo frustraciones, conductas de riesgo...).</li> </ul>	<p><b>CSM</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Población mínima para crear los grupos: 10-12 personas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CSM con intervención individualizada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivo comarcal.</li> <li>- Ofertar horario de tarde.</li> <li>- Informar A. Primaria.</li> </ul>

Perfiles de pacientes (actual)	Cuidados/Tratamientos/ programas necesarios	Dispositivo más eficiente (Señalar si es sanitario – socio sanitario – social)	Necesidades de coordinación y otras	Dispositivo de atención actual	Necesidades de nuevos dispositivos y/o recursos
<p><b>3. Paciente con trastorno mental grave y consumo de drogas adicto/ no adicto (Dual).</b></p> <p>El equipo propone que se reflexiones sobre una denominación más adecuada: Paciente con comorbilidad psiquiátrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de la significación psicopatológica del consumo en el paciente.</li> <li>• Valoración y evaluación diagnóstica psiquiátrica y orgánica.</li> <li>• Tratamiento individualizado en las unidades de corta y media estancia. (controles de consumos de sustancias, grupos de concienciación, programa específico)</li> <li>• Derivación a la UPR.</li> <li>• Atención en HD.</li> <li>• Atención en comunidad terapéutica.</li> <li>• TAC.</li> <li>• Intervenciones en crisis.</li> <li>• Prevención recaídas.</li> <li>• Soporte con grupos de autoayuda.</li> <li>• Programa crónicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UPR.</li> <li>• Unidades de agudos/sub y rehabilitación.</li> <li>• Comunidades terapéuticas</li> <li>• CSM adicciones/toxicomanías/drogodependencias.</li> <li>• TAC.</li> <li>• HD.</li> <li>• AP.</li> <li>• Programa Primeros episodios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación básica a todos. los profesionales y concienciación.</li> <li>• Coordinación sistemática con AP, CSMs y hospitales.</li> <li>• Coordinación con servicios sociales y sociosanitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UPR.</li> <li>• UD (unidad desintoxicación hospital).</li> <li>• Comunidades terapéuticas.</li> <li>• CSM.</li> <li>• TAC.</li> <li>• Servicios sociales y sociosanitarios: programa Liza (pisos de inserción), servicios de atención al detenido (oficio).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la asistencia psiquiátrica de los pacientes consumidores en Comunidades terapéuticas.</li> <li>• Incluir el tratamiento de alcoholismo en las comunidades terapéuticas.</li> <li>• Programa específico para toxicómanos en Hospital de día y unidades de media estancia.</li> <li>• Personal asistencial suficiente.</li> <li>– Formalizar una valoración social.</li> </ul>

Perfiles de pacientes (actual)	Cuidados/Tratamientos/programas necesarios	Dispositivo más eficiente (Señalar si es sanitario – sociosanitario – social)	Necesidades de coordinación y otras	Dispositivo de atención actual	Necesidades de nuevos dispositivos y/o recursos
<p><b>4. Paciente con adicción: Cocainómano, alcohólico, heroínómano, benzodiacepinas, ludopatías y otras adicciones</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración y evaluación diagnóstica psiquiátrica y orgánica.</li> <li>• Plan terapéutico individualizado: tto farmacológico, psiquiátrico, psicoterapéutico (individual, grupal y familiar), psicoeducativo, psico-social.</li> <li>• Intervenciones en crisis-</li> <li>• Prevención recaídas-</li> <li>• Soporte con grupos de autoayuda-</li> <li>• Programa crónicos-</li> <li>• Controles de la adicción (analíticas)-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CSM.</li> <li>- Urgencias hospitalarias.</li> <li>- Dispositivos sociosanitarios (asociaciones de autoayuda).</li> <li>• Comunidades terapéuticas.</li> <li>- Unidad desintoxicación.</li> <li>- Unidades de agudos.</li> <li>- AP.</li> <li>- Asistencia a residencias en pacientes con VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Analíticas:</b> garantizar fiabilidad, confiabilidad e inmediatez de resultados.</li> <li>• Incluir toxicomanías en la coordinación con AP (figura de coordinador, soporte informático común, reuniones conjuntas de análisis de casos).</li> <li>• Formación a los facultativos de AP.</li> <li>• Coordinación con las unidades de infecciosos.</li> <li>• Coordinación con farmacias.</li> <li>• Conocer la incidencia de las adicciones sin sustancia.</li> <li>• Coordinación con salud mental general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CSM drogodependencias.</li> <li>- Unidad de desintoxicación.</li> <li>- Comunidades terapéuticas.</li> <li>- Unidades de agudos (descompensaciones graves).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivo intermedio: Hospital de Día.</li> <li>- Personal sanitario y espacio adecuado para los controles de orina.</li> <li>- Recursos que garanticen la seguridad del personal (cámaras, guardas, alarmas...).</li> </ul>
<b>Grupos de atención especial:</b>					
<p><b>5. Déficit socio-familiar severo (Vivienda, alimentación, etc.)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso a recursos sociales básicos de forma inmediata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dispositivos sociosanitarios:</b></li> <li>- Albergues.</li> <li>- Pisos de reinserción.</li> <li>- Programas municipales para población sin hogar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor coordinación con los dispositivos sociales.</li> <li>- Mejorar la accesibilidad de los usuarios a los recursos sociosanitarios.</li> <li>- Evitar listas de espera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ONG's: Anesvad (recetas) Médicos del mundo, Cáritas, etc.</li> <li>- Albergues municipales</li> <li>- Pisos protegidos</li> <li>- Comedores sociales</li> <li>- Servicios sociales de base</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía conjunta entre Osakidetza, Diputación, Ayuntamientos.</li> <li>- Programa de empleo protegido.</li> <li>- Valoración social.</li> <li>- Garantizar la accesibilidad de estos pacientes.</li> </ul>

Perfiles de pacientes (actual)	Cuidados/Tratamientos/ programas necesarios	Dispositivo más eficiente (Señalar si es sanitario – sociosanitario – social)	Necesidades de coordinación y otras	Dispositivo de atención actual	Necesidades de nuevos dispositivos y/o recursos
<p><b>6. Judicial</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de demanda, necesidad y motivación del paciente para iniciar el posible tratamiento.</li> <li>• Valoración social.</li> <li>• Emisión de informes al sistema judicial, con la periodicidad que marque el juez.</li> <li>• Informes de resultados de analíticas.</li> <li>• Informes de colaboración para la toma de decisiones por parte del juez (sobre custodia de hijos, libertad condicional del paciente, tráfico, tenencia de armas...).</li> <li>• Comunicar al sistema judicial la evolución del paciente.</li> <li>• Controles analíticos exhaustivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSM.</li> <li>• Centros de día de diferentes Asociaciones.</li> <li>• Comunidades terapéuticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner en conocimiento del sistema judicial las limitaciones con las que nos encontramos en cada caso, mediante la emisión de un informe.</li> <li>• Crear un equipo sanitario cuyo coste sea asumido por el sistema judicial, que realice un cribado inicial de pacientes que acuden exclusivamente a los controles de los que se adhieren al tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSM.</li> <li>• Centros de día de diferentes Asociaciones.</li> <li>• Comunidades terapéuticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos para afrontar con fiabilidad las analíticas.</li> <li>• Recursos para emisión de informes al sistema judicial.</li> <li>• El sistema judicial debe asumir los costes derivados de las tareas jurídico administrativas.</li> <li>• Dispositivo exclusivo para temas jurídico administrativos (controles) desvinculado del tratamiento.</li> </ul>



Perfiles de pacientes (actual)	Cuidados/Tratamientos/ programas necesarios	Dispositivo más eficiente (Señalar si es sanitario – sociosanitario – social)	Necesidades de coordinación y otras	Dispositivo de atención actual	Necesidades de nuevos dispositivos y/o recursos
<b>7. Inmigrante (diferencias culturales, problemas idiomáticos, problemática social)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminar las barreras derivadas de las diferencias idiomáticas y culturales.</li> <li>- Acceso a recursos sociales básicos de forma inmediata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asociaciones sociales, culturales, ONG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponer de un informe, estudio, etc. Sobre la incidencia de estos casos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En la urgencia existe sistema de traducción simultánea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de traducción a través de acuerdos con traductores, Ong's, asociaciones sociales, etc.</li> </ul>
<b>8. Mujer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección de situaciones de maltrato ligadas a consumo.</li> <li>- Cuestiones de género en la aplicación del tratamiento (grupos de mujeres, en la medida de lo posible).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CSM.</li> <li>- Grupos específicos en municipios.</li> <li>- Hospital (unidad de embarazo y drogas.</li> <li>- Asociaciones de mujeres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Policía, juzgados, servicios sociales de base, asociaciones.</li> <li>- Servicio de embarazos de riesgo en el hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CSM.</li> <li>- Grupos específicos en algunos CSM.</li> <li>- Hospital (unidad de embarazo).</li> <li>- Asociaciones de mujeres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar a los profesionales en temas de género.</li> </ul>

## ANEXO II. PAI - Plan de Atención Individualizado para Adicciones

---

### A. Evaluación actual

#### 1. Adicciones

	ÚLTIMO MES	VIDA	VÍA
1. Alcohol			
2. Heroína			
3. Metadona			
4. Otros opiáceos y analgésicos			
5. Benzodiazepinas, barbitúricos y otros sedantes			
6. Cocaína			
7. Anfetaminas			
8. Cannabis			
9. Alucinógenos			
10. Inhalantes			
11. Ketamina			
12. Tabaco			
13. Adicciones sin sustancia			
14. Otros	<input type="text" value="Especificar"/>		

Último mes:

Edad inicio:

VÍA: 1. Oral; 2. Nasal; 3. Fumada; 4. Inyectable

#### 2. Psicopatología

1. Síntomas psicóticos	<input type="text" value="Alucinaciones; Ideas delirantes; Ideas de referencia; S. Negat."/>
2. Síntomas afectivos	<input type="text" value="Depresión; Hipomanía; Manía"/>
3. Síntomas cognitivos	<input type="text" value="Deterioro leve; Moderado; Severo; Déficit Intelectual"/>
4. Ansiedad y otros	<input type="text" value="Tensión y estrés; Ansiedad; Fobias; S. Obsesivos; Somatización"/>
5. Ideas suicidio	<input type="text" value="Sí; No"/>
6. Comportamiento	<input type="text" value="Autoagresivo, Heteroagresivo; Disruptivo; Agitado"/>

7. Conciencia de enfermedad
8. Otros
- Puntuar gravedad

### 3. Enfermedad física

1. Hepatopatía
  2. Broncopatía, EPOC
  3. VIH
  4. Tuberculosis
  5. Lúes
  6. Riesgo cardiovascular
  7. Otros
- Puntuar gravedad

### 4. Area social

1. Autocuidados
  2. Actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio
  3. Relaciones personales y sociales
  4. Comportamientos perturbadores y agresivos
- 

INTERVALO 1-100

PUNTUACIÓN TOTAL PSP

(En las siguientes valorar necesidad de intervención en cada área 0= Ausencia; 5= Máxima)

5. Capacidad laboral
6. Motivación Laboral
7. Soporte familiar
8. Autonomía económica
9. Soporte residencial

10. Inserción en procesos sociales

11. Situación legal:

### **5. Motivación al cambio**

Puntuar motivación

### **B. Plan terapéutico**

1. Garantizar cumplimiento terapéutico (adherencia al tratamiento)
2. Reducir consumo de sustancias
3. Reducir psicopatología
4. Controlar patología orgánica relevante (incluyendo peso y variables metabólicas)
5. Controlar comportamientos agresivos y autolesiones
6. Garantizar acceso a condiciones económicas y residenciales básicas
7. Desarrollar conciencia de enfermedad
8. Normalizar autocuidado
9. Mejorar funcionamiento familiar y social
10. Mejorar capacidad y motivación laboral

### **C. Período de revisión**

### **D. Gestor de caso**

# Cap. 5. Evaluación neuropsicológica en adicciones

P. Caballero

## Introducción

---

En los últimos años el estudio de las bases neurobiológicas subyacentes a los trastornos adictivos ha adquirido una especial relevancia. La investigación neurocientífica ha puesto de manifiesto la asociación entre la conducta adictiva y alteraciones en la estructura y el funcionamiento de un amplio espectro de regiones cerebrales. En este contexto, la neuropsicología ha proporcionado un creciente cuerpo de conocimientos en torno al fenómeno de las adicciones con importantes implicaciones clínicas.

## 1. Los trastornos adictivos desde la perspectiva neuropsicológica

---

Una de las principales líneas de investigación desde la perspectiva neuropsicológica se ha centrado en el estudio de las alteraciones cognitivas derivadas del consumo de drogas en personas con adicción a distintas sustancias (Garavan & Stout, 2005). Se estima que la prevalencia del deterioro cognitivo entre sujetos adictos comprende el 30-80% de los casos según diferentes estudios. Numerosos trabajos han tratado de delimitar el patrón específico de funciones cognitivas preservadas y afectadas correspondiente a cada sustancia así como los efectos generalizados del consumo a nivel neuropsicológico (para un revisión, ver Fernández Serrano, Pérez García & Verdejo García, 2011). A pesar de las complicaciones metodológicas que presentan este tipo de investigaciones y la dificultad para determinar el grado y el tipo de afectación, la investigación ha avanzado hacia un considerable consenso respecto al efecto perjudicial del consumo crónico de sustancias en el funcionamiento cognitivo (Landa González, Lorea y López Goñi, 2011).

Asimismo, el papel de las alteraciones cognitivas como factor de riesgo para el desarrollo de las conductas adictivas ha constituido un foco de interés en el estudio de las adicciones desde el punto de vista neuropsicológico. En este sentido, se han postulado distintos modelos explicativos desde el prisma de la

neuropsicología centrados en el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva (para una revisión, ver Verdejo García y Tirapu-Ustarroz, 2011). En su mayoría postulan un funcionamiento inadecuado de los procesos de control inhibitorio y toma de decisiones como factor de vulnerabilidad al inicio del consumo.

Por último, se han explorado las consecuencias de las alteraciones neuropsicológicas de cara al tratamiento y pronóstico en los trastornos adictivos. En esta línea se han documentado hallazgos con importantes implicaciones clínicas como menor adherencia a tratamiento, periodos de abstinencia de menor duración, capacidad de insight disminuida y mayor tendencia a la negación de la adicción.

## **2. La evaluación neuropsicológica en adicciones: estrategias y herramientas específicas**

---

Tal y como se ha puesto de manifiesto, la incorporación de la perspectiva neuropsicológica en el tratamiento de las adicciones se considera un aspecto clave a la luz de las implicaciones clínicas mencionadas. En esta línea, la Sociedad Española de Toxicomanías promovió la elaboración de un documento de consenso para el abordaje de las adicciones desde la neurociencia (Sociedad Española de Toxicomanías, 2009) donde se recogen los principales modelos explicativos y su abordaje terapéutico desde una perspectiva neuropsicológica. En el documento se recomienda la incorporación específica de la evaluación neuropsicológica en el tratamiento de las adicciones como *un método objetivo adicional para evaluar la evolución de los pacientes a lo largo del proceso de evaluación y tratamiento, funcionando como un factor pronóstico y como método adicional para evaluar la eficacia de los tratamientos* (Sociedad Española de Toxicomanías, 2009). De hecho, la evaluación neuropsicológica aplicada al campo de las adicciones tiene múltiples objetivos de cara a la intervención y el tratamiento (Tirapu Ustarroz y Ruiz Sánchez de León, 2011).

Dada la importancia de la evaluación neuropsicológica en paciente adictos y de cara a la sistematización del proceso evaluativo, se propone en la presente guía el protocolo específico para la evaluación neuropsicológica de las adicciones desarrollado por Ruiz Sánchez de León y colaboradores (Ruiz Sánchez de León et al, 2011). Tal y como señalan sus autores, la propuesta de evaluación se basa en los dominios cognitivos que como resultado de la investigación aplicada a los trastornos adictivos han demostrado estar más específicamente alterados en los adictos, a saber, la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. Se trata de un protocolo dividido en dos sesiones de 50 minutos siendo la segunda de ellas opcional. Ambas sesiones, así como el orden de aplicación de las pruebas se encuentran recogidas en la Tabla 1.

Protocolo de evaluación neuropsicológica en adicciones desarrollado por Ruiz Sánchez de León y colaboradores (2011).
1ª Sesión
<p>Clave de números (WAIS-III).  Test D2.  Figura compleja de Rey (copia e inmediata).  Lista de palabras (WMS-III, inmediata).  Trail Making Test (formas A y B).  Test de Stroop.  Dígitos directos e inversos (WMS-III).  Letras y dígitos (WMS-III).  Cambio de reglas (BADS).  Figura compleja de Rey (demorada).  Lista de palabras (WMS-III, demorada).  Fluidez fonológica, semántica y alternante.  Test del Zoo (BADS).  Búsqueda de la llave (BADS).</p>
2ª Sesión
<p>Búsqueda de símbolos (WAIS-III).  Tarea de dígitos y cruces.  Memoria Lógica (WMS-III, inmediata).  Localización espacial directa e inversa (WMS-III).  Matrices progresivas (WAIS-III).  Test de los cinco dígitos.  Test de los cinco puntos.  Torre de Hanoi.  Memoria Lógica (WMS-III, demorada).  Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST).  Test de Hayling.  Tarea de go/no go.  Semejanzas (WAIS-III).</p>

Por último se procederá a una breve descripción de las pruebas incluidas en el protocolo. Para una explicación más detallada de las pruebas y las fuentes bibliográficas puede consultarse el protocolo original (Ruiz Sánchez de León et al, 2011) así como manuales de referencia de pruebas de evaluación neuropsicológica (Lezak et al., 2012; Spreen & Strauss 2006). Finalmente, tal y como destaca

el autor, señalar que la selección de las pruebas aquí recogidas no debe considerarse una propuesta cerrada sino modificable en función de las necesidades de cada caso particular.

### ***Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos, 3ª Edición. (WAIS-III)***

El WAIS-III incluye un índice para la evaluación de la velocidad de procesamiento (IVP), compuesto por los subtests *Clave de Números* y *Búsqueda de Símbolos*. Adicionalmente, se propone la incorporación de los subtests de *Matrices Progresivas* y *Semejanzas* para evaluar la capacidad de abstracción del sujeto.

### ***Escala de Memoria de Wechsler, 3ª Edición (WMS-III)***

Se incluyen los subtests de *Dígitos, Letras y Números*, y *Localización Espacial* para la evaluación de la memoria de trabajo. Por otro lado, la evaluación de los procesos mnésicos en su modalidad verbal se lleva a cabo aplicando el subtest de *Lista de Palabras* y el de *Memoria Lógica*. Ambos evalúan los procesos de aprendizaje, recuperación y reconocimiento de la información previamente aprendida.

### ***Evaluación Conductual del Síndrome Disejecutivo (BADS)***

La evaluación de la memoria de trabajo se completa mediante la administración del subtest de *Cambio de Regla* del BADS basado el paradigma n-back. Por otro lado, se incluyen el *Test del Zoo* y *Búsqueda de la Llave* para evaluar el componente ejecutivo de planificación.

### ***Torre de Hanoi***

La prueba consiste en la presentación al sujeto de tres ejes verticales, en el primero de los cuales se colocan varios discos de diferente tamaño (3-4) dispuestos piramidalmente. El sujeto debe reproducir la configuración original en el menor número de movimientos posible y respetando ciertas reglas (los discos de mayor tamaño no pueden colocarse sobre los discos más pequeños). La prueba valora la capacidad de planificación del sujeto.

### ***Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST)***

El WCST se considera una prueba clásica de evaluación de las funciones ejecutivas, centrado específicamente en la evaluación del razonamiento abstracto y la



habilidad para cambiar las estrategias cognitivas como respuesta a eventuales modificaciones ambientales. La tarea del sujeto consiste en descubrir los criterios de clasificación subyacentes a través del emparejamiento de una serie de tarjetas que varían en función de tres categorías básicas (forma, color y número). Asimismo, debe adaptar la respuesta a los cambios producidos en el criterio de clasificación cada vez que el examinado de una serie de respuestas consecutivas correctas.

### ***Trail Making Test (formas A y B)***

El TMT se compone de dos partes diferenciadas. La parte A requiere que el sujeto conecte consecutivamente círculos numerados que se encuentran distribuidos sobre la hoja de examen en el menor tiempo posible. La parte B requiere que el sujeto conecte los círculos alternando números y letras. La ejecución en la parte A es una medida de velocidad de procesamiento y la parte B evalúa el funcionamiento ejecutivo, particularmente la flexibilidad cognitiva.

### ***Test de Stroop***

La prueba incluye tres partes. En las dos primeras el sujeto debe leer palabras y denominar colores respectivamente en un tiempo limitado. En la tercera parte se presenta la condición de interferencia donde el individuo debe indicar el color de la tinta con la que están escritos los colores que no coinciden con el contenido verbal. Se trata de un paradigma clásico para evaluar la capacidad de inhibición de respuestas automáticas en favor de una respuesta controlada.

### ***Test de fluidez verbal: fonológica, semántica y alternante***

El sujeto debe decir en un minuto el mayor número de palabras posibles que empiecen por las letras “f”, “a” y “s”, así como nombres de animales. Ambas son pruebas de evaluación de las funciones ejecutivas en tanto que el sujeto debe generar alternativas de respuesta ante una tarea novedosa bajo un límite de tiempo determinado. Adicionalmente, Ruiz-Sánchez de León incluye en el protocolo una tarea de fluidez verbal alternante solicitando al paciente que produzca una palabra que empiece por “p” (que no sea nombre propio) y un nombre propio (que no empiece por “p”) destinada a la evaluación de la atención alternante.

### ***Test de los Cinco Puntos***

Consiste en una lámina con 40 recuadros contiguos cada uno de los cuales contiene 5 puntos. El sujeto debe dibujar el mayor número posible de figuras

diferentes conectando los puntos con líneas rectas. Se valora por tanto la flexibilidad cognitiva a través de la generación de respuestas no verbales para la solución de una tarea novedosa.

### **Test D2**

Prueba de evaluación de los procesos atencionales, centrada fundamentalmente en la atención selectiva. Para ello, el sujeto deberá llevar a cabo una tarea de cancelación en un tiempo limitado.

### **Figura compleja de Rey**

Prueba de evaluación de las habilidades visuconstructivas y la memoria visual. Para ello se solicita al sujeto la copia de una figura abstracta, la cual tendrá que reproducir posteriormente tanto de forma inmediata como demorada. Asimismo, se valora cualitativamente el tipo de estrategia utilizada por el sujeto para llevar a cabo la tarea.

## **Bibliografía**

---

- Fernández Serrano, M. J.; Pérez García, M. & Verdejo García, A. *What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance?* Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2011; 35: 377-406.
- Garavan, H. y Stout, J. C. *Neurocognitive insights into substance abuse.* Trends in Cognitive Sciences 2005; 9: 195-201.
- Landa González, N.; Lorea, I. y López Goñi, J. J. *Neuropsicología de las drogodependencias.* En J. Tirapu Ustárroz, M. Ríos Lago y F. Maestú Unturbe (Eds). Manual de Neuropsicología. 2ª Ed. Viguera Editores 2011.
- Lezak, M. D.; Howieson, D. B.; Bigler, E. D. & Travel, D. *Neuropsychological Assessment (5th Ed).* Oxford University Press 2012.
- Ruiz Sánchez de León, J. M.; Pedrero Pérez, E. J.; Rojo Mota, G.; Llanero Luque, M. y Puerta García, C. *Propuesta de un protocolo para la evaluación neuropsicológica de las adicciones.* Revista de Neurología 2011; 53 (8): 483-493.
- Tirapu Ustárroz, J. y Ruiz Sánchez de León, J. M. *Evaluación neurocognitiva en las adicciones.* En Pedrero-Pérez E. J., coord. Neurociencia y Adicción. Valencia: Sociedad Española de Toxicomanías 2011: 111-134.

- Sociedad Española de Toxicomanías. *Documento de consenso para el abordaje de las adicciones desde las neurociencias*. 2009. Disponible en: <http://www.setox.org/archivos/DocConsensoNeurocienciasAdicciones2009.pdf>
- Spreen, O. & Strauss, E. (2006). *A compendium of neuropsychological tests (3ªEd)*. New York: Oxford University Press.
- Verdejo García, A. y Tirapu Ustárroz, J. *Modelos neuropsicológicos de adicción*. En Pedrero-Pérez E. J., coord. *Neurociencia y Adicción*. Valencia: Sociedad Española de Toxicomanías 2011: 47-65.



## **Sección II**

---

Intervenciones en  
Centros de Salud  
Penitenciarios (CSP)



# Cap. 6. El trabajo en adicciones en un CSP

M. Salinas

## Introducción

---

En todos los Centros Penitenciarios hay equipos sanitarios de Atención Primaria formados por médicos, enfermeros y auxiliares, que se encargan de atender la salud integral de los internos. El número de miembros del equipo médico y su dedicación estará en función del tipo de Centro, del número de internos y de las necesidades asistenciales de cada prisión.

La atención sanitaria en prisión presenta unas características propias que difieren de la asistencia prestada en libertad, y que vienen derivadas, por un lado, de las propiedades del medio carcelario, y por otro, de las peculiaridades de la población penitenciaria.

En cuanto a las características del **MEDIO CARCELARIO**, hay que tener en cuenta:

- Es un medio físico en el que **prima, por encima de todo, la seguridad, la estrecha vigilancia y el control**; la atención sanitaria en este medio está siempre condicionada por las leyes, los reglamentos y otras normas de aplicación a la vida en prisión.
- Es un modelo de institución cerrada en la que un buen número de personas se encuentran aislados de la sociedad, tras una ruptura con los vínculos sociales y familiares previamente establecidos. Los internos están obligados a una convivencia forzada, que conlleva una pérdida de la intimidad y privacidad. Adaptarse a este medio no es fácil, y puede repercutir de forma negativa en la salud del interno, tanto física como mental, propiciando la aparición de trastornos emocionales (como la ansiedad o depresión, con riesgo de conductas autolesivas) y de consumo de tóxicos, sin olvidarnos del mayor riesgo de contagio de enfermedades infecciosas, dada la proximidad en la que se convive.
- Para minimizar en lo posible estos daños, es imprescindible que existan unas adecuadas condiciones en la prisión: un buen estado de conservación, de higiene y salubridad, y un grado de ocupación acorde a la capacidad de cada centro, evitando así el hacinamiento y los problemas graves de salud que éste puede generar.

- Por otra parte, hay que destacar también los aspectos positivos del medio carcelario: en cuantiosas ocasiones la entrada en prisión supone el primer contacto formal con la asistencia sanitaria, y en muchos casos se diagnostican y se tratan enfermedades graves que previamente no habían recibido una atención adecuada. También destaca la nueva oportunidad de “resocialización” que se ofrece al interno durante su estancia en prisión, de la posibilidad que tiene para reflexionar y avanzar hacia la reinserción de cara a la libertad.

En cuanto a las características de la población penitenciaria que recibe asistencia sanitaria, debemos tener en cuenta lo siguiente:

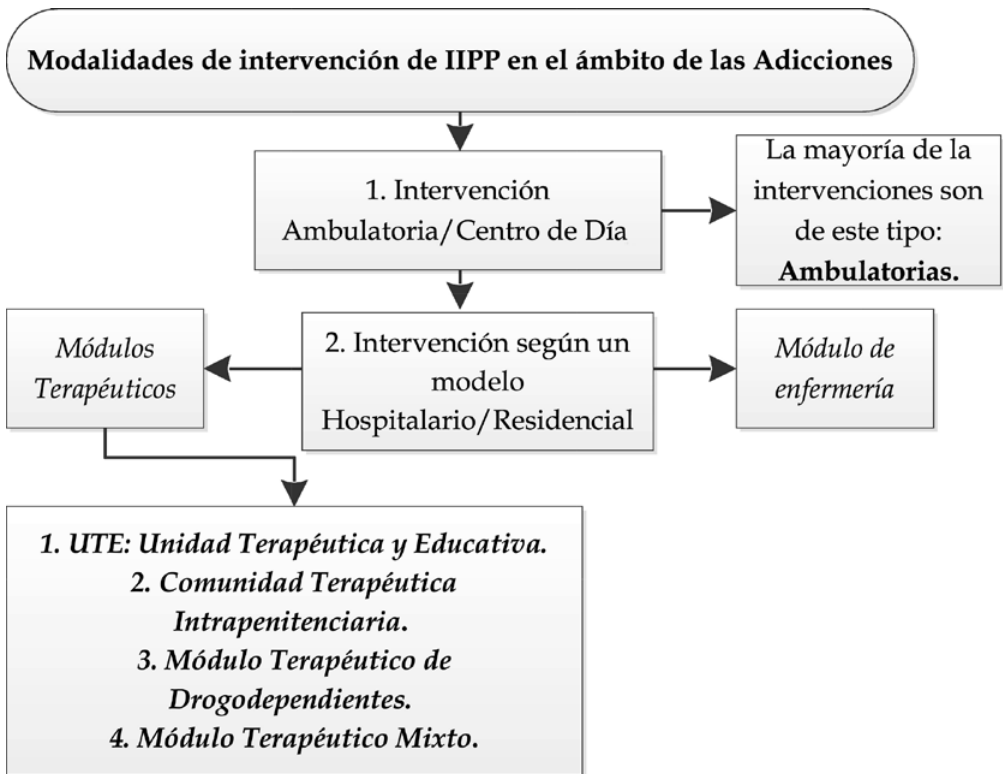
- Un número considerable de internos presenta un perfil sociodemográfico procedente de grupos de marginación social, con problemas de salud asociados a la exclusión y a la pobreza, como es la alta prevalencia de consumo de drogas, enfermedades infecciosas, o enfermedades crónicas con un deterioro importante del estado de salud general.
- En este contexto destaca la alta incidencia de enfermedades derivadas del consumo de drogas (como infección por VIH, hepatitis, trastornos mentales) en muchos casos asociadas a las conductas delictivas que han motivado su ingreso en prisión. Esta mayor prevalencia va a determinar unas necesidades de asistencia sanitaria más frecuentes.
- La población penitenciaria es muy cambiante y está determinada por la situación judicial de cada interno, por sus entradas y salidas de la cárcel, los traslados de prisión debidos a las decisiones de juzgados y autoridades penitenciarias... situaciones que condicionan la accesibilidad de los servicios sanitarios y que en ocasiones dificultan una adecuada continuidad en la atención prestada.

