



Guía

Atención y tratamientos en prisión
por el uso de drogas



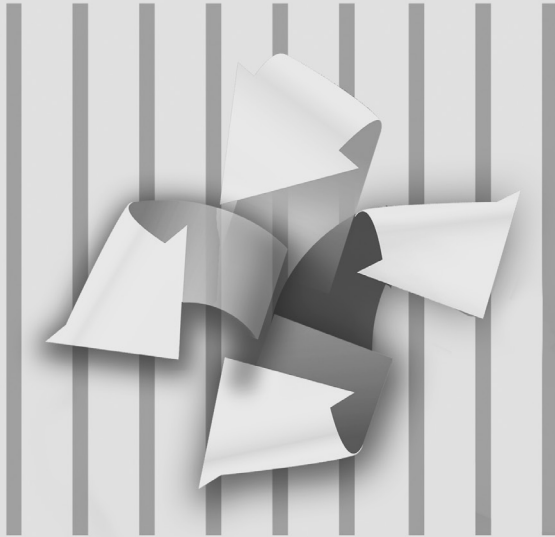
GSMP

Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión



Guía

Atención y tratamientos en prisión
por el uso de drogas



GSMP

Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión

Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas

Documento de Consenso

Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP):

Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP)

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)



www.aen.es

Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas
Iñaki Markez y Cristina Iñigo (Coords.)

© GSMP: SampAEN y SESP

© Autores/as

Edita: OMEditorial

ISBN: 978-84-695-5660-3

Depósito Legal: BI-1700-2012

Diseño y maquetación: Marra, Servicios Publicitarios S.L.

Imprime: Lankopi, S.A.

Reservados todos los derechos. Quedan prohibidos según lo establecido en la ley y bajo apercibimiento legalmente previsto. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares.

Autoría

Iñaki Markez Alonso. Médico psiquiatra CSM de Basauri, RSM Bizkaia, Osakidetza (Coordinador).

Cristina Iñigo Barrio. Médico, Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (Coordinadora).

Alicia Abad Azuara. Psicóloga clínica. Psicóloga INTRESS, Centro Penitenciario de Navalcarnero, Madrid.

José Joaquín Antón Basanta. Médico. Servicios Médicos del C.P. Albolote, Granada.

Olatz Barrenetxea Larrondo, Psicóloga clínica. Psicoterapeuta y especialista en terapia grupal. Vicepresidenta de Sección de DD.HH. de la AEN. Bilbao.

Luis Fernando Barrios Flores. Área de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante. Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

Arantza Bengoa Etxabe. Médica C.P. de Martutene-Donostia.

Luis F. Callado. Médico farmacólogo. Dpto. Farmacología UPV-EHU. Bilbao.

Antonio Errasti. Médico asociación Lur Gizen. En el C.P. de Nanclares. Álava.

Esther García Usieto. Médica psiquiatra, Hospital de Sierrallana, Torrelavega, Cantabria. Anteriormente en el C.P. del Dueso.

Ángeles López López. Médica Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

Verónica López Crespo. Enfermera C.P. de Martutene-Donostia.

Carmen López Moreno. Enfermera, Supervisora de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

Mahmoud Karim Haidar. Médico psiquiatra, Hospital U. Santiago, Vitoria-Gasteiz. Intervención en el C.P. de Nanclares.

Andrés Martínez-Cordero. Médico C.P. de Villabona, Asturias.

Álvaro Muro Álvarez. Médico Psiquiatra, Área Psiquiátrica Penitenciaria Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Barcelona).

Luis Ortega Basanta. Médico, Centro Penitenciario de Málaga.

María del Carmen Pernía Higuera. Médica psiquiatra, Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria.

Clara Repeto Ziberman. Psiquiatra y especialista en Salud Pública. Meco. Coordinadora del grupo de Salud Mental en Prisión de la AEN (SampAEN).

Santiago Rincón Moreno. Máster en Drogodependencias. Médico C.P. de Castellón I.

Salvador Rodríguez Rus. Médico. Centro de Drogodependencias de Jaén.

José Sánchez Isidoro. Psicólogo clínico-Coordinador de la Unidad de Atención al Drogodependiente del C.P. de Madrid-IV (Navalcarnero), Técnico de II.PP.

Graciela Silvosa Rodríguez. Consejera Técnica. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Vicent Tort Herrando. Médico Psiquiatra Área Psiquiátrica Penitenciaria Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Barcelona).

Índice

Introducción	9
Jesús María Fernández Díaz.	
Presentación	11
GSMP (SESP + AEN).	
Drogodependencia entre muros	15
Arantza Bengoa, Verónica López, Mahmoud Karim Haidar, Antonio Errasti.	
Drogas, género y encarcelamiento	25
Iñaki Markez, Graciela Silvosa, Esther García Usieto.	
Benzodiacepinas: indicaciones, complicaciones y tratamientos	41
Salvador Rodríguez, Iñaki Markez, Andrés Martínez Cordero.	
Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en prisión	65
Cristina Iñigo Barrio, Carmen López Moreno.	
Detección y tratamientos de desintoxicación del alcohol	99
Ángeles López López, Santiago Rincón Moreno.	
Cannabis: sobre los efectos, riesgos y tratamiento si fuera preciso	131
Iñaki Markez, Luis F. Callado.	
Cocaína: trastornos, complicaciones y tratamientos	155
Luis Ortega, Álvaro Muro.	
Tratamiento de la adicción de opiáceos orientado a la abstinencia	171
María Carmen Pernía Higuera.	
Desintoxicación en patología dual grave	197
Álvaro Muro, Vicenç Tort.	
Terapias frente a las adicciones en el medio penitenciario	215
Iñaki Markez, Clara Repeto, José Sánchez Isidoro, Alicia Abad, Olatz Barrenetxea.	
Manejo del adicto a drogas con conducta agresiva y/o violenta	229
Andrés Martínez Cordero, Iñaki Markez.	
Aspectos ético-legales de la intervención en delincuentes drogodependientes.	247
Luis Fernando Barrios Flores.	
A modo de conclusiones...	283
Esther García Usieto, Iñaki Markez.	

Introducción

La Institución Penitenciaria tiene asignada, entre sus competencias, velar por la vida, la integridad y la salud de los internos y a este respecto mantiene, en los establecimientos de ella dependientes, la cobertura sanitaria correspondiente al nivel de Atención Primaria de Salud. La Ley General de Sanidad garantiza los derechos de los internos y su acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, siendo competencia de las Administraciones la organización y desarrollo de todas las acciones preventivas y asistenciales dentro de una concepción integral del sistema sanitario.

En términos generales, en toda Europa la legislación sobre esta materia considera que las personas que están internadas en prisión deben tener los mismos derechos y prestaciones sanitarias que el resto de la ciudadanía con las limitaciones, en lo que concierne al ejercicio y no a su contenido, derivados de esta situación. El objetivo principal es garantizar los derechos de los internos como usuarios de los servicios de salud, la accesibilidad de este colectivo a los recursos sanitarios, la calidad de las prestaciones sanitarias penitenciarias y la equidad en el acceso a los cuidados

El 1 de julio de 2011 se produjo la transferencia de la sanidad penitenciaria al País Vasco y el objetivo del Departamento de Sanidad y Consumo, para garantizar los derechos de los internos, fue integrar completamente la estructura asistencial penitenciaria en Osakidetza. En otras palabras, estamos desarrollando un modelo asistencial penitenciario desde la estructura de un gestor sanitario comunitario y con las potentes herramientas organizativas de Osakidetza, con los tres niveles asistenciales perfectamente cohesionados.

Este proceso de integración de la sanidad penitenciaria tiene una gran complejidad porque debe cohesionar dos realidades asistenciales, dos estructuras y dos mentalidades diferentes. Sin embargo, un año después

de la transferencia formal de la organización sanitaria penitenciaria, el balance es muy positivo para ambas instituciones. La coordinación a todos los niveles ha sido uno de los aspectos más logrados del proceso; los profesionales han facilitado la transición organizativa, y su compromiso con las instituciones y los usuarios se ha seguido manteniendo inalterable.

Durante las décadas de los 80 y de los 90, el consumo de heroína y la infección por VIH fueron los problemas de salud más relevantes de los centros penitenciarios. En la actualidad, la salud mental, el consumo de drogas y la atención a las toxicomanías constituyen el principal problema de salud en los centros de salud penitenciarios, como fiel reflejo de lo que ocurre en el resto de la sociedad. Y por ello, constituyen y constituirán una prioridad en este nuevo modelo asistencial que hemos puesto en marcha.

Jesús María Fernández Díaz

Viceconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco

Presentación

La asistencia sanitaria proporcionada a los internos de las prisiones en la actualidad se fundamenta en criterios de buenas prácticas basados en la evidencia y además necesita conocer en profundidad las características del medio para optimizar las condiciones y lograr así la rehabilitación psicosocial óptima deseada. En este sentido, será preciso estudiar las características de la vida en el interior de la prisión, de las personas afectadas, de la naturaleza de la patología mental y del marco legal involucrado.

Los datos epidemiológicos realizados en las cárceles españolas ponen en evidencia algunos resultados relacionados con el consumo de sustancias y los trastornos mentales:

- La prevalencia de enfermedad mental puede alcanzar 40%. De este porcentaje, cerca del 6% presentaría un trastorno mental grave y hasta el 50% padecería un trastorno relacionado con el consumo de drogas.
- El 9,6% de los internos de las prisiones tiene antecedentes de patología dual.
- Las personas en prisión que padecen trastornos por uso de sustancias psicoactivas se caracterizan por su politoxicomanía, con una droga principal y otras drogas aunque con menor frecuencia y prioridad.
- Estas personas pertenecen mayoritariamente a colectivos socialmente aislados sin acceso real a los programas de prevención y tratamiento de las enfermedades por abuso de sustancias.
- Gran parte de la población penitenciaria presenta un perfil clásico de marginalidad, con un nivel socio-cultural más bajo y mayores carencias económicas que la población general.
- El consumo de benzodiazepinas está muy extendido, bien en el contexto de la prescripción facultativa o bien en base al tráfico interno. A

su vez se puede tratar de un consumo restringido solamente a estos fármacos sedantes o asociado con otras drogas.

- El consumo de tabaco, en este medio, supera también a la prevalencia de la población general.
- Actualmente, la polidependencia más habitual es la generada por el alcohol y la cocaína.
- El trastorno de personalidad que más se asocia con el uso de sustancias es el trastorno antisocial.
- La incidencia de conductas agresivas también apunta a cifras muy superiores en la población reclusa.

Tanto en el pasado como en la actualidad, las Instituciones Penitenciarias se han involucrado con la implantación de programas asistenciales adaptados a las características específicas del medio. En este sentido, destacan los Programas de reducción del daño (mantenimiento con Metadona, intercambio de jeringuillas...) y de Atención Integral de Enfermedades Mentales en prisión.

Más recientemente, los cambios en materia legal también salpican la asistencia intramuros, puesto que pueden entrar en prisión delitos como la conducción bajo los efectos del alcohol o expresiones de violencia en el contexto familiar, o a terceras personas...

La cárcel resulta un lugar particularmente “duro” para vivir o sobrevivir o dejar pasar la vida. Los internos suelen referir una situación emocional disfórica, con una percepción de frustración mantenida, desánimo, desinterés y una actitud pasiva de espera. Pero, a pesar de las adversidades cotidianas experimentadas, desde la prisión también se pueden aprovechar algunas características como aliados terapéuticos: la contención externa del propio centro, el aislamiento de su medio habitual y de su entorno personal, la organización en torno a una rutina diaria y adquisición de normas, aislamiento y alejamiento de su entorno personal y hábitos patológicos, el respeto hacia los límites, la recuperación y estabilización de hábitos sanos, el compromiso con responsabilidades, el apoyo de profesionales e institucional, la asunción progresiva de autonomía.

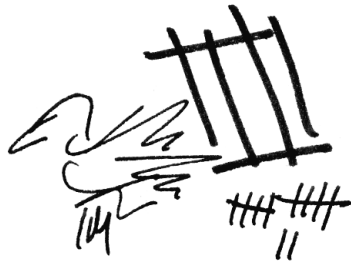
Por tanto el paso por la cárcel puede y debe convertirse en una oportunidad para acercar la sanidad a personas que hasta el momento de ingresar en prisión no habían tenido contacto con el sistema, e iniciarles en la promoción


de la salud y la prevención de la enfermedad, así como introducirlos en programas para abordar las entidades patológicas descritas en esta guía y avanzar hacia su rehabilitación y reinserción psicosocial.

Ante la complejidad de estos problemas clínicos, los profesionales, se plantean algunas preguntas: ¿Cómo lograr interpretar síntomas inespecíficos sugestivos de patología dual? ¿Cómo acuñar un diagnóstico preciso? ¿Cuándo, cómo y dónde llevar a cabo una desintoxicación? ¿En base a qué criterios se pueden organizar los cuidados en casos con este tipo de trastornos? ¿Cómo prevenir situaciones de alto riesgo de violencia con auto o heteroagresividad? ¿Cómo adaptar el plan terapéutico a las sustancias consumidas y las complicaciones presentes? Esta guía pretende dar respuesta a estas y otras cuestiones que aparecen con demasiada frecuencia en el ámbito penitenciario entre las personas allí ingresadas.

GSMP*

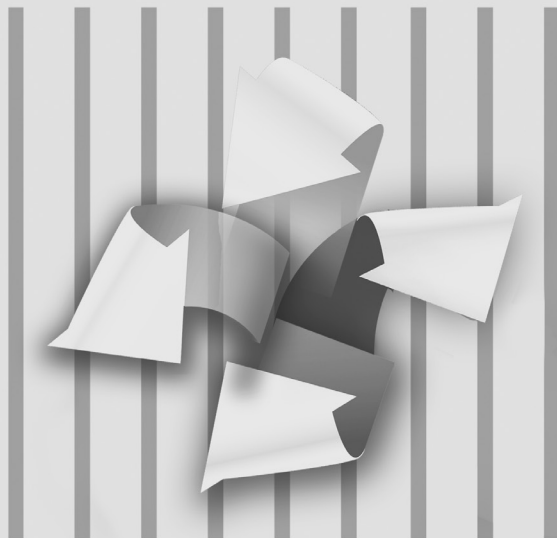
* El Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP) está constituido por miembros de dos sociedades científicas: la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP).





Drogodependencia entre muros

Arantza Bengoa, Verónica López,
Mahmoud Karim Haidar, Antonio Errasti



“No importa qué me meta en el cuerpo si eso me hace pasar unos días sin enterarme de nada”. Una frase oída casi diariamente, en boca de diferentes reclusos que cumplen su condena, en cualquiera de las prisiones del país, nos proporciona la oportunidad de reflexionar sobre la evidencia de que drogas y prisión son un binomio frecuente en el medio penitenciario.

Algunos datos epidemiológicos

Según datos de Instituciones Penitenciarias a 31 de diciembre de 2010, en España estaban encarceladas 63.403 personas de las cuales 5.041 eran mujeres (8%) (1). La prevalencia de la enfermedad mental ronda el 25-40%. De este porcentaje, entre el 4 y 6%, presenta un trastorno mental grave y entre un 30-50% de ellos tendrían un trastorno relacionado con el consumo de drogas (2).

Un 17,6% de los presos presenta antecedentes psiquiátricos previos a su ingreso en prisión; Entre ellos: un 2,6% padece trastornos de tipo psicótico; el 6,9% tiene antecedentes de un trastorno afectivo y un porcentaje igual padece algún trastorno de la personalidad. A estos datos hay que añadir el 9,6% de los internos de las prisiones tiene antecedentes de *patología dual* al coexistir en un mismo paciente un problema de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas unido a cualquier otro trastorno psiquiátrico (1). A reseñar, que los presos ingresados en los psiquiátricos penitenciarios, no están incluidos en estas estadísticas.

A nivel de la Unión Europea, en la mayoría de los estudios realizados queda patente que la prevalencia del consumo de drogas en la población encarcelada es superior al 50%. Sin embargo, estos datos presentan grandes variaciones entre prisiones, centros de detención y países (del 22-86%). Del 8 al 73% refiere consumo regular y dependencia previa al ingreso en prisión. De hecho, el 79,7% de los internos consumía drogas en el mes anterior a su ingreso (3). Analizando los diferentes estudios podemos concluir que, los drogodependientes están sobrerrepresentados en las prisiones si se compara con la población general.

Las personas en prisión que padecen trastornos por uso de sustancias psicoactivas (TUS) se caracterizan por su *politoxicomanía*, básicamente tienen una sustancia preferente, su droga principal, en función de sus

características personales y paralelamente consumen otras drogas aunque con menor frecuencia y prioridad como pueden ser las benzodicepinas, heroína, hachís, y cocaína -en menor cantidad por su elevado precio-. Además, las consumen a diario (4).

Estas personas pertenecen mayoritariamente a colectivos socialmente aislados sin acceso real a los programas de prevención y tratamiento de las enfermedades por abuso de sustancias. Podemos decir que, gran parte de la población penitenciaria presenta un perfil clásico de marginalidad, con un nivel socio-cultural más bajo y mayores carencias económicas que la población general (5).

Desde hace unos años, se ha observado una asociación e incremento constante de abuso de alcohol junto al resto de sustancias, hasta alcanzar un porcentaje cercano al 40%. Dicha dependencia resulta ser de difícil manejo por la frecuente nula conciencia de enfermedad, por ser una sustancia legal bien aceptada, por su asociación a un contexto lúdico y no precisamente a la marginalidad salvo en casos extremos. Este incremento de la patología ligada al consumo de alcohol se relaciona en gran medida con los delitos contra la seguridad vial, la violencia de género y las agresiones sexuales, así como el maltrato en el núcleo familiar que se vienen registrando en las últimas estadísticas (1).

Algunas características de la vida carcelaria

La vida en prisión, en su día a día, resulta dura. Se caracteriza por el control y la disciplina. Los horarios rígidos y la monotonía, las restricciones y la convivencia forzada y una organización en la que prima la seguridad sobre el tratamiento sanitario, (6) convirtiéndose de esta manera en un medio hostil para las personas reclusas. Ante estas circunstancias de aislamiento social, emocional y frustración es habitual encontrar trastornos adaptativos y deterioro de la conducta que repercuten negativamente en el clima social penitenciario.

La drogodependencia es uno de los factores desestabilizadores más importantes debido a la gravedad de las complicaciones físicas, psíquicas y sociales que implica, unido a la problemática jurídica y penal que también arrastra.

La persona que de forma habitual tiene cualquier tipo de relación con la droga, puede acabar en prisión, al mismo tiempo que las prisiones son

caldo de cultivo para el consumo. No son pocas las personas no consumidoras que se han iniciado en el abuso de sustancias precisamente durante su permanencia en prisión. Además, el tráfico de drogas dentro de las prisiones está a la orden del día. Consumo y tráfico van unidos.

Ante estas circunstancias de aislamiento y frustración, no es difícil llegar a comprender -aunque no se justifique- el uso y abuso de sustancias psicoactivas en prisión. No es de extrañar tampoco que debuten, se reinicien o incrementen los consumos de tranquilizantes y otras sustancias con el objetivo de *“no pensar”* y que *“el tiempo pase lo más rápido posible”*. Actitudes que aumentan considerablemente el riesgo de intoxicaciones, sobredosis, autolisis y en ocasiones, suicidios consumados.

Aspectos asistenciales

En los últimos años, en las prisiones del Estado español, se viene desarrollando diversos programas de atención al drogodependiente, tanto a través de los profesionales que trabajan en los centros, como con la colaboración de diferentes ONG. Prioritariamente encaminados a la reducción del daño y riesgos como los Programas de mantenimiento con Metadona (PMM) o el Programa de intercambio de Jeringuillas (PIJ). Asimismo, los programas de Educación para la Salud entre los que juegan un papel muy importante los programas de mediadores y educación entre iguales.

El crecimiento y la heterogeneidad de las personas que se encuentran cumpliendo penas de privación de libertad, pone de manifiesto la necesidad de individualizar al máximo los programas y medidas penitenciarias. Es incuestionable la necesidad de disponer de herramientas eficaces específicamente diseñadas para el medio penitenciario y que mejoren así la atención integral al enfermo mental.