## **Modalidades de intervención en el ámbito de las adicciones**

---

Entre las personas que ingresan en prisión la drogodependencia es uno de los problemas más importantes, por el número de personas afectadas y por la gravedad de las complicaciones asociadas al consumo: problemas de salud, desestructuración de la personalidad, deterioro psicosocial, además de la problemática jurídica y penal. Para dar respuesta a esta problemática se desarrollan diversos programas de intervención, que en función de las características y necesidades de la población interna y de las posibilidades arquitectónicas del centro penitenciario, se desarrollarán de forma ambulatoria, en centro de día o en módulo terapéutico.





### 1. Intervención ambulatoria/Centro de Día

La mayoría de los programas dirigidos al tratamiento de las Drogodependencias en prisión se organizan mediante intervención de tipo “ambulatoria”, recibiendo el interno tratamiento de forma puntual en espacios situados, generalmente, junto al módulo de enfermería, y que constan de un número variable de despachos. Se valora la necesidad de intervención médica (prescripción de tratamiento) y psicoterapéutica, tanto en formato individual como grupal.

En la intervención de tipo “Centro de Día” se desarrollan actividades propias del programa con internos de diferentes galerías o módulos en una dependencia centralizada, con diversas aulas y despachos, en horario de media jornada, retornando posteriormente los internos a sus departamentos respectivos.

## **2. Intervención según un modelo hospitalario/residencial**

### **2.1. Módulo de enfermería**

Todos los establecimientos penitenciarios disponen de un departamento de enfermería, en el que se aloja a los internos con patología física o mental importante, con el objetivo de asegurar una adecuada toma de tratamiento y un mejor control de la enfermedad. En su gran mayoría nos encontramos con internos que presentan patología médica asociada a consumo de tóxicos de larga evolución. También se incluye a los internos de edades avanzadas, con sus facultades físico-psíquicas mermadas. Está dotado de instalaciones adecuadas, como son las salas de consulta, sala de curas, depósito de farmacia y un número variable de camas. Destaca, a diferencia del resto de la prisión, que el régimen disciplinario está supeditado a las necesidades sanitarias, y se garantiza una mayor vigilancia médica. Cualquier interno puede negarse a su ingreso en este módulo si desea permanecer en el régimen general, y siempre que la patología lo permita (a excepción, por ejemplo, de pacientes con enfermedad contagiosa activa que deban estar en aislamiento por razón de salud pública, y de pacientes con un trastorno mental grave que comprometa su poder de decisión).

### **2.2. Módulo terapéutico**

En el interior de algunos centros penitenciarios existen módulos o unidades que tienen como ideal de funcionamiento a la Comunidad Terapéutica para la deshabituación de adicciones. Estos módulos responden a la apuesta de la Institución de abordar la drogodependencia desde el interior de la misma, repitiendo modelos externos. Se organizan en torno al tratamiento socioeducativo, desarrollando actividades terapéuticas, educativas, ocupacionales, formativo-laborales, etc.

Hay diversas modalidades de Módulos Terapéuticos, en función de la composición del Equipo de Intervención y las características de la población del módulo:

#### *1. UTE: Unidad Terapéutica y Educativa*

Es el paradigma de Módulo Terapéutico; los esfuerzos de la Institución Penitenciaria se dirigen a promover su implantación en las prisiones, y hoy por hoy es el modelo que más internos-día acoge en tratamiento.

Nos tenemos que remontar al año 1992, al Módulo II de la Prisión de Villabona (Asturias) para encontrar el primer “espacio terapéutico libre de drogas”, que

más tarde pasaría a denominarse UTE (Unidad Terapéutica y Educativa); este Programa ha demostrado su eficacia y eficiencia en el proceso de recuperación de estos internos y su normalización e inserción en la sociedad.

Las principales características y líneas de acción de esta Unidad son:

- La superación de la subcultura carcelaria a través la destrucción de los estereotipos: se trata de un espacio libre de drogas, sin violencia ni grupos de presión; un espacio en el que los funcionarios y funcionarias de vigilancia cambian su rol por el de educadores y educadoras que, de hecho, participan directamente en la actividad terapéutica, constituyendo con el resto de profesionales el Equipo Multidisciplinar de la UTE.
- La posible integración al módulo de todos los internos que así lo soliciten, sin importar sexo, edad, grado penitenciario ni tipo de delito.
- La constitución de grupos terapéuticos dirigidos por profesionales (educadores, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales) en los que se realizan estrictas actividades de formación (talleres formativo-ocupacionales, educativos y de salud) y se promueve la “concienciación” de los presos sobre el déficit, carencia y causas de la conducta desviada y delictiva. Se desarrolla una acción educativa intensa, centrada en fomentar la capacidad de autocontrol, la responsabilidad, la motivación para el cese absoluto del consumo y prevención de las recaídas; fortalecimiento del autoestima, aprendizaje en habilidades sociales y educación para la salud. También se fomentan las actividades deportivas, culturales, de ocio y tiempo libre.
- Aislamiento del resto de la población reclusa y de las influencias negativas, especialmente del ambiente de las drogas, con el objetivo de conseguir un ambiente relajado, una mayor confianza de los internos hacia los miembros del equipo y dinámicas más parecidas a las de las comunidades del exterior que a las de un centro penitenciario. Se intenta una convivencia totalmente armónica y con un bajo nivel de agresividad o violencia, con ausencia de expedientes disciplinarios.
- Sustitución de la vigilancia disciplinaria por el control de la información a través de un sistema de organización que incluye a varios estamentos: al equipo de profesionales (diseño y coordinación de las intervenciones), funcionarios y guardias (tutores de los grupos terapéuticos), grupo de apoyos (presos con mayor nivel de concienciación), grupos terapéuticos (población reclusa en general) y organizaciones externas (ONG's y organismos de asistencia).

- Se considera de vital importancia la orientación hacia intervenciones extra-penitenciarias, de cara a facilitar la futura reinserción social. Esta reincorporación a la sociedad del drogodependiente se debe realizar en las mejores condiciones posibles, y en estos módulos se fomenta las actitudes, instrumentos y habilidades para poder afrontar con éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en todos los ámbitos.
- El contrato terapéutico en estas UTEs es indispensable, y es el documento escrito que vincula a los internos con los profesionales, y que recoge los compromisos, derechos y deberes de ambos. El interno ha de comprometerse a respetar estrictamente las normas del módulo bajo amenaza de expulsión. El uso de la violencia física o verbal, la introducción de drogas, la relación con personas negativas o la resistencia a asumir el proceso terapéutico, pueden ser motivos de expulsión.

## *2. Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria*

Módulo Terapéutico para drogodependientes que se diferencia de la anterior por tener una Junta de Tratamiento propia y específica, que asume también las funciones de Consejo de Dirección y Comisión Disciplinaria.

## *3. Módulo Terapéutico de Drogodependientes*

Módulo Terapéutico para drogodependientes que se diferencia de las previas por estar en régimen ordinario penitenciario, por lo que priman los principios de seguridad y orden, y la separación por sexo, edad, grado penitenciario, etc.

## *4. Módulo Terapéutico Mixto*

En este Módulo Terapéutico hay internos drogodependientes en programa de recuperación haciendo vida en común con otros perfiles de internos: enfermos mentales, discapacitados, internos sin patología, etc.

## **Bibliografía**

---

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Actuar es posible*. Intervención sobre drogas en Centros Penitenciarios. (2006). Miguel Pérez-Lozao Y Carmen Arenas (Coords.). Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo. NIPO: 351-06-035-6. Depósito Legal: M.

- UTE Villabona. Unidad Terapéutica y Educativa Centro Penitenciario de Villabona. *Un Modelo de Intervención Penitenciaria* (2008). Documentos Penitenciarios Nº1. Edita: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Depósito Legal: M-52306-2005.
- GSMP (Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión). Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas. (2012). Iñaki Markez y Cristina Iñigo (Coords.). Documento de Consenso Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP). Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Edita: OMEditorial. ISBN: 978-84-695-5660-3311-334.



# Cap. 7. Un modelo de intervención psicoterapéutica en un CSP

E. Grande, M. Barredo

## Introducción

---

Iniciamos el trabajo en enero del 2013 basándonos en la estructura de un recurso de la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) que también se inauguró en esa fecha y es referente en nuestro ámbito de Adicciones: el Hospital de Día de Manuene

Los objetivos del programa han sido fundamentalmente dos:

- El principal era conseguir un abordaje de las Adicciones en la Prisión de Basauri desde la Sanidad Pública
- El secundario, pero también muy importante, es que se realice un tratamiento y seguimiento de los pacientes adictos privados de libertad, como con cualquier otro paciente de la Red Salud Mental de Bizkaia.

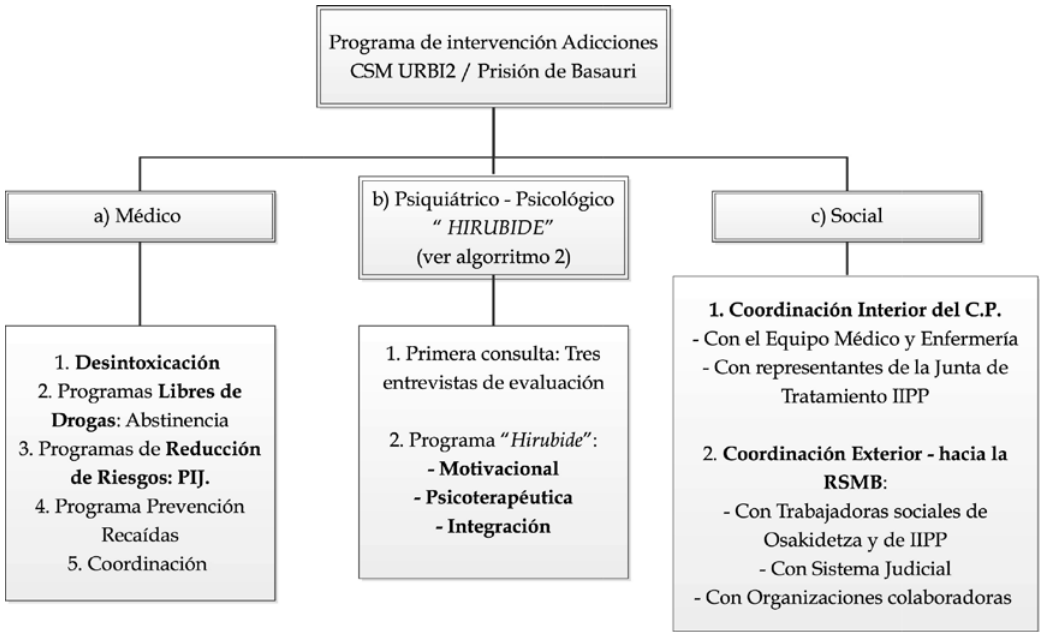
Para ello contamos con un Equipo de Osakidetza de la RSMB que consta de una Médica-Psiquiatra a jornada completa y una Psicóloga Clínica a media jornada. Además de la indispensable colaboración del Equipo de Atención Primaria del centro, sobre todo de la Enfermería, con el que se trabaja día a día.

## Abordaje de las Adicciones en la Prisión de Basauri

---

Lo dividimos en tres intervenciones:

- A. Médico
- B. Psiquiátrico-Psicológico: Programa *Hirubide*
- C. Social



## A. Médico

**1. Desintoxicación:** Es fundamental evaluar la Demanda, explorar la Dependencia y explorar la Actitud ante el Consumo.

*(Ver los algoritmos correspondientes de los capítulos de Desintoxicación tanto Ambulatoria como Residencial-Hospitalaria según cada caso).*

Alcohol	<p>Protocolo con Diazepam y Tratamiento Coadyuvante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vitamina B1/Tiamina (Benerva®) im y oral.</li> <li>- Vitamina B1, B6, B12. oral (Hidroxil®).</li> </ul> <p>Entrar en el Grupo de Alcohol coordinado por la Psicóloga.</p>
Opiáceos: (Heroína o Metadona)	<p>Protocolo con Buprenorfina (Buprex®) a dosis decrecientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumos de Heroína &gt;1g/día.</li> <li>- Consumos de Heroína &lt;1g/día.</li> <li>- Consumos de Metadona, 30 U/día.</li> </ul> <p>Protocolo con Metadona a dosis decrecientes.</p>



Benzodiazepinas (BDZ)	Con BDZ de vida media más larga más larga y otras medicaciones (Pregabalina).
Psicoestimulantes (Cocaína, speed, extaxis...)	Protocolo con Benzodiazepinas. Otras medicaciones: Antidepresivos (ISRS, ISRS y NA), Gabapentina, Pregabalina.
Cannabis	Protocolo con Benzodiazepinas. Con otras medicaciones: Agomelatina, Gabapentina, Pregabalina.

## 2. Programa Libre de Drogas (PLD)

### A. Abstinencia:

- i. Aliviar el malestar y estabilización psicopatológica para evaluar la estrategia terapéutica a seguir.
- ii. Control de la Abstinencia: **control de tóxicos orina semanal.**

### B. Deshabitación alcohólica:

- i. Aversivos: Disulfiram (Antabus®), Carbimida (Colme®)
- ii. *Craving* - Deseo de consumo: Nalmefeno (Selincro®), Baclofeno (Lioresal®),  
...
- iii. Otros

## 3. Programas de Mantenimiento de opioides

### A. Con Agonistas: TSO-Tratamiento Sustitutivo Opioides-

- i. Metadona (PMM)
- ii. Buprenorfina: Vía Ssublingual (Suboxone®) o Parches transcutáneos.

### B. Con Antagonistas: Finalidad aversiva.

- i. Aversivos: Naltrexona (Antaxone®)

## 4. Programa de reducción de riesgos y daño físico

A. Educación para la salud: terapia grupal en sesiones semanales de tres meses de duración. Normalmente a cargo de ONGs, en la actualidad se hace cargo la Cruz Roja.

B. Programa Intercambio de Jeringuillas (PIJ). Coordinada por Enfermería.

**5. Programa de prevención de recaídas:** Terapia grupal, a cargo de la ONG Bidesari, todos los viernes.

**6.** En caso de Patología Dual, coordinación con Psiquiatría del Trastorno Mental Grave (TMG):

- i. Tipos de Comorbilidad
- ii. Patología Dual más frecuente:
  1. T. Personalidad y Dependencia
  2. Depresión y Ansiedad
  3. T. Psicótico y uso/abuso Psicoestimulantes

## **B. Psiquiátrico-Psicológico**

---

**1. Primera Consulta:** Tres entrevistas de Evaluación.

*Historia médica-psiquiátrica:*

Anamnesis y exploración psicopatológica de cada sujeto.  
Psicobiografía.  
Entrevista Semí estructurada Básica.  
Historia Toxicológica: Hª personal con la droga.  
Valoración tratamiento Psicofarmacológico.

*Características de la Psicoterapia en un Centro Penitenciario:*

Si bien en circunstancias normales la psicoterapia es ya de por sí un proceso complejo, dentro de un centro penitenciario esta labor pasa a tener unas connotaciones diferenciadas que confieren al proceso psicoterapéutico características propias que inicialmente se contraponen a los cuatro elementos necesarios para poder iniciar una psicoterapia cualquiera que sea su orientación:

Un profesional: Psicólogo o Psiquiatra formado en Psicoterapia.	Un espacio: Un despacho totalmente neutral y ajeno a cualquier referente.
Un sujeto que pida una solución a un malestar: un cambio, "una demanda".	Momento que confluyen las tres surge "la transferencia".

Dentro de un centro penitenciario a la hora de plantear un tratamiento de psicoterapia el profesional parte de que solo cuenta con el primer elemento: el mismo. El espacio, en el caso de poder disponer de un espacio aislado, siempre va a estar

dentro de un todo estructurante para la persona. Y la persona que acude “libremente” presenta una alta motivación: conseguir salir de allí.

Inicialmente es para el paciente imposible separar el hecho penitenciario del profesional que tiene enfrente, aunque este profesional no forme parte de la Institución Penitenciaria, sino de la Sanidad Pública en este caso y por tanto no tenga ninguna relación con el devenir de su situación penitenciaria

Todas estas circunstancias han llevado a un consenso en el sentido de que la técnica psicoterapéutica que mejor se adapta al trabajo en prisión y que mejor resultados obtiene es la

Terapia de orientación Cognitivo-Conductual, individual o en grupo y con un mayor perfil educativo, programando grupos específicos dentro de un tiempo limitado. Aun así estudiamos y realizamos técnicas diversas para poder generar nuevas vías de terapias.

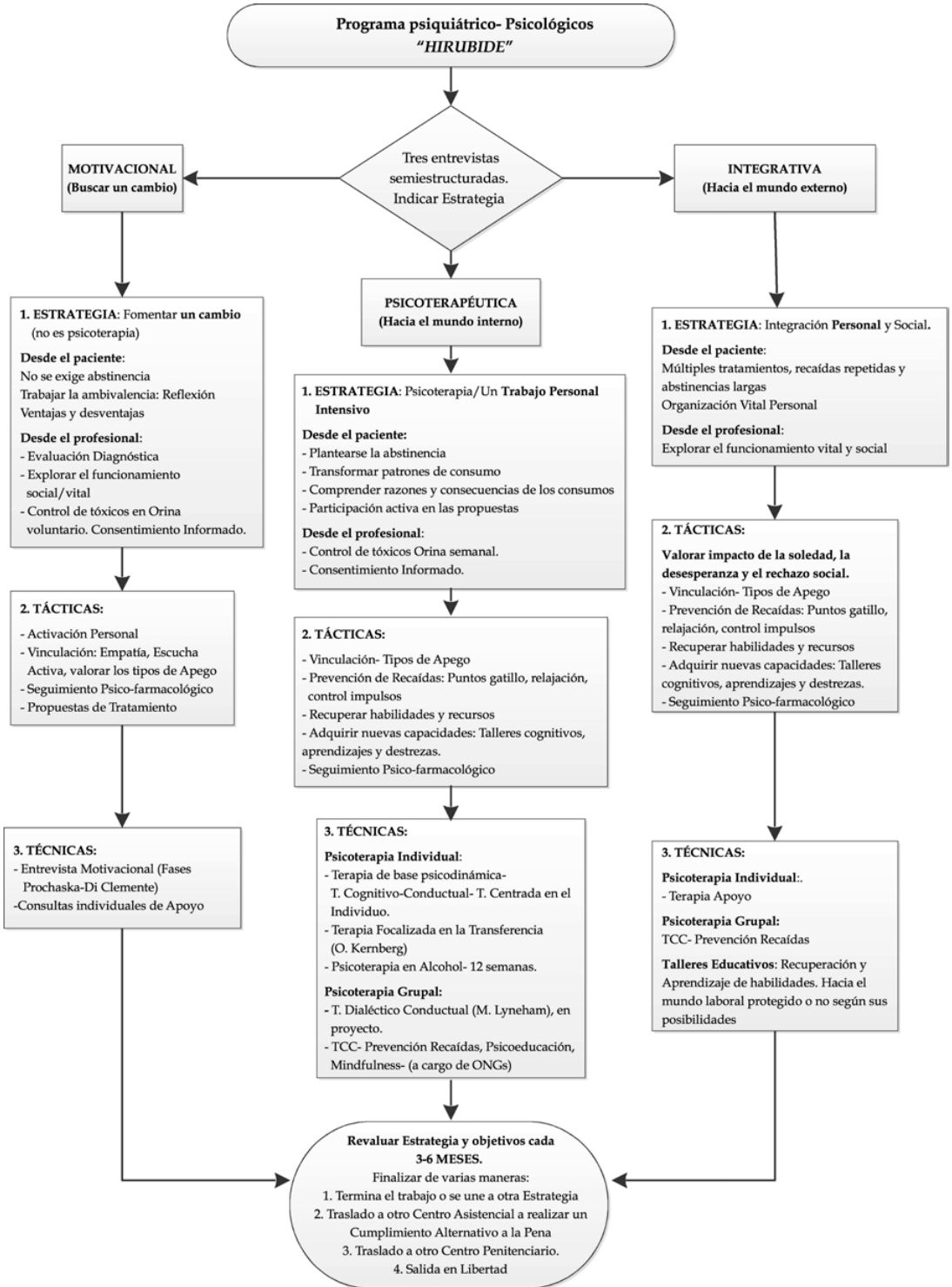
En el trabajo psicoterapéutico establecemos dos niveles de atención compatibles entre sí:

- Nivel 1 Más educativa y que preferentemente se realiza en terapia de grupo y tratando estrategias motivacionales, control del *craving*, control de impulsos, control emocional, prevención de recaídas, etc. Se trata de grupos entre 6 y 12 personas semi-estructurados y normalmente abiertos. La frecuencia es semanal. La duración puede oscilar, siendo lo más habitual un trimestre.
- Nivel 2 Psicoterapia individual. Planteamiento desde una estrategia motivacional hacia un cambio estructural personal. Se trata de pacientes con los que, por sus características personales y duración del ingreso, puede desarrollarse un trabajo más amplio. La frecuencia puede establecerse semanal o quincenalmente según las circunstancias de cada caso.

**2. Programa “HIRUBIDE”:** *(modelo basado en el del Hospital de día de Manuene - Osakidetza)*

**Observaciones:**

- 1. Estrategias:** Objetivos a largo plazo. Integración del sujeto e Integración en lo social.
- 2. Tácticas:** Objetivos a medio plazo. Métodos específicos. Manejo.
- 3. Técnicas:** Objetivos de cada intervención, en cada momento.



## C. Social

---

### 1. Interior:

#### A. Coordinación con Equipo Médico/Equipo de Enfermería:

Lo conseguimos trabajando en el mismo lugar, hablando a diario de los cambios que surgen, con los mismos programas informáticos y adaptándonos todos en bloque a los cambios que nos va exigiendo la organización. El centro tiene características peculiares de organización, como por ejemplo, aunque seamos un Centro de Salud Mental para la RSMB aquí se funciona como si estuviéramos en un régimen hospitalario, con prescripción hospitalaria de medicación y con interconsultas entre profesionales.

#### B. Coordinación con Representantes de la Prisión de la Junta de Tratamiento Penitenciario: En programas del Centro Penitenciario donde se nos invita a participar:

- **GAD:** Grupo de Atención al Drogodependiente (mensual) Valorar Casos Puntuales. Reunión con Asociaciones (trimestral).
- **PAIEM:** Programa de Atención al Interno con Enfermedad Mental (mensual).

### 2. Exterior

- Coordinación con **Trabajadora Social de Osakidetza** ubicada en la sede de la RSMB Realiza la valoración social de los casos en los que hay posibilidad de paso a otro centro de la RSMB. El objetivo es conseguir una buena continuidad de cuidados es pacientes tan complejos.
- Coordinación con Trabajadoras Sociales de Instituciones Penitenciarias (IIPP): Valoración de posibles cumplimientos alternativos a la prisión (art. 182).
- Coordinación con Sistema Judicial: Controles de Orina. Contacto con SAOS: Servicio de Asistencia y Orientación Social (antiguo IRSE).
- Coordinación con Educación: Contacto con el profesorado.
- Coordinación con las Familias de los presos: Entrevista Familiar. Se iniciará el próximo año en un despacho en algún CSM fuera del Centro Penitenciario todavía a determinar.

- Coordinación con Asociaciones Colaboradoras en el **Trabajo de Adicciones en Red**:

Gubernamentales: Osakidetza	<b>Manuene</b> (Hospital de Día) que acuden a valorar pacientes cuando se les solicita.
No gubernamentales:	<b>Bidesari</b> : Acuden cada semana, cada viernes. <b>Fundación Gizakia</b> - Proyecto Hombre: Acude cada 15 días. <b>Fundación Etorikintza</b> : Acude cada mes.

## Bibliografía

---

- Miller, W. R. y Rollnick, S. *La Entrevista Motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. 3ª Ed. Ed. Paidós. 2015.
- Markez, I.; Iñigo, C. (coord.) *Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión. 2012.
- Linehan, M. *Manual de Psicoterapia Dialectico Conductual*. Ed. Paidós. 2012.
- Yeomans, F.; Clarkin, J. F.; Kernberg, O. *Trasferencia Focused Therapy of Borderline Personality Disorder, a Clinical Guide*. 2015.
- Puche Pinazo, E. et al. *Tratamiento integrado de los trastornos adictivos*. Jose C. Perez de los Cobos Peris et al. Tratado SET de Trastornos Adictivos. En Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2006: 454-458.
- Tomás Gradolí, V.; Sánchez Hervás, E. *Abordaje individual y grupal*. Jose C. Perez de los Cobos Peris et al. Tratado SET de Trastornos Adictivos. En Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2006: 429-436.
- Perez Gálvez, B. *Organización de la Asistencia*. Jose C. Perez de los Cobos Peris et al. Tratado SET de Trastornos Adictivos. En Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2006: 471-474.

# Cap. 8. Consulta de enfermería en adicciones

L. Uriarte, M. J. Castiñeira

## Introducción

---

El papel de la enfermería en la consulta de adicciones de un CSM es fundamental. No solo en cualquier CSM de la RSMB, sino también en el CSM Urbi2 del Centro Penitenciario de Basauri donde trabajamos. En este contexto, la enfermería resulta vital ya que a menudo por su accesibilidad es el primer vínculo con la asistencia sanitaria. En este capítulo tratamos de plasmar lo que se debería hacer en la consulta de enfermería de adicciones además de mostrar el día a día de nuestro trabajo en prisión.

La intervención en adicciones en prisión está incluida dentro de todas las intervenciones que realiza enfermería y es difícil separarlas. Nuestro trabajo forma parte de un trabajo multidisciplinar no sólo con el equipo médico, sino formando parte de un engranaje en el que cada estamento de la prisión (educadores, trabajadores sociales, funcionarios de vigilancia, sanitarios,...) tiene su importancia y su lugar. No podemos olvidar que una prisión además de ser un centro de salud, es un centro de atención a personas con un trastorno por adicción y enfermedad mental, pero también es un lugar de reducación y reinserción de pacientes en situación de privación de libertad.

Aunque el lugar de trabajo tiene sus características especiales, la consulta de enfermería es similar a la que se realiza en otros CSM de la RSMB. Ahora pasamos a describir nuestro trabajo con cada paciente.

## 1. Valoración inicial

---

No siempre se va a poder obtener toda la información necesaria y menos en una primera entrevista o toma de contacto. Pese a ello, en la consulta basal de enfermería intentaremos recabar datos sobre los siguientes aspectos:

Antecedentes personales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socio-familiares/pareja.</li> <li>• Económicos.</li> <li>• Estudios, oficio.</li> <li>• Medico-quirúrgicos.</li> <li>• Antecedentes Salud Mental.</li> <li>• Vacunación.</li> </ul>
Hábitos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Año de inicio de hábitos.</li> <li>• Consumo actual.</li> <li>• Vía, dosis y frecuencia.</li> <li>• Disposición para el cambio en la conducta adictiva.</li> </ul>
Comportamientos sexual y de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pareja estable, promiscuidad.</li> <li>• Tatuajes, <i>piercings</i>.</li> </ul>
Toma de constantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión arterial y frecuencia cardíaca.</li> <li>• Peso, talla, perímetro abdominal e índice de masa corporal.</li> </ul>
Solicitud de analítica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bioquímica y hematimetría. Perfil hormonal.</li> <li>• Serología: VHA, VHB, VHC, VIH, VDRL.</li> </ul>
Medicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia al tratamiento.</li> <li>• Efectos secundarios.</li> <li>• Dudas que surjan respecto a la toma de la misma.</li> <li>• Controles analíticos si precisa.</li> <li>• Control y seguimiento de tratamiento farmacológico directamente observado.</li> </ul>
Información de las posibilidades terapéuticas de todo Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con psiquiatra y/o psicóloga de Adicciones.</li> <li>• Consulta con psiquiatra de trastorno mental.</li> <li>• Consulta médica.</li> <li>• Consulta de enfermería</li> </ul>

La valoración del paciente tiene como objeto recabar la mayor cantidad de datos relevantes referentes a su perfil físico, psíquico y social para poder elaborar un plan de cuidados personalizado. Se trata de realizar una valoración, elemento inicial del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y poder determinar cuáles son los diagnósticos enfermeros sobre los que vamos a trabajar, planteando un resultado para cada uno de ellos y las intervenciones enfermeras asociadas para su cumplimiento, así como su continua evaluación.