Referente a esto, comentar la implantación del PAIEM, Programa de Atención Integral de Enfermedades Mentales en prisión, desarrollado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. El programa va dirigido a todos los pacientes con trastorno mental grave (TMG), es decir, trastornos psicóticos y de personalidad graves, con más de dos años de evolución y que supongan una disfuncionalidad moderada o severa según GAF (Global Assessment on Functioning, APA 1987) (8). La carencia de este programa estriba en que no contempla al consumidor de drogas como tal, sino siempre enmarcado dentro de la patología dual.

Todos estos programas han demostrado su eficacia. A pesar de ello, existe una clara necesidad de llevar a cabo intervenciones individualizadas a través de equipos multidisciplinares capaces de atender el proceso del paciente integralmente. El mayor problema sigue radicando en la motivación. Pero ¿cómo alentar los cambios necesarios cuando se tienen 8 ó 10 años de condena por cumplir? ¿Cómo mejorar la autoestima en un estrato tan apartado y marginal de la sociedad que acumula un doble estigma por la drogodependencia y la cárcel?

No debemos perder de vista un concepto clave que es dar soporte en función de la motivación y el deseo de cambiar del propio paciente. Los objetivos a conseguir han de ser realistas y buscar mantener lo más sana posible a la persona, hasta conseguir una vida libre de drogas, si es que está suficientemente convencida y motivada para ello y cuenta con el apoyo adecuado. El objetivo más realista, a corto y medio plazo, es reducir el daño del consumo, especialmente si es por vía intravenosa. La abstinencia la podemos considerar a más largo plazo, pues suele precisar de un recorrido más dilatado.

La oferta de actividades y programas específicos es amplia, para los internos que lo deseen, pero muchos de ellos no toman parte en ellos o lo hacen de manera inconstante y sin ilusión. En muchas ocasiones, la participación en estos programas es utilizada como vía de acceso a permisos, cumplimientos de pena alternativos y otra serie de beneficios penitenciarios, sin que verdaderamente haya un interés en el abordaje del problema.

Por otro lado, y realizando autocrítica, podemos hablar de la responsabilidad de los propios profesionales sanitarios, que en la práctica diaria y ante la demanda continuada de fármacos tranquilizantes, no sabemos o no podemos encauzar adecuadamente al paciente hacia otras alternativas terapéuticas y consecuentemente, de algún modo, podríamos estar contribuyendo a esta situación de consumo y abuso de sustancias “legales”.

En relación a los delitos ligados al consumo de drogas, el cumplimiento en centros de tratamiento y deshabituación es una demanda cada vez más creciente. La ley permite diferentes modalidades de tratamiento dentro y fuera de las prisiones. Los jueces y magistrados son cada vez más sensibles a esta problemática, por lo que se ha producido un considerable aumento en intervención comunitaria con tratamiento en centros de día ambulatorios, comunidades terapéuticas, centros de salud mental... De cara al futuro, conviene seguir avanzando y potenciando estas estrategias, alternativas presumiblemente exitosas.

Si existieran centros de cumplimiento alternativos (centros residenciales para enfermos mentales crónicos) se evitarían los ingresos penitenciarios para este colectivo sin apoyo familiar y que vive en ambientes de marginalidad.

Merecen especial atención aquellas personas que se encuentran inmersas en una conducta delictual y que padecen trastornos psiquiátricos crónicos que en otro tiempo eran internadas en Centros Sanitarios de larga estancia y que ahora son transeúntes y foco de conflictos para un medio familiar y social con limitada capacidad de soporte y contención. Para muchos casos el Centro Penitenciario se convierte en su Centro de Salud Mental y único recurso para el abordaje de su dependencia a tóxicos.

La falta de detección y de atención adecuada (muchas veces motivada por la saturación de los centros especializados) provoca que muchos de estos enfermos pierdan el contacto con la realidad social, caigan en la marginalidad y terminen cometiendo algún delito. Dos décadas después de la reforma de salud mental que cerró buen número de hospitales psiquiátricos, muchos consideran que no se dieron alternativas y se traspasó la responsabilidad del cuidado de esos enfermos a los familiares que se encuentran en muchas ocasiones desbordados y sin poder ofrecer la contención y ayuda precisa (9).

Algunas opiniones, basadas en experiencias por grupos de expertos difieren en cuanto a resultados de tratamiento de drogodependencias en prisión, para unos la prisión es incompatible con cualquier proceso de responsabilización personal, sin embargo otros estudios muestran que sí es posible conseguirlo y obtener resultados para prevenir la conducta delictiva, sobre todo, en aquellos programas que continúan en la comunidad una vez que el preso es excarcelado, según el Modelo Delaware (8).

La base de la atención sanitaria en prisiones está formada por médicos, enfermeros, personal auxiliar y psicólogos. La atención especializada queda en segunda línea y está muy orientada al tratamiento farmacológico, precisando de otro tipo de herramientas terapéuticas que pudieran incluir la terapia psicológica, individual, grupal... ya que a los psicólogos del equipo técnico de la institución tienen asignado el estudio de los presos en función de su clasificación, concesión de permisos, etc. Por eso, la *formación en salud mental* es fundamental para mejorar la asistencia a los pacientes, siendo necesaria una estrecha colaboración entre atención primaria y especializada, donde debiera contemplarse el reciclaje y rotación por los Centros de Salud Mental y Hospitales Psiquiátricos del personal sanitario de las prisiones.

La telemedicina (utilizada desde hace unos meses en algún centro penitenciario) ha revelado su utilidad para resolver problemáticas puntuales y ha servido como medio de conexión entre profesionales. Asimismo se postula como medio adecuado para llevar a cabo cursos formativos o programas psicoeducativos. Sin embargo, no ha podido sustituir a la consulta psiquiátrica, donde el contacto directo, cara a cara con el paciente ayuda, como lo ha hecho siempre, a establecer una buena relación terapéutica, esclarecer diagnósticos e instaurar pactos y tratamientos adecuados.

Nuestra experiencia como profesionales sanitarios en un centro penitenciario nos proporciona sentimientos ambivalentes. Por un lado, lo positivo de acercar la sanidad a personas que hasta el momento de ingresar en prisión no habían tenido contacto con el sistema, e iniciarles en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como, introducirlos en programas para tratar su dependencia. Por otra parte, produce frustración y desánimo ver como reingresan repetidamente en prisión y en unas condiciones físico-psíquicas lamentables.

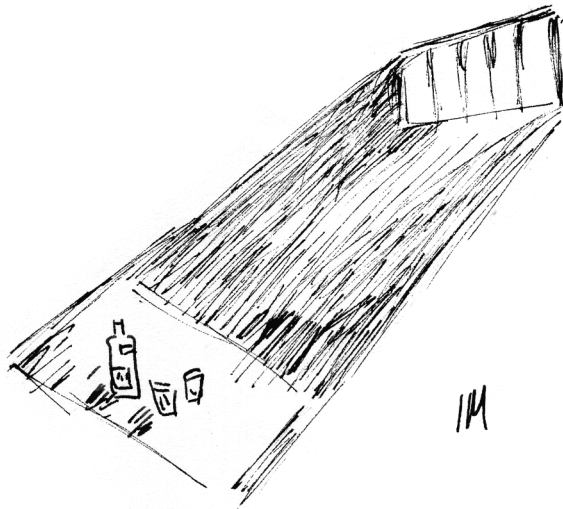
No obstante, el reto persiste y debemos participar desde todos los ámbitos (sanitario, social, educativo, judicial...) para dar una respuesta a la cuestión de la drogadicción. La cárcel es un fiel reflejo de la sociedad donde los problemas se magnifican y multiplican, y aunque parezca contradictorio, para muchos puede ser una oportunidad.

Bibliografía

1. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2010). Estadística IIPP 2010.
2. Grupo de trabajo sobre la Salud Mental en Prisión, GSMP (2011). *Guía de Atención Primaria de las Salud Mental en Prisión*. Edita AEN y SESP. OM Editorial, Bilbao.
3. EMCDDA (2002) *Annual Report*. www.emcdda.europa.eu
4. Chamorro Rodríguez, Raquel (2002). *Las drogas en prisión*. www.lasdrogas.info
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) (2006). Encuesta Estatal sobre Salud y Consumo de Drogas entre la

Población Penitenciaria. *Revista Farmacéuticos* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. N^o 317, noviembre 2006.

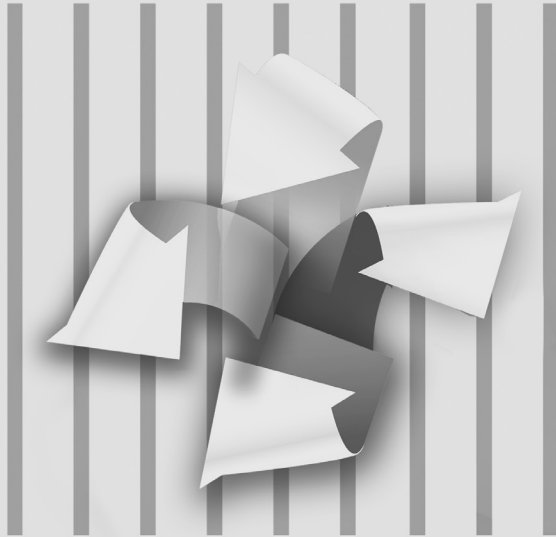
6. Grupo de trabajo sobre la Salud Mental en Prisión, GSMP (2006). *Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión*. Documento de Consenso. Editan SESP y AEN. Zaragoza.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, PNSD. *Actuar es posible. Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios*. Madrid.
8. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de 9. Coordinación Territorial y Medio Abierto (2009). *Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)*. Madrid.
9. Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (2007). *Enfermos Mentales en las Prisiones Ordinarias. Un fracaso de la Sociedad del Bienestar*. Informe febrero 2007.





Drogas, género y encarcelamiento

Iñaki Markez, Graciela Silvosa, Esther García Usieto



En las cárceles españolas se superaron en el año 2009 los 75 mil reclusos (tabla 1) a pesar de que las plazas funcionales disponibles son para 50 mil personas. Con un descenso en 2.011 por la reducción de pena legislada en ese año. No obstante es un excedente muy elevado, lo cual puede hacernos pensar también en las dimensiones del hacinamiento carcelario, deterioro del clima interno, limitaciones a las posibilidades de reinserción. Una alta tasa de encarcelamiento (164/100.000 habitantes) de las mayores de la Unión Europea, pues se sobreutiliza la pena privativa de libertad como reacción punitiva en mayor medida que en los países del área. Sin olvidar que los cambios demográficos en la sociedad, al ser un país de acogida de un importantes número de inmigrantes, se ha trasladado a las cárceles, alcanzando casi un tercio de la población reclusa. Estos cambios, junto al aumento de la proporción de mujeres obligan a cambios en los modos de intervención y acercamiento para la mejora de su calidad de vida.

Tabla 1. Evolución del número de personas ingresadas en las cárceles										
Año	1976	1985	1991	1999	2002	2005	2007	2009	2010	2011
Total presos	9.837	22.802	37.559	45.176	50.882	61.054	67.100	76.079	76.919	71.505
Mujeres %	3,63	1.051 4,6	3.183 8,5	3.846 8,5	4.132 8,7	4.763 7,80	5.484 8,3	6.097 8,0	6.003 8	

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Las mujeres presas presentan la mayor tasa de la Unión Europea de mujeres reclusas en relación con los hombres (en torno al 8% del total en España, frente a 3,5% en Francia o 4,3% en Italia), tal y como destaca el reciente informe de Abril del presente año 2012 de Jueces para la Democracia y la Unión de Fiscales Progresistas sobre el populismo punitivo.

El aumento de presos y presas en las cárceles se debe, según algunos, a la mayor delincuencia, o por la mayor efectividad policial para otros, y también como consecuencia del endurecimiento de las penas y aumento de duración

de las sanciones tras la reforma del Código Penal de 1995, que eliminó la figura de la reducción de pena por trabajos realizados. Leyes aprobadas en 2003 modificando el Código Penal de 1995, han conllevado el endurecimiento del tercer grado y de la libertad condicional, así como la ampliación del límite máximo de cumplimiento de penas. También hay quienes apuntan precisamente a la problemática de las drogas o a la importante crisis económica.

Los cambios legislativos con endurecimiento para los delitos de narcotráfico eliminaron las posibilidades de reducción de condena (anteriormente, un día menos de condena por cada dos trabajados o por buen comportamiento). Al estar mayor tiempo encarcelado y entrar más personas, no saliendo al ritmo de épocas anteriores, se han acumulado los reclusos en todas las cárceles.

España es un Estado, donde la tasa de delitos en relación a la tasa de encarcelamientos es elevada, lo que desestima la falsa idea de que “la Justicia mete a poca gente en la cárcel”. Por otro lado, España tiene una de las tasas más bajas de delincuencia. En 2008, se realizaron 47,6 infracciones penales por cada mil habitantes, 22,8 puntos por debajo de la media de la UE que tiene 70,4. España queda lejos de países del entorno como Suecia (120,4 infracciones), Reino Unido (101,6) o Alemania (76,3). Estamos en uno de los Estados más seguros de la Unión Europea, lo cual resulta muy contradictorio con la elevada tasa de encarcelamiento, a su vez, no asociable a los usos de drogas de abuso ni tampoco al crecimiento de población migrante.

Situación de las mujeres en el medio penitenciario

El aumento del número de mujeres en los centros penitenciarios ha supuesto durante los últimos años una constante que condiciona cualquier aproximación al análisis de su situación dentro del sistema penitenciario español. Por otra parte, no sólo han aumentado cuantitativamente, sino que cada vez es también más importante el número de aquéllas que cumplen condenas largas, debido a la creciente evolución de la participación de las mujeres en la comisión de delitos graves. Sin embargo, la investigación en torno a la mujer delincuente/reclusa es relativamente reciente.

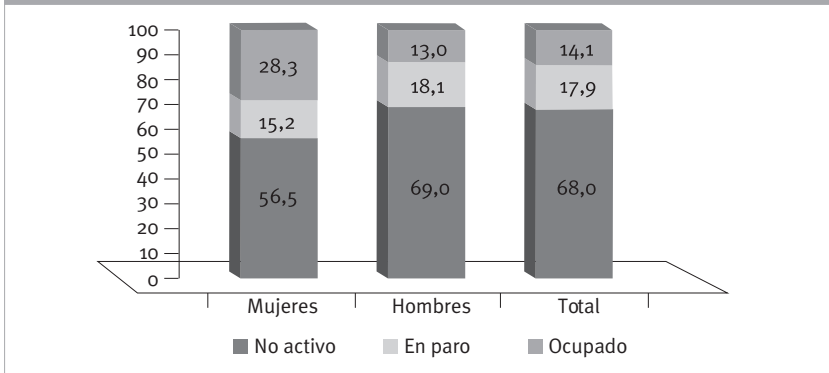
1. Perfil criminológico

“Ante los datos sobre el incremento de la población de mujeres en prisión se plantean diversas explicaciones. Se vincula este aumento al endurecimiento de las penas de los delitos contra la salud pública. Además, la creciente feminización de la pobreza y exclusión social y en un aumento

de mujeres inmigrantes provenientes de países empobrecidos e involucradas en el tráfico de drogas” (Programa de Acciones para la igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito penitenciario. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009).

Existe una criminalización de los sectores sociales más vulnerables, y esta criminalización tiene género, son los delitos de los más pobres los que merecen la peor consideración y sufren más castigo. De hecho, en las últimas décadas hemos asistido a una menor tolerancia con la pequeña delincuencia: endurecimiento de penas e incremento de conductas penales. Un ejemplo el tráfico de drogas a pequeña escala hasta hace poco conllevaba penas desproporcionadas. De hecho, en los sistemas penitenciarios están sobrerrepresentados los sectores sociales más precarios, y en concreto en las mujeres existe una mayor vulnerabilidad, una mayor precariedad por antecedentes de abuso, por precariedad en los ingresos y por cargas familiares, siendo importante el número de personas no activas o en situación de desempleo (Fig.1). Asimismo, el género influencia la forma en que los varones y mujeres perciben y reaccionan frente a conductas que impliquen riesgo y transgresión.

Figura 1. Porcentaje por nacionalidad y sexo, según situación laboral



España presenta una de las tasas más altas de encarcelamiento de mujeres en Europa. También presenta una de las tasas más altas de mujeres extranjeras encarceladas.¹ Desde una perspectiva histórica hay que destacar

¹ El 7,9% de la población penitenciaria encarcelada en prisiones dependientes de la administración central son mujeres, el 40% de éstas son extranjeras. En Cataluña el 7,0%, el 38,1% son extranjeras. La media en Europa de población penitenciaria femenina es de 4,9, el 21,6% de éstas son extranjeras. Council of Europe. Annual Penal Statistics Space I 2009.

dos hechos con respecto a la participación de la mujer en los delitos y su relación con el consumo de drogas:

- Incremento del número de mujeres detenidas y encarceladas.
- Destacado papel de la mujer en la comisión de delitos contra la salud pública.

El estudio sobre “Análisis de la eficacia y adecuación de las políticas penitenciarias a las necesidades y demandas de las mujeres presas” (Miranda M), Barberet R, Canteras A, Romero E. 1998), destaca el incremento de la población reclusa femenina desde 1985, debido a la extensión del tráfico de drogas, actividad por la que está penada la mayoría de la población estudiada.

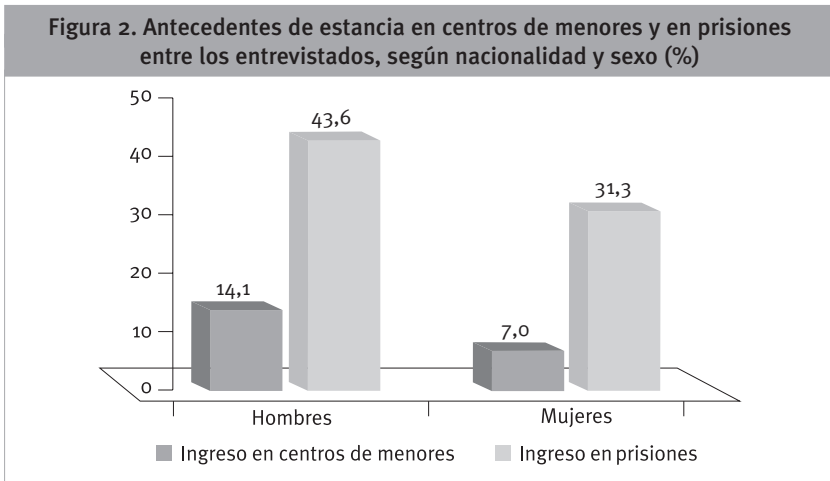
Ciertamente, en el estudio realizado por Canteras Murillo (1990) en los años 83 y 87, el autor observa que en ambos períodos de tiempo el delito más común entre las mujeres es el relativo a la propiedad (más del 60%). El peso de los delitos contra la salud pública es relativamente reciente. Esta evolución muestra el inicio de un comportamiento social, en el que la combinación de la expansión de las drogas con su persecución lleva a muchas más mujeres a la cárcel, hay que tener en cuenta que en las prisiones están más representados aquellos grupos que cometen delitos, cuya persecución es preponderante en cada momento histórico concreto.

No obstante, hay que tener en cuenta que las cifras de las estadísticas policiales y penitenciarias son un reflejo no de la criminalidad sino de la actividad policial. No todos los delitos realizados son descubiertos ni todos los descubiertos son denunciados. Estas estadísticas informan sobre la criminalidad registrada no la real (oculta), partiendo de las relaciones entre criminalidad real y la cifra negra, se supone que la criminalidad real es la doble que la registrada oficialmente. La cifra más negra se halla en los delitos de tráfico de drogas.

De acuerdo con las estadísticas penitenciarias de 2009, la población penitenciaria es predominantemente masculina (el 92%), con un incremento cada vez mayor de extranjeros (el 35,7%). El principal motivo de ingreso en prisión de los reclusos procedentes de estos países es el tráfico de drogas. El 37,9% de las mujeres eran extranjeras frente al 35,5% de los hombres. Y entre las mujeres extranjeras destacan las que proceden de Colombia.

Las actividades delictivas vinculadas al tráfico ilícito de drogas dan cuenta de organizaciones y redes delictivas con gran poder, encargados de dirigir todo el proceso (Añaños Fanny T, 2011). En el delito contra la salud pública, con frecuencia las mujeres se ubican en las últimas etapas de la organización de este tipo de delitos. Ello conlleva una mayor exposición a los controles en los sistemas de detención en aduanas y fronteras, son las “mulas” o “correos”. Además, este tipo delictivo no conlleva una violencia directa y puede que no sea reprobado en el entorno inmediato.

Según la *Encuesta sobre Salud y Consumo de drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (EDSIP, 2006)*, los hombres presentaban mayores porcentajes de antecedentes en centros de menores (14,1%) que las mujeres (7,0%). Asimismo, los hombres presentan mayores porcentajes de antecedentes penitenciarios (43,6%) que las mujeres (31,3%). (Ver Fig. 2).



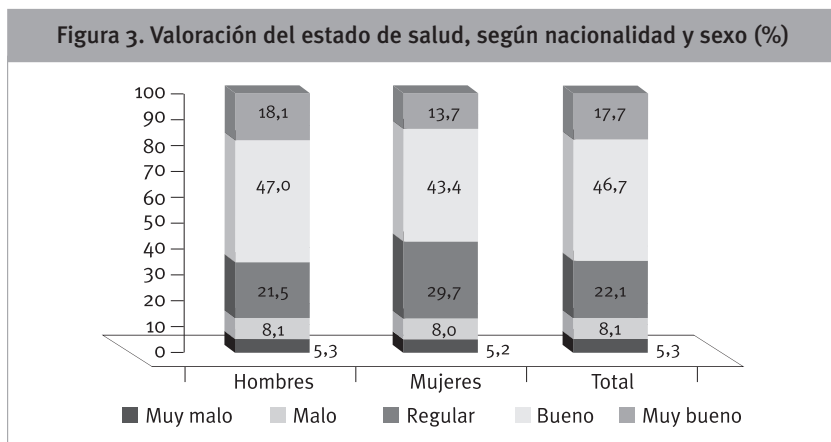
Fuente: Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP), 2006.

2. Salud percibida

La percepción subjetiva de la salud es un indicador que proporciona información relevante para fundamentar estrategias de salud, ya que tiene buena correlación con la morbilidad e incluso con la mortalidad, además de permitir deducir necesidades sentidas de la población.

Es bastante constante en los estudios sobre el tema, que tienen peor salud percibida las mujeres que los hombres, son las mujeres con trabajos no cualificados o dedicadas al trabajo doméstico las que tienen una peor percepción (Informe Salud y Género, 2005).

En el caso de las mujeres reclusas, la *Encuesta sobre Salud y Consumo de drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias de 2006* recoge que las mujeres tienen una peor percepción de salud frente a los hombres, ya que el 57,1% de las mujeres valoraban su estado de salud como bueno o muy bueno frente al 65,1% de los hombres (Fig. 3).



En el mismo sentido, “El estudio sobre la opinión de las reclusas de Cataluña sobre el encarcelamiento” (Giménez Salinas E, Rieras J, Botella L, Marteache N, 2006) arroja el dato de que el 81,7% de las mujeres estudiadas se sentían deprimidas, el 72,4% solas y el 81,2% tenían la sensación de no aguantar más.

La *salud percibida*, además de ser un indicador orientativo del estado de salud, es un indicador sensible a las condiciones ambientales, culturales, incluidos los condicionantes de género, pues es influido por los significados de la salud y el bienestar para cada condición social, cultural y forma de vida.

3. Consumo de sustancias psicoactivas

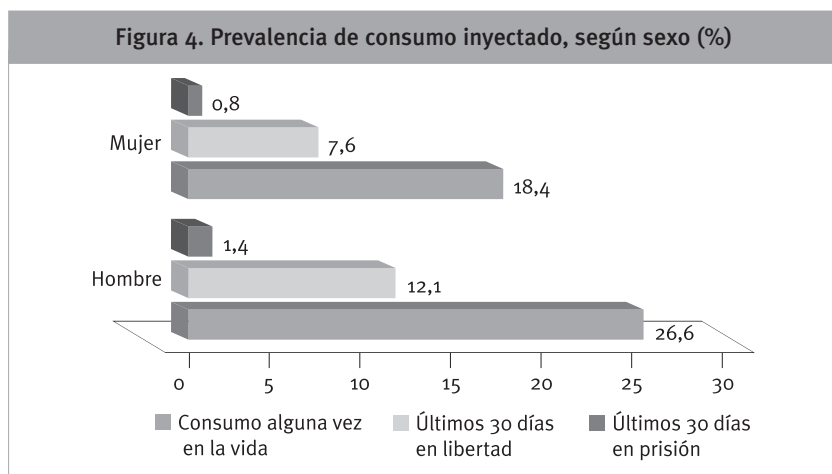
Los problemas de drogas específicamente relacionados con mujeres no han sido examinados de un modo sistemático por los sistemas de información sobre drogas de la Unión Europea. En España, los primeros estudios sobre el

problema de la heroínomanía se centran en determinar la prevalencia e incidencia del fenómeno, así como las características de los consumidores. En los primeros años de la expansión del consumo de heroína, surgen las encuestas domiciliarias, el análisis de muestras de los toxicómanos en tratamiento, los estudios de seguimiento y los problemas médicos y sanitarios asociados a este consumo compulsivo, que culminará con la creación de SEIT en 1987. Todos estos estudios, junto con el propio SEIT, muestran una menor prevalencia de las mujeres frente a los varones en el consumo de drogas ilegales, situándose su representación alrededor del 20%. Ésta podría ser la razón de que no exista una especificidad de género. O se olvidan de las mujeres, o se las trata desde el punto de vista de los varones. El androcentrismo, presente en casi todos los estudios sobre consumo de drogas ilegales en España, desde sus comienzos hasta la actualidad, puede llevar a pensar que la realidad de las mujeres es menos significativa, salvo en los trabajos que tienen que ver con su maternidad. Aunque su representación sea menor, existe una realidad de consumo de drogas ilegales en muchas mujeres y ello tiene repercusiones importantes para su salud, su maternidad y su contexto inmediato.

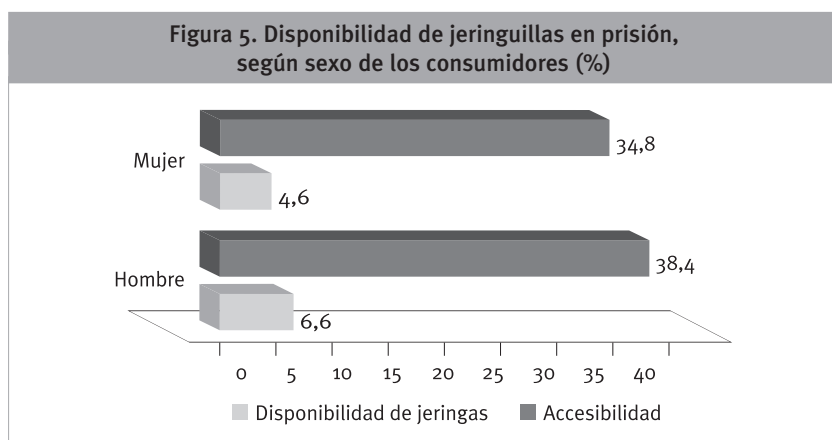
La primacía de los varones y la invisibilidad de las mujeres han omitido las desigualdades sociales de las mujeres, su subordinación al varón y las diferentes relaciones de poder entre ambos sexos. En los usos de drogas ilegales y en concreto en los consumos compulsivos de estas sustancias, la visión de los varones y las mujeres son muy diferentes. Mientras que para ellos la imagen suele centrarse en la asunción de comportamientos de riesgo y desviación social, en las mujeres la visión más popular tiende a señalarlas como víctimas, más patológicas, problemáticas o promiscuas. Las sanciones formales e informales suelen ser más contundentes con las mujeres, sobre todo por sus roles tradicionales de madres y esposas. La responsabilidad de los hijos y el hogar recae mayoritariamente en ellas, a las que no se tolera cuando sus comportamientos se desvían de lo tradicionalmente permitido. Incluso el entorno del consumo de heroína suele ser muy sexista, en donde los roles asignados a las mujeres están relacionados con el ámbito doméstico (Meneses, 2001).

Durante la década de los ochenta, aunque con relación a los varones sigue siendo inferior en número, empiezan a aparecer con mayor frecuencia las mujeres en el sistema judicial y penitenciario. La Encuesta sobre Salud y Consumo de drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (EDSIP) de 2006 ha sobrerrepresentado a las mujeres para realizar un análisis diferencial sobre el consumo de drogas, prevalencia e incidencia así como conductas de riesgo.

- Las mujeres tuvieron menor prevalencia de consumo inyectado alguna vez en la vida que los hombres (18,4% y 26,6% respectivamente) (Fig. 4).



- Las mujeres declararon menor disponibilidad y acceso a las jeringas que los hombres: el 34,8% de las mujeres declaró poder disponer de jeringas en prisión frente al 38,4% de los hombres, y el 4,6% de las mujeres que habían afirmado conocer la existencia del programa habían obtenido jeringuillas en el mes previo a la entrevista frente al 6,6% de los hombres (Fig. 5).



Fuente: Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP), 2006.

La consideración de la especificidad de las toxicomanías en las mujeres debe reconocer: el malestar femenino ligado a roles sociales y modelos culturales, los factores de riesgo asociados a este malestar y los síndromes que genera.

El alto número de parejas toxicómanas explicaría la relación de las mujeres, al menos de algunas mujeres, con el consumo de drogas, y con los delitos de tráfico de drogas. Hemos podido observar como en el inicio de algunas mujeres en el consumo de drogas la causa principal era el consumo de su pareja.

En suma, el perfil de la mujer delincuente parece responder al de una víctima de la feminización de la pobreza.

Políticas penitenciarias dirigidas a la mujer reclusa

Las políticas diferenciadas para la mujer se han encontrado ausentes de la agenda de la política criminal de la mayoría de los países. Sin embargo, el incremento de la población femenina observado en el sistema penal-penitenciario a nivel mundial, en los últimos 25 años, ha tenido y tiene sus consecuencias para este sistema que no estaba preparado para hacer frente a esta situación.

El abordaje de la dependencia de las sustancias psicoactivas, tanto en su estudio como en su tratamiento, se ha enfocado genéricamente, sin diferencias entre varones y mujeres, puesto que se ha asumido que este fenómeno es el mismo para ambos. Sin embargo, para varones y mujeres son diferentes sus roles, estatus, percepciones, funciones y expectativas sociales. Por esta razón, tanto varones como mujeres viven de forma diferente su experiencia con las drogas, y el significado y la percepción social son diferentes en función de cada sexo. Las consecuencias del estilo de vida drogodependiente son muy diversas en ambos sexos y, como en otros aspectos que se desarrollan en la sociedad, las repercusiones son más drásticas, terribles y duras para las mujeres. Sin embargo, estas diferencias no se tienen en cuenta en muchos de los servicios de asistencia a los que acuden.

El estudio sobre “Análisis de la eficacia y adecuación de las políticas penitenciarias a las necesidades y demandas de las mujeres presas” (Miranda

MJ, Barberet R, Canteras A, Romero E. 1998). Destacó las siguientes necesidades de intervención en el escenario penitenciario:

- Implantar programas dirigidos a mujeres maltratadas. En el momento que se llevó a cabo el estudio no existía ninguno.
- Implantar programas de planificación familiar.
- Incrementar el acceso a tratamiento de las drogodependencias. Según el estudio citado sólo el 37% de las mujeres toxicómanas había recibido tratamiento, debido en parte a la discriminación que existía en los centros mixtos, en donde los varones tenían más acceso a dispositivos como módulos libres de drogas.

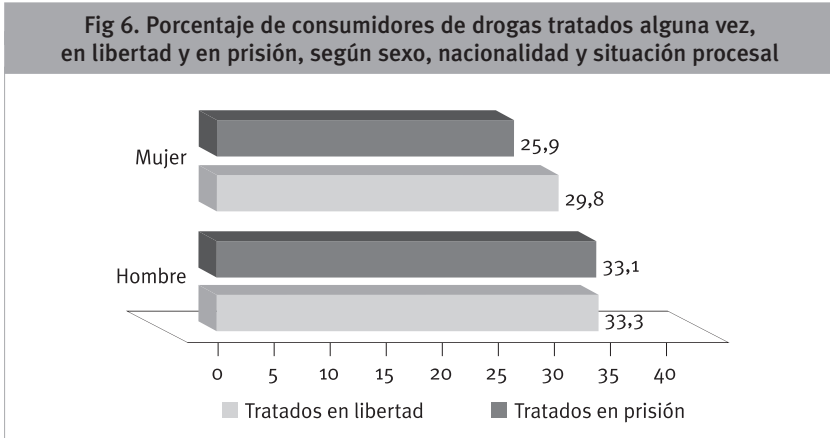
Asimismo, el estudio sobre “La mujer drogodependiente penada en los centros penitenciarios” (Gañan y Gordon, 2001) financiado por la DGPNSD. Destacó las siguientes necesidades de intervención en el escenario penitenciario:

- Implementar programas específicos para mujeres. Todos los centros disponían de programas de metadona accesibles a las mujeres, no así en el caso de programas libres de drogas.
- Incrementar la participación de la mujer en actividades remuneradas. Casi el 100% de las mujeres estudiadas realizaban actividades dentro del centro pero un porcentaje muy reducido tenía actividades remuneradas.
- Incrementar el acceso a tratamiento de drogodependencias En el momento de su ingreso en prisión más del 80% no estaban realizando ningún tipo de tratamiento. Durante su estancia en prisión más del 60% estaban realizando tratamiento, prácticamente la totalidad tratamiento con metadona.

Ambas investigaciones, al igual que estudios internacionales, coinciden en la necesidad de diseñar programas específicos para las mujeres, que tengan en cuenta sus necesidades. En este sentido, se deberían diseñar programas que focalicen la orientación relacional.

Con relación a la conducta criminal y la conducta adictiva, el enfoque de género visibiliza y pone el foco en las motivaciones de inicio y mantenimiento de la dependencia, lo cual debería ser tenido en cuenta en las intervenciones, es decir, deberían contener modelos de cambio de aquellas actitudes de género que mantienen las conductas y perpetúan las desigualdades.

El abordaje terapéutico diferenciado desde la óptica de género está poco desarrollado, puesto que siguen siendo hegemónicos los programas de tratamientos homogéneos y con orientación preferentemente masculina. Según EDSIP 2006, el porcentaje de consumidores tratados, tanto en prisión como en libertad, fue más alto en hombres que en las mujeres (Fig. 6).



Fuente: Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP), 2006.

La evolución del consumo de drogas en la mujer, las necesidades que se vienen constatando, y el modelo asistencial que tenemos han obligado y obligan a pensar en un nuevo enfoque de intervención con esta población a largo plazo. Ante esta situación diferentes administraciones han puesto en marcha programas para dar respuesta a las necesidades detectadas en la mujer reclusa. Entre las medidas que ha contemplado la política penitenciaria con esta finalidad destaca el impulso de estrategias de intervención en aquellos casos en los que ambos miembros de la unidad familiar se encuentran en situación de privación de libertad, y por otra parte, a las madres internas con las que conviven sus hijos menores de 3 años:

- Consideración como trabajo en el exterior las labores de trabajo doméstico, de cara a acceder a un 3º grado (régimen abierto).
- Horario flexible para las clasificadas en tercer grado con hijos: cabe la posibilidad de sólo acudir determinadas horas al centro, y pernoctar en su domicilio.
- Internamiento en unidades de madres. Son unidades para menores y sus madres. En estas Unidades existe un Especialista de Educación

Infantil que orientará la programación educacional y lúdica de las actividades de los menores. El régimen de visitas sólo podrá restringirse por razones de seguridad.

- Impulso al acceso a las Unidades Dependientes a las internas con hijos. Las Unidades Dependientes son unidades arquitectónicamente ubicadas fuera del recinto de los centros penitenciarios, preferentemente en viviendas del entorno comunitario, sin ningún tipo de distinción externa relativo a su dedicación. Los servicios son gestionados de forma directa y preferente por asociaciones u organismos no penitenciarios. Algunas de ellas son dedicadas a mujeres drogodependientes.

Además, siguiendo las Nuevas Reglas Penitenciarias del Consejo de Europa de 2006 que reconocen la obligación de integrar el principio de igualdad entre hombres y mujeres en las condiciones de detención, (en concreto en las mujeres pone énfasis en la adaptación a las necesidades de las mismas y a velar por las relaciones familiares), se han implementado las siguientes medidas:

- Diseño e implantación de tratamiento específico para internos acusados de agresión a su pareja. La institución penitenciaria se enfrenta a un nuevo reto, el ingreso de los hombres en prisión por el delito de violencia de género tras los delitos contra el orden socioeconómico y los delitos contra la salud pública. La administración penitenciaria, de acuerdo con la Ley 1/2004, está obligada a realizar programas específicos para internos condenados por delitos relacionados con la violencia de género.
- Incorporación en los programas de servicios como: planificación familiar, atención al embarazo, atención infecciones ginecológicas, abordaje del abuso sexual y de los malos tratos, preparación laboral.

Por último destacar, el Programa de Acciones para la igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito penitenciario, en el mismo se establecen actuaciones a nivel organizativo; un observatorio permanente para la erradicación de factores de discriminación basados en género; la atención integral a las necesidades de las mujeres encarceladas y excarceladas destacando la intervención con toxicómanas; y planes para favorecer la erradicación de la violencia de género.

Asimismo, en los últimos años, las políticas de drogas también han tenido en cuenta las necesidades de la población penitenciaria femenina:

- Estrategia Nacional sobre Drogas. El objetivo 10 de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 persigue “desarrollar programas penitenciarios dirigidos específicamente a mujeres”.
- El Plan de Acción 2005-2008 establece la realización de un estudio de prevalencia y variables asociadas en población penitenciaria. La Acción 31 Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012: Potenciar los programas de asistencia atendiendo a la especificidad del género.

Habrá que dar continuidad a lo iniciado, así como evaluar lo realizado y valorar lo pendiente de desarrollar.

Bibliografía

- Añaños Fanny T, 2011. *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto*, Ed. Gedisa, B.
- Canteras Murillo, A.: *Delincuencia femenina en España*, Centro de publicaciones del Ministerio de Justicia, Madrid, 1990.
- Council of Europe. Annual Penal Statistics Space (2009).
- Gañan, A. y Gordon, B, 2001 *La mujer drogodependiente penada en los centros penitenciarios*. SIAD financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (sin publicar).
- Meneses Falcón, C. 2001. *Mujer y heroína. Un estudio antropológico de la heroïnomanía femenina*. Granada: Tesis doctoral. Departamento de Antropología y Trabajo Social. Universidad de Granada.
- Ministerio del Interior. *Programa de Acciones para la igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito penitenciario*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006) *Actuar es Posible: Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 2006. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2010). Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2010). Plan de Acción 2009-2012. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2006). Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP), 2006.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Informe Salud y Género*, 2005.

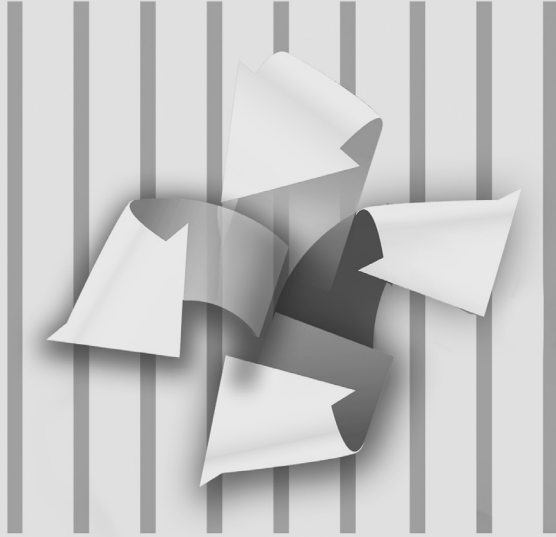
Miranda MJ, Barberet R, Canteras A, Romero E, 1998. *Análisis de la eficacia y adecuación de la política penitenciaria a las necesidades y demandas de las mujeres presas*.

Van den Bergh B, Gatherer A, Moller LF, 2008 Women health in prison: urgent need for improvement in gender equity and social justice. *Bulletin of the World Health Organization*. Nº 87.