Para ello, de entre los diferentes modelos de enfermería nos hemos centrado en el modelo de enfermería de Virginia Henderson, que se basa en la idea de que *“la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento, actividades que él realizaría por sí mismo, si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir con esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible”*.

Señalaremos las 14 necesidades básicas, siendo éstas:

1. Oxigenación.
2. Nutrición.
3. Eliminación.
4. Movilización.
5. Sueño y reposo.
6. Vestirse y arreglarse.
7. Mantenimiento de la temperatura corporal.
8. Higiene y protección de la piel.
9. Seguridad y evitar peligros.
10. Comunicación.
11. Profesar religión o creencias.
12. Realizarse.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender.

Así mismo, nuestra experiencia como profesionales sanitarios en un centro penitenciario, nos permite acercar la sanidad a personas que hasta el momento de ingresar en la cárcel no han tenido contacto con el sistema e iniciarles en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como introducirles en programas para tratar su dependencia. Para ello, contamos en el centro con una serie de grupos y actividades específicas que desarrollaremos a continuación:

- Grupo de Educación para la salud.
- Grupo de prevención de recaídas.
- Control de tóxicos en orina.
- Programa de intercambio de jeringuillas.
- Tratamiento directamente observado.

## **2. Educación para la salud**

---

El objetivo general de estos grupos es el establecimiento de hábitos de vida saludables. Así mismo, los objetivos específicos son:

- Ayudar a modificar comportamientos negativos para la salud.
- Motivar para la modificación de conductas.
- Capacitar para tomar decisiones propias en el proceso de salud.

El primer día se enumeran tanto los objetivos del grupo como las obligaciones de los asistentes. También se promueve su participación en la elaboración de los temas a tratar así como la propuesta de nuevos temas sobre los que tengan especial inquietud y quieran trabajar. Como norma general, los temas son los siguientes:

- Higiene, sueño y ejercicio físico.
- Necesidades calóricas, dieta y nutrientes.
- Enfermedades relacionadas con la alimentación.
- Estrés y ejercicios de relajación.
- Enfermedades transmisibles/no transmisibles.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Métodos anticonceptivos.
- Drogas.

### **3. Grupo de prevención de recaídas**

---

Los objetivos de estos grupos son:

- Analizar el proceso de recaída: Prevención de recaídas y estudio del proceso de cambio.
- Conocer qué son las situaciones de alto riesgo.
- Estudiar la influencia de los pensamientos irracionales en el proceso de recaída.
- Examinar la relación del consumo de drogas con el estilo de vida y los estados de ánimo.
- Observar la influencia de las habilidades sociales tanto en el consumo como en la abstinencia de drogas.
- Enseñar a los pacientes herramientas de afrontamiento ante las recaídas.

### **4. Control de tóxicos en orina**

---

Se trata de un acto voluntario, como medida de contención ante posibles consumos. En nuestro centro se realizan alrededor de 70 urinocontroles a la semana y

en el caso en el que el paciente se encuentre estable con controles negativos a tóxicos durante 3 meses, se le propone un control mensual.

Se da el caso en el que es el propio paciente el que se niega a hacer el control mensual, queriendo acudir cada semana, ya que el hecho de ir a los controles le sirve como punto de encuentro con la enfermería para seguimiento y como medida de contención.

Como dato destacable podemos señalar que hay una prevalencia de consumo de THC y benzodicepinas prescritas y consumo puntuales de cocaína, heroína y anfetaminas.

El número de pacientes con metadona ha ido disminuyendo a medida que se ha iniciado el tratamiento con suboxone®. En estos casos de Tratamiento Sustitutivo de Opioides (TSO) el control de tóxicos en orina semanal es obligatorio, ya que para entrar en el programa firman el consentimiento informado en el que se describe este requisito.

## **5. Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ)**

---

Es necesario que las personas con mayor riesgo, conozcan estrategias encaminadas a minimizar las consecuencias negativas de las conductas de riesgo para la salud. La reducción de los riesgos y los daños debe entenderse como una prevención selectiva sobre colectivos concretos, es decir, los propios consumidores.

En el País Vasco, las oficinas de farmacia han proporcionado el 46,9% del total de los kits-jeringuillas distribuidas. Las ONGs han entregado el 52,6% y el 0,4% restante corresponde a los Centros Penitenciarios.

## **6. Tratamiento directamente observado (TDO)**

---

Consiste en observar que el paciente ingiere la medicación, garantizando que se haya producido dicha ingesta, lo que conlleva una mejora en la adherencia al tratamiento.

En nuestro centro penitenciario toda la medicación psicótropa, antituberculosa, tratamiento de la Hepatitis C y en algunos pacientes los antirretrovirales de acuerdo a su nivel de adherencia, se administran directamente observados. De esta manera, se evita el tráfico de medicación dentro de la prisión.

Al tratar este tema, surge el debate sobre la autonomía del paciente por un lado y la actitud paternalista de la Institución por otro. Solo cabe decir que se trata de garantizar la mejor solución clínica, en condiciones de equidad y vistos todos los factores tanto para el paciente como para el resto de internos que conviven en la prisión.

## Bibliografía

---

- Zulaika, D.; Etxeandia, P.; Bengoa, A.; Caminos, J.; Arroyo-Cobo, J. M. *Un nuevo modelo asistencial penitenciario: La experiencia del País Vasco*. Rev Esp Sanid Penit. 2012; 14(3): 91-98.
- Tirapu, J.; Landa, N.; Lorea I. *Cerebro y adicción: Una guía comprensiva*. Pamplona: Departamento de Salud; 2004.
- Osakidetza.eus [internet]. Araba: osakidetza/servicio vasco de salud; 2002. [2002]. Disponible:<https://osakidetza.eus/Intranet/es/comunicación/publicaciones/ooss/araba/red-salud-mental-Araba/paginas/planes.aspx>.
- Miller. W.; Rollnick, S. *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós; 1999. ISBN 13: 978-84-493-0745-4.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio Español sobre drogas (OED). Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas (DGPNSD) [INTERNET]. Informe 2007 [consultado 22/12/2011]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>
- Henderson, V. *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1971.

# Cap. 9. Un modelo de farmacia en un Centro de salud penitenciario

Z. Pérez

## Introducción

---

El objetivo de este capítulo es explicar brevemente el proceso realizado para poder poner en funcionamiento el Depósito de Medicamentos dentro de la Prisión de Basauri, que depende del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Basurto en Bilbao. Ha sido fruto de la estrecha colaboración entre el Servicio de Farmacia y el Servicio Médico de Osakidetza que trabaja en el Centro Penitenciario de Basauri.

Al final se adaptó en el año 2014-2015 el Modelo farmacéutico penitenciario en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), Centro Salud Penitenciario (CSP) Urbi-Basauri, que exponemos de manera esquemática:

## 1. Legislación

---

- La **Ley 11/1994, de 17 de junio**, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) habilitó, en su disposición quinta adicional, la regulación reglamentaria de los depósitos de medicamentos en los centros penitenciarios.
- El **Real Decreto 849/2011**, por el que se produjo la transferencia de la sanidad penitenciaria a la CAPV y con ella el depósito de medicamentos que ha pasado a depender de la farmacia del hospital de referencia.
- El **Decreto 208/2012, de 16 de Octubre**, sobre depósitos de medicamentos en las instituciones penitenciarias de la CAPV. Se publicó con el fin de organizar y ordenar las actuaciones que al respecto deben desarrollarse en los centros penitenciarios ubicados en el ámbito territorial de la CAPV.

- Tras la transferencia de la Sanidad Penitenciaria a la CAPV el 1 de julio de 2011, los depósitos de medicamentos del CSP Urbi-Basauri quedaron adscritos al Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Basurto (HUB) (OSI Bilbao Basurto). En abril del 2014 se concedió la autorización administrativo-sanitaria de creación y funcionamiento del depósito de medicamentos del CSP Urbi Basauri.

## 2. Depósito de medicamentos

---

### 2.1. Definición

Según el **Decreto 208/2012**, se entiende por depósito de medicamentos de los centros penitenciarios el conjunto de medios materiales y humanos pertenecientes a los servicios de asistencia sanitaria de los mismos que se dediquen a las funciones y actividades propias de los servicios farmacéuticos.

### 2.1. Funciones

Con el objeto de garantizar un uso racional de los medicamentos dentro de las instalaciones, se realizan las siguientes funciones:

- 2.1.1. Participar en el proceso multidisciplinar de selección de los medicamentos precisos para las personas internas del centro penitenciario, bajo criterios de eficacia, seguridad, calidad y coste de los mismos. La selección de medicamentos se hace bajo las directrices que establece la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital de referencia (HUB).
- 2.1.2. Garantizar la correcta recepción, almacenamiento, conservación, cobertura de las necesidades, custodia y dispensación de los medicamentos para ser aplicados dentro del centro penitenciario.
- 2.1.3. Velar por el cumplimiento de la legislación sobre estupefacientes y psicótrpos o sobre cualquier medicamento que requiera un control especial.
- 2.1.4. Establecer un sistema racional, eficaz y seguro de distribución de medicamentos dentro del centro penitenciario.

- 2.1.5. Vigilar y controlar los medicamentos de los consultorios médicos, unidades de enfermería o botiquines existentes en el centro penitenciario.
- 2.1.6. Colaborar con el servicio de farmacia del hospital de referencia al que se encuentra adscrito el depósito en cuantas actividades se lleven a cabo en relación con la Institución Penitenciaria.
- 2.1.7. Colaborar y participar en programas de salud pública.
- 2.1.8. Realizar cuantas otras funciones puedan redundar en un mejor uso y control de los medicamentos, mediante protocolos y estrategias de colaboración entre todas y todos los profesionales sanitarios de la Institución Penitenciaria.



### 3. Logística del medicamento

---

#### 3.1. Adquisición

- **Responsabilidad:** del servicio de farmacia del hospital de referencia: las compras de medicamentos se hacen a través de la Farmacia Hospitalaria de HUB, basándose en la Guía Farmacoterapéutica propia del hospital. El farmacéutico es responsable de garantizar el suministro de medicamentos al depósito de medicamentos del CSP Urbi-Basauri.
- **Herramientas de pedido:** el pedido se realiza a través de una herramienta informática (Bilbide) en la que están definidos por grupos los medicamentos pactados que entran en formulario.
- **Periodicidad:** quincenal, entregándose éste por los cauces establecidos y se recibe así mismo quincenalmente.
- **Pedidos urgentes:** El depósito de medicamentos puede solicitar medicamentos de necesidad urgente al hospital en cualquier momento (solicitudes puntuales justificadas evaluadas previamente por el farmacéutico). El transporte de dicho medicamento lo realiza cualquier miembro del personal adscrito al depósito de medicamentos.

#### 3.2. Gestión de stocks

El pedido de medicamentos para reposición de stock lo efectúa enfermería (previa revisión farmacéutica) según consumo y previsión de necesidades. Actualmente la gestión de stocks se lleva a cabo con un sistema manual.

- Se ha integrado el modelo y circuito de los botiquines del hospital de referencia.

#### 3.3. Almacenamiento

- Aprovisionamiento en **dosis unitarias**.
- **Reenvasado de medicamentos:** para garantizar la adecuada identificación de los medicamentos, se envían desde el hospital ya reenvasados.
- Se ha establecido un sistema de **control de caducidades**.
- **Distribución:** En función de las características de los medicamentos y a los requerimientos en volumen, se dispone zonas diferenciadas dentro del



mismo almacén. Además, se diferencia la zona de la medicación no incluida en formulario.

- El **maletín de urgencia** se revisa mensualmente, cuando se utiliza se repone en un plazo de 12 horas máximo.

### 3.4. Prescripción-Validación-Preparación-Dispensación

#### 3.4.1. Prescripción

- **Previamente:** la prescripción se realizaba en orden médica en papel y se llevaba a cabo la transcripción de la prescripción a una aplicación informática (SANIT) para obtener los listados de tratamiento farmacológico de los internos. Los errores de transcripción tienen una magnitud suficientemente importante como para tenerlos en cuenta a la hora de diseñar estrategias para mejorar la calidad asistencial; la prescripción electrónica asistida (e-osabide) es una herramienta eficiente que elimina los errores asociados a la transcripción de órdenes médicas.

Cuando la Historia Clínica Electrónica –Osabide Global en el caso de Osakidetza– empezó a constituir el núcleo fundamental de la atención sanitaria penitenciaria, se inició con la prescripción electrónica, pero con la estructura de Consultas Externas, lo que conllevaba a continuar con la transcripción de la prescripción electrónica a SANIT para obtener los listados de unidosis.

- **Actualmente:** se utiliza **e-osabide como única herramienta de prescripción** con la estructura de la Institución como Hospitalización para llevar a cabo el sistema de unidosis al igual que en los hospitales de Osakidetza (sin necesidad de transcripción). (Se definieron en e-osabide los diferentes módulos de farmacia: Enfermería, General, Módulo y Sección abierta).

#### 3.4.2. Validación farmacéutica

- **Objetivo:** Revisión de la prescripción para la adecuación del tratamiento farmacológico de los internos, promoviendo la intervención farmacéutica antes de la dispensación y administración de los fármacos, colaborando activamente en la disminución de los errores de medicación, interacciones y reacciones adversas en todas las prescripciones médicas.
- Se realiza **conciliación de tratamiento al ingreso**, es decir, se compara y se valora la lista completa de la medicación del interno previa al ingreso con la prescripción médica después de la transición asistencial. Se les entrega a cada interno que ingresa con medicación la hoja informativa de su tratamiento activo.

### 3.4.3. Preparación-Dispensación

La dispensación de medicación se diferencia en los siguientes grupos:

- **Psicótropos y demás fármacos que requieran un especial control:** se dispensa mediante el sistema de distribución de medicamentos en **dosís unitarias**. En CSP Urbi-Basauri toda la medicación de unidosis se considera Tratamiento Directamente Observado (TDO) y se dispensa dos veces al día (de 9.00 a 9.30 y de 20.00 a 20.30). Se obtienen los listados de e-osabide diariamente, un listado por cada módulo de farmacia.
- **La medicación crónica** se dispensa mensualmente a cada interno, llevando un registro de las dispensaciones por cada uno. E-osabide permite sacar un listado de la medicación crónica de todos los internos.
- **La medicación aguda** se entrega en el momento de la consulta lo necesario para los días de tratamiento.

## 4. Información

---

El personal sanitario adscrito al depósito de medicamentos realiza actividades de información, tanto activa como pasiva, destinada al personal sanitario y a pacientes:

- Resolución de consultas.
- Colaboración en la elaboración de protocolos.
- Colaboración en la formación continuada al personal del depósito de medicamentos. La información esta disponible en el centro (Guía farmacoterapéutica, manuales de administración de medicamentos, notas informativas, enlaces, procedimientos de trabajo,...).

## 5. Farmacovigilancia

---

El depósito de medicamentos participa activamente en el sistema nacional de Farmacovigilancia mediante la notificación voluntaria de reacciones adversas a medicamentos (tarjeta amarilla).

## 6. Conclusión

---

La integración de la farmacia hospitalaria en la institución penitenciaria y la colaboración entre los profesionales sanitarios del CSP Urbi Basauri, ha ayudado a optimizar la logística del medicamento y el circuito prescripción-dispensación.

De esta manera, se ha logrado pasar de una estructura asistencial sanitaria “ambulatoria” a “**semihospitalaria**” o “**residencial**”. En resumen, se trata de que el centro penitenciario funcione como una planta más del hospital de referencia.

## Bibliografía

---

- Decreto 208/2012, de 16 de octubre, sobre depósitos de medicamentos en las instituciones penitenciarias de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- <http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.eus/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2012/10/1204657a.shtml>
- Real Decreto 894/2011, de 24 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria. [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/sanidad\\_penitenciaria/es\\_sanidad/adjuntos/1.2.BOE-transferencias.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/sanidad_penitenciaria/es_sanidad/adjuntos/1.2.BOE-transferencias.pdf)
- Manual de Procedimientos Sanitario-Administrativos en el Medio Penitenciario, junio 2012. [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/sanidad\\_penitenciaria/es\\_sanidad/adjuntos/manual\\_procedimientos.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/sanidad_penitenciaria/es_sanidad/adjuntos/manual_procedimientos.pdf)
- Ponencias II Curso de Sanidad Penitenciaria para profesionales sanitarios de Osakidetza. Vitoria-Gasteiz, 5 de junio de 2014. [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/sanidad\\_penitenciaria/es\\_sanidad/adjuntos/02\\_ponencias.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/sanidad_penitenciaria/es_sanidad/adjuntos/02_ponencias.pdf)



## **Sección III**

---

Intervención  
en un Hospital de Día



# Cap. 10. Un modelo de Hospital de Día de Adicciones

J. A. Abeijón, M. Palacios, M. J. Irastorza, R. Oraa

## Introducción

---

A lo largo de estas paginas vamos a describir esquemáticamente el funcionamiento del Hospital de Día Manu Ene, recurso que forma parte de la Red de Salud Mental Bizkaia del Servicio Vasco de Salud Osakidetza, enclavado en un caserío, en la población de Larrabetzu en Bizkaia.

El diseño recoge la experiencia de más de 30 años abordando problemáticas relacionadas con el uso de sustancias, diseño desarrollado por el equipo de profesionales de la Comunidad Terapéutica Manu Ene, que en 2013 se transforma en Hospital de Día.

Se reflexiona sobre los cambios producidos en las intervenciones psicoterapéuticas, psicofarmacológicas y de integración social con consumidores de sustancias a partir de los cambios experimentados a nivel diagnóstico en el campo de las adicciones, así como en los realizados a nivel sociológico y psicológico en los propios consumidores.

Se proponen las adaptaciones necesarias para el funcionamiento de un recurso dinámico como es el Hospital de Día. Las intervenciones descritas deben ser interpretadas en un contexto de constante adaptación y mejora para mantener la excelencia que convirtió a la Comunidad Terapéutica Manu Ene en un referente.

## Bases metodológicas

---

- El Hospital de Día es un espacio diseñado para el ingreso de hasta 30 pacientes de forma ambulatoria que presentan problemas ligados con el uso de sustancias, es decir que han sido diagnosticados de TUS (Trastorno por Uso de Sustancias).

- Con frecuencia coexisten otros diagnósticos psiquiátricos, en lo que comúnmente se denomina Patología Dual.
- Son frecuentes los Trastornos de Conducta graves, en el contexto de Trastornos de la Personalidad.
- El riesgo de cronicidad es importante.
- La clave del trabajo diseñado en diferentes niveles es fundamentalmente Activadora de los recursos y capacidades propias de los pacientes, lo que permite crear mecanismos de control personal que se van a poder desarrollar en las condiciones de la vida cotidiana exterior al centro.
- La Activación requiere de una abstinencia básica, que debe ser diferenciada de las recaídas puntuales, muy frecuentes.
- Considerando el ideal teórico de un tratamiento específico para cada individuo, por su unicidad, en la práctica, la convivencia de diferentes diagnósticos y diferentes necesidades terapéuticas se aborda a través del diseño de tres recorridos que pueden compartir determinados tipos de intervenciones.

### **Condiciones necesarias**

---

- Participación voluntaria y libre de los pacientes ingresados. No impide el ingreso de pacientes con situaciones judiciales explícitas.
- Incorporación a los grupos, horarios y actividades del Hospital de Día.
- La finalidad es, además de la abstinencia del consumo de drogas, la resolución de conflictos personales, familiares y sociales que faciliten la integración del paciente en su entorno.
- Es necesaria la existencia de un Equipo Multidisciplinar, que incluye personal administrativo, trabajadores sociales, educadores sociales, personal de enfermería, psicólogos clínicos y médicos psiquiatras.

### **Ingredientes que combinados configuran los recorridos terapéuticos**

---

1. Psicoterapéutico: entender las características de la patología adictiva que presentan e incorporar mecanismos de autocontrol y protección frente a futuras situaciones de riesgo.



2. Talleres de Capacitación Biopsicosocial Inductiva Centrado en Soluciones:
  - A. Resolución de conflictos.
  - B. Mejora de habilidades cognitivas básicas.
  - C. Habilidades relacionales y sociales.
  - D. Técnicas de Mindfulness.
  - E. Escuela de padres para pacientes con hijos.
  - F. Grupos de prevención de recaídas.
3. Psicoeducativo: recuperar hábitos de cuidados personales, trabajo, relaciones y organización. Se realiza a través de grupos que analizan las dificultades en el funcionamiento de la vida cotidiana del centro.
4. Control Médico y Psicofarmacológico:
  - A. Intervención psicofarmacológica.
  - B. Grupos Zaintzen: educación para la salud, hábitos higiénico-dietéticos, adherencia a los tratamientos, prevención de enfermedades infecciosas...
5. Talleres de inserción laboral: talleres que acerquen hábitos laborales básicos, horarios y responsabilidades personales y grupales.
6. Psicoterapias familiares: incorporando a las familias en los procesos de tratamiento en la medida de lo posible para mejorar las capacidades de reinserción y evitar situaciones favorecedoras de recaídas.

### **Dos puntos de interés básicos: Patología Dual y Trastornos de Conducta**

En las distintas derivaciones que recibimos de los CSM, de la Unidad de Desintoxicación del Hospital de Galdakao, y de los Hospitales Psiquiátricos nos encontramos con pacientes que en todos los casos están diagnosticados de un problema de adicción y además otros con dobles e incluso triples diagnósticos.

Muchos de los pacientes diagnosticados únicamente en el aspecto de la adicción han sido conocidos en los CSM casi siempre en situaciones de consumo mantenido, con las dificultades que ello entraña para realizar otro tipo de diagnósticos ya sean trastornos de personalidad, del ánimo o de cualquier otro tipo. Manu Ene como recurso y metodología ha ofrecido también un contexto adecuado y privilegiado para realizar diagnósticos de Patología Dual para un grupo de pacientes. En el centro podemos observar a los pacientes durante un largo tiempo en

abstinencia y en un contexto relacional que aporta mucha información de cara a realizar un diagnóstico más completo. En la consulta del C.S.M. trabajamos con el material que el paciente expone durante la consulta, mientras que en el centro disponemos de una gran cantidad de material significativa para afinar el diagnóstico y sobre todo para concretar los planes terapéuticos.

Uno de los problemas concretos que encontramos en los CSM es la dificultad para discernir en algunos pacientes que han sufrido episodios psicóticos, si éstos deben ser diagnosticados como un trastorno psicótico inducido por el consumo de sustancias, o por el contrario existe una estructura psíquica de base de corte psicótico.

Son pacientes que normalmente no han logrado mantener la abstinencia durante largo tiempo, por lo cual resulta muy complicado realizar un diagnóstico fiable. El contexto en el que podemos observar a los pacientes en Manu Ene en épocas continuadas de abstinencia facilita la labor de diferenciación diagnóstica.

## Recorridos terapéuticos

---

### 1. Recorrido Motivacional

- Dirigido a:
  - Pacientes con consumos activos de sustancias.
  - No saben si van a dejar los consumos pero se lo están planteando.
  - Necesitan tiempo para reflexionar sobre las ventajas del consumo y las ventajas de la abstinencia.
  - Necesitan tomar conciencia sobre las necesidades y consecuencias de una decisión encaminada a la abstinencia.
  - Pueden necesitar una evaluación diagnóstica.
- Requisitos:
  - No se exige la abstinencia.
  - No llegar con signos evidentes de intoxicación.
  - La intoxicación evidente, el tráfico de drogas en el Hospital de Día y la violencia impedirán el trabajo durante el día con el paciente.
- Duración: 4 meses
  - Posibilidad de finalizarlo antes y/o de introducirse en alguno de los otros recorridos existentes en el Hospital de Día.

- Ninguno de los diferentes recorridos se plantean como compartimentos estancos.
- Trabajo a desarrollar en esta etapa: tiene un contenido con características:
  - Activación personal.
  - Activación familiar y del contexto.
  - Crear una vinculación.
  - Seguimiento farmacológico y patologías orgánicas.
  - Propuesta de tratamiento.
  - Creación y/o recuperación de hábitos.

## **2. Recorrido Psicoterapéutico**

- Dirigido a:
  - Pacientes con problemas por TUS, que quieran cambiar los patrones de consumo.
  - Pacientes que quieran plantearse la abstinencia.
  - Pacientes que quieran entender las razones que están presentes en su conducta de consumo y las consecuencias que conlleva.
- Requisitos:
  - Abstinencia al inicio del recorrido.
  - Aceptación de las normas del centro.
  - Someterse a Controles de Tóxicos.
  - Los tiempos se ajustarán a las necesidades de cada paciente pudiendo plantearse secuencias temporales como Hospital de Mañana y Hospital de Tarde.
- Duración: 6 meses
- Trabajo a desarrollar:
  - Participación en las diferentes propuestas psicoterapéuticas: Grupales, Sistémico-Familiares e Individuales.
  - Seguimiento farmacológico.
  - Participación en Talleres de Aprendizaje.

- Recuperación de Hábitos e Integración Social.
- Participación en grupos Mindfulness.
- Participación de Talleres Cognitivos.
- Talleres Socio-Laborales.
- Grupo de Prevención de Recaídas.
- Educación para la salud.
- Escuela de padres.

### **3. Recorrido de Integración**

- Dirigido a:
  - Pacientes que han realizado múltiples tratamientos y con periodos de abstinencia importantes y fases de recaídas repetidas.
  - Pacientes con dificultades de integración social y falta de activación.
  - Pacientes con dificultades de organización de proyectos de vida personal, laboral y de tiempo libre.
- Requisitos:
  - Abstinencia al inicio del recorrido.
  - Aceptación de las normas del centro.
  - Someterse a Controles de Tóxicos.
  - Los tiempos se ajustarán a las necesidades de cada paciente pudiendo plantearse secuencias temporales como Hospital de Mañana y Hospital de Tarde.
- Duración: 4-6 meses.
- Trabajo a desarrollar:
  - Talleres cognitivos.
  - Psicoterapia individual.
  - Intervención Familiar.
  - Grupo de Habilidades Sociales.
  - Recuperación de Hábitos e Integración Social.

- Seguimiento Farmacológico.
- Talleres socio-laborales.
- Grupo de Prevención de Recaídas.
- Tutorización estrecha por parte de los educadores.
- Escuela de padres.

#### **4. Programa de Mantenimiento**

- Finalizado el o los recorridos desarrollados, el seguimiento vuelve a realizarse desde su Centro de Salud Mental.
- Desde la actitud de flexibilidad tratando de adaptarse a las necesidades de los distintos usuarios, algunos acuden a tiempo parcial unos días/semanas para facilitar la desvinculación y ser acompañados con menor intensidad.

### **El trabajo común desarrollado en el hospital de día**

En la adaptación a Hospital de Día se consideran las derivaciones de los años previos. En muchas ocasiones se trataba de pacientes sin periodos de abstinencia y con varios diagnósticos.

Como hemos dicho anteriormente la observación clínica prolongada a lo largo de meses proporciona un contexto privilegiado para aclarar el diagnóstico en casos de Patología Dual. También permite abordar los trastornos de conducta asociados a consumos de sustancias y rigideces desadaptativas.

Se describe a continuación una propuesta de desarrollo funcional a lo largo de seis meses divididos en tres periodos de dos meses de duración cada uno.

- **Primera etapa:**
  - o Duración: 2 meses.
  - o Objetivos generales:
    - Establecimiento de la alianza terapéutica.
    - Aumento de la motivación para el cambio.
    - Apoyo y orientación a la familia.
    - Integración del paciente en el programa.

- o Módulos Comunes a ambos programas:
  - Seguimiento psicofarmacológico.
  - Seguimiento de patologías orgánicas.
  - Psicoterapia Familiar Grupal.
  - Psicoterapia de prevención de recaídas.
  - Grupo Grande Psicoeducativo.
  - Taller de Corresponsabilidad Nivel 1.
  - Taller de Habilidades Sociales y Relacionales.
  - Taller de Desarrollo Cognitivo.
  - Taller de Preparación de Fin de Semana y Tiempo Libre.
  - Mindfulness.
  - Servicio de Atención telefónica los fines de semana, que continúa a lo largo de todo el proceso.
  
- **Segunda etapa:**
  - o Duración: 2 meses.
  - o Objetivos generales de la etapa:
    - Aumento de la adherencia al tratamiento.
    - Aumento del protagonismo y la autoestima del paciente.
    - Adquisición de competencias para la resolución de conflictos.
    - Adquisición de competencias para la resolución de conflictos.
    - Adquisición de un rol activo en su proceso de tratamiento.
  - o Objetivo programa Patología Dual:
    - Conciencia de Enfermedad.
    - Mejoría de los síntomas psicopatológicos.
  - o Objetivo Programa Trastornos de Conducta:
    - Mejora del autocontrol.
    - Descubrimiento de potencialidades.
  - o Módulos comunes a ambos programas: se añaden a previos, que continúan:
    - Taller de Corresponsabilidad Nivel 2.
    - Psicoterapia Familiar en Familia de Origen.
    - Grupo de Resolución de conflictos.
    - Programa *Zaintzen* de educación para la salud.
    - Taller de Parentalidad para pacientes con hijos.
    - Taller de empoderamiento para mujeres.

– **Tercera etapa:**

- o Duración: 2 meses.
- o Objetivos generales de la etapa:
  - Profundizar y consolidar los objetivos de las etapas 1 y 2.
  - Toma de conciencia de la responsabilidad individual y colectiva.
  - Generalización de lo adquirido en un marco extra-centro.
  - Transferencia de la responsabilidad del mantenimiento de lo aprendido a la persona usuaria sin control terapéutico.
- o Objetivos programa Patología Dual:
  - Toma de conciencia de sus capacidades funcionales.
  - Inserción social en recursos externos.
- o Objetivos programa Trastornos de Conducta:
  - Mejora de la Empatía.
  - Incorporación Socio-Laboral.
- o Módulos comunes a ambos programas: se profundiza en los previos, aumentando el nivel de los talleres.