Benzodiacepinas: indicaciones, complicaciones y tratamientos

Salvador Rodríguez, Iñaki Markez, Andrés Martínez Cordero



Introducción

En el año 1958 Leo Henryl Sternbach patentó el clordiazepóxido, la primera benzodiacepina (Bzd), que fue la primera molécula que demostró ser un “ansiolítico eficaz con pocos efectos adversos y sin apenas afectar al estado de conciencia y la actividad intelectual”. A finales de los 70 se convirtieron en las sustancias más prescritas en el mundo. Su espectro de acción sedativo/hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivante y relajante muscular, combinado con su baja toxicidad y la supuesta ausencia de instaurar dependencia las hacían útiles para diversas indicaciones terapéuticas (ansiedad, pánico, fobias, psicosis agitadas, insomnio, espasmos musculares, espasticidad, convulsiones, dependencia alcohólica, algunas formas de epilepsia, medicación preoperatoria, sedación para cirugía menor etc.).

A principios de los 80 se comprueba que los tratamientos prolongados en el tiempo con Bzd, van perdiendo eficacia, y aparecen efectos adversos e incluso presentan capacidad para generar dependencia de las Bzd a dosis terapéuticas. Los pacientes manifiestan dificultades para detener su consumo porque se producían síntomas de abstinencia, que fueron demostrados con Ensayos clínicos controlados.

Más recientemente, se ha constatado la utilización de Bzd por usuarios de drogas ilícitas, particularmente los usuarios de opiáceos, siendo un problema de alta prevalencia con una necesidad específica de intervención para este grupo.

A pesar de las repetidas recomendaciones para limitar su uso a corto plazo (2-4 semanas; ver uso clínico en tabla 1), se sigue prescribiendo durante meses o años. Como resultado, existe una gran población de usuarios que han desarrollado una dependencia, incluyendo aquellos con problemas físicos y psiquiátricos, usuarios de alcohol y de drogas ilegales. Por ello, algunos organismos internacionales han alertado sobre la excesiva utilización de Bzd en los países de la Unión Europea.

En concreto, investigaciones recientes indican que el abuso de estas sustancias en sujetos en Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) puede alcanzar serias proporciones y, a este respecto, (Ward et als, 1998) reconocen la “virtual desaparición del usuario exclusivo de opiáceos”.

Las Bzd se han encontrado en más del 50% de las causas de muerte por consumo de drogas. El espectro de sustancias encontradas en análisis *post mortem* en personas fallecidas por consumo de drogas, muestra una clara predominancia de combinaciones que incluyen morfina, Bzd, otros fármacos y alcohol. Además son la causa del 24,6% de las urgencias atendidas por consumo de drogas en los Servicios de Urgencias hospitalarias.

Tabla 1. Acciones terapéuticas de las benzodiacepinas usadas a corto plazo

Acción	Uso Clínico
- Ansiolítico - calma la ansiedad.	- Trastornos de pánico o ansiedad, fobias. - Psicosis nerviosas.
- Hipnótico - induce el sueño.	- Insomnio.
- Miorrelajante - relaja los músculos.	- Espasmos musculares, enfermedades espásticas.
- Anticonvulsivante - previene ataques, convulsiones.	- Ataques por reacción a drogas, algunos tipos de epilepsia, síndrome de abstinencia al alcohol.
- Amnesia - afecta la memoria a corto plazo.	- Premedicación en operaciones, sedación para cirugía médica menor.

(a) Tomado de Ashton, 2005.

Clasificación

Las Bzd reducen la ansiedad a través de su efecto sobre el complejo receptor GABA (neurotransmisor inhibitor) y de los canales del cloro. Estos receptores predominan en el cortex y en el sistema límbico y la acción sobre ellos constituye la base de todas las acciones de las Bzd, tanto las deseables, como las indeseables.

Tienen propiedades sedantes, hipnóticas, ansiolíticas, relajantes musculares y anticonvulsivas. Las propiedades farmacocinéticas permiten diferenciarlas y separarlas en grupos según su vida media. En la tabla 2 puede verse una clasificación completa, que incluye vida media en horas y bioequivalencias (en mg por vía oral) en función de la duración de su efecto.

La eficacia ansiolítica de las distintas Bzd es similar, con lo que los distintos agentes benzodiacepínicos dependen de sus propiedades farmacocinéticas, distinguiéndose entre las de acción prolongada (diazepam, clonacepam, clordiacepóxido) debido a la generación de metabolitos activos mediado por el sistema microsomal hepático P-450, y las de acción corta (alprazolam, oxacepam, lorazepam).

Tabla 2. Vida media y dosis orales equivalentes de las principales benzodiacepinas
(Información que debe figurar en la ficha técnica de benzodiacepinas y análogos)

Principio activo	Vida media (h)	Dosis equivalentes (mg.)
ACCIÓN ULTRACORTA (< 6 h)		
Bentazepam	2-5	25
Botizolam	3-8	0,25
Midazolam	1-5	7,5
Triazolam	3-5	0,125-0,25
ACCIÓN CORTA (6 - 24 h)		
Alprazolam	12-15	0,25-0,5
Bromazepam	10-20	3-6
Flunitrazepam	15-30	0,5-1
Loprazolam	4-15	0,5-1
Lorazepam	11-30	0,5-1
Lormetazepam	11-30	0,5-1
Oxazepam	5-10	15
ACCIÓN LARGA (> 24 h)		
Clobazam	18	10
Cloracepato dipotásico	30-48	7,5
Diazepam	20-100	5
Flurazepam	24-100	5
Halazepam	30-100	10
Ketazolam	6-25	7,5
Nitrazepam	15-48	5
Quazepam	40-55	10
Clonazepam	18-50	0,25-0,5

Toxicidad y reacciones adversas

La mayoría de las reacciones adversas de estos fármacos dependen de su acción terapéutica principal. Debe destacarse la *sedación* diurna que puede afectar, a la *coordinación psicomotora* del individuo. Los ancianos, por motivos cinéticos y dinámicos, resultan especialmente sensibles a este efecto, por lo que pueden presentar síntomas de *confusión mental* que a veces hacen pensar en la posibilidad de una patología orgánica de tipo demencia. Los niños así como los pacientes con afectación del SNC (retraso mental, lesiones cerebrales, etc.) están expuestos a manifestar reacciones de *excitabilidad paradójica* debido a que la reducción en el nivel de alerta y/o ansiedad que facilita la liberación de conductas agresivas.

La aparición de un *estado de coma* únicamente se produce ante dosis exageradamente elevadas de benzodiazepinas y se revierte fácilmente mediante la administración de flumazenil, antagonista competitivo de los receptores omega (Brodgen y cols., 1988), si bien su efecto es de breve duración.

La *ansiedad diurna*, así como el *insomnio de rebote* tras una o pocas dosis de benzodiazepinas se considera como un minisíndrome de abstinencia a las mismas y se produce con mayor frecuencia tras la administración de preparados de vida media muy corta. También puede originar *amnesia anterógrada*, lo que se utiliza como efecto terapéutico en la inducción a la anestesia. En lo que se refiere a la calidad del sueño, tiende a alargar la fase 2 y a acortar las fases 3 y 4, disminuyendo los periodos REM aunque de forma no muy acentuada.

Las benzodiazepinas deprimen levemente el centro respiratorio y puede constituir un problema en caso de intoxicación en pacientes con patología pulmonar con miastenia gravis.

Pueden causar *farmacodependencia* aunque su prevalencia es muy inferior a la que se ha postulado y que ha llegado a originar una campaña en contra de la utilización de estos fármacos; de hecho, ha podido comprobarse que la mayoría de los individuos deja de utilizar espontáneamente las Bzd cuando nota que las necesita (Sellers y cols., 1991). En todo caso, la dependencia tampoco es de carácter grave y el *síndrome* de *abstinencia* suele ser poco intenso; únicamente en casos severos llegan a presentarse convulsiones y cuadros confusionales.

Epidemiología

Los problemas relacionados con el abuso o dependencia de sustancias se acepta que afectan a un porcentaje relativamente alto de la población.

Los datos procedentes de la indican que las Bzd ocupan el segundo lugar en número de prescripciones tras los analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios, y el primer lugar dentro de los psicotropos. Según la información proporcionada por el propio Ministerio de Sanidad (IT del Sistema Nacional de Salud. Vol. 32, Nº 2/2008) durante el año 2005 se consumieron en España algo más de 52 millones de envases de Bzd (Fuente: Sistema de facturación RHAZES) y llama la atención que en el ranking de los 10 principios activos más prescritos a cargo del Sistema Nacional de Salud, dos de ellos, lorazepam y alprazolam, son benzodicepinas.

Por otro lado, no se puede olvidar que estamos en una sociedad muy medicalizada donde “la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante” (Ivan Illich, 1999). Se perciben problemas personales y sociales como problemas médicos: p.ej. timidez, fobia social, soledad, rupturas o duelos. Existe una elevada prescripción de Bzd en enfermedades no estrictamente ansiosas y una prolongación de dichas pautas (Verger et al, 2008), más allá de las recomendaciones de las guías clínicas. Se ha afirmado que la elevada prescripción de Bzd es un problema con raíces sociales y psicológicas, que tienen que ver tanto con el médico prescriptor como con el individuo que llega a nuestra consulta y su interacción con la sociedad, así como con las autoridades sanitarias y no sanitarias. Por eso, una única acción sobre un único factor, no puede solucionar un problema multifactorial.

Respecto del uso de Bzd (sin receta médica), en nuestro país, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Educación y Ciencia realizó en 2006 una nueva Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, enmarcada en la serie de encuestas que vienen desarrollándose en España de forma bianual desde 1994, dirigidas a los estudiantes de 14-18 años. Se encontró que el consumo de hipnosedantes sin receta en algún momento de la vida fue de 7,6%, en los doce últimos meses de 4,8%, y en los últimos 30 días del 2,4%. No es la sustancia más consumida en este grupo de edad pero su prevalencia no ha dejado de aumentar en la última década. Los tranquilizantes de este tipo son mayoritariamente consumidos por población adulta siendo la edad del

primer consumo de 28,5 y 32,3 años (según se trate de Bzd obtenidas sin receta médica o con independencia de su procedencia), lo que contrasta con las edades de inicio de las otras sustancias de abuso (que se extienden entre los 15 y los 20 años). Las diferencias de género son muy ostensibles en la prevalencia de consumo de Bzd: las mayores en todas las categorías se encuentran entre las mujeres. Como puede verse en la tabla 3 las cifras de prevalencia de consumo de Bzd extraterapéuticas en adultos son de 3,89. En lo referente al consumo diario, el 2,6% de la población adulta reconocía tomar tranquilizantes y 1,1% hipnóticos (PNsD, 2008).

Tabla 3. Prevalencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años en España, 2005

	España (n=27934)		
	Prevalencia 12 últimos meses	Intervalo confianza 95%	
		Inferior	Superior
Tabaco	42,3	41,85	43,01
Alcohol	76,27	75,78	76,77
Tranquilizantes	3,89	3,66	4,11
Cannabis	11,18	10,81	11,55
Éxtasis	1,22	1,09	1,35
Alucinógenos	0,72	0,62	0,82
Anfetaminas	1,00	0,88	1,11
Cocaína en polvo	2,97	2,77	3,17
Cocaína base	0,15	0,11	0,20
Heroína	0,12	0,08	0,16
Otros opiáceos	0,11	0,07	0,15
Inhalables Volátiles	0,13	0,08	0,17

Pero donde se producen problemas de dependencia especialmente prevalentes y severos es en personas con . De hecho, las mayores prevalencias de consumo perjudicial/dependencia de Bzd se han encontrado en los adictos a opiáceos en Programa de Mantenimiento con Metadona, en

los que algunos trabajos sostienen que constituyen la segunda droga en importancia en el repertorio tóxico de los pacientes, superando incluso al cannabis y la cocaína.

La literatura científica refiere altos porcentajes de policonsumidores en las muestras de dependientes de opioides en tratamiento en nuestro entorno. En la muestra de Fernández-Miranda (2002) estos porcentajes eran de 34,6% para la cocaína, el 53,1% para las Bzd extraterapéuticas y el 41,4% para el alcohol; el 41% cocaína en el trabajo de Ochoa y cols. La literatura en lengua anglosajona refiere prevalencias de abuso de Bzd en pacientes en tratamiento con metadona que van del 28% al 94%. El trabajo de Ceverino y cols. (2009) sobre 288 pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona encuentra una prevalencia de dependencia a tranquilizantes benzodiacepínicos del 43%. La prevalencia de utilización de Bzd por parte de los participantes del ensayo Pepsa (Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía), un subestudio cuyo objetivo fue analizar el consumo de Bzd en el marco de un ensayo clínico aleatorizado con dependientes a opioides fue, mayoritaria. Durante el desarrollo del programa, entre un 88% y un 97% de los participantes presentó determinaciones positivas de consumo de Bzd. No obstante, el consumo fuera de prescripción médica fue inferior a lo informado en la literatura internacional (entre un 27-39% en Pepsa frente a un 46-61% observado en programas internacionales) (Rodríguez Rus y cols, 2006).

En la “Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias” de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006) se refleja que el 32,8% de los internos había consumido tranquilizantes alguna vez en su vida, el 18,7% en los últimos 12 meses en libertad, y el 16,4% en los últimos 30 días en libertad. La prevalencia del consumo de tranquilizantes dentro de la prisión ocupaba la segunda posición después del cannabis: el 9,1% de los internos había consumido este tipo de fármacos de forma no prescrita en los últimos 30 días en prisión, el 47,3% con una frecuencia diaria, mientras que en libertad el 58,9% consumía tranquilizantes a diario.

En pacientes ingresados en prisión incluidos en PMM, Arroyo y col. (2000) han comprobado que ha aumentado entre ellos la ingesta de otras drogas entre las que se encuentran las Bzd hasta en un 56,5%. Por otra parte, Cañas y col (2001) encuentran un mayor consumo de psicótropos incluyendo las Bzd en un centro penitenciario al compararlo con los pacientes de centros de salud de la misma provincia.

Indicaciones

- **Ansiedad aguda y crónica:** las benzodiazepinas resultan muy útiles en el tratamiento de los cuadros de *ansiedad reactiva al stress*, así como en el de la *ansiedad crónica generalizada* y en la *ansiedad secundaria a patologías somáticas* (Ayuso, 1988) si bien la pregabalina está indicada específicamente para el trastorno de ansiedad generalizada no solo para el tratamiento de ansiedad crónica, sino también para cualquier momento evolutivo del trastorno (Kasper et als, 2009; Hadley, 2011) y la buspirona, por su carencia de efecto inmediato.
- **Trastorno por angustia:** clásicamente, el tratamiento de la crisis de pánico repetitivas con o sin agorafobia se ha basado en la utilización de antidepresivos heterocíclicos (habitualmente la imipramina) o de IMAOs (casi siempre la fenelzina), ya que este síndrome se mostraba refractario a la administración de benzodiazepinas. Recientemente, a pesar de adictividad, el alprazolam ha demostrado ser efectivo como tratamiento del trastorno por angustia tiende a emplearse como agente de elección debido a que actúa con mayor rapidez y origina menor proporción de efectos indeseables que los otros medicamentos citados.
- **Trastorno obsesivo:** tanto las Bzd como los restantes ansiolíticos de acción gabaérgica han demostrado ser inefectivos en el tratamiento de este síndrome que responde de forma muy selectiva a fármacos de acción serotoninérgica y muy especialmente a la c1orimipramina, la fluoxetina y la fluvoxamina (Insel y Winslow, 1991); recientemente, la buspirona también ha demostrado ser efectiva en este contexto (Pato y cols., 1991).
- **Fobias:** en el tratamiento de las fobias simples el tratamiento de elección es la psicoterapia, aunque los ansiolíticos pueden utilizarse en calidad de medicación coadyuvante para reducir la ansiedad anticipatoria (Ayuso, 1988).
- **Insomnio:** en calidad de agentes hipnóticos se utilizan con preferencia las Bzd de acción corta (triazolam, brotizolam, midazolam) o intermedia (flunitrazepam, temazepam, lorazepam, lormetazepam). Agentes alternativos que van progresivamente utilizándose como hipnóticos de elección son la zoplicona y el zolpidem. Los barbitúricos, debido a su toxicidad, y el meprobamato, debido a su escasa eficacia, cada vez se utilizan menos en la actualidad.
- **Síndrome de abstinencia etílico:** las benzodiazepinas, inicialmente por vía parenteral, pueden utilizarse en el tratamiento del “delirium tremens”, constituyendo una alternativa terapéutica al uso del clometiazol.

Utilizar hipnóticos de duración de efecto corta (triazolam, brotizolam, midazolam, zopiclona o zolpidem) cuando el insomnio se caracteriza por la dificultad en conciliar el sueño o intermedia (flunitrazepam, lorazepam, lormetazepam, etc.) cuando el sujeto se queja de despertares nocturnos frecuentes o despertares de madrugada, evitando en lo posible la aparición de somnolencia o sedación diurnas. El uso de ansiolíticos de larga duración en dosis única nocturna puede resultar muy efectivo en individuos con ansiedad e insomnio concomitantes ya que el mismo fármaco permite tratar ambas patologías.

Complicaciones del uso de benzodiazepinas

En general las Bzd son fármacos seguros, efectivos, y bien tolerados. No refuerzan ni potencian su uso propio y no suele ser objeto de abuso, salvo en los casos de pacientes politoxicómanos, que también abusan del alcohol, los opioides u otros agentes sedantes o hipnóticos, o en otros grupos de riesgo en los que las Bzd pueden tener efectos reforzantes.

Efectos paradójicos

Algunos pacientes presentan cuadros de agresividad y/o desinhibición tras la ingesta de Bzd con independencia de la dosis. Son cuadros de hostilidad e irritabilidad, desorientación témporoespacial, con sueños vívidos e hiperactividad, pesadillas, ideas suicidas, hiperreflexia, llegando a producirse cuadros psicóticos de intensa agitación. Otros fenómenos de excitabilidad excesiva como el despertar precoz, la ansiedad y el nerviosismo de rebote son más probables con Bzd de semivida corta y potencia alta como triazolam, alprazolam, lorazepam y brotizolam. Hasta un 10% de pacientes tratados con Bzd pueden presentar una actitud de hostilidad inducida por el tratamiento.

Sobredosis

Las Bzd son relativamente débiles depresoras respiratorias, aunque pueden ser letales en sobredosis. La muerte por Bzd solas es sumamente rara. No así si se combinan con Bzd ya que ambas drogas pueden causar depresión respiratoria fatal. En comparación con otros sedantes (como barbitúricos y meprobamato), las Bzd son agentes seguros en lo relativo a su toxicidad, ya que disponen de un amplio margen terapéutico, además las sobredosis no revisten excesiva letalidad, ya que se dispone de un antagonista (flumazenil) capaz de revertir sus acciones. La causa más frecuente de intoxicación y sobredosis es la ingestión voluntaria con fines

autolíticos. Si la intoxicación no es demasiado intensa el sujeto experimenta alteración del nivel de conciencia (somnolencia, obnubilación), disminución del tono muscular, disartria, ataxia, incoordinación, nistagmo, apatía y sequedad de boca. Si la intoxicación es más grave o la ingesta se ha producido conjuntamente con otros sedantes centrales como barbitúricos, antidepresivos, antipsicóticos, opiáceos o alcohol, la gravedad del cuadro es mayor y puede aparecer depresión cardiorrespiratoria, convulsiones, *delirium*, coma y muerte.

Afectación del funcionamiento cognitivo y amnesia anterógrada

Se ha comunicado la incidencia de somnolencia y el peligro de caídas en consumidores de estos fármacos de especial relevancia en la población anciana, donde existe además la tendencia a la acumulación de estos agentes en el tejido adiposo), así como dificultades en la articulación de la palabra, mareos y vértigo. La toma de Bzd se considera una causa de menoscabo en los rendimientos psíquicos, aduciéndose el efecto de confusión de la ansiedad en la evaluación del rendimiento cognitivo, y el hecho de que dicho rendimiento mejora en los sujetos ansiosos que las tomaban durante tiempo limitado. Quizás la alteración más frecuente sea la aparición de una amnesia anterógrada para los episodios acontecidos subsiguientemente a la administración del fármaco, posiblemente porque la sedación que produce impide los procesos de consolidación de memoria, sin transferirse los contenidos de la memoria a corto plazo a la de largo plazo. Este es el motivo por el que se aconseja el uso restrictivo de Bzd en la infancia, en la vejez, y en pacientes con algún grado de deterioro cognitivo.

Abuso y dependencia

El poder adictivo de las Bzd fue demostrado por Hollister y cols. en los años 60, mediante la inducción de un síndrome de dependencia experimental y la aparición de síntomas de abstinencia tras la supresión brusca de las sustancia (Hollister, 1981).

No obstante hay quien cuestiona la capacidad real de las Bzd de producir dependencia. Este cuadro no es totalmente superponible al modelo de dependencia descrito con otras sustancias, y no comparte características cognitivas, vivenciales y conductuales tales como el *craving*, la falta de control, o la centralidad de las conductas de búsqueda de la sustancia en la vida cotidiana y la economía subjetiva del paciente, es decir, que el cuadro

sería, más que una dependencia, una neuroadaptación. Por otro lado, no observan la misma relación tolerancia-abstinencia que en otros tóxicos, de forma que pueden aparecer síntomas de abstinencia a Bzd sin evidencias de tolerancia clínica ni de escalada de dosis, lo que se ha venido a denominar *dependencia a bajas dosis*.

La American Psychiatric Association reconoce que las Bzd no refuerzan ni potencian su propio uso y no suelen ser objeto de abuso salvo en pacientes politoxicómanos y en otros grupos de riesgo. Esto queda reforzado además en el laboratorio ya que las Bzd no inducen una conducta de autoadministración en animales como sucede con otras drogas y la población normal, incluso la que tiene problemas de ansiedad, tiene preferencia por placebo frente a Bzd (producen disforia) mientras no sucede así en la población adicta a otras drogas que manifiesta un aumento de la euforia de las Bzd.

Podríamos concluir que tal y como establece la DSM-IV-TR, en el caso de los trastornos por uso de Bzd, el clínico puede encontrar a pacientes con dependencia fisiológica pero sin adicción y a sujetos adictos, en los que predominan el consumo compulsivo, las conductas de búsqueda y el uso de Bzd a pesar de las consecuencias negativas de éste.

Síndrome de retirada

En la tabla 4, se señalan los signos y síntomas de este síndrome. Suele aparecer por encima de tres meses de uso regular pero aunque se ha comunicado ansiedad de rebote tras sólo una dosis de Bzd de acción corta. La proporción de usuarios de Bzd no prescritas o que desarrollan una reacción de retirada es desconocida, pero así como los usuarios terapéuticos, algunos usuarios ilícitos de altas dosis no experimentan ningún síntoma de retiro. La situación clínica es confusa porque muchos son polidrogadictos usuarios de otras drogas y las otras drogas pueden proteger contra los síntomas de retirada de Bzd. Por otro lado, la retirada de otras drogas al mismo tiempo, puede producir síntomas de retirada múltiples.

Los síntomas de retirada se inician entre 18 horas (en Bzd de acción corta como el lorazepam) y 5 días (en Bzd de acción larga como el diazepam). La severidad máxima se produce al día o a los diez días, según que la vida media sea corta o larga respectivamente. Los síntomas de retirada desaparecen tras 1 a 6 semanas tras el inicio, aunque hay un concepto vagamente definido y controvertido llamado "*síndrome post-retirada*" que puede persistir muchos meses.

Tabla 4. Signos y síntomas por abstinencia a Bzd
Abstinencia
Náuseas, vómitos.
Malestar general, debilidad.
Hiperactividad vegetativa.
Ansiedad, irritabilidad.
Aumento de la sensibilidad a la luz y el sonido.
Temblores.
Insomnio intenso.
Crisis convulsivas.

El **síndrome de abstinencia en dosis elevadas** se manifiesta con náuseas, vómitos, anorexia, ansiedad, temblores, contracturas musculares, trismus, insomnio o pesadillas e hipotensión. En casos graves pueden aparecer convulsiones, fiebre o delirium con obnubilación de la conciencia y alucinaciones visuales y auditivas. Se trata, de un cuadro muy similar al que aparece en la abstinencia de otros depresores del SNC como el alcohol y los barbitúricos. La identificación del síndrome no es tan sencilla cuando la magnitud del consumo previo de Bzd no es tan importante, constituyendo entonces un cuadro polimorfo y complejo que puede tener distintos orígenes, y obliga al diagnóstico diferencial entre:

- Recurrencia o recidiva: reaparición de los síntomas del trastorno mental por el que se realizó la indicación de Bzd y que aún subyace.
- Síntomas de rebote o retirada, observados inicialmente en el tratamiento del insomnio: consiste en un aumento de la sintomatología inicial al suspender la Bzd, de carácter transitorio y que cede rápidamente si se reanuda el consumo. A diferencia de los síntomas de la recaída los de rebote son más precoces (entre el primer y tercer día) e más intensos, y son transitorios.
- Síntomas de abstinencia propiamente dichos. Son un conjunto de síntomas que son opuestos a los efectos terapéuticos de las Bzd (insomnio, palpitaciones, temblores, sudoración, síntomas gastrointestinales, fofobia, cefalea, pérdida de apetito, etc.) de mayor o menor intensidad (en el extremo puede producirse delirium, convulsiones, etc.) en función del tiempo y de la dosis de consumo, síntomas que el paciente puede no haber presentado con anterioridad.

Tabla 5. Características diferenciales de supresión a las BZD (Rubio, 2009)

Fenómeno	Síntomas	Intensidad	Gravedad comparada con los síntomas originarios	Evolución
Rebote.	Iguales a los originales.	Mayor que los originales.	Mayor.	Inicio rápido y curso temporal.
Recidiva.	Iguales a los originales.	Iguales que los originales.	Igual.	Inicio gradual y curso persistente.
Abstinencia.	Nuevos.	Variables.	Variable.	Variable y limitada (2-4 sem.).

Entre los factores *predictores de la intensidad del síndrome de abstinencia* se han descrito factores relacionados con la Bzd consumida y su pauta de consumo (mayor intensidad de abstinencia con las de alta potencia, semivida corta, dosis altas, administración conjunta con otros fármacos que facilitan la neuroadaptación y, sobre todo, *duración* del consumo de Bzd), factores relacionados con la pauta de reducción del consumo (síntomas de abstinencia más intensos cuando la supresión es brusca), y factores relacionados con el paciente (sexo femenino, mayor edad, psicopatología previa, historia personal o familiar de dependencia de otros tóxicos y niveles previos de ansiedad). Tabla 6.

Tabla 6. Factores de riesgo para el síndrome de abstinencia a benzodicepinas

Dependientes de la sustancia
Elevada potencia.
Semivida corta.
Posología
Mayor dosis.
Duración prolongada.
Supresión brusca
Individuo
Sexo femenino.
Mayor edad.
Psicopatología previa.
Antecedentes personales o familiares de abuso de alcohol u otras sustancias.

Intoxicación por BZD

El riesgo de muerte es casi nulo a no ser que se asocie con otros fármacos depresores o alcohol. El síntoma predominante de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es el deterioro de la memoria (amnesia anterógrada). Pueden aparecer también: lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo, estupor o coma. El tratamiento si existe depresión respiratoria o coma se basa en la administración de flumazenil. Tabla 7.

Intoxicación
Habla entrecortada.
Falta de coordinación.
Marcha inestable.
Alteración de la atención o la memoria.

El uso de BZD en consumidores de opioides

Se han propuesto múltiples razones para tratar de explicar el uso concomitante de opiáceos y otras drogas. Posternak y Muller (2001) explican la alta concurrencia entre desórdenes de ansiedad y dependencia y abuso de sustancias según 4 teorías:

1. La hipótesis de la reducción de los estados de tensión de las personas que padecen ansiedad, buscando aliviar sus síntomas por “automedicación” con alcohol o drogas.
2. La ansiedad podría ser el resultado del abuso de alcohol y/o drogas por el efecto ansiogénico de estas sustancias o por efecto directo de sus síndromes de abstinencia.
3. Los usuarios de drogas ilegales tendrían más patología y soportarían unas circunstancias vitales más difíciles siendo más susceptibles por ello al stress y la ansiedad.
4. Vulnerabilidad genética.

Así, los adictos a opiáceos consumidores de otras drogas se distribuirían en dos grupos: por una parte, aquellos que buscarían un estado de *euforia* (para ello

consumirían, la mayoría de las veces, cocaína, alcohol, Bzd, cannabis y, ocasionalmente antidepresivos tricíclicos). En el caso de los programas de sustitución, las características de la metadona con su escasa capacidad para producir euforia y el bloqueo producido sobre la heroína cuando es manejada a altas dosis, hacen que sea frecuente la utilización de Bzd para “hacer subir” la metadona (“*boosting*”) o para obtener el “rush” (sobre todo con temazepam inyectado).

Por otro lado estarían los adictos que consumen Bzd por razones clínicamente evidentes (dolor, insomnio, cefaleas, síntomas de abstinencia a opiáceos, craving, comorbilidad psiquiátrica, ayuda a la bajada de estimulantes, particularmente del “crack”, auto desintoxicaciones etc.) De hecho, estas molestias son más evidentes en la población toxicómana.

Las razones esgrimidas para el uso de Bzd entre usuarios de drogas son contradictorias ya que son utilizadas tanto para “subir” como para obtener efectos de relajación o sedación. En todo caso, la razón más común citada para el uso de Bzd fue mejorar el sentimiento de “subida (*high*)” de los opiáceos. Razones que podrían explicarse como esfuerzos de “auto-terapia” no excedieron del 20%. Ninguno de los adictos informó del uso de Bzd con intención de diversión o placer, lo que evidencia que las Bzd no son drogas primarias de abuso.

Así pues, el mal uso de Bzd entre pacientes dependientes de opiáceos es generalizado. No sólo se utilizan en la retirada de opiáceos sino junto con heroína para reforzar o modular la euforia del opiáceo.

De hecho, en algunas muestras clínicas de adictos en Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) se encuentra un porcentaje de pacientes que se inicia en el hábito del consumo de Bzd en el curso del tratamiento sustitutivo. Esto podría ser explicado por un efecto de contaminación, de forma que los adictos se exponen a otros usuarios de estos programas que ya eran consumidores de estos fármacos, o bien por un intento de automedicar ciertos estados emocionales displacenteros. Como la heroína ya no proporciona el efecto que tenía antes, y debido a la mayor disponibilidad de Bzd, se puede producir una sustitución en la droga diana, de modo que los pacientes se ven atraídos al consumo de estos ansiolíticos en lugar del de heroína.

Por otro lado, es importante constatar que, dentro de las Bzd, las preferencias de los pacientes se dirigen, en nuestro medio, al *alprazolam* (Trankimazin®), una Bzd de acción corta (<12 horas). Entre los problemas producidos por alprazolam durante el tratamiento y su retirada. Destacamos Hostilidad, insomnio de rebote, amnesia, depresión, conducta agresiva y violenta,

manía, hepatitis, hepatomegalia, ictericia y alteración del funcionalismo hepático se han informado durante el tratamiento. Síntomas de retirada severos que incluyen convulsiones, ansiedad de rebote mayor que la previa al alprazolam, paranoia, manía, psicosis y aumento de los ataques de pánico comparado con los niveles pretratamiento también se han reportado.

Medidas estándar para tratar la retirada de alprazolam, como la sustitución por otra Bzd no han sido eficaces, hecho que se explicaría por una incompleta tolerancia cruzada debida a la actuación del alprazolam y otras triazolobenzodiazepinas en otros sitios del receptor. Otros informes indican que pacientes con historia previa de dependencia química prefieren alprazolam a diazepam. Los pacientes a los que se les intenta retirar el alprazolam requieren desintoxicaciones más largas, refieren síntomas más severos y requieren más tiempo por parte del servicio sanitario que otros sujetos.

Aunque son raras las muertes atribuibles a la toxicidad de alprazolam, esta Bzd se ha encontrado como cointoxicante en estudios en donde la metadona fue encontrada en análisis toxicológicos postmortem.

En general las características farmacológicas de las Bzd de vida media corta como el alprazolam se asocian con una mayor exposición en años durante el seguimiento, sugiriendo un uso prolongado. La dosis inicial de Bzd no es sugerente de uso a largo plazo pero sí se relaciona con sedación y aumento del riesgo de accidentes. Así pues, el uso de diferentes tipos de Bzd aparece con importantes implicaciones en la clínica en referencia a la calidad de vida de los pacientes y para los costes y naturaleza del tratamiento.

Tratamiento

Para Ashton (2005), la prevención de la dependencia de Bzd puede lograrse mediante la adhesión a las recomendaciones oficiales para limitar las prescripciones de su uso a corto plazo (2 a 4 semanas), con prescripciones intermitentes o con dosis ocasionales. El mismo autor reseña que para individuos que usan Bzd como parte de un perfil de mal uso de drogas, el mantenimiento de la prescripción no ha mostrado tener ningún valor médico y está raramente justificado. Si se trata de un sujeto en PMM la metadona debe permanecer inalterada durante la reducción de Bzd y debería contemplarse la realización de la desintoxicación en un hospital.

La Agencia Española del Medicamento y otros organismos han emitido circulares en las que limitaban las indicaciones, pautas posológicas y

duración de los tratamientos con Bzd y análogos (ver tablas 8 y 9). Esta regulación establece que en los trastornos de ansiedad las Bzd sólo están indicadas cuando el trastorno es intenso y limita la actividad del paciente o le someta a una situación de estrés importante. De forma general la duración total del tratamiento no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo el tiempo de la retirada gradual del fármaco.

Tabla 8. Agencia Española del Medicamento (circular 3/2000) (Información que debe figurar en la ficha técnica de benzodicepinas y análogos)	
Ansiedad	
• La duración del tratamiento debe ser lo más corta posible.	
• Necesidad de reevaluar al paciente en intervalos regulares.	
• Duración del tratamiento inferior a 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual.	
• Si es necesario sobrepasarlo, se sopesará cuidadosamente.	
Insomnio	
• Duración del tratamiento lo más corta posible.	
• En la dosis más baja recomendada. No exceder dosis máxima.	
• No deben sobrepasarse las cuatro semanas de tratamiento.	
Advertencia y precauciones	
• Tolerancia: posible pérdida de eficacia con respecto a los efectos hipnóticos.	
• Dependencia: puede provocar el desarrollo de dependencia física y psíquica. Su retirada puede acompañarse de síntomas de retirada, ansiedad e insomnio de rebote.	
• Amnesia.	

Tabla 9. Comité on Safety of Medicines (CSM) del Reino Unido (Guía de Prescripción Terapéutica GPT1)	
1. Las benzodicepinas están indicadas para el alivio, durante un periodo breve (2-4 semanas) de una ansiedad intensa, invalidante o que haga sufrir exageradamente al paciente, tanto si se manifiesta sola como si se asocia con el insomnio o un trastorno psicossomático, orgánico o psicótico de corta duración.	
2. El uso de benzodicepinas para el tratamiento de la ansiedad "leve y pasajera" es inapropiado e inadecuado.	
3. Las benzodicepinas deberían emplearse para tratar exclusivamente el insomnio intenso, invalidante o que haga sufrir al paciente.	

La evidencia de que un paciente es dependiente de Bzd no indica la necesidad de abordarlo y tratarlo. Según recomienda el Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría la propuesta de tratamiento debe ir precedida del establecimiento de un *plan terapéutico individual* que incluya una ponderación de beneficios y riesgos de la interrupción del fármaco, de la existencia y gravedad de trastornos mentales subyacentes, de la posibilidad de reagudización del mismo tras la supresión y de las complicaciones que ello implica. Además, no hay que olvidar que las intervenciones psicoterapéuticas son de gran importancia en la evolución de estos pacientes. Una vez decidida la conveniencia del tratamiento se hace preciso lograr la colaboración y el compromiso del paciente para que se adhiera a la pauta de tratamiento y no abuse del alcohol u otras sustancias sustitutivas. Los objetivos del tratamiento están orientados a suprimir el consumo, abordar la sintomatología de la abstinencia y lograr que el paciente continúe sin tomar Bzd en el futuro. Hay que informar al paciente de que puede experimentar reagudización de su ansiedad de base o experimentar síntomas de nuevos, aunque estos últimos sean transitorios.

Si el paciente es muy dependiente con dosis muy elevadas, se sospecha un síndrome de abstinencia muy severo, con complicaciones, o si es dependiente a múltiples sustancias, está indicado iniciar la supresión en régimen de hospitalización o con una estrecha vigilancia.

Estrategias farmacológicas con el objetivo de evitar la aparición de un síndrome de abstinencia

1. Reducción gradual de las BZD

En caso de que el paciente tome grandes cantidades durante tiempo prolongado la reducción ha de ser aún más lenta y nunca menor de 4 semanas. En este caso la reducción máxima será de un 20% de la dosis diaria cada semana. En caso de aparición de síntomas de abstinencia se deberá reintroducir la dosis previa durante el tiempo necesario.

2. Sustitución por BZD de vida media larga

Ya que las Bzd de vida media corta pueden hacer precipitar un síndrome de abstinencia durante la reducción y son de más difícil manejo, se recomienda su sustitución por Bzd de vida media larga como el diazepam o el clonazepam. Existen tablas de conversión de equivalencias entre Bzd para

realizar la sustitución (ver tabla 2). Una vez se establecen dosis estables de vida larga se debe proceder como se indica en el apartado anterior.

3. Interrupción brusca de BZD

Se han utilizado muchos fármacos coadyuvantes en la desintoxicación con escaso éxito. Únicamente la carbamazepina aparece como una estrategia prometedora, pero se producen muchos abandonos por los efectos secundarios. Muy recientemente se ha utilizado pregabalina (PGB) como fármaco para el tratamiento del síndrome de abstinencia a Bzd, debido a su mecanismo de acción y a su perfil de efectos secundarios. En concreto, en nuestro país se ha realizado un estudio multicéntrico con PGB para tratar la dependencia a Bzd de sujetos ambulatorios con resultados prometedores (Rubio et al, 2009; Hadley et als, 2009).

En una revisión realizada por Denis et al (2008) sobre intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la dependencia de Bzd en pacientes ambulatorios se informa que es preferible la abstinencia progresiva en comparación a la abrupta, ya que el número de abandonos fue menos importante y los participantes consideraron el procedimiento más favorable. En esta misma revisión se indica que desde que los hallazgos de Murphy en 1991 en que mostraba la mayor dificultad en conseguir la abstinencia de una BZD de vida media corta que de una larga y que había mayores tasas de abandono, pero que en cambio no había puntuaciones mayores en los síntomas de abstinencia, ha devenido en que esta estrategia no haya recibido mucho apoyo formal a partir de este estudio a pesar de su fundamento farmacológico. Para finalizar los resultados de esta revisión sistemática indican que ni el propanolol, ni la dotiepina, ni la buspirona, ni la progesterona se mostraron como fármacos útiles en el abandono de Bzd. Sólo la carbamazepina tendría un valor potencial en dicho abandono.

Quizás el escaso interés demostrado por laboratorios e investigadores por desarrollar procedimientos terapéuticos de utilidad en la codependencia a Bzd en los heroinómanos puede haber influido el hecho de que estos fármacos sean de uso legal bajo prescripción médica.

El consumo concomitante de Bzd y otras drogas define un perfil de adictos de mala evolución y pronóstico en lo que respecta al funcionamiento socio-familiar, las alteraciones conductuales y los problemas legales, las consecuencias médicas y el estado mental. Tales conclusiones constituyen un motivo para la reflexión de clínicos e investigadores.

Bibliografía

- Arroyo A, Marrón T, Coronas D, Leal MJ, Sole C, Laliaga A. Programa de mantenimiento con metadona (PMM) en prisión; cambios sociales y sanitarios. *Adicciones*, 2000; vol 12, 2:187-194.
- Ashton, H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current-Opinion-in-Psychiatry*. 18(3), 249-255. 2005.
- Ayuso JL. Trastornos de angustia. R Bayés y J Toro, eds. Martínez Roca SAO Barcelona 1988.
- Brodgen RN y cols. Flumazenil: A preliminary review of its benzodiazepine antagonist properties, intrinsic activity and therapeutic use. *Drugs* 1988; 35: 448-467.
- Cañas MA, Cañas J, Torre MA. Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis comparativo. *Rev. Esp. Sanit. Penit.* 2001; 3:106-110.
- Ceverino A, Martínez-Peralta J, Cuevas-Barranquero JM, Macías-Rueda I, García-Vicent V. El abuso concomitante de benzodiacepinas en los adictos a opiáceos define un perfil de mal pronóstico y resistencia a los tratamientos convencionales del trastorno adictivo. XXX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Valladolid 20-22 de Marzo de 2003.
- Ceverino A, Rodríguez S, Iraurgi I. Dependencia a tranquilizantes e hipnóticos (benzodiacepinas). Aula de la farmacia. Saned S.L. 2009.
- Ciraulo DA, Barnhill JG, Ciraulo AM, Greenblatt DJ, Shader RI. Parental alcoholism as a risk factor in benzodiazepine abuse: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1989;146:1333-5.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. “Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias”. Madrid, 2006.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias. Madrid, 2008.
- Denis C, Fatséas M, Lavie E, Auriacombe M. Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la dependencia de benzodiazepina en pacientes ambulatorios. Biblioteca Cochrane Plus. 2008, núm 2.
- Fernández JJ, Gutiérrez E y Marina PA. Actuaciones clínicas en trastornos adictivos. Aula Médica Ediciones. 2002.