## Bibliografía

---

- Miller, W. R. y Rollnick S. *La Entrevista Motivacional*. Ed. Paidós. 2015.
- Iraurgi, I. y Laespada, T. *Nuevos Enfoques en el Tratamiento de las Drogodependencias*. Ed. IDD Universidad de Deusto. 2011.
- Abeijón, J. A. y Pantoja L. *Las Comunidades Terapéuticas. Pasado Presente y Futuro*. Ed. IDD Universidad de Deusto. 2011.
- Laespada, T.; Iragi I. *Reducción de Daños, lo Aprendido de la Heroína*. Ed. IDD Universidad de Deusto. 2009.
- Uchtenhagen, A. *What means “best practice” in addiction treatment? ¿Que significa “mejores practicas” en el tratamiento de las toxicomanías?* Revista Española de Drogodependencias volumen 37 N° 4. 2012.
- Becoña, E. y Cortes, M. *Manual de adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Ed. Sociodrogalcohol. 2010.
- Cancrini, L. *El Océano Borderline*. Ed. Paidós 2007.
- Valleur, M.; Matysiak, J. C. *Les Addictions, Panorame clinique, modeles explicatifs, debat sociale et prise en charge*. Ed. Armand Colin 2006.





## **Sección IV**

---

Tratamiento de las  
intoxicaciones más  
frecuentes



# Cap. 11. Tratamiento de las Intoxicaciones en las adicciones más frecuentes

A. Mingo, J. M. Larrazabal, I. Elortegui

## Introducción

---

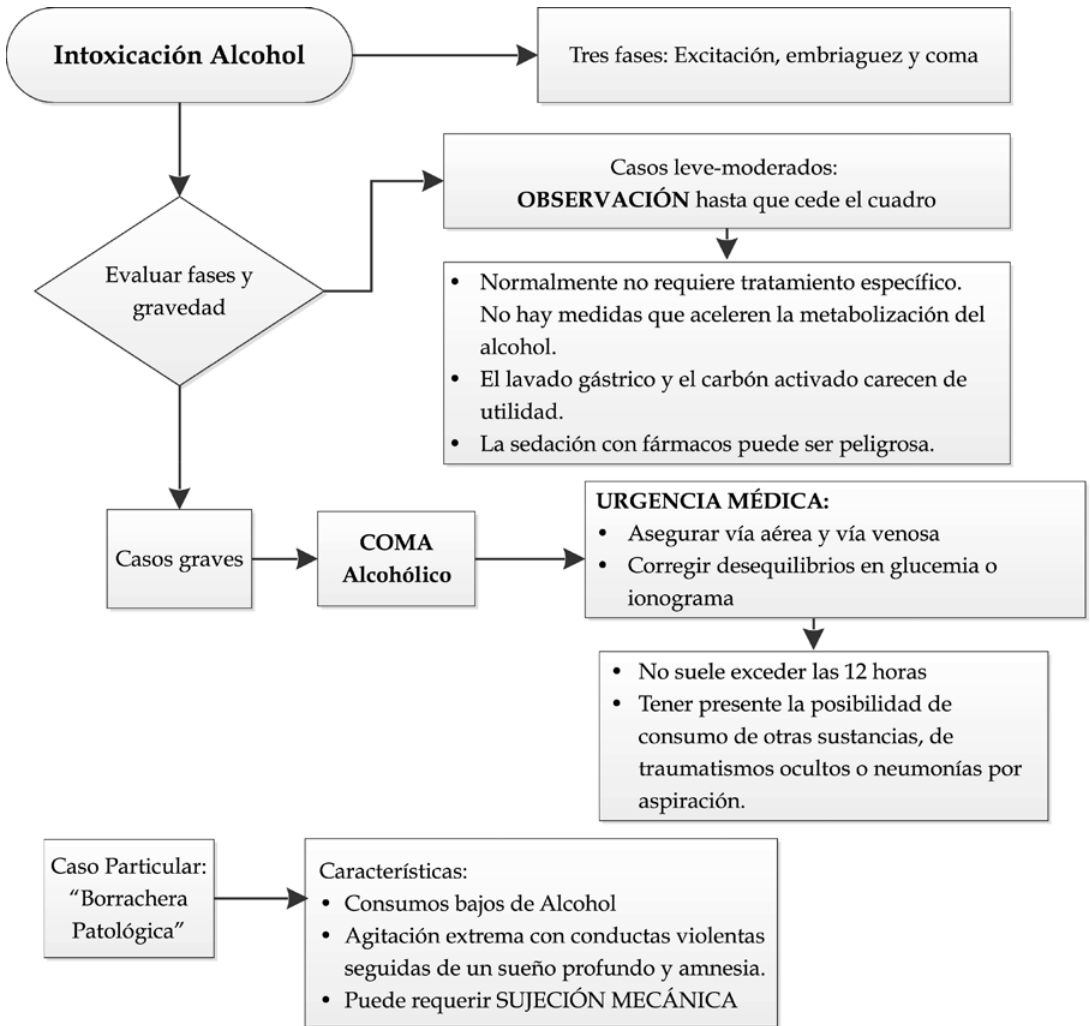
Describiremos brevemente el manejo de las intoxicaciones de las sustancias que con más frecuencia atendemos en los Centros de Salud ambulatorios:

Alcohol	Opiáceos	Cocaína y otros Psicoestimulantes	Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	Cannabis
---------	----------	--------------------------------------	---	----------

## Intoxicación por Alcohol

---

La intoxicación por alcohol tiene tres fases: de excitación, de embriaguez y de coma. En función de la dosis consumida y el grado de tolerancia.



## Intoxicación por opiáceos

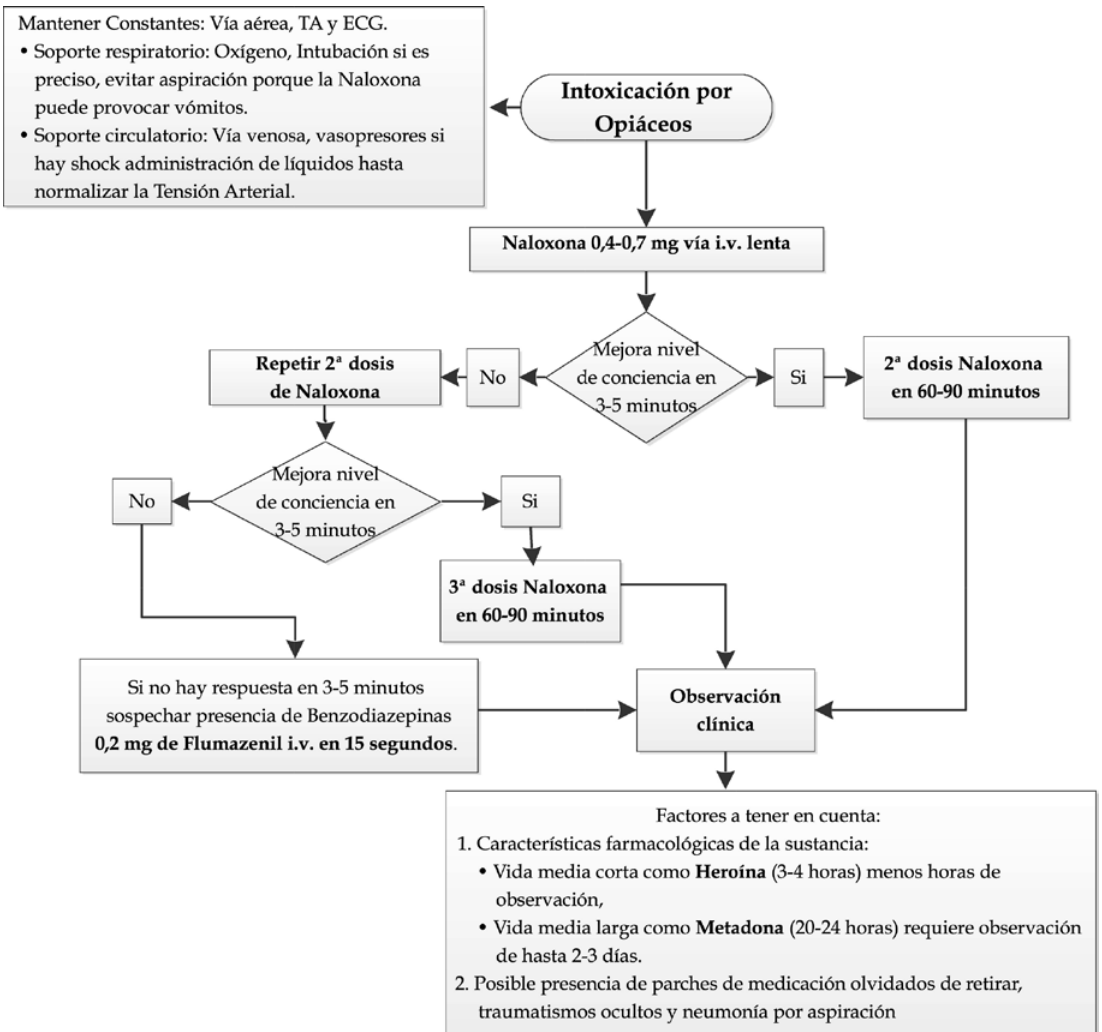
La intoxicación aguda por opiáceos se puede dar:

- Por sobredosis clínica, sobre todo en niños y ancianos.
- Por sobredosis en adictos, sobre todo con heroína y metadona.

Sintomatología: Suele cursar en dos fases:

- Fase de excitación: inquietud, agitación, actividad sensorial exaltada...
- Fase de depresión: coma profundo, miosis intensas que con la anoxia evoluciona a midriasis, depresión respiratoria...

Tratamiento Farmacológico:



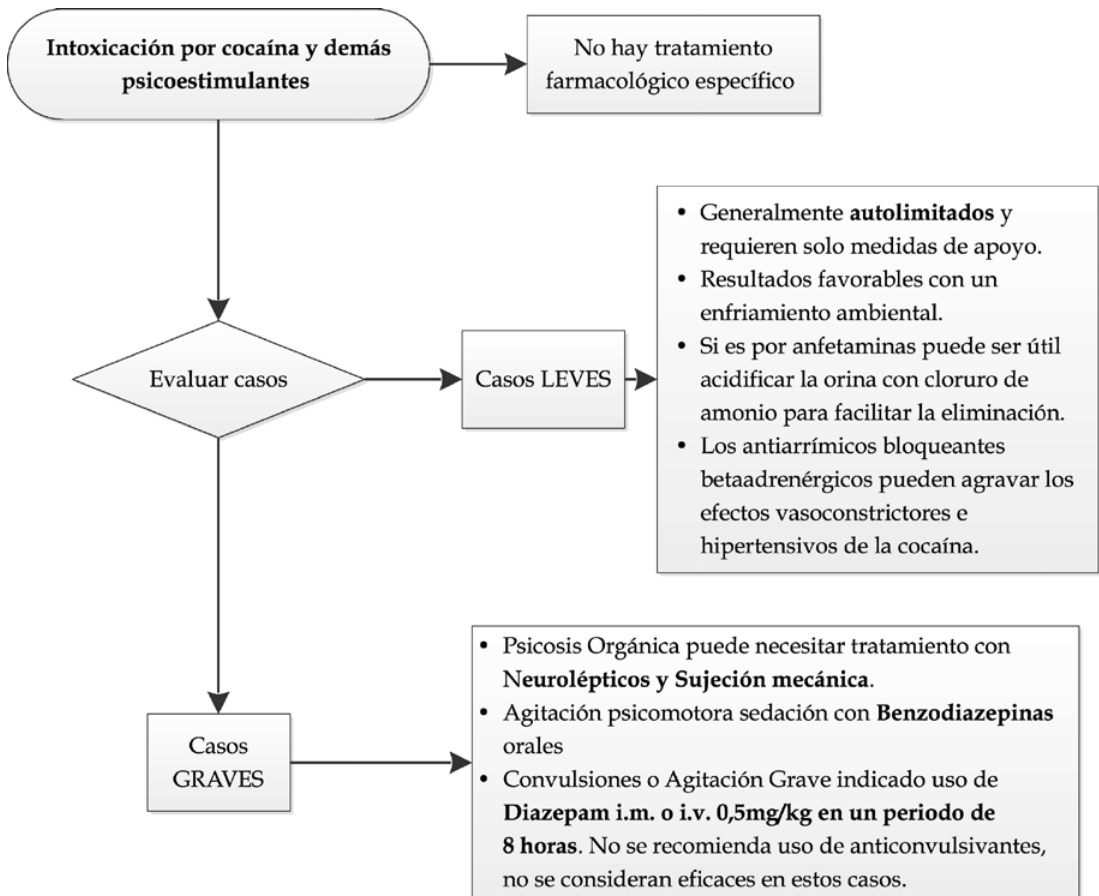
## Intoxicación por cocaína y otros estimulantes

En las intoxicaciones por estimulantes aparecen síntomas psíquicos y orgánicos que pueden llegar a ser muy graves. Pueden aparecer síntomas de origen central como inquietud, temblor, irritabilidad, hiperactividad, insomnio, fiebre y euforia. También confusión, agresividad, ansiedad, delirio o estados de pánico.

Manifestaciones cardiovasculares del tipo de cefaleas, rubor, hipertensión o arritmias. Puede terminar con convulsiones, coma y hemorragia cerebral.

Las complicaciones más graves en los cuadros de intoxicación por cocaína y otros estimulantes **se producen en las primeras horas** tras la intoxicación por lo que es muy importante ingresar y monitorizar al paciente a la mayor brevedad posible.

Tratamiento Farmacológico:

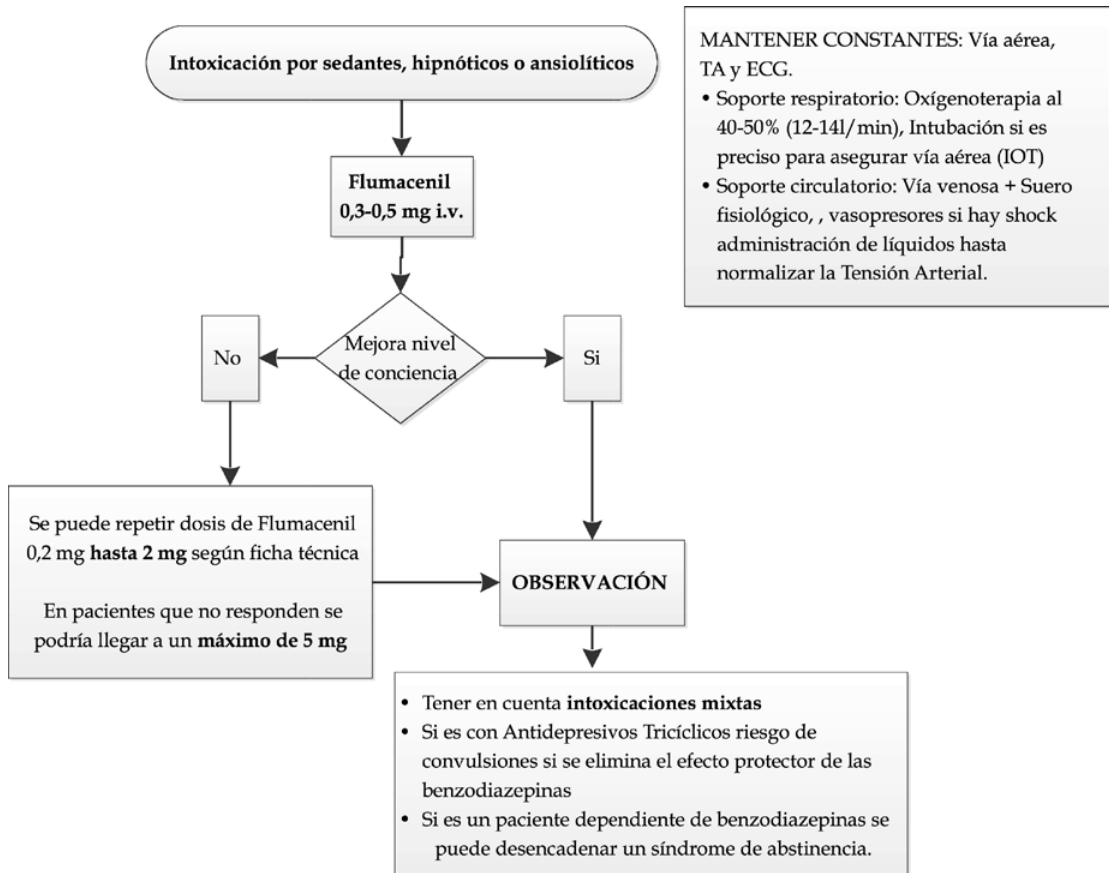


## Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Es el tipo de intoxicación **más frecuente**. En un elevado número de casos la intoxicación es mixta asociada alcohol, antipsicóticos u otros sedantes. Obliga a prestar atención especial por mayor gravedad y mayor riesgo de complicaciones.

El síntoma más frecuente es la **sedación excesiva**, con somnolencia, disminución de la concentración, de la atención, de la memoria o la coordinación motora. En casos graves puede evolucionar a alteración en el nivel de conciencia con estupor, adormecimiento y coma.

Se deben mantener las funciones vitales.



## **Intoxicación por cannabis**

---

Dosis elevadas pueden dar lugar a síntomas como desorganización del pensamiento, despersonalización con gran nivel de ansiedad que puede llegar al pánico, reducción de la capacidad de atención a estímulos externos, ilusiones, alucinaciones o sentimientos paranoides. Se puede acompañar de inhibición o agitación psicomotora.

El tratamiento es la **observación** clínica y el mantenimiento en ambiente relajado, en lugar tranquilo y lejos del bullicio. Es útil recordar al paciente que su estado está relacionado con el consumo de la sustancia, que son síntomas extraños pero que disminuyen y desaparecen rápidamente.

En algunos casos más graves puede ser útil el uso de benzodiazepinas como diazepam.

## **Bibliografía**

---

- Lorenzo, P.; Ladero, J. M.; Leza, J. C., Lizosain I. *Drogodependencias*. 1ª. Ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 1998.
- Kramer, J. F.; Cameron, D. C. *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; 1975.
- Galanter, M.; Kleber, H. D. *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona. Masson SA; 1997.
- Mirin, S. M.; Batki, S. L.; Bukstein, O. et al. *Guía clínica para el tratamiento por consumo de sustancias*. Barcelona. Ars Médica; 2001.
- García-Moncó, J. C. *Manual del medico de guardia 2006-2007*. 5ª edición, Ediciones Díaz de Santos: 460-464.
- Red de Salud Mental de Bizkaia. Guía de actuación de urgencias 2012: Bilbao: 9-11.
- Civeira Murillo, J.; Perez Poza, A.; Corbera, M. (arg.). En: *Urgencias en psiquiatría. Manual con criterios prácticos de actuación*. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. 2003: 141-142.



## **Sección V**

---

Desintoxicaciones  
y tratamientos  
sustitutivos en las  
Adicciones más  
frecuentes en medio  
ambulatorio



# Cap. 12. Desintoxicación ambulatoria de la dependencia alcohólica

F. J. Ogando, P. López, J. García San Cornelio

## Introducción

---

La abstinencia en la dependencia alcohólica está asociada a importantes niveles de morbilidad y mortalidad cuando se trata de forma inadecuada o cuando no se trata. Todos los pacientes en dicha situación necesitan supervisión y en un alto porcentaje cobertura farmacológica para modificar y atenuar la reversión de la neuroadaptación inducida por el alcohol.

La benzodiacepinas son reconocidas como el tratamiento de elección junto con otros fármacos o grupos farmacológicos emparentados con ellas (Clometiazol, Tiapride, antiepilépticos, etc.). Tienen tolerancia cruzada con el alcohol y propiedades anticonvulsivas.

Los suplementos vitamínicos constituyen una importante ayuda terapéutica por la profilaxis y/o tratamiento del síndrome de Wernicke, Korsakoff y otros cuadros clínicos relacionados con déficits vitamínicos.

## Manejo de la desintoxicación alcohólica

---

Antes de iniciar un tratamiento de desintoxicación hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

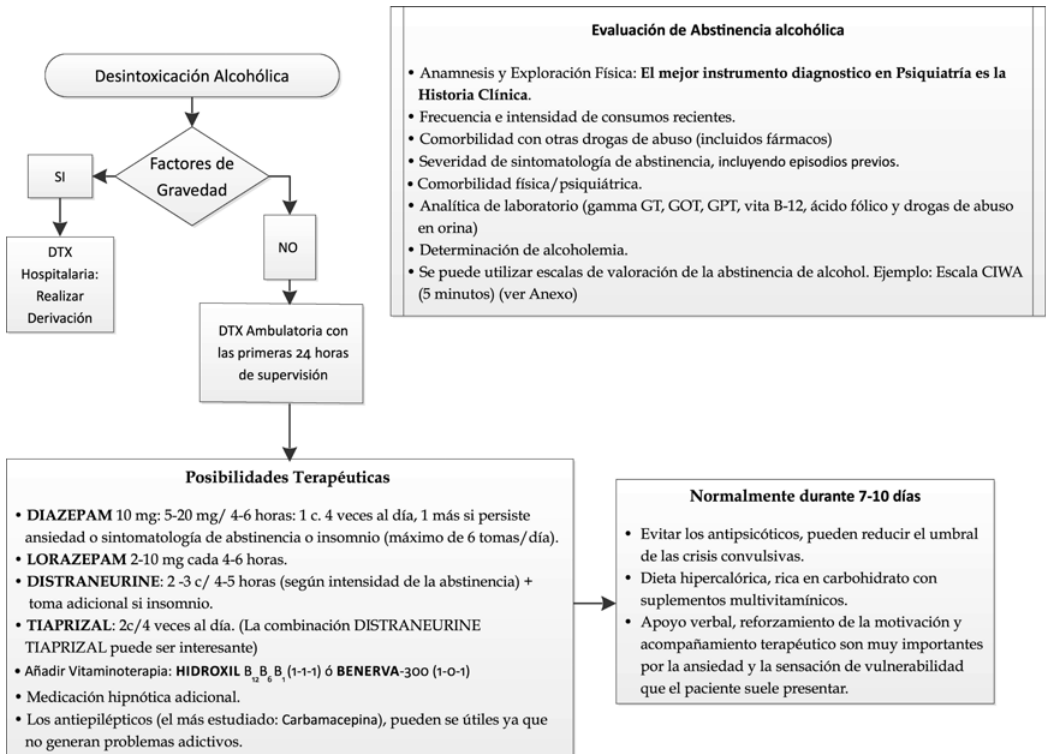
- ¿Quiere el paciente la desintoxicación?
- ¿Cuál es la finalidad del tratamiento?

La finalidad previsible del tratamiento incluye la supresión de la sintomatología de abstinencia, la prevención de las complicaciones y alcanzar la abstinencia. El manejo de la sintomatología de la abstinencia puede considerarse como la fase inicial de un proceso más amplio de la deshabitación. Evaluar la gravedad de la dependencia se hace necesario para determinar el encuadre del tratamiento.

La mayoría de los pacientes pueden afrontar el tratamiento de desintoxicación de forma ambulatoria y segura con una supervisión médica regular, pero algunos necesitarán tratamiento farmacológico para garantizar la seguridad del proceso. Sin embargo, el ingreso hospitalario está indicado en los algunos casos:

**Ingreso Hospitalario en pacientes con:**

- Dependencia severa.
- Antecedentes de Delirium Tremens o cuadros de abstinencia graves.
- Comorbilidad con dependencia de otras sustancias.
- Antecedentes de desintoxicaciones ambulatorias fracasadas.
- Carencia de soporte socio-familiar.
- Deterioro cognitivo.
- Comorbilidad psiquiátrica severa (riesgo de suicidio, depresión o psicosis en fase aguda...)
- Comorbilidad orgánica severa (diabetes, hipertensión, malnutrición, infecciones,... etc.



## El síndrome de abstinencia

En los bebedores dependientes del alcohol se producen una serie de cambios en su sistema nervioso (neuroadaptación) motivados por la presencia constante de alcohol en el organismo. Cuando la concentración de alcohol en sangre desciende bruscamente, el sistema nervioso central experimenta un estado de hiperexcitabilidad e hiperactivación produciéndose el síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia no es una entidad uniforme. Varía significativamente en manifestaciones clínicas y severidad. Los síntomas pueden oscilar desde un insomnio leve o moderado a un cuadro de Delirium Tremens.

Los primeros síntomas y signos de abstinencia aparecen a las pocas horas de la última ingesta alcohólica y alcanzan un máximo en 24-28 horas. Incluye inquietud, agitación, temblor, sudoración, ansiedad, náuseas, vómitos, pérdida de apetito e insomnio. También son evidentes taquicardia e hipertensión sistólica. Las convulsiones generalizadas son poco frecuentes, generalmente a las 24 horas de la última ingesta.

La mayoría de los cuadros de la abstinencia alcohólica son de intensidad leve o moderada y desaparecen al de 5 ó 7 días tras la última ingesta. En casos graves y poco frecuentes (5% aprox.) puede desarrollarse un Delirium Tremens.

El Delirium Tremens es un estado tóxico confusional que ocurre cuando los síntomas son graves y a menudo asociado a enfermedad médica. Es una situación de riesgo vital con una mortalidad de aproximadamente el 5%. La clásica triada sintomatológica incluye estado confusional, alucinaciones vívidas que afectan a varias áreas sensoriales y temblor intenso. La sintomatología también incluye ideación delirante, agitación, insomnio e hiperactividad vegetativa (taquicardias, hipertensión, sudoración y fiebre). Los síntomas típicos alcanzan un pico entre las 72 y 96 horas después de la última ingesta. Los síntomas prodrómicos habitualmente incluyen insomnio nocturno, inquietud, angustia y confusión.

El tratamiento del Delirium Tremens requiere diagnóstico precoz y traslado inmediato al dispositivo sanitario donde poder administrar Diazepam intravenoso, tratar las complicaciones médicas, reponer electrolitos, hidratar y administrar Tiamina (vit. B) y otras vitaminas.

### Factores de riesgo para el Delirium Tremens y crisis convulsivas:

- Dependencia alcohólica severa.
- Antecedentes de Delirium Tremens.
- Antecedentes de múltiples episodios previos de hospitalización por la dependencia del alcohol.
- Personas mayores.
- Enfermedad médica aguda comórbida.
- Sintomatología de abstinencia severa e intensa.

## Evaluación de la abstinencia alcohólica

1. Depende de la gravedad de la dependencia y cuantía de ingestas por día.
2. Escalas: Se puede utilizar escalas de valoración de la abstinencia de alcohol, una de las más conocidas es la CIWA (5 minutos). Mide la gravedad de la sintomatología de abstinencia: CIWA: Leve <15 moderada: 16-20 y >20 grave.

ANEXO-CIWA. Otra Escala de abstinencia alcohólica - SAW (>12). [w.soapriote.org/mentalhealth/short. Alcohol-withfrawal-sacale/](http://w.soapriote.org/mentalhealth/short.Alcohol-withfrawal-sacale/)

## Utilización de Benzodicepinas

Elección BZD	<ul style="list-style-type: none"><li>• La elección de benzodicepina puede variar en función de circunstancias tanto del paciente como de la experiencia del médico.</li><li>• Diazepam, Lorazepam o Cloracepato son las más utilizadas en circunstancias no complicadas.</li><li>• Benzodicepinas de vida media corta como Oxacepam son de elección en pacientes con alteraciones hepáticas.</li><li>• Benzodicepinas de vida media larga pueden ser más efectivas en la prevención de crisis y delirium pero tienen riesgo de acumulación en pacientes ancianos y con alteraciones hepáticas</li></ul>
Dosis	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tras una dosis de choque inicial puede continuarse con nuevas dosis cada 90-120 minutos. Si se produce sedación, espaciar las dosis siguientes de forma progresiva. (Ver algoritmo anterior)</li><li>• Lo habitual es realizar 4-6 tomas en 24 horas según la intensidad o gravedad del cuadro y en los días siguientes ir disminuyendo la frecuencia y posología.</li><li>• Dosis adicionales pueden ser requeridas para ajustar dosis, para controlar sintomatología de abstinencia los primeros 2-3 días hasta estabilizar y controlar el cuadro clínico.</li></ul>

Vía de administración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía oral, lo más frecuente.</li> <li>• La toma de benzodicepinas por vía intramuscular se suele evitar por su absorción irregular, se puede usar intravenosa cuando se requiera.</li> </ul>
Duración del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se usan normalmente durante 7-10 días</li> </ul>

## Bibliografía

---

- Pérez de los Cobos, J. C.; Valderrama, J. C.; Cervera, G.; Rubio, G. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- National Collaborating Centre of Mental Health. (2011). *Alcohol-use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*: NICE Clinical guideline 115. Recuperado en <http://www.nice.org.uk/CG115> [NICE guideline].
- McGrath, S. D. (1975). A controlled trial of chlormethiazole and chlordiazepoxide in the treatment of the acute withdrawal phase of alcoholism. *Br. J. Addict.*, 70: 81-90.
- Guardia Serecigni, J.; Jiménez-Arriero, M. A.; Pascual, P.; Flórez, G. y Contel, M. (2008). *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo* (2ª ed.). Barcelona: Socidrogalcohol
- Berglund, M.; Thelander, S.; Salaspuro, M.; Franck, J.; Andreasson, S.; Ojehagen, A. (2003). *Treatment of Alcohol Abuse, An Evidence-Based Review*. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(10) October 2003.
- Collins, M. N.; Burns, T.; van den Berk P. A.; Tubman, G. F. *A structured programme for out-patient alcohol detoxification*. *Br J Psychiatry*. 1990 Jun; 156: 871-4.
- Yost, D. A. *Alcohol withdrawal syndrome*. *Am Fam Physician* 1996; 54: 657.
- Sellers, E. M. y Kalanl, H. (1976). *Alcohol intoxication and withdrawal*. *N. Engl. J. Med.*, 294, 757-62.
- Mark Hyatt, M. D.; Todd Cheever, M. D.; Rosalyn Eldot, P.A.e. *Diazepam para la desintoxicación de alcohol RET*, *Revista de Toxicomanías*. N°. 16-1998.