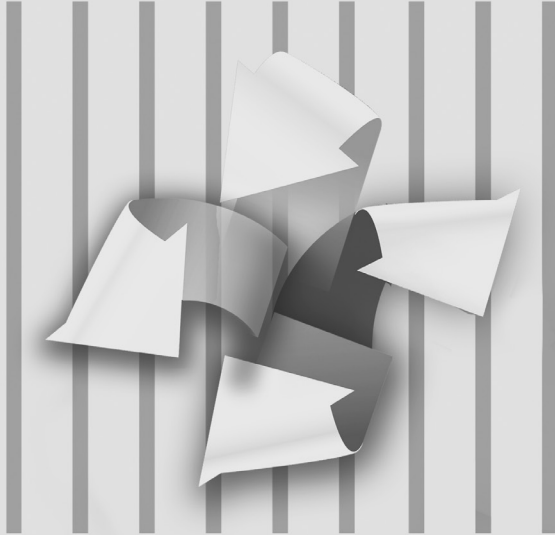
- Flórez J. Farmacología humana. Editorial Masson, 3ª edición. 2002.
- Grass H, Behnsen S, Kimont HG, Staak M, Kaferstein H. Methadone and its role in drug-related fatalities in Cologne 1989-2000. *Forensic Sci Int* 2003;132: 195-200.
- Hadley S, Mandel F and Schweizer E. Switching from long-term benzodiazepine therapy to pregabalin in patients with generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychopharmacol* published <http://jop.sagepub.com/content/early/2011/06/16/0269881111405360>
- Hallfors DD, Saxe L. The dependence potential of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. *Am J Public Health* 1993; 83:1300-4.
- Hansten PD, Horn JR. Drug Interactions & Updates. A Clinical Perspective and Analysis of Current Developments. Applied Therapeutics Inc. Lea & Fabiger. Philadelphia 1990; 517 pp.
- Hollister LE. Pharmacology and pharmacokinetics of the minor tranquilizers. *Psychiatric Annals* 2: 26-31, 1981.
- Illich I. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde diplomatique* 1999 mars pp. 28. Disponible en <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>
- Insel TR, Winslow JT. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: A review. En: *Biological Psychiatry*. G Racagni, N Brunello y T Fukuda, eds. Excerpta Medica. Amsterdam 1991; vol I: pp 664-667.
- Kasper S, Herman B, Nivoli G, Van Ameringen M, Petralia A, Mandel F.S., Baldinetti F, and Bandelow B. Efficacy of pregabalin and venlafaxine-XR in generalized anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled 8-week trial. *International Clinical Psychopharmacology* 2009, Vol 24, 2: 87-96.
- Murphy SM, Tyrer P. A double-blind comparison of the effects of gradual withdrawal of lorazepam, diazepam and bromazepam in benzodiazepine dependence. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158: 511-6.
- Pato MT y cols. Controlled comparison of buspirone and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 127-129.
- Pita, E; Calandre, J. Manzanares Iribas. Fármacos ansiolíticos e hipnóticos *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Vol. XII, Suplemento 1, 1992.
- Posternak, M. A. and Mueller, T. I. Assessing the risks and benefits of benzodiazepines for anxiety disorders in patients with a history of substance abuse or dependence. *American-Journal-on-Addictions*. 10(1), 48-68. 2001.

- Rall TW. Hypnotics and sedatives; ethanol!. En: *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. A Goodman Gilman, TW Rall, AS Nies y P Taylor, eds. 8ª ed. Pergamon Press. New York 1990; pp 345-382.
- Rodríguez, S; Carrasco F; Ceverino A; Iraurgi I; López MA; March JC; Oviedo E. Evolución del consumo de benzodiazepinas en pacientes consumidores de opioides atendidos por el programa experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía (PEPSA). 2006.
- Rubio G. Ponce G. Martínez-Gras I. Actualización sobre la utilización de benzodiazepinas. Elsevier Doyma. 2009.
- Sellers EM y cols. Patient characteristics in benzodiazepine abuse and therapeutic dependence. En: *Biological Psychiatry*. G Racagni, N Brunello y T Fukuda, eds. Excerpta Medica. Amsterdam 1991; vol 1: pp 767-770.
- Verger P, Saliba B, Rouillon F, et al. Determinants of coprescription of anxiolytics with antidepressants in general practice. *Can J Psychiatry*. 2008; 53:94-103.
- Walker, B. M. and Ettenberg, A. The effects of alprazolam on conditioned place preferences produced by intravenous heroin. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*. 75(1), 75-80. 2003.
- Ward J MRHW. How long is enough? answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In Ward RP MRHW, ed. *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers, 1998.
- Wolf BC, Lavezzi WA, Sullivan LM, Middleberg RA, Flannagan LM. Alprazolam-related deaths in Palm Beach County. *Am J Forensic Med Pathol* 2005; 26:24-7.



Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en prisión

Cristina Iñigo Barrio, Carmen López Moreno



Introducción

Los beneficios de abandonar el hábito tabáquico son innumerables e indudables tanto en la reducción de la mortalidad como en el aumento de las expectativas de vida en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Sabemos que, en 24 horas la nicotina y el monóxido de carbono son eliminados del cuerpo y que, en tres meses la mejoría de la función pulmonar es evidente, con la consiguiente mejoría clínica. Es sabido que al año de dejar de fumar el riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye en un 50%, el riesgo de padecer un cáncer pulmonar a los 10 años de abandonar el hábito tabáquico es entre 30-50% menos que en los que siguen fumando.

Muchos fumadores dejan de fumar sin ayuda o sólo con el consejo de un profesional, pero otros necesitan más apoyo. Por ello, el personal sanitario, debe desarrollar una actitud activa en el abordaje y tratamiento del tabaquismo, además de fomentar estrategias preventivas, nuestro objetivo debe ser ayudar al paciente a dejar de fumar. Para ello, deberemos conocer y utilizar los recursos terapéuticos de los que disponemos en la actualidad.

Aspecto social, histórico y económico del tabaco

Han transcurrido más de 500 años desde que Cristóbal Colón y otros marinos, observaron en Latinoamérica la utilización dada por los indios a la planta del tabaco para aliviar sus dolencias, enfermedades y celebrar sus rituales de origen místico-religioso, como una panacea fue traído de las Américas y su consumo fue en aumento extendiéndose a todas las clases sociales utilizándose en forma de rape, puros y cigarrillos.

Se pensó que tenía propiedades terapéuticas, convirtiéndose en pócima mágica para la farmacología. Se decía que curaba hasta 65 enfermedades: eccemas, cefaleas, ceguera, dolor de muelas, tos e incluso asma crónica, etc.

El consumo del tabaco continuaba incrementándose y a la vez los efectos nocivos se empezaban a registrar, Boinseregard en 1701, advertía: “los jóvenes que toman demasiado tabaco tienen las manos temblorosas, inseguras, les bailan los pies y se le marchitan sus Partes”. Se establece en 1761, una relación entre el cáncer de nariz y el consumo de rape y, en 1795, entre el cáncer de labio y el consumo de pipa. Durante el s. XIX aún se le atribuyen propiedades terapéuticas al tabaco, eso sí, administrado por mano útil como si de un medicamento se tratara. Se puede usar en lavativas como excitante directo en la constipación, en la hidropesía como diurético.

En 1929 Fritz Lickint publica la evidencia que relaciona estadísticamente el consumo del tabaco con el cáncer de pulmón y diez años después, en 1939, sale a la luz el primer estudio epidemiológico a nivel mundial, y no es hasta 1956 cuando la OMS declara que el tabaco es la primera causa previsible y evitable de muerte precoz.

Las cifras hablan por sí solas, en los 90, las muertes atribuidas al consumo del tabaco, eran de unos 3.000.000 de personas. Se calcula que para el año 2020 la cifra de muertos ascenderá a más de 9.000.000 de personas. Lo que antaño era una planta con propiedades benignas incluso con un carácter sagrado, hoy es un producto letal de producción industrial, que mueve enormes cantidades de dinero, concretamente en España, el grupo ALTADIS, antigua Tabacalera S.A., cotiza en bolsa y forma parte de las treinta y cinco empresas más importantes de España. Este sector de la industria tabaquera da empleo a 140.000 personas en toda España y 600.000 en Europa.

Intereses enfrentados, por una parte un gravísimo problema de salud a un altísimo coste en vidas y gasto sanitario (atención médica, medicación) y a su vez un importantísimo interés industrial, sin obviar los impuestos directos que reporta a las arcas de Hacienda.

Sustancia y riesgos

La nicotina es un alcaloide natural que se encuentra presente en las hojas del tabaco y es el principal responsable de su uso continuado, pese a sus efectos altamente nocivos para la salud. La adicción a la nicotina es un fenómeno neurobiológico complejo que incluye la acción de diferentes sistemas neuronales. La acción de la nicotina sobre el sistema dopaminérgico es la principal responsable del refuerzo positivo en el sistema biológico de recompensa.

La OMS define droga como “una sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias funciones de este”. En el año 1984 la OMS definió el Tabaquismo como una forma de drogodependencia y en 1987 la Sociedad Americana de Psiquiatría, clasificó la nicotina como sustancia psicoactiva que produce dependencia sin abuso.

Si se evita la nicotina durante unas semanas, el número de receptores volverá al nivel de los no fumadores. A pesar de esto la mayoría de los intentos son baldíos la explicación se encuentra en la neuroadaptación sufrida tras años de exposición a la nicotina así como la repetición de las conductas aprendidas, lo que provoca que el deseo de fumar tarde mucho en extinguirse, de hecho “el craving” por fumar se puede experimentar años después de haber abandonado el hábito tabáquico.

Trastornos por el uso de la nicotina

La CIE-10 incluye los trastornos relacionados con el uso de la nicotina (F 17) en los trastornos relacionados con el uso de sustancias, equiparándolas a las drogas de abusos habituales como alcohol, opiáceos o cocaína. Se establecen tres tipos de trastornos relacionados con el uso de la nicotina: intoxicación, síndrome de dependencia y síndrome de abstinencia.

Intoxicación

En nuestro medio es inexistente la intoxicación por nicotina fumada ya que sería prácticamente imposible fumar cantidades masivas en un cortísimo espacio de tiempo, la que si puede producir intoxicación es la vía percutánea, pudiendo llegar a pérdida de conciencia (tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la intoxicación por nicotina CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda.

1. Debe haber evidencia clara del consumo reciente de nicotina en dosis lo suficiente lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.
2. Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la nicotina y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado afectivo o el comportamiento clínicamente relevante.
3. Los síntomas o signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de nicotina, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.

B. Debe existir un comportamiento alterado o anomalías perceptivas, como se manifiesta por alguno de los siguientes:	
1. Insomnio.	4. Desrealización.
2. Sueños extraños.	5. Interferencia en el funcionamiento personal.
3. Labilidad del humor.	
C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:	
1. Náuseas o vómitos.	3. Taquicardia.
2. Sudoración.	4. Arritmias cardíacas.

Síndrome de dependencia a la nicotina

Está constituido por fenómenos cognitivos, fisiológicos y comportamentales que se desarrollan tras el consumo reiterado de nicotina y que típicamente incluye un intenso deseo de consumir, dificultades en controlar el consumo, persistencia del mismo a pesar de sus consecuencias dañinas; dar mayor prioridad al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y, frecuentemente a un cuadro de abstinencia física. Los criterios diagnósticos de la CIE-10 de dependencia a nicotina (tabla 2).

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la dependencia a la nicotina CIE-10

A. Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante periodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un periodo de 12 meses.
1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir nicotina.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo a lo referente al inicio, término o cantidades consumidas.
3. Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de nicotina.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la nicotina tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de nicotina para conseguir el efecto deseado, o marcada reducción del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de nicotina.
5. Preocupación por el consumo de nicotina, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa de nicotina; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la nicotina.
6. Consumo persistente de nicotina a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencian por el consumo cuando el individuo tiene en realidad conocimiento de la naturaleza y amplitud del daño.

Abstinencia

Se inician al cabo de unas horas tras la última dosis de nicotina y alcanza su mayor pico a las 24-48 horas, a destacar estado de ánimo depresivo o disfórico, insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardiaca, aumento del apetito y del peso corporal.

La mayoría de los síntomas desaparece en el plazo de unas cuatro semanas pero la ansiedad por fumar puede mantenerse durante años (tabla 3).

Tabla 3. Criterios diagnósticos de la abstinencia de nicotina CIE-10	
A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia.	
1. Debe haber pruebas claras de un cese o reducción del consumo de nicotina después de un repetido, y habitualmente prolongado y/o altas dosis, consumo de nicotina.	
2. Los síntomas y signos son compatibles con las características conocidas del síndrome de abstinencia a nicotina.	
3. Los síntomas o signos no se justifican por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de nicotina, ni tampoco por otro trastorno mental ni del comportamiento.	
B. Dos de los siguientes signos deben estar presentes	
1. Deseo imperioso del tabaco (o productos que contengan nicotina).	6. Insomnio.
2. Malestar o debilidad.	7. Aumento del apetito.
3. Ansiedad.	8. Aumento de la tos.
4. Humor disfórico.	9. Ulceraciones bucales.
5. Irritabilidad o inquietud	10. Dificultad en la concentración.

Consumo de tabaco en el medio penitenciario

El tabaquismo es un hábito que llega a formar parte de la identidad de las personas fumadoras. Es un proceso complejo, en el que influyen factores psicológicos, farmacológicos y sociales, además de ser una forma de drogodependencia.

Según la Encuesta Estatal sobre Salud y Uso de Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) 2006, cerca del 74% de las personas reclusas manifiestan fumar todos los días. Esta cifra es muy superior al 39% de las personas que aseguran fumar a diario en la población general, en medio abierto

(Informe Edades 2008), entre otras razones, porque el abandono del hábito de fumar en prisión es difícil, ya que está comprobado el aumento del consumo de tabaco en situaciones de soledad y estrés como las que genera la privación de libertad. De este 74% de fumadores reclusos, la proporción es más alta entre hombres que entre mujeres y entre reclusos/as autóctonos que extranjeros/as.

El 74,0% de los internos había fumado diariamente en los últimos 30 días. El 21,6% de la muestra no era fumador en el momento de la entrevista pero sólo el 11,8% no había fumado nunca a lo largo de su vida. Estas cifras son muy elevadas, teniendo en cuenta el impacto del tabaco sobre la salud.

El grupo más joven (18-21 años) es el que presenta una mayor proporción de fumadores diarios (78,2%). En este tramo de edad, sólo el 10,5% afirma no haber fumado a lo largo de su vida.

La prevalencia de fumadores diarios entre los hombres fue mayor que entre las mujeres, y entre los españoles, mayor que entre los extranjeros.

Mayor si cabe es la cifra que encontramos al realizar un corte tangencial en uno de los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, concretamente el de Sevilla donde un 94% de los pacientes internados son fumadores diarios, con una altísima dependencia a la nicotina y un número importante de estos pacientes se encuentran diagnosticados de esquizofrenia quizá deberíamos añadir que la asociación entre fumar tabaco y enfermedad mental tiene una base biológica y no solo factores socioculturales, lo cual conlleva mayores dificultades a la hora de programas de deshabituación a esta población, precisando por parte de los terapeutas planteamientos muy flexibles, que si el objetivo final no es abandono del hábito tabáquico sea la reducción del mismo.

Enfermería y tabaquismo

La complejidad del problema requiere la participación de todos los profesionales de la salud para su prevención y tratamiento. La Enfermería ocupa un lugar destacado en el abordaje del tabaquismo, tanto por su accesibilidad al fumador como por su papel como educadores de la salud. Según la encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1998 sobre Prevalencia del Consumo de Tabaco en los profesionales del INSALUD, el 73% de los enfermeros/as de Atención Primaria preguntaba a los pacientes sobre sus hábitos de consumo de tabaco y el 71,7% lo registraba en la historia clínica.

Aunque esos porcentajes eran inferiores a los de los médicos de Atención Primaria y además, era entre el personal de enfermería donde se registraba la mayor tasa de prevalencia de consumo de tabaco, paradójicamente eran quienes hacían una mejor valoración de las distintas medidas planteadas para prevenir el tabaquismo y ayudar a los fumadores a dejar de serlo.

Sería interesante si las medidas adoptadas en los centros penitenciarios tras la ley 28/2005 y 42/2010: reguladas en la orden circular 4/2011, que prohíbe taxativamente el consumo del tabaco en los espacios de trabajo para los empleados y que reduce de forma significativa el espacio habilitado para el consumo del tabaco para los internos, han conseguido descender la cifra de fumadores activos, evidentemente la utilidad de esta medida debe ser apoyada en programas terapéuticos.

La aparición de toda una farmacoterapia específica consiguen tasas de abstinencia del 20% al 35%, pero las recaídas a medio y largo plazo son el mayor problema, el paciente consume según distintas teorías porque: “quiere”, le gusta”, “lo necesita” a pesar de las múltiples consecuencias, y lo hace independientemente al placer o la recompensa, pasará del consumo a la abstinencia cuando de forma individual y propia quiera hacerlo. El cambio está ligado a la voluntad y el deseo de cambio del propio individuo.

Para que se produzca cualquier cambio es imprescindible la motivación, definida esta como la probabilidad de que una persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio.

Diagnóstico

La adicción a la nicotina es extremadamente potente. El informe de febrero de 2000 del Grupo Asesor sobre el Tabaco del Real Colegio de Médicos de Londres afirmó que la nicotina es altamente adictiva, hasta un grado similar, o en algunos casos superiores, a la adicción a la heroína o la cocaína.

La adicción a la nicotina está formalmente clasificada como una enfermedad médica. La dependencia del tabaco está incluida en la de la Organización Mundial de la Salud, 10ª Revisión ().

Tanto la dependencia de la sustancia como la abstinencia de nicotina están clasificadas como trastornos según el de la Asociación Americana de Psiquiatría, 4ª edición (1997).

La consulta de atención primaria es el marco adecuado para hacer una historia clínica completa con el fin de individualizar las intervenciones terapéuticas. Como en toda historia clínica recogeremos: los datos de filiación del paciente; sus antecedentes personales: antecedentes patológicos, otras adicciones, trastornos mentales; antecedentes e historia de tabaquismo; edad de inicio; intentos previos de abandono (número, tiempo de abstinencia, si ha tenido o no ayuda de profesionales, causas de las recaídas); historia de tabaquismo actual: número de cigarrillos, el tiempo que lleva fumando: número de paquetes-año (nº cigarrillos fumados en un día multiplicado por el número de años que lleva fumando esa cantidad y se divide por veinte).

$$\text{Índice de paquetes al año} = \frac{\text{n.º cigarrillos} \times \text{tiempo en años que ha consumido esa cantidad}}{20}$$

Cuanto mayor sea el número de paquetes-año, mayor es el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el tabaco y menores son las posibilidades de abandono que tiene el paciente.

Durante esta entrevista primera y directa debemos valorar también la implicación y motivación que tiene el paciente en el abandono del hábito, mediante el empleo de cuestionarios como el test de Richmond, que nos permite conocer la motivación para el abandono.

La dependencia que produce la nicotina es variable, dependiendo del producto que se consume y de la relación que se establece entre la persona y el tabaco. Produce dependencia física y, también, dependencia social y psicológica. Existen varios test para evaluar la dependencia. El más conocido y utilizado es el test de Fagerström de dependencia de la nicotina (FTDN) (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991).

Test de Richmond		
1	¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	0 = No 1 = Si
2	¿Intentara dejar de fumar en las próximas semanas?	0,1,2,3 0 = definitivamente no 3 = definitivamente si
3	¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?	0,1,2,3 0 = en absoluto 3 = muy seriamente
4	¿Cuál es la posibilidad de que usted en los próximos 6 meses sea un no fumador?	0,1,2,3 0 = definitivamente no 3 = definitivamente si

Motivación baja: si la puntuación obtenida es entre 0 y 6.

Motivación moderada: si la puntuación es de 7 a 9.

Motivación alta: si la puntuación es de 10.

Esta puntuación tiene un valor predictivo de éxito.

Test de Fagerström de dependencia a la nicotina		
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0

Puntuación entre 0 y 3: dependencia leve.

Puntuación entre 4 y 6: dependencia moderada.

Puntuación de 7 o más: dependencia intensa.

La puntuación del test, no sólo nos indica el grado de dependencia a la nicotina, sino que también se ha demostrado que los fumadores con más alta puntuación en el test necesitan tratamiento farmacológico para dejar de fumar. Incluso, se sabe que, dependiendo de cuál sea la puntuación, se debe recomendar uno u otro tipo de fármaco para el abandono. También se ha encontrado una relación entre la puntuación del test y el desarrollo de enfermedades asociadas al consumo del tabaco.

Hemos de tener en cuenta y valorar también la dependencia psíquica y social. Para lo que podemos utilizar el Test de Glover-Nilson.

Test de Glover-Nilson					
¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 1 a 3)					
Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado. 0=nada en absoluto, 1=algo, 2=moderadamente, 3=mucho, 4=muchísimo					
1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí.	0	1	2	3	4
2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
3. Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 4 a 18)					
Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado. 0=nunca, 1=raramente, 2=a veces, 3=a menudo, 4=siempre					
4. ¿Ocupa sus manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
5. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
6. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
7. ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
8. Cuando no tiene tabaco ¿le resulta difícil concentrarse y cumplir cualquier tarea?	0	1	2	3	4
9. Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.?)	0	1	2	3	4
11. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
12. ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4

13. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?	0	1	2	3	4
14. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
15. ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	0	1	2	3	4
16. ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc. ¿se siente mas seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18. ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

Las preguntas 1, 6, 7 y 8 miden dependencia psicológica. Las preguntas 17 y 18 miden dependencia social. Las preguntas 2 a 5 y 9 a 16 miden dependencia gestual.

Registro de cigarrillos consumidos: la conducta de fumar es un hábito aprendido. Para cambiar este comportamiento mecánico, la mayoría de las veces, es útil recoger el número de cigarrillos, la hora y las circunstancias en las que se fuma, durante varios días antes de iniciar el tratamiento.

Marcadores biológicos. Se usan varios:

- Medición de la cotinina sérica, un metabolito de la nicotina (Paoletti P y cols., 1996).
- La medición de CO en aire espirado: Cooximetría. El monóxido de carbono (CO) es un constituyente del humo del tabaco que se forma por la combustión del mismo, su presencia en el aire espirado es un marcador del consumo del tabaco. Las cifras de CO diferencian entre fumadores y no fumadores y se encuentran entre 5 y 10 partes por millón (ppm). Los fumadores esporádicos con valores entre 7-10 ppm.; los no fumadores tienen valores por debajo de 6 ppm. El Co en aire espirado varía con ciertas actividades: el ejercicio, lo disminuye, y el sueño, lo aumenta, y varía en función del número de cigarrillos y del patrón de consumo.

Paquetes/año	Co aire espirado	Grado tabaquismo
<5	<15 ppm	Leve
6-15	16-24 ppm	Moderado
>16	>25 ppm	Intenso

Exploraciones Complementarias: Podemos realizar exploraciones complementarias generales para valorar la repercusión orgánica del tabaco en el paciente y para la búsqueda de otros factores de riesgo cardiovascular, pero no hay ninguna que sea imprescindible.

El manual DSM-IV-TR (American Psychiatric Association), recoge en los trastornos relacionados con las sustancias, los trastornos relacionados con la nicotina. En dicha categoría incluye la dependencia nicotínica, la abstinencia de la nicotina y el trastorno relacionado con la nicotina no especificado.

Los criterios diagnósticos de abstinencia a la nicotina del DSM-IV

- A. Consumo de nicotina durante algunas semanas.
- B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por 4 o más de los siguientes signos:
 - 1. Estado de ánimo disfórico o depresivo.
 - 2. Insomnio.
 - 3. Irritabilidad, frustración, ira.
 - 4. Ansiedad.
 - 5. Dificultades de concentración.
 - 6. Inquietud.
 - 7. Disminución de la frecuencia cardíaca.
 - 8. Aumento del apetito o del peso.
- C. Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras aéreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Además de todos estos síntomas, puede aparecer un ansia por el consumo de tabaco (craving), deseo de ingerir dulces, estreñimiento, aumento de la tos. En los pacientes psiquiátricos, tan frecuentes en nuestro medio, la abstinencia del tabaco puede alterar las concentraciones de fármacos psicótrpos que toman previamente y puede haber interferencia entre los síntomas de la abstinencia y los de la propia enfermedad mental de base ocultándolos o agravándolos.

La abstinencia:

- Aumenta las concentraciones hemáticas de: clomipramina, clozapina, desipramina, desmetildiazepan, doxepina, flufenazina, haloperidol, imipramina, nortriptilina, oxacepan, propranolol.
- No aumenta las concentraciones hemáticas de: amitriptilina, clordiacepóxido, etanol, lorazepam, midazolam, triazolam.
- No está claro el efecto de la abstinencia en el caso del alprazolam, clorpromacina y diacepam.

En **resumen** ante el paciente que quiere dejar de fumar realizaremos:

- Historia Clínica.
- Comprobaremos en qué fase se encuentra.
- Valoraremos la dependencia a la nicotina.
- Valoraremos la dependencia psicológica-social.
- Analizaremos su motivación.
- Exploraciones complementarias necesarias.
- Valoraremos el síndrome de abstinencia.

Consejo médico para dejar de fumar

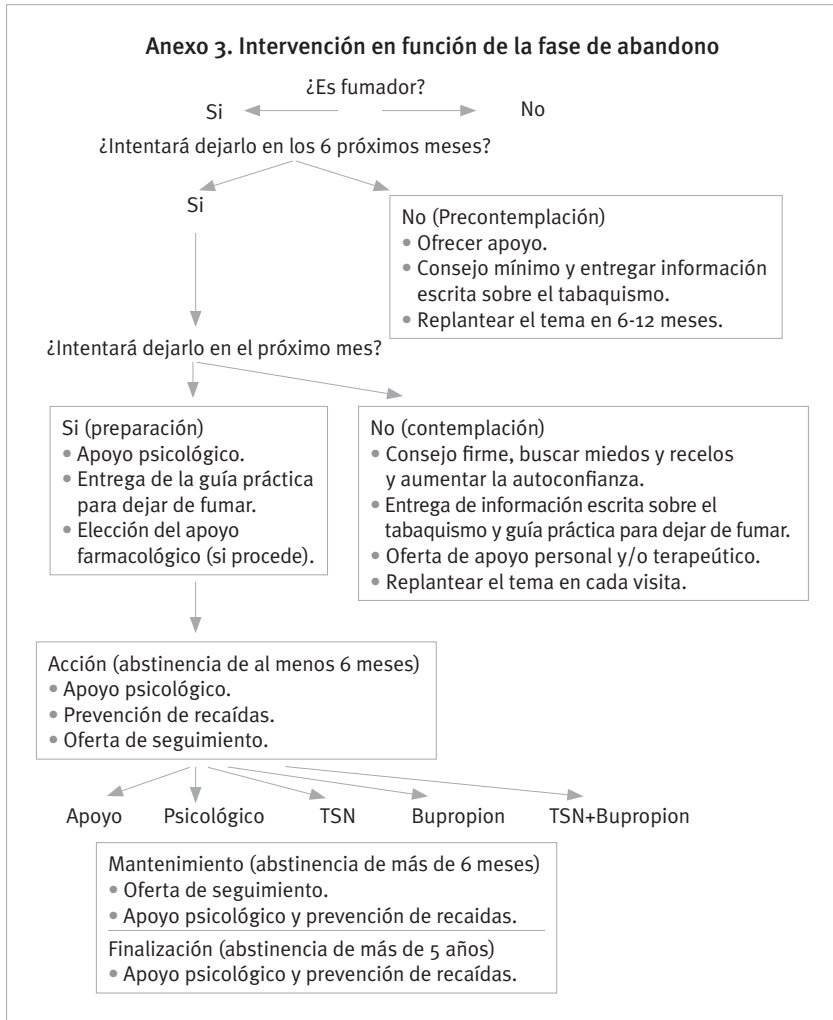
Según la **OMS**, la Organización Mundial de la Salud, en su Iniciativa “Liberarse del tabaco”: Hoy no hay duda que el tabaquismo es una enfermedad y está considerada como drogadicción en el DSM-IV (9), por lo que el equipo de Atención Primaria debe ofrecer al paciente todo su arsenal diagnóstico-terapéutico para contribuir a mejorar su salud, aumentar su esperanza de vida y mejorar su calidad.

En el abordaje diagnóstico-terapéutico, hay que tener en cuenta que, el abandono del tabaco no es un hecho puntual en la vida del fumador sino que se trata de un proceso que pasa por una serie de etapas, que fueron definidas por (Prochaska y cols., 1994): precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento. El enfoque terapéutico es distinto en cada fase:

- Precontemplación: El fumador no tiene intención de cambiar su consumo en los próximos seis meses. No desean conocer los efectos nocivos.
- Contemplación: El fumador está pensando seriamente en dejar de fumar en los próximos seis meses.

- Preparación: El fumador se plantea el abandono del consumo en el próximo mes.
- Acción: ex fumadores de menos de seis meses de evolución. En esta fase son frecuentes las recaídas.
- Mantenimiento: son ex fumadores de más de seis meses de evolución.

Para conocer la fase en la que se encuentra son útiles algunas preguntas:



La OMS y el consenso americano señalan las pautas básicas de actuación de los profesionales sanitarios en el tratamiento del tabaquismo y denominan al consejo básico, como *intervención mínima*, que debe ser realizado en todas las consultas y por cualquier profesional de la salud, sea cual sea su especialidad cuando el paciente sea fumador.

La intervención mínima:

- Preguntar por el hábito tabáquico. Averiguar.
- Registro en la historia clínica.
- Ofrecimiento de consejo médico. Aconsejar.
- Ayuda y apoyo psicológico. Ayudar.
- Entrega de información escrita.
- Seguimiento del proceso de abandono: Acordar.

Según el informe del Public Health Service de los Estados Unidos, para aplicar en Atención Primaria, a modo de recordatorio serían las 5 A: averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar y acordar. Averiguar el consumo de tabaco, Aconsejar dejar de fumar, Analizar la voluntad para dejar el tabaco, Ayudar en el intento, Acordar un seguimiento.

El consejo debe ser claro, convincente, breve y personalizado. Debe relacionar el uso del tabaco con la salud/enfermedad actual y sus costes socioeconómicos y la afectación a su entorno familiar y los motivos de cada uno para dejar de fumar y la salud/enfermedad posterior. Debemos adecuar la intervención al estadio en que se halla cada paciente así como su disposición.

El lugar ideal para realizar esta intervención mínima, aunque no el único, es la consulta de atención primaria por accesibilidad y continuidad de la asistencia.

El objetivo de esta intervención es que los pacientes logren avances y hagan intentos serios para conseguirlo. Se ha podido comprobar que alrededor del 20% de los fumadores sometidos a intervención breve progresan en su fase de abandono aunque no alcancen la abstinencia.

Está demostrado que la intervención mínima tiene un coste efectividad muy elevado. Según el Instituto Nacional de la Salud y Excelencia Clínica una serie de evidencias de primer nivel apoyan la eficacia del consejo médico así como una intervención breve en el tratamiento para dejar de fumar”.

Nº	Evaluación y consejo antitabaquico recomendación	Grado
1	Se recomienda preguntar a todo paciente que acude a la consulta de atención primaria sobre el consumo de tabaco y registrarlo en la historia clínica.	A
2	Los sanitarios deben aconsejar a los fumadores que abandonen el tabaco.	A
3	Las intervenciones breves tienen una efectividad moderada pero su coste efectividad es muy alto.	A
4	El seguimiento asegura el recuerdo de la intervención breve en todas las consultas a lo largo del tiempo. Esta sistematización, basada en los modelos de cambio puede mejorar los resultados de la intervención breve aislada.	C

El tabaco, no sólo influye en la salud física, sino que también se relaciona con trastornos mentales como la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar, el alcoholismo, los trastornos por ansiedad, en estos pacientes la prevalencia del consumo de tabaco suele ser el doble que en la población general. En ellos también son aplicables los tratamientos psicológicos y farmacológicos que se han demostrado eficaces.

Tratamiento farmacológico

En España la Ley 42/2010 de 30 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (B.O.E 31 de diciembre de 2010) establece medidas de prevención del tabaquismo, de promoción de la salud y de facilitar la deshabituación tabáquica.

En la misma ley, se contempla que “las Administraciones públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica, en la red asistencial sanitaria, en especial, en la atención primaria”.

Hay varios tratamientos farmacológicos considerados de primera línea: Sustitutivos de nicotina, el Bupropion y la Vareniclina.

1. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

A finales de los años 80, aparece el concepto de “terapia sustitutiva”, que se define, como la administración de nicotina a un fumador, que quiere dejar de serlo, por una vía distinta a la del consumo de cigarrillos y en cantidad suficiente para disminuir el síndrome de abstinencia, pero insuficiente

para crear dependencia. La nicotina es la responsable del síndrome de abstinencia y este es la principal causa de las recaídas en los primeros meses, lo que justifica el uso de la nicotina con fines terapéuticos.

Los distintos productos utilizados se pueden clasificar según su acción:

- Acción corta: Chicle, Inhalador, Aerosol nasal, tabletas sublinguales/comprimidos.
- Acción prolongada: Parche.

No hay evidencia suficiente para decir que un sustitutivo sea superior a otro.

1.1. Chicle de Nicotina

En el chicle la nicotina está unida a una resina de intercambio iónico y se libera en la boca uniéndose con los iones de sodio y potasio de la saliva. Se absorbe por la mucosa, llega a la sangre y desde allí estimula los receptores dopamiérgicos-mesolímbico.

El chicle contiene 2-4 mgr. de nicotina. El fumador debe sustituir cada cigarrillo por un chicle y masticarlo de forma correcta: lenta hasta notar un fuerte sabor, en ese momento dejar de masticar hasta que el sabor desaparezca de su boca para favorecer la absorción gradual de la nicotina, y reiniciar la masticación.

Ventajas:

- Alivio de la abstinencia en 5-10 minutos.
- Forma fácil y rápida de obtener nicotina.
- Alivia la ansiedad.
- No aumenta el riesgo cardio-vascular.
- Se puede usar de forma puntual.

Inconvenientes:

- Hay que enseñar la técnica correcta.
- El café y bebidas ácidas puede disminuir su absorción.
- Pocas veces puede aparecer dependencia al chicle.

Uso:

- En fumadores de 10-19 cigarrillos/día; Test de Fagerström < 3 y coximetria <15 ppm: utilizar de 8-10 chicles de 2 mg de nicotina al día, durante 8-10 semanas, reduciendo progresivamente la dosis a partir de la cuarta semana.
- En fumadores de 20-30 cigarrillos/día; Test de Fagerström entre 4 a 6 y coximetria entre 15-30 ppm: utilizar un chicle de 4 mg de nicotina cada 90 minutos, mientras este despierto, durante 12 semanas, reduciendo progresivamente la dosis a partir de la sexta semana.
- En fumadores de más de 30 cigarrillos/día; Test de Fagerström de más de 7 puntos y coximetria de más 30 ppm: utilizar un chicle de 4 mg de nicotina cada 60 minutos, reduciendo progresivamente la dosis a partir de la octava semana. Su uso se puede prolongar hasta 6-12 meses.

Precauciones:

Se debe evitar en casos de infarto de miocardio reciente (menos de 8 semanas), angina inestable, arritmias no controladas, problemas dentales, trastornos en articulación temporomandibular e inflamación orofaríngea.

Nicotina presentaciones orales. Guía de prescripción Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendación SEPAR 2007.

	Nicotinell® chicles	Nicorette® chicles	Nicorette® comp
Contenido en nicotina	2 y 4 mg	2 y 4 mg	1 y 2 mg
Presentaciones	Nicotinell fruit chicle Nicotinell Cool Mint	Nicorette mint y clásico Nicorette freshmint y freshfruit	Nicotinell mint 1 mg Nicotinell mint 2 mg

1.2. Inhalador bucal de Nicotina

No está comercializado en España. Este instrumento libera la nicotina en la mucosa oral, satura el aire de nicotina antes de ser inhalado y se obtienen niveles de nicotina en sangre de forma rápida.

Ventajas:

- Se absorbe por boca (como el chicle).
- Sustituye rasgos conductuales de los fumadores.

Inconvenientes:

- Bajos niveles de nicotina en sangre.

Indicaciones:

- En fumadores con gran componente conductual, buco-manual.
- Está contraindicado en pacientes con hiperreactividad bronquial. Evitar su uso en caso de irritación bucofaríngea, úlceras en la boca.

1.3. Aerosol nasal de Nicotina

Es un nebulizador con una solución isotónica a pH neutro que contiene nicotina a una concentración de 10 mg/ml. En cada pulverización se liberan 0,5 mg de nicotina. No está comercializado en España.

Ventajas:

- Produce niveles de nicotina en sangre más rápidos que el chicle.
- Es el método terapéutico cuyo perfil más se asemeja al cigarrillo.
- Eficaz para combatir la ansiedad. Una dosis única de 1mg produce un alivio más inmediato del “craving” que el chicle de 4mg.

Inconvenientes:

- Si se usa más de 6 meses puede producir dependencia.
- Debe seguir usándose a pesar de los efectos secundarios que produce la primera semana (irritación nasal, obstrucción nasal y tos).

Uso:

- En fumadores con test de Fagerström de 7 puntos o más y con más de 400 ng/ml de nicotina en saliva se recomiendan dosis de 3-4 mg/hora.
- En fumadores con test de Fagerström de 7 puntos o más y con menos de 400 ng/ml de nicotina en saliva se recomiendan dosis de 1-2 mg cada hora.

Dosis máxima: 5 aplicaciones a la hora o 40 al día (40 mg).

Duración del tratamiento: 3 meses. Reducción progresiva en otros 3 meses.

Precauciones:

- En enfermedades de fosas nasales, asma.

1.4. Comprimidos sublinguales de Nicotina

Pastillas con nicotina que se absorbe por vía sublingual, con equivalencia a la de un chicle de dos mg.

Uso:

- Un comprimido cada hora en fumadores de menos de 20 cigarrillos/día.
- Dos comprimidos cada hora en fumadores de más de 20 cigarrillos, mientras el paciente está despierto.

Duración del tratamiento: 12 semanas, reducir progresivamente.

Precauciones:

- Los efectos secundarios más importantes son hipo, sensación de ardor, sequedad bucal y úlceras bucales.

1.5. Comprimidos para chupar

Pastillas de 1 mg de nicotina, que equivalen a un chicle de 2 mg.

Hay que explicar la técnica al igual que se hace con el chicle para favorecer la absorción de la nicotina de forma gradual.

La dosis recomendada es de 1-2 pastillas cada hora durante 6-8 semanas, para reducir progresivamente hasta cumplir 12 semanas de tratamiento.

1.6. Parches de Nicotina

La nicotina se absorbe a través de la piel cuando el parche se adhiere a ella, al inicio hay un retraso de unas cuatro horas en la detección nicotina en plasma pero al cabo de dos o tres días se alcanzan cifras de nicotemia de 10-20 mg/l, la mitad de las obtenidas con el tabaco.

Hay dos tipos de parches: los que liberan la nicotina durante 24 horas y los que liberan la nicotina durante 16 horas, deben colocarse al levantarse, en una zona de la piel sin pelo, seca, limpia para facilitar la adherencia y la absorción de la nicotina, la retirada se hará a las 24 ó 16 horas.

Las dosis iniciales dependen del consumo, se recomienda 21 mg/24 horas o 15 mg/16 horas durante 4-6 semanas, la dosis se reduce de forma progresiva hasta alcanzar niveles de 7 mg/24 h o 5 mg/16 h y cumplir 8-12 semanas de tratamiento.

Pueden aparecer reacciones locales cutáneas como prurito o eritema en un 50% de los pacientes, leves aunque pueden empeorar durante el tratamiento. El empleo de corticoides y el cambio rotatorio del parche mejoran el cuadro.

La única contraindicación específica son las enfermedades cutáneas generalizadas. La efectividad del parche es similar a la del chicle.

Parches de Nicotina: Guía de prescripción Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendación SEPAR 2007.