## Abordaje de las adicciones en red

Se puede utilizar escalas de valoración de la abstinencia de alcohol. Una de las más conocidas es la CIWA (5 minutos):

Leve <15,

Moderada: 16-20

Grave >20

### ESCALA CIWA

Nauseas y vómitos:	
0: Sin nauseas ni vómitos 1: Nauseas leves sin vómitos 2 3 4: Nauseas intermitentes con esfuerzos secos 5 6 7: Nauseas constantes y vómitos	
Alteraciones táctiles:	
0: Ninguna 1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo,...) 2: Ídem suave 3: Ídem moderado 4: Alucinaciones moderadas 5: Alucinaciones severas 6: Alucinaciones extremas 7: Alucinaciones continuas	
Temblor:	
0: Sin temblor 1: No visible, puede sentirse en los dedos 2 3 4: Moderado con los brazos extendidos 5 6 7: Severo, incluso con los brazos no extendidos	



Alteraciones auditivas:	
<p>0: Ninguna                  1: Muy leves sonidos secos o capaces de asustar                  2: Ídem leves                  3: Ídem moderados                  4: Alucinaciones moderadas                  5: Alucinaciones severas                  6: Alucinaciones extremas                  7: Alucinaciones continuas</p>	
Sudor:	
<p>0: No visible                  1: Palmas húmedas                  2                  3                  4: Sudor en la frente                  5                  6                  7: Empapado</p>	
Alteraciones visuales	
<p>0: Ninguna                  1: Muy leves                  2: Leves                  3: Moderadas                  4: Alucinaciones moderadas                  5: Alucinaciones severas                  6: Alucinaciones extremas                  7: Alucinaciones continuas</p>	
Ansiedad	
<p>0: No ansioso                  1: Ligeramente                  2                  3                  4: Moderado                  5                  6                  7: Ataque agudo de pánico</p>	

## Abordaje de las adicciones en red

Cefalea	
0: No presente 1: Muy leve 2: Leve 3: Moderada 4: Moderadamente severa 5: Severa 6: Muy severa 7: Extremadamente severa	
Agitación	
0: Actividad normal 1: Algo hiperactivo 2 3 4: Moderadamente inquieto 5 6 7: Cambio continuo de postura	
Orientación y Funciones superiores	
0: Orientado y puede sumar 1: No puede sumar, indeciso en la fecha 2: Desorientado temporalmente (<2 días calendario) 3: Mayor desorientación temporal (>2 días) 4: Desorientación espacial y/o en persona	

# Cap. 13. Tratamiento sustitutivo de opioides

T. Errasti, M. A. Salazar

## Introducción

---

Consiste en una intervención farmacológica frente a la dependencia de opiáceos bajo prescripción médica. Los objetivos principales de estos tratamientos son:

1. Eliminar los síntomas de la abstinencia.
2. Evitar el consumo de opiáceos ilegales.
3. Mantenimiento de la abstinencia.

## 1. Tratamiento con Agonistas Opioides: Metadona y Buprenorfina

---

### A. Tratamiento de Deshabitación con Metadona

En la actualidad los agonistas de elección son la metadona (agonista total) y la buprenorfina (agonista parcial). Fundamentalmente porque su vida media es más larga y permite una administración más espaciada en el tiempo lo que favorece el cumplimiento terapéutico.

La metadona es un opiáceo sintético con propiedades generales similares a la morfina. Se absorbe muy bien por el tracto gastrointestinal. Se une fuertemente a las proteínas plasmáticas. Se metaboliza en hígado y los metabolitos se excretan por orina y heces. La excreción urinaria es pH dependiente, aumentando a medida que disminuye el pH.

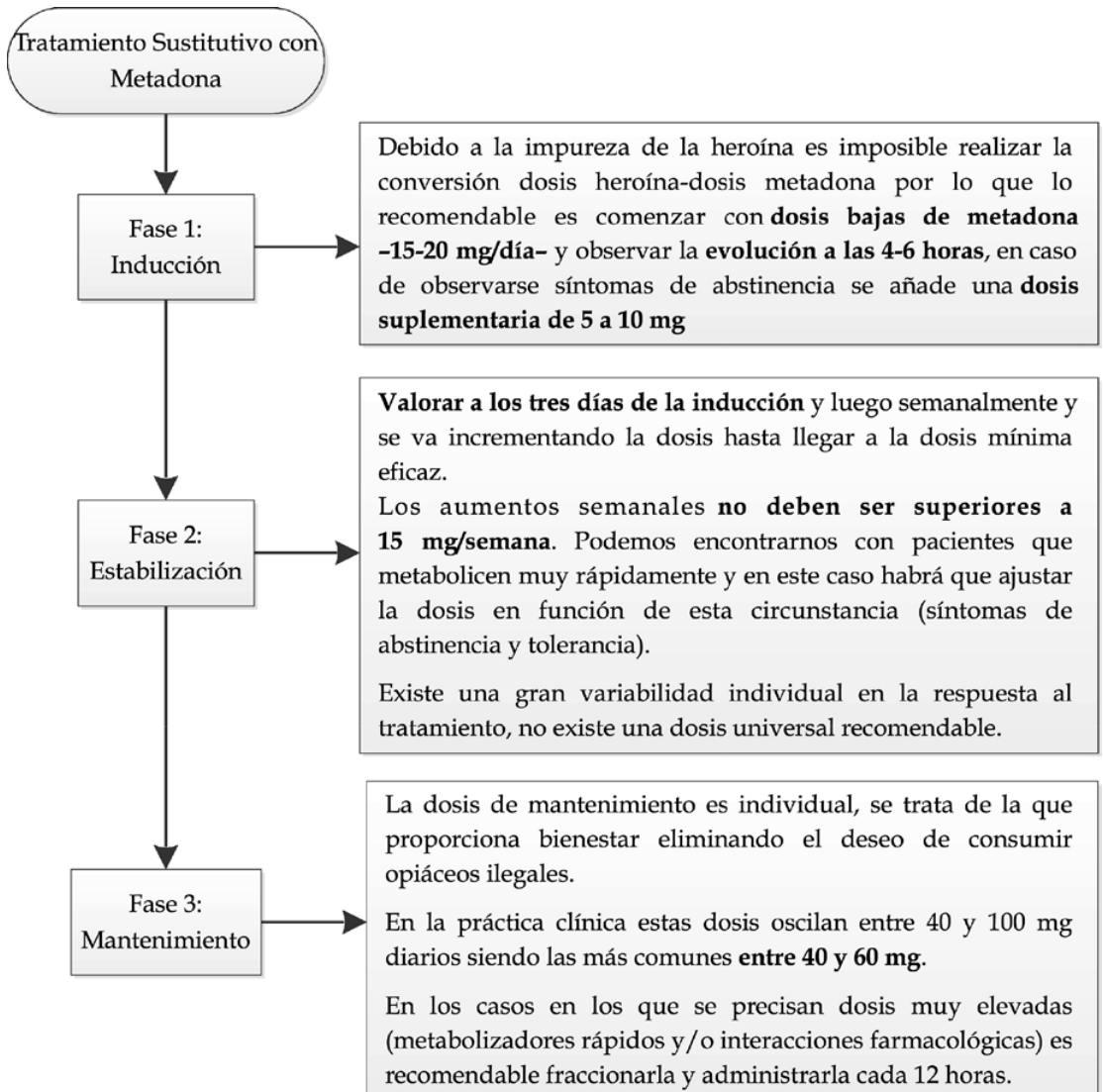
La administración oral tiene un comienzo de acción a los 30-60 minutos y la semivida es de 24-36 horas lo que proporciona una concentración plasmática estable con una dosis única diaria.

### *Efectos secundarios*

Los efectos secundarios más frecuentes son: náuseas, vómitos, estreñimiento, aumento de peso, sudoración, euforia, depresión respiratoria y apnea. Se presentan al iniciar el tratamiento y se van minimizando con el transcurso del tiempo.

Un efecto secundario que merece especial consideración es el **alargamiento del espacio QT**: la metadona puede producir trastornos en la repolarización cardiaca que a nivel electrocardiográfico se refleja en el alargamiento del espacio QT, por lo que se recomienda que en pacientes con factores de riesgo de arritmia, con cardiopatía establecida o con factores de riesgo cardiaco se realice un electrocardiograma inicial y de seguimiento.

### Posología en tres fases



**Contraindicaciones**

- Hipersensibilidad al producto
- Insuficiencia renal grave
- Insuficiencia hepática grave
- Insuficiencia respiratoria grave

**Interacciones**

Antagonistas opiáceos: Naltrexona, naloxona y nalmafene	Provocarían <b>Síndrome de Abstinencia a Opiáceos (SAO)</b> .
Agonistas-antagonistas: Buprenorfina pentazocina y tramadol	También provocarían <b>SAO</b> .
Antiretrovirales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleosido (zidovudina, abacavir, didanosina, estavudina, zalcitabina, lamivudina): <b>la metadona aumenta su toxicidad</b>.</li> <li>• Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleosido (nevirapina, efavirenz, delavirdina). Pueden <b>disminuir la eficacia de la metadona</b> por lo que se recomienda aumentar la dosis y/o fraccionarla.</li> <li>• Inhibidores de la proteasa (abacavir, indinavir, ritonavir, saquinavir, nelfinavir, telaprevir, boceprevir): Pueden <b>disminuir la eficacia de la metadona</b> por lo que se recomienda aumentar la dosis y/o fraccionarla.</li> </ul>
Rifampicina	<b>SAO</b> que obliga a aumentar y fraccionar la dosis cada 12 horas.
Carbamacepina	Puede causar <b>SAO</b> .
Benzodiacepinas y otros depresores del SNC	Incrementan los efectos de la metadona.
Antidepresivos tricíclicos y antipsicóticos	Metadona incrementa su toxicidad (especial atención al alargamiento del espacio QT).

**B. Tratamiento Deshabitación con Buprenorfina**

La buprenorfina es un agonista parcial de los receptores opiáceos *mu* y antagonista de los receptores *kappa*. Presenta mayor afinidad por el receptor *mu* que otros opiáceos por lo que los desaloja pero su actividad es menor. Al desalojar de los receptores a otros opiáceos puede provocar un SAO, hecho fundamental al comenzar la inducción del tratamiento. A diferencia de la heroína y otros agonistas totales los efectos dosis-dependiente tienen un tope y no continúan aumentando aunque se incremente la dosis (efecto techo) por lo que es más difícil una sobredosis.

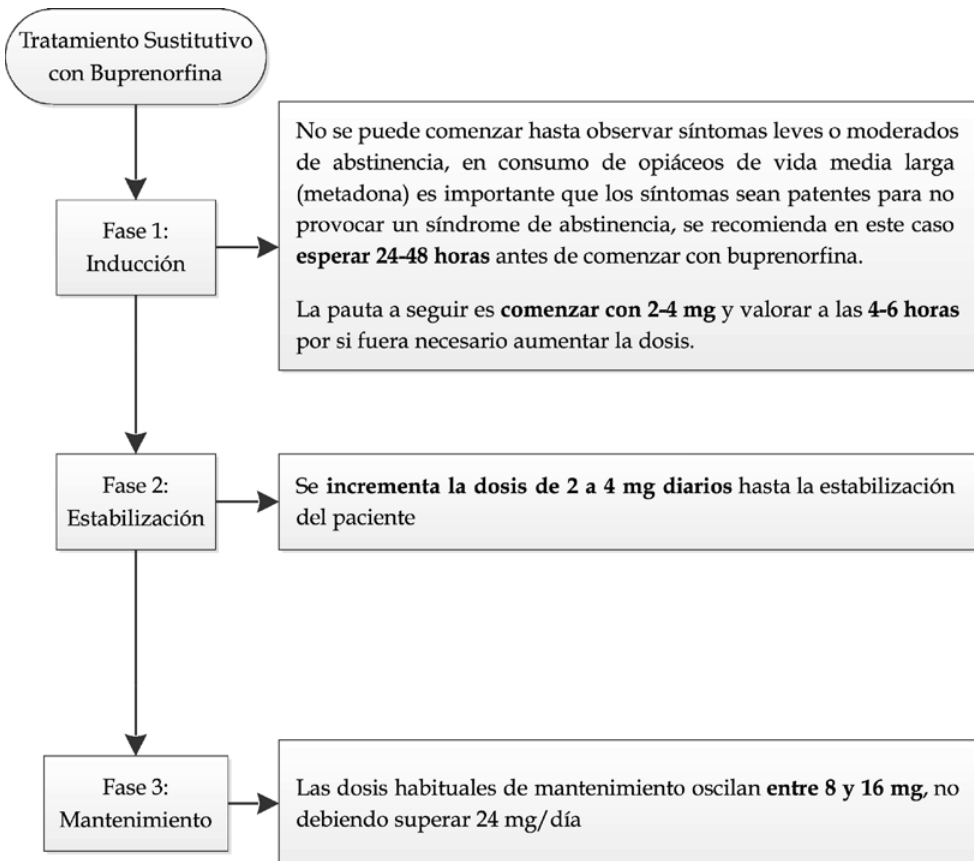
La vía de administración es sublingual, los efectos comienzan a los 30-60 minutos, el pico máximo es de 1 a 4 horas y la vida media es de 36 horas. La biodisponibilidad es baja por vía digestiva.

La buprenorfina se comercializa en comprimidos junto con naloxona, ésta última apenas se absorbe por vía sublingual y así se evita el consumo por vía intravenosa que si provocaría un síndrome de abstinencia.

### **Efectos secundarios**

Los más frecuentes son: cefalea, náuseas, vómitos, estreñimiento, astenia, sedación y sudoración. Por su farmacología puede aparecer síndrome de abstinencia en la fase de inducción.

### **Posología en tres fases**



**Contraindicaciones**

- Hipersensibilidad al producto.
- Insuficiencia renal grave.
- Insuficiencia hepática grave.
- Insuficiencia respiratoria grave.
- Embarazo y lactancia.

**Interacciones**

Otros opiáceos	Puede provocar un SAO por lo que no debe ser administrada hasta observar síntomas de privación.
Depresores del SNC	Incrementan los efectos sedantes de la buprenorfina.
Antirretrovirales: Inhibidores de la proteasa.	Potenciar el efecto de buprenorfina pudiendo ser necesario reducir la dosis de ésta.
Antifúngicos: ketoconazol, itraconazol.	Potenciar el efecto de buprenorfina pudiendo ser necesario reducir la dosis de ésta.

**2. Tratamiento con Antagonistas Opioides: Naltrexona**

Los tratamientos con antagonistas tienen como objetivo el mantenimiento de la abstinencia. Entre los antagonistas opioides la **naltrexona** es el único que ofrece un perfil adecuado para el tratamiento de deshabituación de opiáceos. Es un antagonista competitivo a nivel de los receptores *mu*, *kappa* y *delta*.

Se absorbe bien por vía oral y los efectos aparecen alrededor de 15-30 minutos de su administración. Se metaboliza en el hígado y se excreta por orina. Su vida media de eliminación permite la administración en pautas de 24, 48 y 72 horas en dosis de 50, 100 y 150 mg. No produce tolerancia ni adicción.

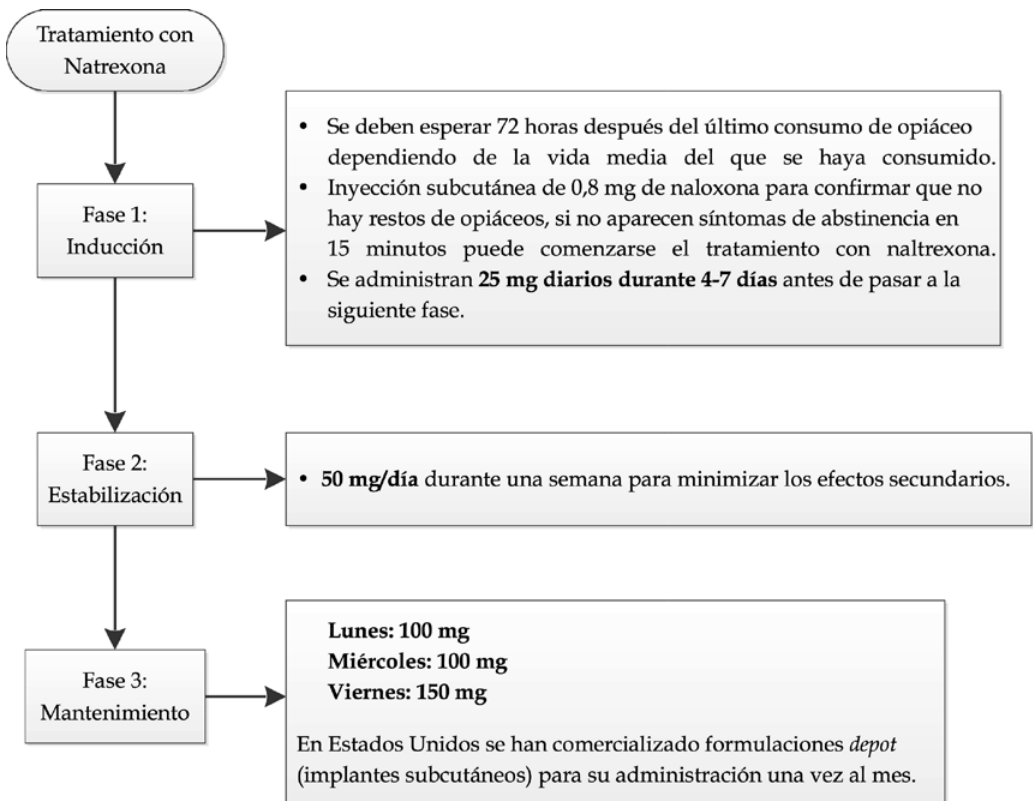
**Efectos secundarios**

- Náuseas, vómitos y dolor abdominal.
- Ansiedad, insomnio, astenia.

- Hepatotoxicidad (debe ser retirado si la elevación de las transaminasas es tres veces la normal).
- Hay que tener especial atención a la interrupción del tratamiento y su finalización por el riesgo de sobredosis de opiáceo en caso de su consumo.

### Posología

Una dosis de **50 mg/día** provoca un bloqueo de 24 horas.



### Contraindicaciones

- Hipersensibilidad al producto.
- Insuficiencia hepática.
- Uso o consumo de opiáceos.



**Interacciones**

No se recomienda utilizar de forma concomitante con otros fármacos potencialmente hepatotóxicos.

### 3. Resumen de las recomendaciones para el tratamiento con agonistas/antagonistas opioides

---

	Metadona	Buprenorfina	Naltrexona
Tiempo de abstinencia	0	Heroína: 6 hs Metadona: 24-48 hs	Heroína: 24 hs Metadona: 24-72 hs
Inducción	15-20 mg/día	2-4 mg/día	25 mg/día
Estabilización	15 mg/semana	4-8 mg/día	50 mg/día
Mantenimiento	40-100 mg	8-16 mg/día	L-Mx-V: 100-100-150 mg

### Bibliografía

---

- Fernández, J.; Gutierrez, E.; Marina, P. A. *Actuaciones clínicas en trastornos adictivos*. Madrid: Aula Médica, 2002.
- Arias, F.; Castillo, C.; Fernández, J.; Roncero, C.; Rovira, M. A.; Secades, R. *Opiáceos*. Barcelona: Socidrogalcohol, 2008.
- Bobes, J.; Bobes, M. T. *Efectividad a largo plazo de los tratamientos de mantenimiento con metadona en personas con adicción a derivados opiáceos*. Adicciones, 2012.
- OMS. *Guía para el tratamiento farmacológico de la dependencia a opiáceos*. Ginebra. 2009. [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)
- Informe general. Subdirección general de coordinación de sanidad penitenciaria. 2009. [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe\\_General\\_2009.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2009.pdf)



# Cap. 14. Desintoxicación de cocaína y demás psicoestimulantes

L. Uriarte, L. García, M. Silva, B. Hernani, J. Sanz

## Introducción

---

Dentro de la categoría de psicoestimulantes se encuentran la cocaína, las anfetaminas y las sustancias tipo anfetaminas. Los síntomas tanto en la intoxicación como en la abstinencia son similares, las diferencias en la clínica se deben fundamentalmente a la vida media respectiva de cada sustancia: 40-60 minutos para la cocaína y de 6-12 horas para la anfetamina. Nos centraremos sobre todo en el manejo de la cocaína, entendiendo que el manejo de la misma resulta extrapolable al resto de psicoestimulantes.

## Características de la dependencia y abstinencia de cocaína

---

Los mecanismos neuroquímicos fundamentales de la dependencia de cocaína a pesar de los avances en este campo no están totalmente determinados, afectando a múltiples áreas cerebrales. Se postula que:

1. El efecto agudo de la cocaína tiene una acción directa sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico de la recompensa, estimulando las neuronas dopaminérgicas, lo que estaría en la base de la dependencia:
  - Antagonista del transportador de la dopamina, inhibiendo la re-captación de la misma
  - Incremento en la síntesis de Dopamina
  - Hipomodulación de los receptores dopaminérgicos post-sinápticos
2. Sin embargo, el uso prolongado provocaría una desregulación en la actividad dopaminérgica, con depleción de dopamina, con necesidad de aumentar la dosis para llegar al mismo efecto.
3. La cocaína también bloquea los transportadores presinápticos de serotonina y noradrenalina, así como influencia otros sistemas como el glutamato, GABA y endocannabinoide.
4. Existiría además una hipofrontalidad en individuos con dependencia de cocaína.

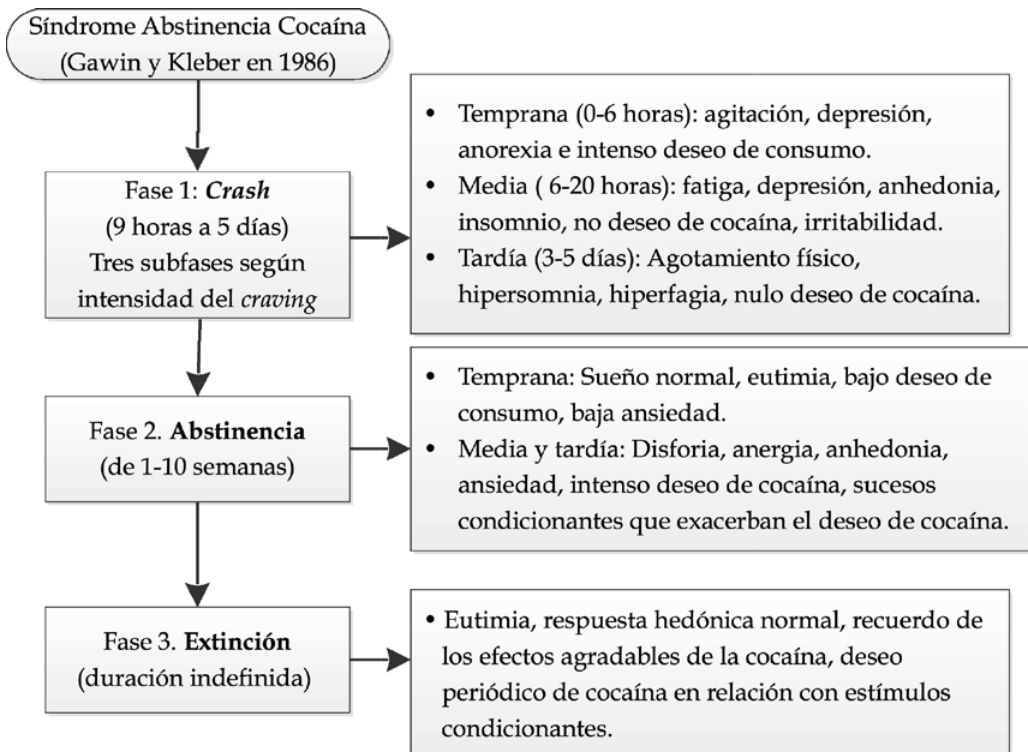
Podemos hablar de la instauración de la dependencia a partir de la aparición de dos signos:

- Incapacidad para mantener la abstinencia más allá del *craving*
- Efecto paradójico o tolerancia inversa que se caracteriza por la pérdida de los efectos estimulantes con el uso crónico de la cocaína

## Síndrome de abstinencia de cocaína

No tiene un patrón definido aunque muestra una característica definitoria: no presenta conducta de búsqueda de la droga y el consumo de la misma en plena abstinencia no elimina la sintomatología de la privación.

Como guía práctica, sin embargo, usaremos la descripción que realizan Gawin y Kleber en 1986 respecto a las fases del síndrome de abstinencia:



## Tratamiento del consumo de cocaína

---

Hasta el momento no hay medicaciones aprobadas para el tratamiento de esta enfermedad y las intervenciones psicológicas estudiadas han demostrado un efecto limitado.

En el tratamiento siempre habrá que tener en cuenta otros trastornos psiquiátricos posibles (dependencia de otras sustancias incluido el alcohol, depresión, TDAH, TOC, trastornos psicóticos) y su tratamiento.

## Desintoxicación de cocaína

---

El síndrome de abstinencia agudo no suele ser una situación que requiera cuidados médicos especiales, por lo que el soporte psicológico suele ser suficiente, aunque hay situaciones que requieren de un apoyo psicofarmacológico. Normalmente es un tratamiento ambulatorio pero existen una serie de circunstancias que indiquen hospitalización durante el proceso.

### Desintoxicación Hospitalaria en:

- Fracasos en tratamientos ambulatorios previos.
- Comorbilidad orgánica grave.
- Patología psiquiátrica grave.
- Problemática social que imposibilite un control ambulatorio del paciente.
- Poli consumo de otras drogas.
- Solicitud expresa del paciente ante la vivencia de falta de control.

## Fármacos usados en desintoxicación

---

No hay ningún tratamiento que haya demostrado su eficacia en ensayos clínicos controlados. Entre los más usados:

- **Agonistas dopaminérgicos:** la amantadina y bromocriptina han sido usadas para tratamiento de síntomas de abstinencia precoz basados en hipótesis de que el consumo prolongado produce depleción de dopamina postsináptica e hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos responsables de las manifestaciones de abstinencia y craving. Las evidencias científicas

recogidas hasta el momento no ofrecen ventajas en cuanto a su eficacia y tolerabilidad.

- En caso de antecedentes de crisis convulsivas secundarias al consumo o abstinencia de cocaína, valorar el uso de **antiepilépticos** de manera preventiva.
- El **propranolol** podría ser una alternativa eficaz para el tratamiento del síndrome de abstinencia de cocaína severo aunque es preciso un mayor número de estudios.

## Fármacos usados en deshabitación

---

No hay tratamiento farmacológico aprobado en la actualidad para su uso en deshabitación de cocaína. Los diferentes fármacos estudiados son los siguientes:

- **Agonistas dopaminérgicos:** amantadina, bromocriptina y pergolida han sido los más estudiados en la dependencia de cocaína por su capacidad de corregir la hipofunción dopaminérgica. Sin embargo, las revisiones realizadas sobre estos tres fármacos no aportaron evidencias de eficacia y tolerabilidad suficientes. La levodopa/carbidopa, también usada en ensayos clínicos por incremento en la síntesis de dopamina, no ofrece resultados relevantes.
- **Antagonistas dopaminérgicos:** una de las postulaciones era que los antagonistas dopaminérgicos podrían bloquear los efectos comportamentales, el refuerzo positivo y el efecto *priming* de la cocaína. Dos amplias revisiones realizadas sobre el tratamiento farmacológico de la dependencia de cocaína no encuentran evidencias científicas que permitan avalar la eficacia de estos fármacos en la dependencia de cocaína.
- **Antidepresivos:** un gran número de antidepresivos se han investigado por su capacidad de bloquear la receptación de serotonina, noradrenalina y en algunos casos dopamina para favorecer la recuperación de los depósitos de estas sustancias asociados a la supresión brusca del consumo de cocaína. Pero no hay suficientes evidencias hasta el momento que apoyen la eficacia del uso de antidepresivos en la deshabitación de cocaína.
- **Anticonvulsivantes/eutimizantes:** ensayados por el efecto *kindling* de la cocaína, como por la afectación de la vía mesocorticolímbica sobre la que también actúan y por el efecto GABAérgico y antagonista del glutamato de algunos anticonvulsivos.

Carbamazepina	Muy estudiado, en un metaanálisis no se pudo ratificar la eficacia de la carbamazepina en el tratamiento de la dependencia de cocaína. Es importante la capacidad inductora del citocromo p 3A4 que puede dar lugar a interacción con cocaína aumentando los niveles de norcocaína, metabolito con capacidad hepatotóxica y cardiotóxica.
Oxcarbamacepina	Se necesitan más estudios controlados que avallen su como alternativa a las BZD en pacientes politoxicómanos.
Valproato	Resultados contradictorios, no datos concluyentes.
Vigabatrina	Tiene un efecto marcadamente Gabaérgico por lo que en algunos estudios se ha visto que podría bloquear el refuerzo y disminuir el craving. La vigabatrina no está comercializada en algunos países debido a la preocupación por los efectos secundarios oftalmológicos que no han sido observados durante estudios de corta duración.
Tiagabina	No datos concluyentes en estudios en comparación con placebo. Un estudio reciente habla de su posible eficacia en la abstinencia temprana para el tratamiento de las alteraciones del sueño.
Topiramato	Fármaco con efectos Gabaérgicos y antiglutamatérgicos, lo que permitiría reducir el craving. Es el primer anticonvulsivo en el que se ha realizado un ensayo cerrado en el tratamiento de la adicción a cocaína. Podría ser superior a placebo, pero son necesarios nuevos ensayos controlados que confirmen estos resultados.
Baclofeno	Agonista GABBA, es un fármaco que se encuentra en fase experimental y sobre el que son necesarios más estudios para tener evidencias suficientes de eficacia y tolerabilidad. Puede ser interesante en prevención de recaídas del consumo de cocaína por su capacidad para reducir los efectos reforzadores de la droga en ensayos preclínicos con animales. Los pacientes que demostraban una forma más severa de dependencia de cocaína eran los que mejor respondían al tratamiento. Otro estudio más reciente doble ciego evaluaba la eficacia y seguridad del baclofeno y observó que los grupos no variaban en términos de tasas de retención de tratamiento ni cambios en los porcentajes semanales de días de no consumo de cocaína.

- **Disulfiram.** Fármaco empleado en la deshabitación del alcohol por su inhibición de la enzima aldehído deshidrogenasa así como de la inhibición de la dopa-beta-hidroxilasa que aumentaría los niveles de dopamina. Se ha estudiado su funcionamiento en cocaína debido a la elevada interrelación que hay entre el consumo de ambas sustancias (hasta un 85% en algunos estudios). Diferentes estudios han mostrado la eficacia en la reducción del consumo de cocaína, por su efecto de aumentar el nivel de dopamina.

No obstante, en estudios humanos de laboratorio se ha observado que el disulfiram inhibe el metabolismo de la cocaína, aumentando los niveles de la misma. Esto puede limitar el uso del disulfiram a pacientes que están muy motivados, que tienen un buen sistema de contención y que no tienen problemas cardiovasculares.

- **Estimulantes del SNC:** el uso de estas sustancias se sustentó en los mismos principios teóricos de los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos en la adicción a opiáceos.

Metilfenidato	Los estudios realizados no tienen conclusiones unánimes. En el caso de existir un TDAH (comórbido en dependientes a cocaína hasta en un 30% de los casos), los resultados de eficacia de este fármaco tampoco son uniformes. Un reciente ensayo doble ciego destaca la superioridad de este fármaco frente a placebo en el descenso de controles positivos de orina así como en la mejoría del cuadro clínico, por lo que algunos investigadores sí consideran que es a tener en cuenta en adictos a cocaína con antecedentes de TDAH.
Pemolina	Psicoestimulante ensayado en la adicción a cocaína sin que los resultados sean concluyentes.
Anfetaminas	A pesar de las evidencias que sustentan la eficacia de las amfetaminas en el tratamiento de la dependencia a cocaína su potencial adictivo obliga a ser muy prudentes a la hora de utilizarlos. Es necesario un mayor número de estudios que confirmen los beneficios en esta patología.



- **Opioides:** Tanto agonistas de opioides como antagonistas han sido ensayados en la adicción a la cocaína, dada la implicación del sistema opioide endógeno en el refuerzo por cocaína.

Naltrexona	Antagonista opioide con resultados contradictorios en diferentes estudios controlados.
Buprenorfina	Antagonista en receptores kappa y agonista parcial en receptores mu. En estudios en comparativas con pacientes con metadona no ha demostrado su superioridad. Se necesitan un mayor número de evidencias científicas que avalen su eficacia.
Metadona	Agonista sintético ensayado en dependientes a opioides con consumos de cocaína. Una revisión realizada por la Cochrane habla de una dosis de metadona entre 60-100mgr de mantenimiento para disminuir el riesgo de consumo de otras drogas.

- **Inmunoterapia:** La creación de anticuerpos específicos contra la cocaína y sus metabolitos que impidan la entrada de los mismos en el cerebro es un enfoque esperanzador que está en fase de experimentación con algunos resultados prometedores en humanos. Actualmente está en fase II b de experimentación con buena tolerancia pero limitaciones, entre otras el que solo el 40% de los pacientes presenta niveles plenos de anticuerpos.

Los Anticuerpos catalíticos monoclonales son enzimas que se unen a la cocaína y aceleran su catabolismo antes de que actúen en el cerebro; es otra línea de investigación que se encuentra en fase experimental.

- **Otros fármacos:**

Modafinilo	Estimulante glutamatergico usado en el tratamiento de la narcolepsia. La administración conjunta con cocaína se determinó segura en varios estudios, sin embargo en estudios controlados recientes no se ha objetivado diferencia significativa con placebo. A pesar de ello es un área de investigación prometedora aunque el riesgo de abuso de esta sustancia ha desaconsejado por el momento su uso en la práctica clínica.
Ondansetron	Antiemético antagonista específico de los receptores 5HT3. Un estudio controlado, randomizado con placebo ha mostrado efecto positivo de este fármaco a dosis de 4 mg en la disminución del consumo y aumento de días de abstinencia. Son necesarios más estudios que confirmen estos resultados iniciales.

N-acetyl cysteina	Empleado para la fibrosis quística e intoxicación de paracetamol. Puede intercambiar la cysteina extracelular por el glutamato intracelular, aumentando el glutamato. Dos estudios realizados muestran resultados esperanzadores respecto a su uso en dependientes de cocaína.
En investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antagonistas del receptor cannabinoide CB1.</li> <li>– Los liberadores duales de serotonina y noradrenalina (PAL 287) actualmente en fase de experimentación animal.</li> </ul>

Cuadro resumen orientativo sobre el tratamiento farmacológico de la dependencia de la cocaína (Guía clínica Socidrogalcohol basada en evidencia clínica 2008):

Fármacos eficaces	Numero suficiente de evidencias científicas derivadas de varios ensayos clínicos prospectivos, randomizados, controlados con placebo y realizados con una n suficiente de pacientes o bien meta análisis que demuestren que un fármaco es eficaz en la prevención de recaídas en dependientes de cocaína y con buena tolerancia.	No hay fármacos que reúnan evidencias suficientes para ser considerados eficaces.
Fármacos útiles	Existen algunas evidencias que sustentan su uso en dependientes de cocaína aunque su eficacia y tolerabilidad precisan un mayor número de estudios clínicos controlados o metaanálisis que confirmen los resultados iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Topiramato</li> <li>– Disulfiram</li> <li>– Buprenorfina en codependientes a opiáceos</li> <li>– Risperidona (en comorbilidad con trastorno psicótico)</li> </ul>
Fármacos prometedores	Muchos de ellos en fase de experimentación, los estudios iniciales han sido positivos o contradictorios lo que obliga a la espera de nuevos ensayos clínicos controlados que confirmen su eficacia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tiagabina</li> <li>– Vigabatrina</li> <li>– Baclofeno</li> <li>– Naltrexona</li> <li>– Anfetaminas</li> <li>– Propanolol</li> <li>– Aripiprazol</li> <li>– Ondansetron</li> <li>– Vacuna anticocainica</li> </ul>

## Bibliografía

---

- Guía clínica para la cocaína Socidrogalcohol basada en la evidencia. Lorena Casete Fernández, Benjamín Climent Díaz. Socidrogalcohol, 2008.
- Caballero, L. *Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid. 2005.
- *Cocaína Abuso: Nuevos enfoques en investigación y tratamiento*. Spitz y Rosecan. Ediciones en neurociencias 1990.
- Monografía cocaína. Francisco Pascual, Meritxell Torres, Amador Calafat. Socidrogalcohol Vol. 13, suplemento 2, 2001.
- Soares, B.; Limas, M.; Reiser, A.; Farrell, M. *Dopamine agonists for cocaine dependence (Cochrane Review)*. In: The Cochrane Library. John Wiley & Sons; Ltd, Chicester. 2003
- *European Monitoring Center for Drugs and Addiction. Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*. EMCDDA literature reviews. Lisbon. 2007.
- Amato, L.; Minozzi, S.; Pani, P.; Davoli, M. *Antipsychotic medications for cocaine dependence*. Cochrane Database Syst Rev 2007; 18 (3): CD006306.
- Lima, A. R.; Lima, M. S.; Soares, B. G.; Churchill, R.; Farrell, M. *Carbamazepine for cocaine dependence*. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2): CD002023.
- Kahn, R.; Biswas, K.; Childress, A. P.; Shoptaw, S. *Multicenter trial of baclofen for abstinence initiation in severe cocaine dependent individuals*, Drug Alcohol Depend 2009; 103: 59-64
- Petrakis, I.L.; Carroll, K. M.; Nich, C.; Gordon, L. T.; McCance-Katz, E. F.; Frankforter, T.; Rounsaville, B J. Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone maintained opioid addicts. *Addiction* 2000, 95(2): 219-228.
- Levin, F. R.; Evans, S. M.; Brooks, D. J.; Garawi, F. *Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo*. Drug Alcohol Depend 2007; 87: 20-29.
- Grabowski, J.; Rhoades, H.; Stotts, A.; Creson, D.; Cowan, K.; Kopecky, C. y cols. *Agonist-like or Antagonist-like treatment for cocaine dependence with methadone for heroin dependence: two double-blind randomized clinical trials*. Neuropsychopharmacology 2004; 29: 969-981.
- Montoya, I. D.; Gorelick, D. A.; Preston, K. L.; Schroeder, J. R.; Umbricht, A.; Cheskin, L. J. y cols. *Randomized trial of buprenorphine for treatment of concurrent opiate and cocaine dependence*. Clin Pharmacol Ther 2004; 75: 34-48.

- Faggiano, F.; Vigna-Taglianti, F.; versino, E.; Lemma, P. *Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence (Cochrane Review)*, Cochrane Database System Review.
- Johnson, B. A.; Roache, J. D.; Ait-Daoud, N.; Javors, M. A.; Harrison, J. M.; Elkashef y cols. *A preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled study of the safety and efficacy of ondansetron in the treatment of cocaine dependence*. Drug Alcohol Depend 2006; 84: 256-263.
- Markidian, B. A.; Larowe, S. D.; Hedden, S.; Kalivas, P. W.; Malcom, R. J. *An open-label trial of N-acetylcysteine for the treatment of cocaine dependence: a pilot study*. Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry. 2007; 31: 389-394.

# Cap. 15. Tratamiento del uso continuado de Estimulantes: Impulsividad vs hiperactividad

J. Pérez Atxa, M. Landabaso

## Introducción

---

Intentaremos analizar por separado dos síntomas muy frecuentes en los pacientes que atendemos en adicciones. Son síntomas que aparecen en todas las edades y forman parte de muchos de trastornos, por eso mismo son difíciles de abordar y encuadrar. Los hemos incluido en un capítulo por separado por su peculiaridad y trascendencia, nos aproximaremos a su estudio a través de los acercamientos terapéuticos más actuales.

Los síntomas de hiperactividad/impulsividad son los que más van cambiando con la edad, estos síntomas son menos evidentes con el paso de los años convirtiéndose en el adulto en sensaciones internas de inquietud, ansiedad, malestar o tensión.

## 1. Impulsividad

---

Es muy difícil, por no decir imposible, protocolizar un tratamiento para la impulsividad por la amplitud y complejidad de este, a veces síntoma, a veces rasgo.

Es el fracaso para resistirse a un impulso, deseo imperioso o tentación que podría ser dañino para sí mismo o para terceros. Conductualmente se muestra como una despreocupación, un sentido infravalorado del daño, extroversión, impaciencia, incluida la incapacidad para retrasar la gratificación, tendencia a adoptar riesgos, placeres y búsqueda de sensaciones (Hollander 2002). Lo que la hace patológica es la incapacidad de resistirse.

Tratamiento, existen varias formas de abordaje terapéutico:

- Si provocada por el consumo, tratar la intoxicación y el consumo.
- Si patología de base donde claramente es un síntoma propio de una entidad nosológica (p.e. TDAH), tratar la entidad nosológica.
- Si rasgo de personalidad es decir una característica propia del individuo se pueden dar muchas variaciones y es difícil protocolizar.

En el campo de la psicopatología, en pacientes condenados por la ley, podrían ser interesantes algunos estudios donde se implementaron tratamientos que produjeron mejorías de la impulsividad asociada a agresividad.

### Tratamientos

Farmacológicos:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fluoxetina. Coccaro y Kravoussi en el 97, descenso de la agresividad impulsiva.</li><li>• Fenzelina. Cornelius, Soloff en el 93, en TLP ingresados, reducción moderada de la cólera y la hostilidad.</li><li>• Tranilcipromina, carbamazepina. Cowdry y Gardner en el 88, Pacientes TLP ambulatorios resistentes a tratamiento con historia de agresiones impulsivas. Descenso de la intensidad del descontrol conductual y de la frecuencia de los episodios de agresión impulsiva. 18% empeoró el ánimo.</li><li>• Litio. Varios estudios, Sheard en el 76 doble ciego controlado con placebo en presos agresivos impulsivos. Interesante: descenso de actos agresivos impulsivos, pero no de los actos agresivos premeditados. Prevención de conducta suicida.</li><li>• Diivalproato, tb varios con buenos resultados. Descenso de la agresión impulsiva e irritabilidad.</li><li>• Haloperidol. Soloff en el 86 y 89, pacientes ingresados con TLP. Descenso de depresión, de depresión hostil, de ansiedad, de impulsividad, de psicoticismo, de ideación paranoide, mejoría funcionalidad global.</li><li>• Flupentixol. Montgomery y Montgomery en el 82. Descenso del comportamiento suicida y parasuicida en personas con antecedentes en este sentido.</li><li>• Olanzapina. Zanarini y Frankenburg en 2001. Pacientes con TLP. Mejoría de la cólera, hostilidad, impulsividad y relaciones interpersonales. No mejoró la depresión.</li></ul>
-----------------	---

Psicoterapias: Estudios con buenos resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición en imaginado a escenarios provocadores de cólera. Grodnitzky y Tafrate, en el 2000. Descenso de la cólera en pacientes derivados específicamente por eso.</li> <li>• Relajación +TC. Defenbacher, 2000, 2002. Universitarios con cólera importante al conducir. Descenso de la misma.</li> <li>• TC Dialéctica. Linehan, 1994. Pacientes con TLP y suicidas crónicos, mejoría de la cólera, ajuste social y de la funcionalidad global.</li> </ul>
--	--

## 2. Hiperactividad

La hiperactividad en el adulto se caracteriza por inquietud interna, sentimientos de agobio, movimientos de las manos y/o pies, necesidad de jugar continuamente con algo, no poder permanecer sentado largo tiempo, predilección por los trabajos movidos, conducir a altas velocidades, hablar en exceso, problemas para esperar su turno, estar impulsado por un “motor” interno. En un consumo continuado de estimulantes en el cual el/la paciente refiere que lo utiliza para calmar la hiperactividad (permanecer sin moverse en el cine o en una reunión, concentrarse en una tarea, tranquilizarse, rendir mejor en el trabajo,...) el diagnóstico puede ser más sencillo, seguramente se corresponderá a un TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) en el adulto.

La hiperactividad es un síntoma casi patognomónico del TDAH, siempre que vaya acompañado de síntomas de déficit de atención e impulsividad y se haya mantenido a lo largo de la evolución de la persona. Por si sola, la hiperactividad, puede aparecer, a lo largo de la vida, en momentos puntuales, en situaciones de estrés, momentos o decisiones vitales, en intoxicación por sustancias y en varias patologías psiquiátricas y orgánicas.

Existe un fuerte solapamiento entre el TDAH y el TUS (Trastorno por Uso de Sustancias); así se considera que el TDAH es un factor de riesgo para el TUS, se estima que la prevalencia del TUS en pacientes TDAH es el doble que en la población general y que entre el 20-39% de los adultos con TUS presentan TDAH comórbido. Así mismo la comorbilidad con otras patologías psiquiátricas es alta, en los trastornos depresivos entre un 12-18%; en trastorno bipolar entre el 9-21%; en trastornos de ansiedad entre el 9-12%; en trastorno antisocial de la personalidad entre el 20-30% en población reclusa; en trastorno límite de la personalidad entre un 16-40%.

El diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico, las escalas de evaluación y los datos observacionales son útiles si existen dudas acerca de los síntomas.

No podemos olvidar la alta prevalencia de comorbilidades que pueden producir importantes cambios en la patoplastia, en la expresión sintomatológica.

## Tratamientos

Si la hiperactividad aparece en momentos puntuales, situaciones de estrés, intoxicaciones por sustancias (sobre todo con estimulantes) o en patologías psiquiátricas y/o orgánicas, el tratamiento será el de base de la situación o patología.

Cuando la hiperactividad sea crónica y vaya acompañando al individuo a lo largo de la evolución, junto con sintomatología de déficit de atención e impulsividad además de sintomatología emocional negativa el tratamiento será el adecuado a un TDAH y los trastornos comórbidos (TUS, TLP, T. Depresivos,...).

En nuestro país debemos tener en cuenta que la única molécula con indicación para el TDAH en adultos es la Atomoxetina, salvo que el/la paciente venga ya tratada (infancia-adolescencia) con éxito con Metilfenidato u otros estimulantes.

Según las guías de tratamiento (BAP 2007, European Network Adult ADHD 2010, CADDRA 2011, NIMH 2008, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente 2010, Fundación Sant Joan de Deu 2010) la recomendación es el Tratamiento Multimodal, la utilización de farmacoterapia, psicoterapia cognitivo conductual, psicoeducación, intervención familiar y educativa. Todas las guías están de acuerdo en que el tratamiento para los síntomas del TDAH es el tratamiento farmacológico acompañado de psicoterapia, psicoeducación sobre el trastorno para aliviar el malestar social, académico, laboral o familiar que pueden haber causado la presencia de síntomas del TDAH.

La mayoría de las guías indican en el adulto un tratamiento:

Primera línea	<ul style="list-style-type: none"><li>• Metilfenidato (0'3-1'5 mg/kg/día).</li><li>• Atomoxetina (0'5-1'4 mg/kg/día).</li><li>• Lisdexanfetamina dismesilato (máx. 70mg/día).</li></ul>
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"><li>• Imipramina.</li><li>• Bupropion.</li></ul>
Tercera línea	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clonidina.</li><li>• Guanfacina.</li><li>• Modafinilo.</li></ul>



Estas guías también indican que la Atomoxetina sería el fármaco de elección en pacientes con abuso de sustancias en activo.

El Metilfenidato está contraindicado en casos de Tics, problemas cardiacos, glaucoma, hipertiroidismo y en casos de ansiedad/tensión. La Atomoxetina está contraindicada en pacientes con problemas cardiacos, glaucoma e hipertiroidismo. La Lisdexanfetamina dismesilato está contraindicada en caso de Tics, epilepsia, enfermedades cardiacas, glaucoma e hipertiroidismo.

Se describe un aumento leve pero significativo de la tensión arterial y de la frecuencia cardiaca tras tratamiento con estimulantes o Atomoxetina, cambios que aparecen durante los estadios iniciales del tratamiento y que generalmente se estabilizan a lo largo de tratamiento.

En los pacientes que reciben estimulantes o Atomoxetina no hay evidencia de un aumento del QT, ni de arritmias ni *Torsade de Pointes*.

Se recomienda una especial vigilancia, al inicio del tratamiento, en aquellos pacientes con una historia personal o familiar de enfermedades cardiovasculares o en aquellos que reciben medicaciones con conocido riesgo de alteraciones cardiovasculares como la Metadona.

En la literatura se empieza a comentar la posibilidad de tratamientos farmacológicos alternativos ante la presencia de problemas de hipertensión, alteraciones cardiovasculares y/o alta presencia de sintomatología afectiva negativa con Duloxetina, Velanfaxina, Desvelanfaxina, Agomelatina.

## Bibliografía

---

- Cowdry, R. W.; Gardner, D. L. Arch Gen Psychiatry. *Pharmacotherapy of borderline personality disorder. Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine*. 1988 Feb; 45(2): 111-9.
- Heard et al. *The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man*. Am. J. Psychiatry 133: 1409-1413, 1976.
- Soloff, P. H. et al: *Progress in pharmacotherapy of borderline disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 43: 691-697, 1986.
- Soloff et al: *Amitriptyline vs haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response*. J. Clin. Psychopharmacology 9: 238-246, 1989.
- Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R. *Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: A double-blind, placebo-controlled pilot study*. J. Clin. Psychiatry 62: 849-854, 2001.
- Linehan, M. M.; Tutek, D. A.; Heard, H. L.; Armstrong, H. E. *Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients*. American Journal of Psychiatry 151: 1771-1776, 1994.



# Cap. 16. Desintoxicación de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes

C. Repeto, M. Gutiérrez

## Introducción

---

En el presente capítulo describiremos un panorama del uso y abuso de ansiolíticos y sedantes que nos encontramos a menudo en la consulta, planteando factores que nos puedan indicar cuándo está indicada su retirada, cómo y dónde la podemos hacer y qué otros aspectos (policonsumo, etc.) tenemos que tener en cuenta. Aunque no todos los sedantes e hipnóticos que existen en el mercado pertenecen al grupo benzodiazepínico, nos centraremos sobre todo en éste por ser el que más problemas de dependencia causa en la práctica clínica.

Las benzodiazepinas (BZD) son uno de los grupos farmacológicos que se prescriben con más frecuencia en nuestro entorno. En 2010, en el Sistema Nacional de Salud español las BZD ocuparon el segundo lugar de consumo de medicamentos, después de los inhibidores de la bomba de protones. No existe evidencia de que el uso continuo de BZD después de semanas o meses sea efectivo, ya que los efectos no difieren de manera significativa de los obtenidos con placebo, probablemente por el desarrollo de tolerancia, que es más rápido para el efecto hipnótico (días o semanas) que para el ansiolítico (a lo largo de unos meses). A pesar de que las indicaciones de tratamiento son restringidas (ver Cuadro 1), numerosos análisis han revelado que en la práctica existe una duración excesiva de los tratamientos, así como en ocasiones indicaciones incorrectas o falta de revisión de los tratamientos.

### Cuadro 1. Indicaciones del tratamiento con BZD

- Tratamiento de la ansiedad y el insomnio, cuando la situación limita la actividad del paciente o le somete a un estrés importante. La duración no debe superar las 8-12 semanas en el trastorno por ansiedad, y 4 semanas en el insomnio.
- Anticonvulsivante.
- Relajante muscular.
- Premedicación anestésica.

Se calcula que alrededor del 2-3% de la población consume BZD de manera crónica. Estudios de seguimiento durante 6-9 años mostraban que alrededor de la mitad de los pacientes continuaban tomando el fármaco desde el inicio. Entre 1995 y 2002 el consumo de ansiolíticos e hipnóticos observó un crecimiento global de 56%, como un exponente más de la sociedad actual en la que prima la búsqueda de una solución rápida y eficaz, frente a otras que requieran más esfuerzo. Esto favorece la medicalización frente a otros abordajes psicoterapéuticos o psicosociales, que además de requerir más tiempo y formación por parte del profesional, necesita de una actitud activa por parte del paciente.

En población general los grupos más consumidores son las mujeres y los ancianos, siendo éstos además los más vulnerables a los efectos adversos (ver Cuadro 2).

**Cuadro 2. Efectos secundarios de las BZD en uso crónico**

- Sedación y alteraciones psicomotoras, que aumentan la probabilidad de caídas u otros accidentes tanto en el hogar como en el trabajo, incluso riesgo de accidentes de tráfico.
- Deterioro cognitivo, amnesia anterógrada, afectación del aprendizaje, atención y capacidad visual-espacial.
- Exacerbación del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).
- Dependencia y tolerancia.
- Riesgo de sobredosis si se mezcla con otras sustancias.

Podríamos plantearnos si todos los pacientes que toman BZD de manera crónica podrían dejarlas, y no lo han hecho hasta ahora simplemente porque nadie se lo ha planteado. Habrá que valorar cada caso, porque puede haber personas que sigan consumiendo sólo para evitar la abstinencia, pero en otros casos puede haber un problema psiquiátrico de base que no haya sido diagnosticado o tratado de forma alternativa. En un estudio se encontró que los factores de riesgo para el consumo crónico de BZD eran presentar comorbilidad psiquiátrica, ser anciano, tener un nivel educativo bajo, vivir solo y el empleo predominante de comportamientos evitativos.

En personas sin otra patología psiquiátrica de fondo, dependencia o abuso de otras sustancias, probablemente sea el médico de cabecera por su cercanía y conocimiento del entorno del paciente el que aborde su deshabituación. En este ámbito se han realizado investigaciones sobre diferentes intervenciones en las que se evaluaba su eficacia:

- Envío de una carta en la que se comunica a la persona los posibles efectos perjudiciales del consumo de BZD a largo plazo, y cómo reducir el consumo siguiendo una pauta de descenso gradual de la dosis (consiguieron una tasa de retirada del 18-22%)

- Entrevista en la que se abordan diferentes aspectos del consumo crónico de BZD y se facilita una pauta de descenso gradual de dosis, así como posteriores visitas de seguimiento (tasas de retirada entre 24-62%). En el Cuadro 3 aparecen los contenidos de esta entrevista.

**Cuadro 3. Contenidos de la entrevista estandarizada**

1. Explicar en qué consisten y para qué sirven las BZD, insistiendo en su efecto beneficioso a corto plazo.
2. Abordar los conceptos de dependencia como capacidad del organismo para adaptarse, qué es el síndrome de abstinencia y los síntomas de retirada.
3. Enumerar los principales problemas derivados del uso prolongado.
4. Informar de la importancia de que la retirada sea gradual para ir adaptando de nuevo nuestro organismo y no presentar síntomas desagradables.
5. Garantizar apoyo y acompañamiento durante todo el proceso, abordando conjuntamente las dificultades que puedan surgir.

En los seguimientos se ha observado un porcentaje importante de “recaídas”, entendidas éstas como personas que lograron dejar el consumo de BZD, pero en algún momento posterior lo retomaron. En un estudio se observó que a los 2-3 años de cesar el consumo, cerca de la mitad de las personas habían vuelto a consumirlas. En nuestra opinión, sin embargo, no se trata en todos los casos de fracasos terapéuticos, ya que los trastornos de ansiedad pueden tener un carácter recurrente, por lo que podríamos estar ante nuevas indicaciones. Sería deseable en estos casos disponer de otros métodos para poder tratar la ansiedad y el insomnio, y no tener que recurrir exclusivamente a los farmacológicos.

**Plan de retirada en el consumo crónico de BZD: “Desintoxicación de BZD”**

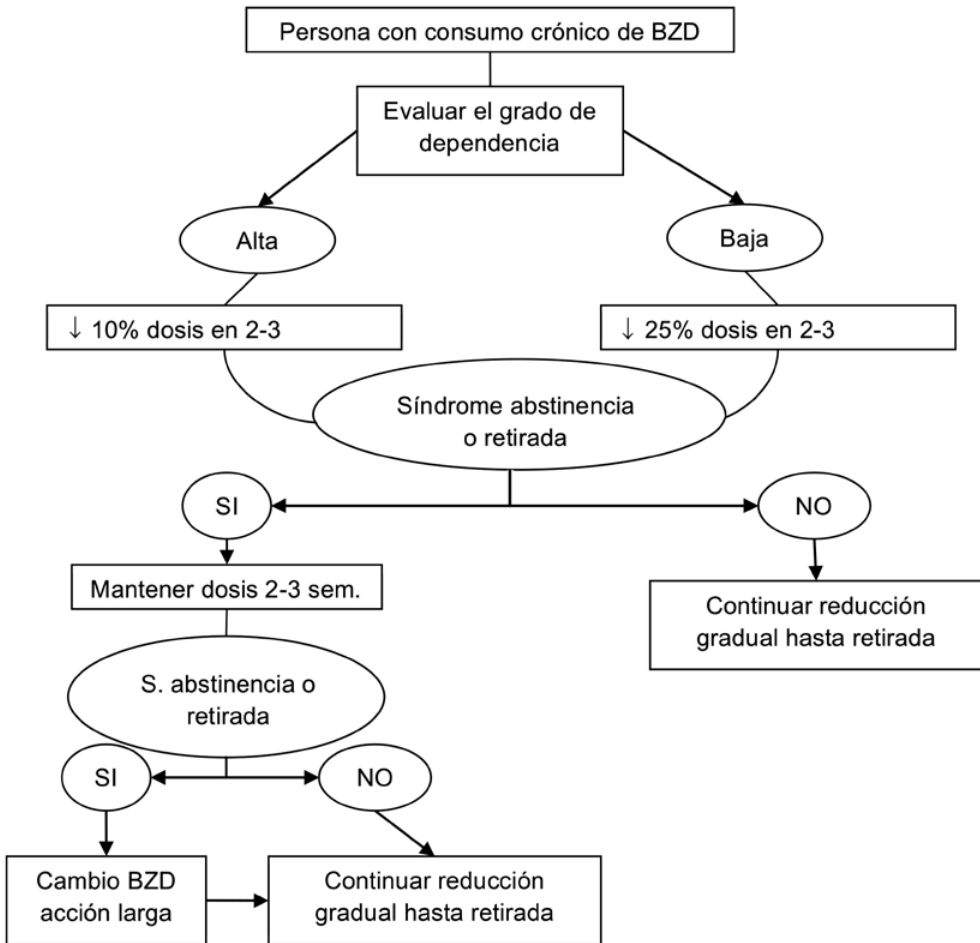
Antes de iniciar la retirada hay que tener en cuenta que debe ser un proceso individualizado, en el que habrá que tener en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- Grado de dependencia de la sustancia: Aumenta según lo hace la duración del tratamiento (mayor de 3 meses), la dosis, y con las BZD de vida media corta (<8h) y elevada potencia ansiolítica
- Motivación para dejar el consumo: Esto puede estar en relación con experiencias previas en las que el paciente ha intentado dejar la medicación y lo ha pasado mal, por lo que habrá que explorar cómo fueron esas experiencias y dar información al respecto.

Por otra parte, será importante crear una relación terapéutica en la que la persona pueda expresar inquietudes, dudas o dificultades. Si el paciente se siente escuchado, acompañado y valorado le va a resultar más fácil el proceso de deshabitua- ción, y las probabilidades de que lo finalice con éxito serán mayores.

En general se recomienda que en personas con altas dosis (diazepam >20mg/ día o equivalente) el tratamiento se haga en el ámbito hospitalario. Si se va a reali- zar de manera ambulatoria, la retirada debe realizarse siempre de forma lenta y gradual, según el nivel de dependencia, para evitar el síndrome de abstinencia y aumentar la adherencia (Figura 1).

**Figura 1. Plan de retirada de BZD**



El cambio se iniciará preferiblemente en una de las dosis (mañana, tarde o noche), continuando la sustitución del resto de las dosis una a una, con intervalos de días o semanas. Es recomendable hacer visitas de seguimiento cada 2-4 semanas durante el proceso de deshabitación, para poder evaluar y dar el apoyo necesario.

El paso de BZD de vida media corta a larga (generalmente se usa el diazepam) es una práctica basada en el hecho de que el diazepam, gracias a la presencia de metabolitos intermedios, desaparece lentamente del organismo, disminuyendo la incidencia de síntomas de abstinencia (ver Tabla 1). Sin embargo, en la última revisión de la Cochrane esta práctica no ha podido ser sustentada por la evidencia. En un estudio se vio que con las BZD de vida media corta los abandonos eran más frecuentes, pero los síntomas de abstinencia no eran más graves.

A pesar de que se aconseja que la reducción sea gradual y lenta, el objetivo sería que la retirada completa se produjera antes de los 6 meses, para evitar que el proceso de retirada se convierta en el foco de la existencia de la persona.

<b>Tabla 1. Vida media y dosis orales equivalentes de las principales BZD*</b>		
Principio activo	Vida media (h)	Dosis equivalente (mg)
<i>Acción corta (&lt;6 h)</i>		
Midazolam	1-5	7,5
Triazolam	3-5	0,125-0,25
<i>Acción intermedia (6-24 h)</i>		
Alprazolam	6-15	0,25-0,5
Oxazepam	5-10	15
Bromazepam	10-20	3-6
Lorazepam	11-30	0,5-1
Lormetazepam	11-30	0,5-1
Ketazolam	6-25	7,5
Flunitrazepam	15-30	0,5-1
<i>Acción larga (&gt;24 h)</i>		
Clorazepato dipotásico	38-48	7,5
Diazepam	20-100	5
Clonazepam	18-50	0,25-0,5
Flurazepam	24-100	15

\* Adaptado de Martínez García RM.

Durante la retirada pueden aparecer tres situaciones diferentes que requieren diferente abordajes:

Situación	Síntomas	Abordajes
<i>Recurrencia o recaída:</i>	Reaparición de los síntomas por los que se prescribió inicialmente la BZD.	Valorar psicopatología subyacente.  Recurrencia de un cuadro ansioso-depresivo. Puede plantearnos la oportunidad de introducir otros tratamientos.
<i>Síndrome de rebote o retirada</i>	Reaparición de los síntomas, pero a diferencia de la recurrencia, son de mayor intensidad y transitorios.	Generalmente van disminuyendo y ceden a las pocas semanas sin necesitar tratamiento.
<i>Síndrome de abstinencia</i>	Síntomas de descarga simpática, a los que pueden asociarse síntomas premórbidos. Pueden aparecer insomnio, palpitaciones, ansiedad, pérdida de apetito, sudoración, síntomas gastrointestinales, dolores musculares, debilidad, calambres, espasmos, fotofobia, cefalea...	Aparecen en las BZD de vida media corta a las 24-48h de la retirada, y en las de vida media larga a los 3-8 días.  Van disminuyendo progresivamente y suelen durar entre 6 y 8 semanas.

Hay personas con niveles de dependencia muy elevados en los que resulta muy difícil conseguir la retirada completa. No obstante, incluso en estos casos vale la pena intentar reducir la dosis al mínimo posible. Cuando la retirada no es posible, se aconseja su uso de manera intermitente mejor que de forma continuada.



## Tratamientos psicofarmacológicos

---

Se ha evaluado la utilización de diferentes técnicas o medicamentos de apoyo para la disminución del cuadro de abstinencia y la mejora de la tasa de retirada. En una revisión de la Cochrane de 2006 únicamente 8 estudios cumplían los criterios de inclusión para la revisión, y debido a su heterogeneidad tanto de *settings* como de diseños no se pudo realizar un metaanálisis de los datos. Se presentan a continuación algunas de las evidencias disponibles en el momento actual:

<i>Propanolol</i>	No ha demostrado eficacia.
<i>Antihistamínicos</i>	Su uso mejora los síntomas de abstinencia, pero no demostró eficacia a la hora de conseguir la retirada de BZD.
<i>Imipramina y otros antidepresivos</i>	La imipramina ha sido el único antidepresivo que ha logrado demostrar hasta el momento eficacia, cuando el consumo crónico es el único problema. En los pacientes en los que exista de fondo un cuadro depresivo o de ansiedad, que reaparece una vez se retiran las BZD, sí estaría indicado la administración de un antidepresivo. Se ha demostrado la eficacia de los antidepresivos con componente hipnótico (trazodona, mirtazapina) en el insomnio asociado a trastornos depresivos, pero no existen evidencias en el insomnio primario.
<i>Carbamacepina</i>	Utilizada a dosis de 200 mg/ 12h, demostró eficacia frente al placebo, sobre todo en personas con dosis diarias de diazepam mayores a 20 mg/ día o equivalentes.
<i>Otros</i>	<p>Hormonas esteroides como la progesterona no ha demostrado eficacia.</p> <p>Respecto a la pregabalina o la melatonina no existe de momento evidencia para recomendar su utilización.</p> <p>Hierbas medicinales: Actualmente no hay suficientes evidencias para extraer conclusiones sobre la eficacia de la valeriana como hipnótico, aunque la combinación de valeriana y lúpulo ha demostrado cierta eficacia en el tratamiento del insomnio leve-moderado.</p>

Los tratamientos psicológicos tienen un triple objetivo:

- 1º Facilitar la retirada y ayudar con los síntomas de abstinencia, así como con los síntomas de ansiedad o insomnio que pudieran reaparecer.
- 2º Ayudar a mantener la abstinencia a lo largo del tiempo (estrategias de prevención de recaídas).
- 3º En los casos en los que se ponga de manifiesto una patología psiquiátrica subyacente, tratarla como corresponda.

En estudios que comparaban la suma de terapia cognitivo conductual a la disminución progresiva de dosis, la terapia no lograba demostrar eficacia adicional. Sin embargo, en otros estudios realizados en personas que presentaban insomnio crónico o trastornos de ansiedad, la adición de terapia sí resultaba más efectiva que la intervención basal.

### **Uso crónico de BZD en pacientes con consumo de opiáceos o derivados**

Las mayores prevalencias de consumo perjudicial/ dependencia de BZD se han encontrado en personas en tratamiento de mantenimiento con metadona (entre 28 y 94% en los diferentes estudios), incluso algunos estudios sostienen que es la segunda droga en importancia en estos pacientes, superando incluso al cannabis y la cocaína. El consumo puede deberse a la prescripción del medicamento por parte de un profesional, o bien a la adquisición ilegal en el mercado negro.

El consumo de BZD puede tener que ver con la búsqueda de dos efectos diferentes, aunque probablemente estemos hablando de dos polos entre los que existe movilidad, y no sea tan fácil la discriminación. Por un lado, puede hacerse para buscar un estado de euforia (*boosting*) que no se logra con la metadona, ya que ésta no tiene el efecto euforizante de la heroína, o simplemente usarse como potenciador de la heroína. Por otro lado, el consumo puede ser por motivos clínicos (insomnio, ansiedad, síntomas de abstinencia, craving, cefaleas, efectos no deseados de otras drogas, etc.), que anteriormente no habían sido anteriormente tratados. Hay autores que afirman que en estas personas el uso de BZD refleja un intento de automedicación de la comorbilidad psiquiátrica, o de las dificultades para el manejo de los afectos negativos.

Sea por el motivo que sea, la realidad es que las personas que entran en programas de tratamiento sustitutivo en general aumentan el consumo de BZD. Se ha visto que casi la mitad de los pacientes que entran sin historia previa de consumo de otra sustancia, iniciará o incrementará su uso a lo largo del primer año de tratamiento.

Se ha observado que las personas con dependencia a opiáceos que además consumen BZD, en general presentan peor adaptación psicosocial, mayores niveles de politoxicomanía, mayor riesgo de sobredosis cuando se combinan con otras sustancias, peores niveles de salud y más comportamientos de riesgo (problemas legales, accidentes, etc.). Por este motivo, hay profesionales que recomendaban la desintoxicación de BZD en esta población.

Sin embargo, posteriormente se ha visto que los peores resultados en este grupo están relacionados con una mayor gravedad del trastorno, ya que de hecho también presentan mayor probabilidad de trastorno mental concomitante, sobre todo Trastorno Límite de la Personalidad. De hecho, un estudio australiano demostraba que los pacientes en tratamiento con metadona en los que se mantenía el tratamiento con BZD tenían mejores resultados que aquellos en los que se retiraba el tratamiento, lo que estaba relacionado con la comorbilidad psiquiátrica.

Los profesionales podemos encontrarnos con el dilema de que no prescribir BZD significa aumentar el riesgo de abandono (o de consumo ilegal), mientras que prescribir supone mantener la dependencia a BZD. Hay una línea muy delgada que separa el abuso del uso terapéutico en personas con trastorno por sustancias, y la prescripción puede ser útil pero deber realizarse con precaución. El tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica asociada (sobre todo ansiedad, depresión e insomnio), tanto a nivel farmacológico como psicosocial, puede ayudar a reducir el uso de BZD en esta población.

## Bibliografía

---

- Martínez García, R. M. et al. *Estrategias en la retirada de benzodiazepinas: Otras alternativas*. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. Vol. XIII, nº5. 2012.
- Vicens Caldentey, C.; Fiol Gelabert, F. *Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria*. IT del Sistema Nacional de Salud. 2008; Vol. 32, nº2: 52-57.
- Vicens Caldentey, C. et al. *Eficacia a largo plazo de una intervención para la deshabitación del consumo crónico de benzodiazepinas*. Actas Esp Psiquiatr 2008; vol. 36.
- Lader, M.; Tylee, A.; Donoghue, J. *Withdrawing Benzodiazepines in Primary Care*. CNS Drugs. 2009; vol. 23, nº1: 19-34.
- Oude Voshaar, R. C. et al. *Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use*. Meta-analysis. British Journal of Psychiatry, 2006; vol. 189: 213-220.

- Janhsen, K.; Roser, P.; Hoffmann, K. *The Problems of Long-Term Treatment with Benzodiazepines and Related Substances*. Prescribing Practice, Epidemiology and the Treatment of Withdrawal. Deutsches Arzteblatt International, 2015; 112: 1-7.
- Denis, C. et al. *Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient setting (Review)*. The Cochrane Library. 2006, Issue 3.
- Vogel, M. et al. Treatment or “high”: *Benzodiazepine use in patients in injectable heroin or oral opioids*. Addictive Behaviors, 2013, n°38: 2477-2484.
- Eiroa-Orosa, F. J. et al. *Benzodiazepine use among patients in heroin-assisted vs. methadone maintenance treatment: Findings of the German randomized controlled trial*. Drug and Alcohol Dependence, 2010, n°112: 226-233.
- Rodríguez Rus, S. et al. *Consumo terapéutico y extraterapéutico de Benzodiazepinas en pacientes con dependencia a opiáceos incluidos en el ensayo PEPSA: Notas metodológicas sobre el proyecto de investigación*. Revista Norte de Salud Mental, 2007, n° 29: 18-31.

# Cap. 17. Desintoxicación de cannabis

M. Sánchez, Z. Alonso

## Introducción

---

El cannabis es la sustancia ilegal más frecuentemente consumida en nuestro medio, y entre todas las sustancias de abuso, ocupa el tercer lugar tras el tabaco y el alcohol. Por desgracia, en el caso del cánnabis frente a otras drogas ilegales, la tolerancia social hacia su consumo y la baja percepción del riesgo del mismo, favorece la extensión de su uso.

Por una parte, la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre adictos al cannabis es destacada, y por otro lado, hay que destacar la amplia variedad psicopatológica asociada a dicho consumo.

En el cannabis se han identificado más de 400 sustancias diferentes, de las cuales unas 60 pertenecen químicamente al grupo de los cannabinoides. Es el  $\Delta$ -9-tetrahidrocannabinol el responsable de los efectos psicoactivos.

Los efectos sobre las funciones psíquicas están mediatizados e influenciados por la dosis utilizada, el ambiente del consumo y por la experiencia previa del consumidor

Aunque no están suficientemente dilucidadas las alteraciones psicopatológicas inducidas por el consumo de cannabis, con los conocimientos actuales se puede afirmar que el consumo de cannabis no es inocuo para la salud.

La capacidad de adicción a los derivados del cánnabis, las modificaciones que ocasiona en la conducta, sus consecuencias sobre la actividad intelectual, familiar, laboral y social del consumidor constituyen un hecho demostrado.

## Tratamiento de la abstinencia y dependencia del cannabis

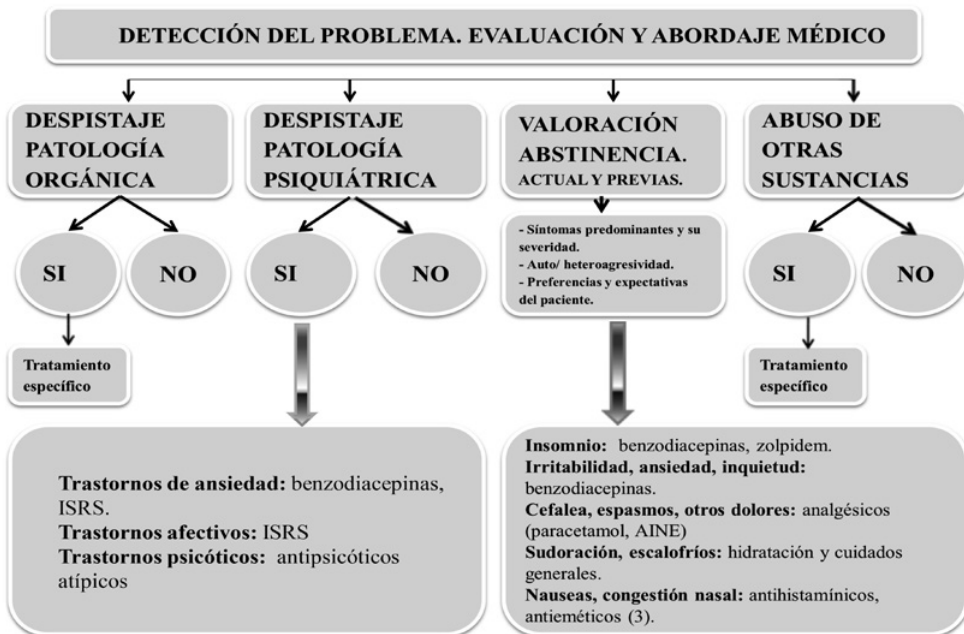
---

Una dificultad importante en el abordaje del síndrome de dependencia y síndrome de abstinencia del cannabis es que **en el momento actual no disponemos de tratamientos farmacológicos basados en la evidencia para estas entidades clínicas**. Por un lado, se han investigado fármacos útiles para otros trastornos mentales y adictivos

y, por otro lado, fármacos que actúan específicamente sobre el sistema cannabinoide. No hay evidencia de eficacia en ninguno de los tratamientos investigados.

Los análisis cuantitativos que fue posible realizar en la última revisión sistemática publicada por la Cochrane no indicaron que los ISRS, antidepresivos duales, bupropion, buspirona e inhibidores de la recaptación de noradrenalina (atomoxetina) tuvieran algún valor en el tratamiento de la dependencia a cannabis. Los derivados del cannabis, que parecen tratamientos más prometedores, son por momento experimentales y precisan mayor estudio. Así mismo, la evidencia para el tratamiento con gabapentina y N-acetil-cisteína es débil y precisaría de futuros estudios. Cabe mencionar el tratamiento de la abstinencia a cannabis con N-acetil-cisteína ya que se trata de un fármaco que ha tenido buenos resultados en ensayo clínico y que cuenta con un perfil de seguridad muy favorable. En un ensayo doble ciego, randomizado controlado con placebo de 8 semanas de duración con pacientes adolescentes con dependencia a cannabis se evaluó la eficacia de tratamiento con 1.200 mg/día de N-acetil-cisteína. Los pacientes en tratamiento con NAC obtuvieron mayores tasas de abstinencia. En el momento actual el NIDA está llevando a cabo un estudio de 12 semanas para valorar la eficacia de este tratamiento en pacientes adultos.

## Tratamiento de desintoxicación/abstinencia



La abstinencia al cannabis ha sido una entidad clínica muy discutida. Esto es debido a que no todos los pacientes la sufren por la lenta eliminación del  $\Delta 9$ -THC. Sin embargo, el cuadro se describe en más del 50% de los consumidores intensos o en el 15% de los consumidores regulares y, en algunas ocasiones, con una clínica muy florida.

En este sentido, dada la ausencia de tratamientos aprobados y la variabilidad sintomática entre individuos, se debe plantear un tratamiento orientado al síntoma (ver algoritmo anterior).

Una vez detectado el consumo de cannabis, mediante la entrevista clínica y exploración psicopatológica, se realizará un adecuado despistaje y diagnóstico de patología comórbida, así como del abuso de otras sustancias. Así mismo es importante interrogar al paciente sobre periodos anteriores de abstinencia para valorar así la intensidad de la misma y los síntomas que mayor *discomfort* han provocado. Esta información habrá que enmarcarla en el contexto en el que produjo la abstinencia.

Para valorar la sintomatología y gravedad de la abstinencia se tendrán en cuenta:

- Los síntomas predominantes y su severidad.
- Los riesgos de auto/ heteroagresividad asociados a la abstinencia.
- Desintoxicaciones previas: duración y manejo.
- Co-existencia de otro trastorno mental y/o abuso de otras sustancias que puedan afectar al proceso.
- Medicaciones prescritas.
- Preferencias y expectativas del paciente.
- Variables ambientales.

El siguiente paso sería el consejo y disminución de daños. Es conveniente pactar con el paciente si el objetivo inicial es la abstinencia o si se realizará una disminución progresiva del consumo hasta llegar a la misma.

Una vez el paciente ha cesado el consumo valoraremos los síntomas de abstinencia. Esta valoración será, por lo tanto, personalizada y centrada en el paciente y se realizará también en consultas sucesivas ya que los síntomas de abstinencia pueden aparecer a lo largo de semanas.

Tal y como se ha comentado previamente, el tratamiento de la dependencia y de los trastornos mentales comórbidos conviene hacerlo de manera conjunta. Salvo situaciones graves conviene hacer una valoración longitudinal durante el periodo

de desintoxicación de la sustancia para poder observar la evolución de los síntomas una vez el paciente se encuentra en abstinencia. En muchos casos, en abstinencia, mejora la psicopatología y de esta manera evitaremos tratamientos innecesarios y mejoraremos la adherencia.

## **Prevalencia de patología dual en adictos al cannabis**

---

Para el tratamiento de la dependencia a cannabis es fundamental su detección ya que sólo un bajo porcentaje de adictos al cannabis solicitan tratamiento. La percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis es baja y estos pacientes no se identifican en muchas ocasiones con el perfil de usuario de un dispositivo especializado en adicciones. A esto se suma la limitación derivada de la presencia de policonsumos en estos pacientes siendo difícil valorar el efecto concreto de cada droga.

La prevalencia de trastornos mentales entre los adictos al cannabis es elevada. En las muestras clínicas evaluadas, se observa hasta un 75% de trastornos comórbidos existentes, siendo los más prevalentes los trastornos afectivos y de ansiedad. Menos prevalente, pero de mayor gravedad es la presencia de trastornos psicóticos. En estos casos el tratamiento de la dependencia y del trastorno mental comórbido ha de ser conjunto.

### **A. Trastornos de ansiedad y del humor inducidos por cannabis**

De los estudios epidemiológicos destaca la frecuente coexistencia de trastornos de ansiedad con la dependencia de cannabis. Uno de los efectos adversos más frecuentes de la intoxicación por cannabis es la aparición de ansiedad y de crisis de pánico. Su aparición está relacionada con consumidores nóveles o con la intensidad del consumo.

La relación entre consumo de cannabis y cuadros depresivos es controvertida. Los últimos estudios de cohortes sugieren que puede incrementar el riesgo de estos cuadros. También se ha documentado mayor incidencia de intentos de suicidio en pacientes con abuso o dependencia de cannabis.

Por otra parte, la relación entre cannabis y trastorno bipolar es frecuente y compleja, hay un efecto negativo del consumo de cannabis en su evolución y pronóstico e incluso se ha sugerido que podría tener un efecto provocador de la enfermedad, sobre todo en adolescentes, en conjunción con otros factores (genéticos, de personalidad, etc.).

Es habitual la aparición de síntomas maniformes en el caso de una intoxicación por cannabis.



## B. Trastorno psicótico inducido por cannabis

La relación del consumo de cannabis con la psicosis no está claramente establecida. Se han planteado diversas relaciones, desde la posibilidad de que el cannabis induzca cuadros psicóticos de corta duración, que actúe como factor de riesgo para el desarrollo de una esquizofrenia en sujetos vulnerables, que reactive sintomatología psicótica en esquizofrénicos y que la esquizofrenia predisponga al consumo de cannabis.

Los factores más influyentes descritos son el inicio del consumo en edades precoces y la dosis utilizada. La abstinencia de cannabis va a ser uno de los factores más relevantes en la evolución de la psicosis, de ahí la importancia de intervenir conjuntamente sobre el consumo y la psicosis.

## Bibliografía

---

- Arias Horcajadas, F. *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de cannabis. Trastornos adictivos*. 2011; 13(3): 113-118.
- Ramos Atance, J. A. *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis*. 2007.
- Winstock, A.; Lea, A. *Management of cannabis withdrawal*. National cannabis prevention and information center.
- Arendt, M.; Rosenberg, R.; Foldager, L.; Perto, G.; Munk-Jørgensen, P. *Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases*. Br J Psychiatry. 2005; 187: 510-5.
- Achieving cannabis cessation - evaluating N-acetylcysteine treatment (ACCENT): design and implementation of a multi-site, randomized controlled study in the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network.
- McClure, E. A.; Sonne, S. C.; Wienhusen, T.; Carroll, K. M.; Ghitza, U. E.; McRae-Clark, A. L.; Matthews, A. G.; Sharma, G.; Van Veldhuisen, P. M.; Vandrey, R. G.; Levin, F. R.; Weiss, R. D.; Lindblad, R.; Allen, C.; Mooney, L. J.; Haynes, L.; Brigham G. S.; Sparenborg, S.; Hasson, A. L.; Gray, K. M. *Contemp Clin Trials*. 2014 Nov; 39(2): 211-23.
- Marshall, K.; Gowing, L.; Ali, R.; Le Foll, B. *Pharmacotherapies for cannabis dependence*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD008940. DOI: 10.1002/14651858.CD008940.pub2.



## **Sección VI**

---

Desintoxicación de  
las Adicciones más  
frecuentes en medio  
hospitalario



# Cap. 18. Desintoxicación hospitalaria en una Unidad de Desintoxicación

M. Mondragón, J. Amman

## Introducción

---

La Unidad de Desintoxicación (UD) esta ubicada en la Organización OSI Barrualde - Galdakao, ubicada en un Hospital General, adscrita al Servicio de Psiquiatría, aunque tiene un funcionamiento y ubicación diferentes a la Unidad de Agudos de este Servicio. Consta de 10 camas y admite pacientes con Adicción a Sustancias de Bizkaia, aunque si solo consumen Alcohol solo se tramitan ingresos pertenecientes a la Comarca Interior. Los ingresos son preferentemente programados, derivados desde el CSM de referencia.

Se realiza una entrevista pre-ingreso con Psiquiatra y personal de Enfermería para valoración de paciente y explicarle el funcionamiento de la Unidad. Si al alta tiene previsto un recurso terapéutico en esta primera entrevista intervendrá también la Trabajadora Social.

Al ingreso se le introducirá en las distintas actividades grupales que se realizan en la Unidad, tales como Terapia Grupal, Terapia Ocupacional, Psicoeducación y Meditación.

<b>Perfil del paciente que ingresa:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fracasos repetidos de desintoxicación ambulatoria</li><li>• Necesidad de estabilización en cuanto a consumos en pacientes con patologías orgánicas o psiquiátricas asociadas (siempre que no estén descompensadas)</li><li>• Necesidad de esclarecer el diagnóstico en ausencia de consumo tóxicos</li></ul>
<b>Objetivos de la Unidad de Desintoxicación:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento Adicción. Estabilización sintomática tanto en cuanto a consumo como psicopatológica</li><li>• Evaluación psicopatológica y neuropsicológica</li><li>• Trabajar la motivación</li><li>• Coordinación recursos</li></ul>

<b>Método de Trabajo:</b>
a) Plan de atención individualizado (PAI) b) Desintoxicación según sustancia c) Prevención de recaídas

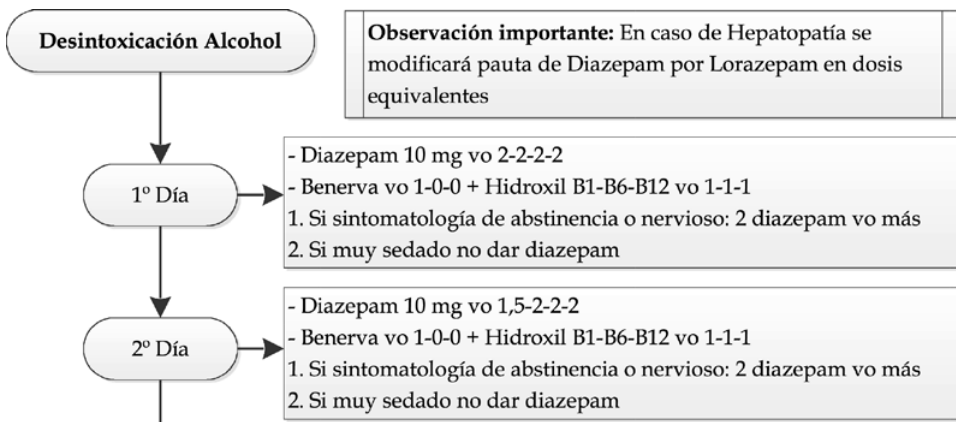
## A. Plan de atención individualizado (PAI)

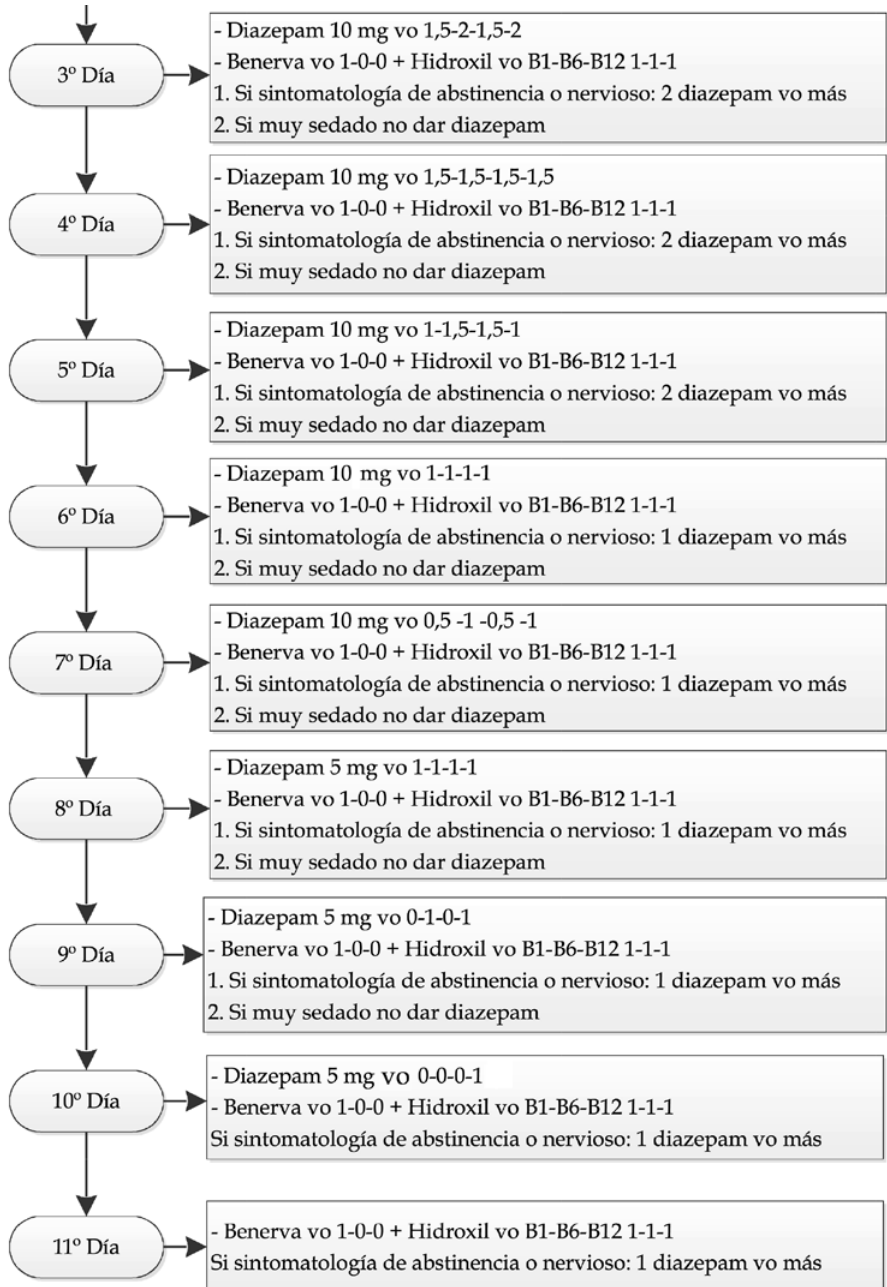
Atendiendo a la motivación del paciente, valorando el estadio de cambio (según criterios de Prochaska), la situación física y psicopatológica (valorar posibilidad de P. Dual) se establecerá un Plan de Atención Individualizado para cada paciente.

- El día del ingreso el Psiquiatra orientará sobre estrategia seguir una vez ingresado el paciente. Al día siguiente en la reunión de la mañana se valorará la impresión de la Psicóloga y su funcionamiento en la Unidad
- ESTRATEGIAS según P.A.I.
  - A. Cuidados mínimos
  - B. Estrategia Motivacional
  - C. Estrategia Psicoterapéutica

## B. Desintoxicación según sustancia

### 1. Alcohol





## 2. Opioides

### Observaciones de los algoritmos de Desintoxicación de Opioides:

SAO: Síndrome de Abstinencia Opioides

Medicamentos usados y vías de administración:

- **Buprex®**= Buprenorfina 0,2 mg vía sublingual
- **Suboxone®**= Buprenorfina / Naloxona. vía sublingual. Dos presentaciones:
  - 8 mg de buprenorfina / 2 mg naloxona
  - 2 mg de buprenorfina / 0,5 mg naloxona
- **Metasedin®**=Metadona ampolla vía subcutánea (sc)
- **Sevredol®**= Morfina 20 mg vo
- **Diazepam** 10 mg y 5 mg comp vo
- **Lormetazepam** 2 mg comp vo
- **Mirapexin®**= Pramipexol 0,7 mg vo

### 1. Inicio Tratamiento con Suboxone®

Tanto para el paso de Heroína a Suboxone® (Buprenorfina/Naloxona) como de Metadona a Suboxone®, hay que esperar antes de introducir Suboxone®:

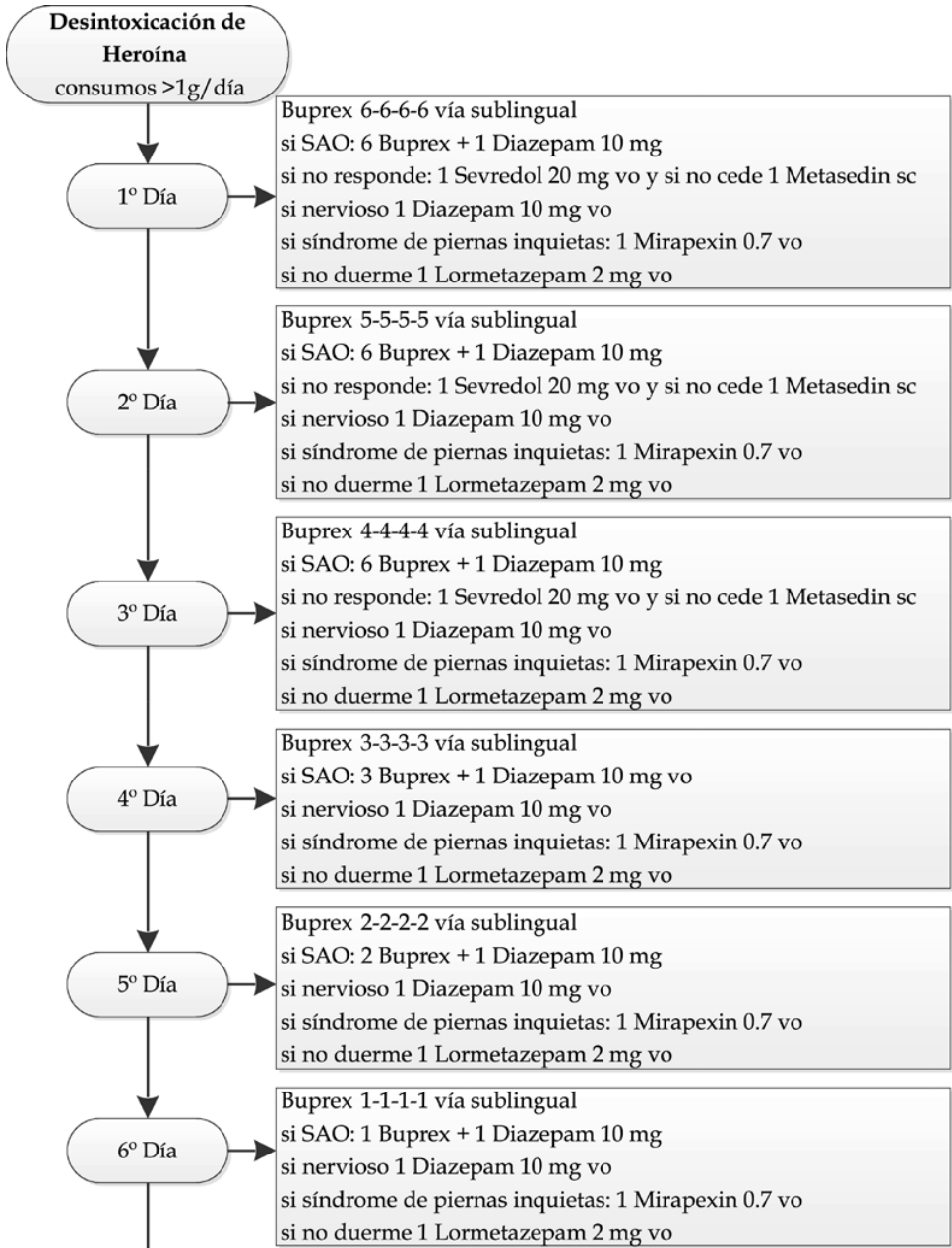
- 24-48 horas si es desde Heroína.
- 48-62 horas si es desde Metadona.

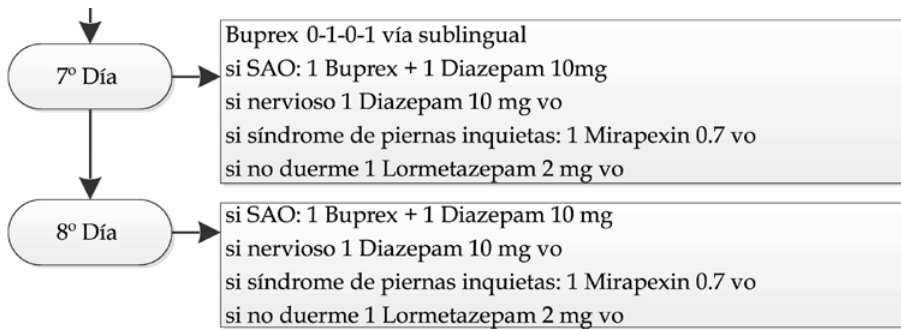
Ya que en la práctica diaria hemos encontrado que aun cuando se introduce con síntomas de abstinencia producía mayor abstinencia si se hacía de manera precoz.

Dado que Suboxone® tiene en su composición también Naloxona y aunque en su administración sublingual en teoría no tiene casi efecto por su escasa absorción, en la práctica clínica hemos observado varios casos de abstinencia precipitada. Por ello, tras la espera recomendada, en la UD preferimos iniciar el primer día de tratamiento solo con Buprenorfina (Buprex®), que además por su vida media más corta si existiese abstinencia precipitada sería más fácil de revertir.

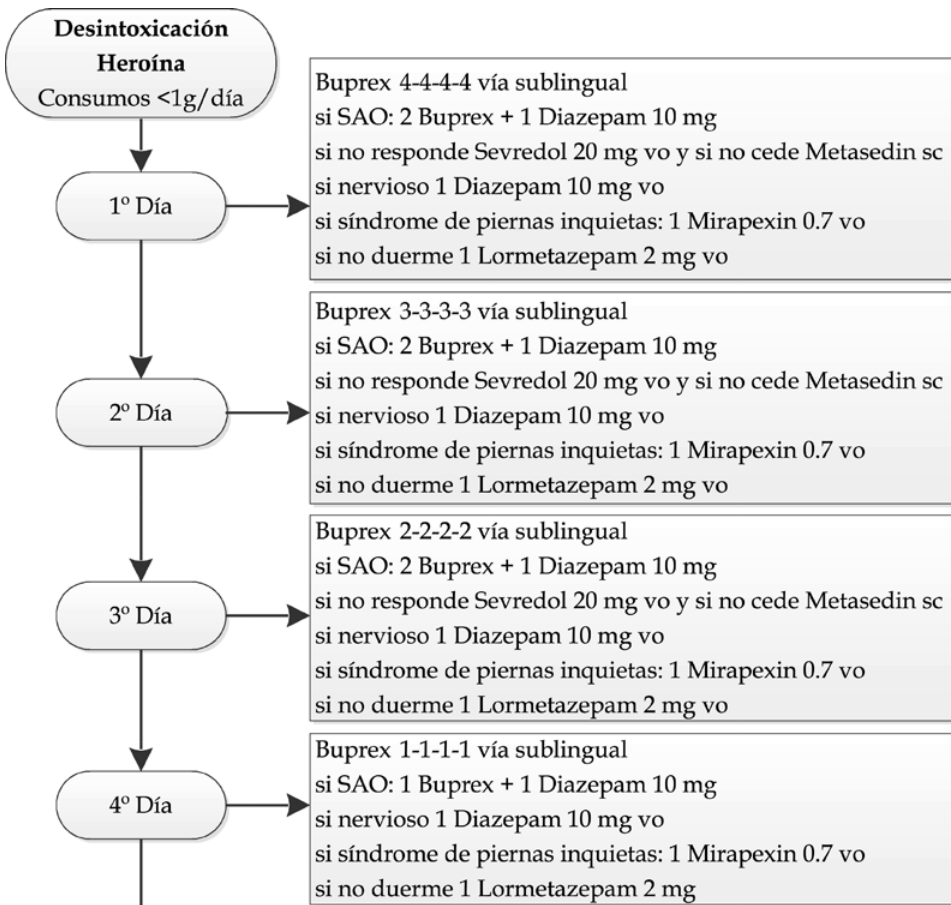


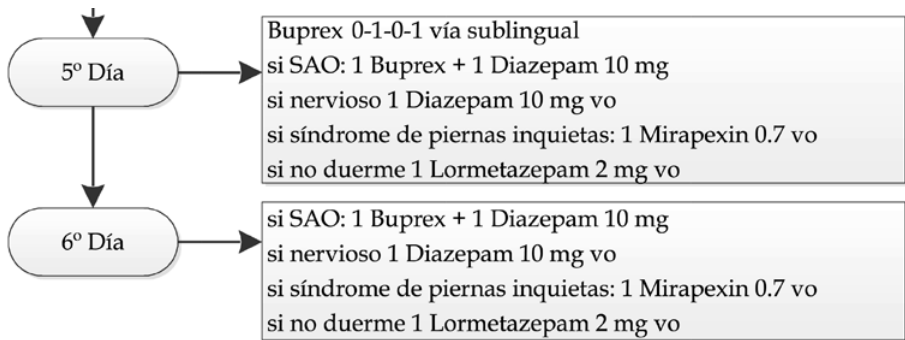
**2. Algoritmo en la desintoxicación de heroína para pacientes con consumos de heroína mayor de 1 g/día**



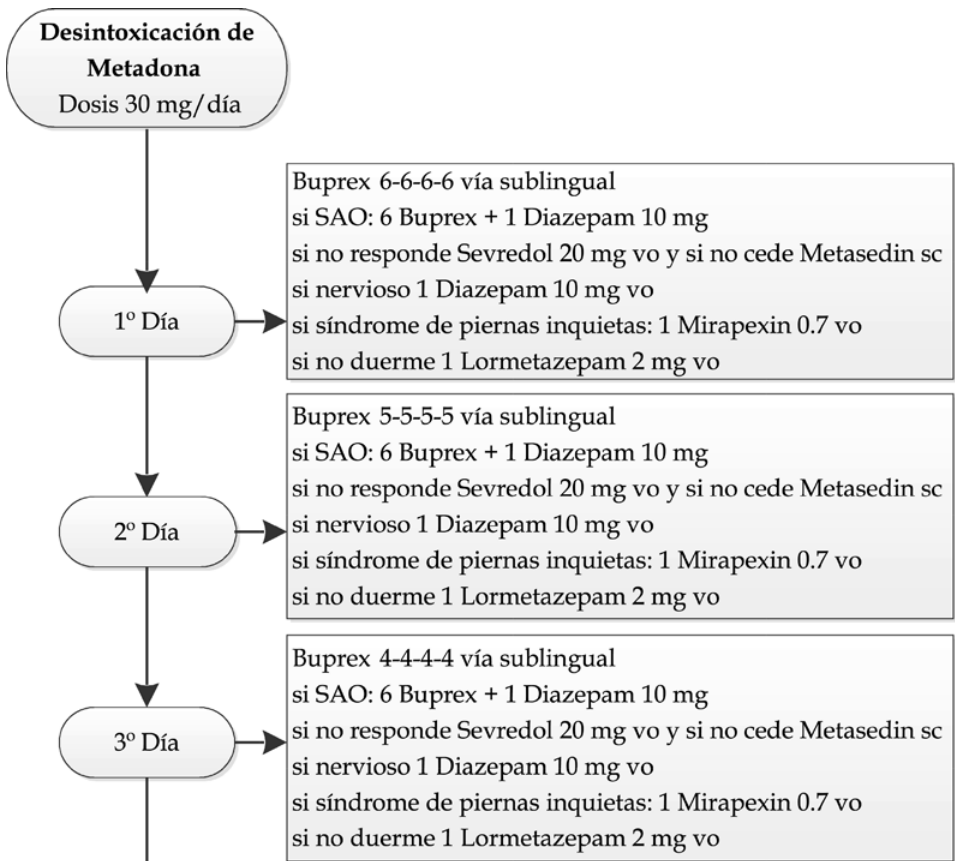


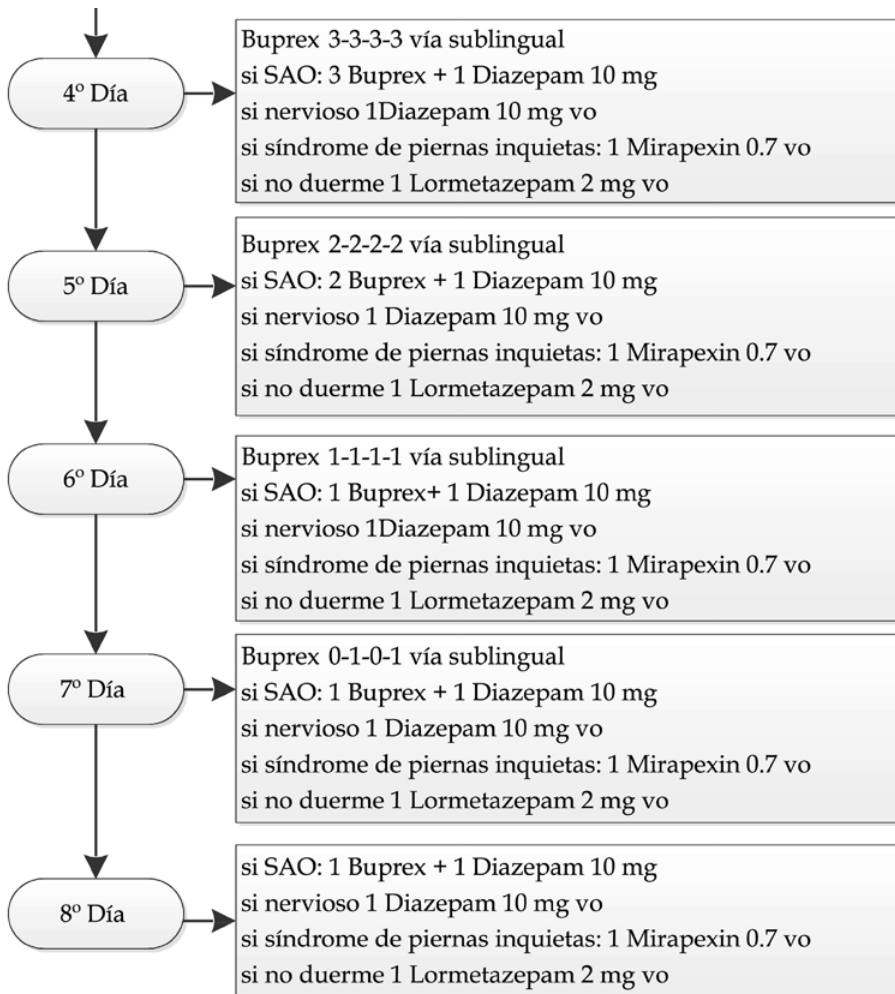
**3. Algoritmo en la desintoxicación de heroína pacientes con consumos de heroína menor a 1 g/día**





**4. Algoritmo en la desintoxicación de Metadona para pacientes con dosis de Metadona 30 mg/día**





### 3. Cannabis

Los problemas derivados del consumo de cannabis se pueden resumir en tres: que es una droga facilitadora del consumo de otras, crea alteraciones cognitivas y mayor irritabilidad y genera dependencia psicológica.

Generalmente el síndrome de abstinencia de cannabis no requiere tratamiento farmacológico específico ya que la clínica es leve e inespecífica. Se lleva a cabo un tratamiento sintomático:

- Benzodiazepinas: para calmar la ansiedad inicial, durante un corto periodo de tiempo.
- N-Acetil-Cisteína: 600mg vo /día, con objeto de reducir el deseo de consumo (pocos estudios).
- Antidepresivos: en caso de humor depresivo. De elección un antidepresivo con efecto sedante.
- Antipsicóticos: más discutido su uso.

#### 4. Cocaína y Psicoestimulantes

Algunos autores distinguen 3 fases en la abstinencia de cocaína:

Fase	1: <i>Crash</i>	2: Abstinencia	3: Extinción
Duración	9 horas a 4 días	1-10 semanas	indefinida
Clínica	<p><b>Inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• agitación</li> <li>• depresión</li> <li>• anorexia</li> <li>• <i>craving</i> alto</li> </ul> <p><b>Mediana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fatiga</li> <li>• depresión</li> <li>• no <i>craving</i></li> <li>• insomnio con aumento de deseo de dormir</li> </ul> <p><b>Tardía:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cansancio extremo</li> <li>• hipersomnia</li> <li>• hiperfagia</li> <li>• no <i>craving</i></li> </ul>	<p><b>Inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• normalización del sueño</li> <li>• estado de ánimo eutímico</li> <li>• <i>craving</i> bajo</li> <li>• baja ansiedad</li> </ul> <p><b>Mediana y tardía:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anhedonia</li> <li>• anergia</li> <li>• ansiedad</li> <li>• <i>craving</i> alto</li> <li>• los estímulos condicionados exacerbaban el <i>craving</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• respuesta hedónica normal</li> <li>• estado de ánimo eutímico</li> <li>• <i>craving</i> episódico</li> <li>• los estímulos condicionados disparan el <i>craving</i></li> </ul>

Se han intentado múltiples tratamientos farmacológicos basándose en el mecanismo de acción de la cocaína o en la clínica que produce la abstinencia, pero los únicos tratamientos específicos que han mostrado alguna eficacia en ensayos clínicos para el tratamiento del abuso/dependencia de la cocaína son el disulfiram (Antabus®) y el topiramato. Dado que muchos de estos pacientes tienen un trastorno de la personalidad de base u otro trastorno psiquiátrico, en algunos casos otro tipo de fármacos puede ser de utilidad (antidepresivos, litio, anticomiciales, etc.), así como diferentes enfoques psicoterapéuticos.

El ingreso en la unidad de hospitalización tendrá una finalidad principal de contención durante la primera fase del síndrome de abstinencia de la cocaína, y el tratamiento farmacológico será en general sintomático (ansiolíticos o hipnóticos si son necesarios), y sólo en casos puntuales se utilizarán fármacos específicos para tratar problemas concretos detectados en un paciente en particular (por ejemplo se podrán dar antidepresivos a un paciente con clínica depresiva franca y con historia de episodios depresivos previos no relacionados con el consumo).

Como ansiolítico o hipnótico utilizamos habitualmente el lorazepam a dosis máximas de 10 mg/día; diazepam, a dosis máximas de 60 mg/día, y en ocasiones empleamos mirtazapina (15-30 mg), trazodona (100-200 mg) y levomepromacina (10-20 mg) para tratar el insomnio.

Como medicación “anticraving”, podemos introducir el topiramato gradualmente en dosis de 100 a 200 mg/día). En algunos casos se puede utilizar el disulfiram (dosis de 250 mg/día), teniendo en cuenta y explicando con claridad al paciente sus interacciones con el alcohol.

### **C. Programas de tratamiento para prevención de recaídas**

Se han intentado tratamientos con múltiples fármacos, como los inhibidores de la recaptación de serotonina, antagonistas opioides, agonistas dopaminérgicos, antagonistas del calcio, ácido gamma-hidroxibutírico, análogos de las encefalinas o litio, pero los que habitualmente utilizamos son porque han demostrado cierta utilidad son:

## Dependencia a Alcohol:

<p><b>Fármacos aversivos:</b></p> <p><b>Disulfiram (Antabus®)</b></p> <p><b>Cianamida (Colme®)</b></p>	<p>Estos fármacos inhiben la oxidación del acetaldehído (producto del metabolismo del alcohol), el cual se acumula en el paciente y produce una reacción muy desagradable que consiste en: rubor, cefalea, sensación de palpitaciones en la cabeza y en el cuello, disnea, hiperventilación, taquicardia, hipotensión, sudoración, ansiedad, debilidad y confusión.</p> <p>El disulfiram se presenta en comprimidos de 250 mg, y se administra de ½ a 2 c/día (125-500 mg). La cianamida cálcica se presenta en gotas, y la dosis es 40-90 mg/día, en 2-3 tomas. Es necesario que el paciente acepte este tratamiento (si se le administra sin que el paciente lo sepa e ingiere alcohol, podría llegar a poner en riesgo su vida), y que alguien del entorno del paciente se asegure del cumplimiento del tratamiento al alta (familiar o incluso personal sanitario del CSM).</p> <p>Siempre que un paciente inicie tratamiento con un fármaco aversivo será necesario obtener el consentimiento informado.</p>
<p><b>Naltrexona</b></p>	<p>Actuaría disminuyendo el deseo compulsivo de consumir alcohol, probablemente porque bloquea la liberación de opioides endógenos. En la mayor parte de los casos una dosis de 50 mg/día en una única toma será suficiente.</p>
<p><b>Nalmefeno</b></p>	<p>Similar a la acción anterior disminuyendo el deseo compulsivo de consumir alcohol.</p>

## Bibliografía

---

- Gowing, L.; Ali, R.; White, J. M. *Buprenorphine for the management of opioid withdrawal*. Review2009 Jul 8; (3): CD002025. doi: 10.1002/14651858. CD002025. pub4.
- Fernández Miranda, J. J.; Pereiro Gomez, C. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, ISSN 0214-4840, Vol. 19, N°. Extra 2, 2007 (Ejemplar dedicado a: Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos), págs. 7-118.

- Roncero, C.; Sáez-Francàs, N.; Castell, X.; Casas, M. *Eficacia y manejo clínico de la buprenorfina*. Revisión Trastornos Adictivos. 2008; 10(2): 77-87.
- Bankole, A.; Johnson, D. S.; M. D. *Medication treatment of different types of alcoholism*. Am J Psychiatry. 2010 June; 167(6): 630–639. doi:10.1176/appi.ajp.2010.08101500.
- A. Gual 2002. *Monografía Alcohol Adicciones*. Vol 14, suplemento 1. 2002.
- Sandra Comer, Ph. D.; Chinazo Cunningham, M. D., M. S.; Marc J. Fishman, M. D.; *FASAM et al National Practice guideline For the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use*. ASAM National Practice Guideline, May 27, 2015.
- Margaret, L.; Griffin, Ph. D.; Dorian, R.; Dodd, B. A. et al: *Baseline characteristics and treatment outcomes in prescription opioid dependent patients with and without co-occurring psychiatric disorder*. Am J Drug Alcohol Abuse, 2014; 40(2): 157–162 2014 Inform Healthcare USA, Inc. DOI: 10.3109/00952990.2013.842241
- Pereiro Gómez, C. *Libro: Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación*. ISBN-13: 978-84-614-0266-3 No Registro: 10/37827 Dep. Legal: PO 196-2010.
- Eric Strain, M. D. *Opioid use disorder: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, course, screening, assessment, and diagnosis*. Uptodate Literature review current through: Oct 2015. Jul 29, 2015.
- David, A.; Gorelick, M. D.; Ph. D. et al. *Treatment of cocaine use disorder in adults*. Uptodate. Literature review current through: Dec 2015. | This topic last updated: Jan 24, 2014.
- Scott, A.; Teitelbaum, M.D.; Robert, L.; DuPont, M. D.; John A. Bailey, M. D. *Cannabis use disorder: Treatment, prognosis, and long-term medical effects. Literature review current through: Dec 2015*. This topic last updated: Sep 22, 2014.



# Epílogo. Perspectiva de futuro

J. I. Landaluce

El 1 de julio de 2011 se producía la transferencia de la sanidad penitenciaria al País Vasco. En lo que respecta al territorio de Bizkaia y en lo concerniente a la atención de salud mental esta pasó a estar adscrita a la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), que asumió esta labor a partir de enero de 2013, con la incorporación progresiva de los profesionales que actualmente la desarrollan.

Una vez transcurridos prácticamente casi cuatro años desde que se produjo la transferencia formal de la atención sanitaria penitenciaria a Osakidetza, y aunque la valoración de lo realizado hasta ahora es muy positiva, en la actualidad y desde el punto de vista de la salud mental, la elevada prevalencia de los trastornos mentales y las toxicomanías en los centros penitenciarios constituye una prioridad de salud. Por ello y cara a un futuro cercano hay una serie aspectos que tendremos que abordar. Entre estos retos futuros estarían:

- Profundizar en el desarrollo del modelo asistencial penitenciario, que defina el recurso sanitario penitenciario como una parte más de la estructura global de asistencia sanitaria pública, posibilitando que esta población se pueda beneficiar de los estándares de calidad que ofrece el sistema vasco de salud, para alcanzar los mejores resultados posibles.
- La asistencia sanitaria en los centros penitenciarios se da en un contexto y en una organización no sanitaria en la que la seguridad es la prioridad fundamental. En este sentido tendremos que trabajar para superar las situaciones que en la práctica surgen como consecuencia de la aplicación de las exigencias de régimen y seguridad del establecimiento, en relación a las necesidades asistenciales de los internos.
- Potenciar y mejorar la coordinación entre las administraciones de Justicia, Salud, Penitenciarias y Servicios sociales para asegurar una asistencia específica y más coordinada de esta población y la continuidad de cuidados.

- La sistematización del trabajo en este ámbito de la salud, es indispensable. Los Protocolos de atención, coordinación y derivación entre los recursos de la propia Red de Salud Mental, como con el resto de dispositivos asistenciales de Osakidetza, Instituciones penitenciarias y los servicios sociales comunitarios serán absolutamente necesarios.

Es básico que todos estos aspectos planteados, aunque no hacen referencia a los retos asistenciales más concretos o específicos de atención de la salud mental en prisión, sean abordados de cara a conseguir en el futuro unos buenos niveles de funcionamiento, y una asistencia específica, más coordinada y de mayor calidad, para todos los pacientes afectados de una enfermedad mental que se encuentran ingresados en una institución penitenciaria.

Jose Ignacio Landaluce  
*Director Médico de la RSMB*