Nombre comercial	Nicotinell®	Niquitin®	Nicorette®
Tiempo de aplicación	24 h	24 h	16 h
Presentaciones comerciales	De 21 mg/24 h (7-14 y 28 parches)	De 21 mg/24 h (7-14 parches)	De 15 mg/16 h (7-14 parches)
	De 14 mg/24 h (7-14 y 28 parches)	De 14 mg/24 h (7-14 parches)	De 10 mg/16 h (7-14 parches)
	De 7 mg/24 h (14 y 28 parches)	De 7 mg/24 h (7 parches)	De 5 mg/16 h (7-14 parches)

Riesgos de la terapia sustitutiva con nicotina

La terapia de sustitución de nicotina a largo plazo parece ser segura y menos peligrosa que el continuar fumando, los posibles riesgos son: las alteraciones cardiovasculares, las alteraciones durante la gestación y el desarrollo de dependencia a la nicotina.

Riesgo cardiovascular

La nicotina tiene efectos sobre la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la temperatura corporal, por ello se aconseja precaución en pacientes con patología cardiovascular pero se ha demostrado que el chicle de 4 mg tiene un efecto menor sobre la presión arterial y la frecuencia cardiaca que el cigarrillo.

Como consecuencia de todo ello, las distintas guías terapéuticas consideran, que la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) no está contraindicada en pacientes con enfermedad cardiovascular.

Embarazo

Se sabe que fumar durante el embarazo es nocivo tanto para la salud de la madre como para el feto ya que aumenta el riesgo de aborto espontáneo, favorece la prematuridad y el bajo peso al nacer.

El monóxido de carbono y la nicotina son las sustancias del tabaco más perjudiciales para el feto. Se cree que la nicotina contribuye a la hipoxia fetal y al retraso del crecimiento al disminuir el flujo vascular placentario. Según la SEPAR, la TSN no se ha demostrado perjudicial para el feto, los chicles y los parches demuestran eficacia similar al placebo.

Desarrollo de dependencia nicotínica:

La dependencia a la nicotina desarrollada con la TSN es menos frecuente que la que aparece con el consumo de cigarrillos.

Se ha demostrado dependencia cuando se usan chicles, con el inhalador bucal. Con el uso del parche no se ha demostrado la aparición de dependencia.

Conclusiones

- Todas las formas de TSN son eficaces para promover el abandono del hábito tabáquico.
- La TSN debe indicarse en pacientes con una alta dependencia.
- La elección de una forma terapéutica u otra se hará en función de las necesidades del paciente.
- Los parches son más fáciles de utilizar en atención primaria.
- El tratamiento con parches durante ocho semanas es tan eficaz como tratamientos más largos.
- La TSN no aumenta los riesgos cardiovasculares en fumadores con antecedentes de enfermedad cardiovascular.
- El empleo de dos formas de TSN mejora el índice de éxito frente a la monoterapia.
- La TSN ayuda a mantener la reducción significativa del número de cigarrillos consumidos al día y, por tanto, ayuda a la reducción del daño.

2. Bupropion

Este fármaco fue comercializado en la década de los 80 como antidepresivo, como tal inhibe la recaptación neuronal de dopamina, noradrenalina y, en menor medida, de la serotonina en los núcleos talámicos. Estudios posteriores demostraron su efecto beneficioso en el tratamiento de la dependencia a la nicotina. Fue aprobado por la FDA (Food and Drug Agency) en 1997 para esta indicación y en España se aprobó en el año 2000.

Se recomienda su prescripción mientras el paciente todavía fuma y fijar una fecha para dejar de fumar en las dos primeras semanas del tratamiento. Se comienza con dosis de 150 mg al día durante 6 días, al séptimo día se aumenta la dosis a 150 mg por la mañana y 150 mg por la noche (300 mg/día), separados al menos por 8 horas durante 7 a 12 semanas. En tratamientos prolongados, es recomendable tomar bupropión 150 mg durante los seis meses posteriores a dejar de fumar.

Recomendaciones de prescripción:

Inicio de tratamiento: 1-2 semanas antes de la fecha fijada.	150 mg de bupropion una vez al día, durante 6 días.
Mantenimiento del tratamiento: 7-9 semanas.	150 mg dos veces al día, con 8 h entre las dosis.
Dosis total.	No debe superar a los 150 mg. cada dosis. La dosis diaria no debe superar los 300 mg.

El Bupropión es un medicamento bien tolerado que aumenta significativamente las tasas de abstinencia, retrasa los fallos y las recaídas y minimiza o reducir el aumento de peso posterior al abandono.

Bupropion y situaciones especiales

- Jóvenes: no se aconseja su uso.
- Ganancia de peso: es menor.
- Recaídas: beneficio limitado.
- Embarazo: no está indicado.
- Patología Respiratoria: eficaz y seguro en pacientes con EPOC.

- Patología Cardiovascular: seguro y eficaz.
- Patología Psiquiátrica: eficaz en depresión y en esquizofrenia (mejora los síntomas negativos).

Presentaciones: Guía de prescripción terapéutica. M^o de Sanidad y Consumo[®] Quomen[®]: 150 mgr de liberación retardada. Envases de 60 comprimidos.

3. Vareniclina

Actualmente, las principales guías de prevención y tratamiento del tabaquismo consideran Vareniclina como fármaco de primera línea (Fiore et al, 2008; Barrueco y otros, 2009). En la actualidad, se considera una opción eficaz y segura para el tratamiento médico destinado a ayudar a los fumadores a romper con la adicción al tabaco. Es el tercer fármaco aprobado en España para el tratamiento del tabaquismo.

Actúa selectivamente sobre los receptores nicotínicos. Al ser un agonista parcial del receptor nicotínico de la acetilcolina, tiene dos mecanismos de acción: uno como agonista y otro como antagonista. La acción agonista estimula los receptores nicotínicos, disminuyendo la necesidad de fumar o y los otros aspectos relacionados con el síndrome de abstinencia. La acción antagonista bloquea el receptor y disminuye la recompensa asociada al consumo.

La vareniclina se debe prescribir una o dos semanas antes de la fecha fijada para dejar de fumar, a las siguientes dosis:

- Días 1 a 3: 0,5 mg/día.
- Días 4 a 7: 0,5 mg/dos veces al día.
- Día 8: 1mg/dos veces al día.

La duración del tratamiento según la ficha técnica del medicamento es de 12 semanas, a la dosis habitual de 1mg dos veces al día, pero en pacientes que no toleran el fármaco por sus efectos secundarios, se puede reducir la dosis a 1 mg una vez al día.

Efectos secundarios

- Náuseas, casi en el 30% de los pacientes.

- Alteraciones del sueño, insomnio.
- Dolor de cabeza.
- Alteraciones gastrointestinales: estreñimiento, flatulencia, alteración en el sabor.
- Alteraciones neuropsiquiátricas: depresión, agitación.

Estos efectos secundarios aparecen al inicio del tratamiento y suelen reducirse e incluso desaparecer con el tiempo, pero se debe suspender el tratamiento cuando la agitación o depresión aparezcan tal y como ya señala la ficha técnica del producto, y sobre todo si aparece ideación o comportamiento suicida. Aparecen más frecuentemente en las mujeres que en los varones. La mayoría de estos efectos secundarios son dosis dependientes. Diversos estudios han demostrado que vareniclina reduce el ansia y los efectos placenteros del tabaco, tras la fecha fijada para dejar de fumar, en mayor medida que bupropión y que los parches de nicotina.

Recomendaciones de uso

- No se han encontrado interacciones con otros fármacos.
- En pacientes con insuficiencia renal grave debe evitarse el consumo conjunto de cimetidina y vareniclina.
- En pacientes con insuficiencia hepática no es necesario ajustar la dosis.
- En adolescentes y embarazadas no se recomienda su uso.
- En pacientes con enfermedad cardiovascular inestable se recomienda su utilización con precaución, según la FDA.
- En pacientes psiquiátricos, se debe realizar un seguimiento estrecho, en algunos casos se ha visto que existe una exacerbación de la esquizofrenia y el trastorno bipolar.
- En pacientes con consumo de alcohol o drogas no se debe emplear.

En pacientes psiquiátricos, se debe realizar un seguimiento estrecho, pues se ha visto que se dispone de datos limitados sobre deshabituación tabáquica en pacientes con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos. Según la ficha técnica del producto: “No se ha establecido la seguridad y eficacia de Champix en pacientes con enfermedades psiquiátricas graves tales como esquizofrenia, trastorno bipolar”.

En pacientes con consumo de alcohol o drogas no hay datos clínicos.

En resumen, en el tratamiento del tabaquismo se ha demostrado que la varenicline es un fármaco eficaz y efectivo tal como demuestran los ensayos clínicos y las distintas revisiones, en comparación tanto con placebo como con bupropion, tanto a corto como a largo plazo, con un buen perfil de seguridad y tolerabilidad.

Presentaciones

Champix[®] de 0,5 mg con 11 y 56 comprimidos.

Champix[®] d1 mg con 14, 28,56 y 112 comprimidos.

4. Otros tratamientos

4.1. Antidepresivos

Sólo la norriptilina ha demostrado eficacia en el tratamiento de la deshabitación tabáquica. Se considera un fármaco de segunda elección, se recomienda comenzar con 25 mg/día e ir aumentando hasta llegar a una dosis de 75-100 mg al día en dos o tres tomas durante unas 12 semanas.

4.2. Cytisina

Es un agonista parcial nicotínico, con afinidad por los receptores nicotínicos colinérgicos, que se usó para dejar de fumar en los países del Este. Son pocos los estudios que hay y las dificultades posológicas hacen que se considere como tratamiento de segunda elección.

4.3. Clonidina

La clonidina es un alfa-2-agonista noradrenérgico, que se usa en el tratamiento del síndrome de abstinencia porque disminuye la gravedad de los síntomas, se considera fármaco de segunda elección por sus efectos secundarios.

4.4. Topiramato

Es un fármaco antiepiléptico de nueva generación, con acción anticonvulsionante, tiene un efecto modulador del funcionamiento de los canales del

sodio, aumenta la respuesta sobre los receptores GABA y presenta acción antagonista en los receptores de glutamato. Empleo poco frecuente.

4.5. Mecamylamina

Es un antagonista nicotínico, usado en el tratamiento de la hipertensión arterial. Su efecto en la deshabituación tabáquica parece ser el bloquear los efectos reforzantes de la nicotina, reduciendo el o deseo de fumar.

La combinación de parches de nicotina con mecamylamina puede ser útil en el tratamiento para dejar de fumar en pacientes con fracasos previos.

4.6. Naltrexona

Es un antagonista puro de los receptores opioides, que se usa en la deshabituación y prevención de recaídas en la dependencia a opiáceos y alcohol, diversos estudios sugieren que podría utilizarse en el tratamiento anti tabáquico al disminuir los efectos reforzantes de la nicotina. Las evidencias no son concluyentes. Solo en combinación con la TSN puede ser tratamiento de segunda elección si han fallado otras alternativas.

4.7. Methoxsalen

Fármaco aprobado para el tratamiento de la psoriasis o las manifestaciones cutáneas del linfoma, inhibe el citocromo P450, principal encima responsable de la metabolización de la nicotina, por ello se pensó que se podía usar en la dependencia de nicotina, pero no hay estudios con muestras clínicas.

4.8. Imonabant

Antagonista del receptor cannabinoide que reduce la autoadministración de nicotina, alcohol y heroína en ratones, eficaz en el tratamiento de la obesidad y síndrome metabólico en animales. Su utilidad estribaría en la posible eficacia para la reducción de peso en tratamientos para dejar de fumar.


Bibliografía

- Amanda C, Mujahed S, Jennie I, Paul A, Peter H. Intervenciones para prevenir el aumento de peso después del abandono del hábito de fumar. (Revisión Cochrane traducida) En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 N^o 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV) DSM IV. Barcelona: Masson SA; 1997.
- Ascher JA, Cole JO, Colin JN y col. Bupropion a review of its mechanism of antidepressant activity. *J Clin Psych* 1995; 56:395-401.
- Aubin H-J, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB Jr, Gong J, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax* 2008;63(8):717-24.
- Balells Olivero, La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo, *Adicciones* Vol. 16 Suple. 2.
- Ballester A. Tabaco y Riesgo Cardiovascular, Formación continuada Semergen.
- Barrueco Ferrero M., Hernández Mezquita M A, Torrecilla García, M. Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 2009
- Benowitz NL. Nicotine replacement therapy during pregnancy. *JAMA* 1991; 266:3174-3177.
- Bobes J, Casas M, Gutiérrez m. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona. Psiquiatría Editores, 2003.
- Boletín Oficial del Estado (BOE), N^o 318. Viernes, 31 de diciembre de 2010. Secl pag 10988. En: <http://www.boe.es/boe/días/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>
- CNPT. Conclusiones del VI Congreso del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Logroño, 2006.
- Public Health Service, USA. Directrices clínicas y prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. 2000; 283: 3244-54.
- FDA US Food and drug administration. Chantix (varenicline): Label Change Risk of Certain Cardiovascular Adverse Events. <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm259469.htm>

- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.
- García Ramón 1881, El arte de fumar, Tabacología Universal, Paris. Librería Española de Garnier, Hermanos.
- Goldstein MG. Bupropion sustained releade and smoking cessation. *Clin Psych* 1998; 59 (supp 4):66-72.
- Hays JT, Ebbert JO. Varenicline for tobacco dependence. *N Engl J Med* 2008;359:2018-24.
- Hea therton TF, Kozlowski ST, Freker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom. Test for Nicotine Dependence. A revision of the Fagerstrom Tolerante Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86: 1119-1127.
- Holm KJ, Spencer CM. Bupropion. Revisión de su empleo en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. *Drugs* 2000; 59:10007-26.
- EPAR, Champix Resumen. European Medicines Agency, 8 Enero 2001. Disponible en http://www.ema.europa.eu/docs/es_Es/document_library/EPAR_Product_Informacion/human/000699/WC500025251.pdf
- Jarvis MJ, Russell MA, Saloojee Y. Expired air carbon monoxide: A simple breath test of tobacco smoke intake. 1980; 281:484-485.
- Jiménez Treviño. La nicotina como droga. *Adicciones* Vol. 16, Supl 2.
- Jiménez-Ruiz CA, De Granda JI, Solano S, Carrion F, Romero P, Barrueco M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39:514-523.
- Ladero JM. Dependencia Tabáquica. Tabaco y nicotina. Drogodependencias. Madrid: Editorial Medica Panamericana 2003: 441-457.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998. Prevalencia del Consumo de Tabaco en los profesionales sanitarios. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. ESDIP (2006). Encuesta Estatal sobre Salud y Uso de Drogas entre los Internados en Prisión.
- Ministerio del Interior, Secretaria Gral. De II.PP. Circular 4-2011. Medidas de protección del tabaquismo en los centro penitenciarios, Madrid.

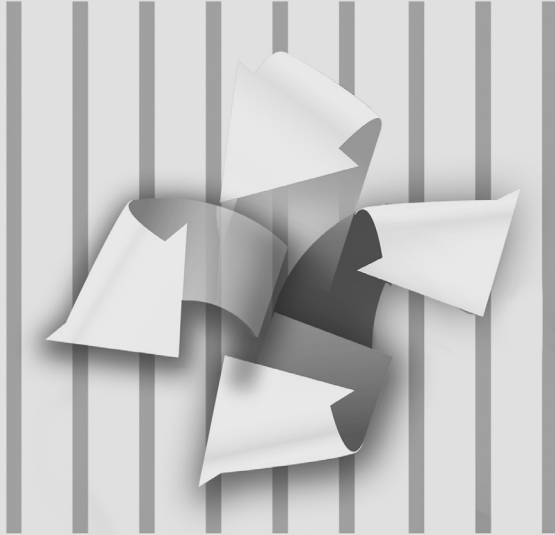
- OMS. 2003 Tratado internacional para el consumo del tabaco. Convenio Marco para el control del Tabaco. Ginebra.
- OMS. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE-10.
- Palmer K, Buckeley M, Faulds D. Transdermal nicotine. *Drug* 1992; 44:498-529.
- Paoletti P, Fornai E, Maggiorelli F, Puntoni R, Viegi G, Carrozzi L, Corlando A, Gustavsson G, Säwe U, Giuntini C. Importance of baseline cotinine plasma values in smoking cessation: results from a double-blind study with nicotine patch. *Eur Respir J* 1996; 9: 643-651.
- Pardel H., Saltó E. Beneficios de dejar de fumar. *Adicciones* 2004; vol. 16, supl. 2: 131-142.
- Pascual Pastor. A. Social, histórico y económico del tabaco. *Adicciones* (2004), Vol. 16, Suple. 2.
- Philipp K, Pateisky N, Endler M. Effects of smoking on uteroplacental blood flow. *Gynecol Obstet Invest* 1984; 17:179-182.
- Prochazka J, Di Clemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51: 390-5.
- Public Health Service, USA. Directrices clínicas y prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 53(suppl 5): S1-19.
- Royal College of Physicians of London. Is nicotine a drug addiction? Nicotine Addiction in Britain. London Royal Collage of Physicians, 2000.
- Rukstalis M, Jepson C, Strasser A, Lynch KG, Perkins K, Patterson F, Lerman C. Naltrexone reduces the relative reinforcing value of nicotine in a cigarette smoking choice paradigm. *Psychopharmacology* (Berl) 2005; 180: 41-48.
- Sánchez Monfort Metodología Enfermera aplicada al tabaquismo, IV Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Barcelona 2004.

- Secker-Walker RH, Vacek PM, Flynn BS et al. Exhaled carbon monoxide and urinary cotinine as measures of smoking in pregnancy. *Addict Behav* 1997; 22: 671-684.
- Tonnesen P. Nicotine replacement and other drugs in smoking cessation. En: Bolliger CT, Fagerström KO, editors. The Tobacco epidemic. *Prog Respir Res*. Basel: Karger, 1997; 28:178-89.
- Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Vilaseca J, et al. Prevención cardiovascular en Atención Primaria. *Atención Primaria* 2001; 28 (supl 2): 23-34.
- West R, Baker CL, Cappelleri JC, Bushmakina AG. Effect of varenicline and bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt. *Psychopharmacology* 2008;197:371-7.



Detección y tratamientos de desintoxicación del alcohol

Ángeles López López, Santiago Rincón Moreno



Introducción

El uso de alcohol (del árabe al Kuhl, el colirio), esta muy unido a la cultura Occidental y en particular a la cultura Mediterránea. Se atribuye a los árabes el descubrimiento del proceso de destilación entre los Siglos VIII y IX. Así se consiguió aumentar el grado alcohólico de las bebidas fermentadas. Hoy el consumo excesivo es una de las principales preocupaciones de Salud Pública en la mayoría de países del mundo.

En la actualidad, los poderes públicos han cambiado la perspectiva en relación al alcohol. Se pone el énfasis en la sustancia, cuando antes, se hacía en el individuo. Esto tiene grandes implicaciones preventivas, antes se minimizaba la acción tóxica y adictiva del etanol y se mantenía que el daño era fruto del mal uso por personas con especial sensibilidad. Se creía que, sólo el alcohólico, tenía problemas con el alcohol. Con la política sanitaria actual, se pretende reducir el consumo de alcohol de la población y una intervención precoz en los colectivos de riesgo.

El Alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud (tanto para la aparición de enfermedades como para la muerte prematura) más importante, por detrás del consumo de tabaco y la hipertensión arterial. Como factor de riesgo para la salud, es tres veces más importante que la diabetes y cinco veces más importante que el asma (Anderson y Baumberg, 2006). Es la droga psicoactiva de consumo más extendido en España. Un 5,3% de población general española y un 12,3% de los estudiantes de 14-18 años, presentan un **consumo de riesgo**. Un 9,5% de la población española entre 15 y 65 años presenta patrones de **consumo abusivo** y se estima que un 2% de esta población podría cumplir criterios diagnósticos de **dependencia alcohol**. El alcohol es la causa del mayor número de casos de adicción a sustancias, detrás de la producida por el tabaco. La intensidad del problema generado por el consumo abusivo de alcohol, se manifiesta en la relación de causalidad con el 3,4% de la mortalidad anual.

En prisión, según encuestas realizadas en los años 2000 y 2006, el 43,1% en el año 2000 y el 61,7% en el 2006 de los internos encuestados, referían consumo de alcohol previo al ingreso en prisión, y en un contexto de policonsumo.

La importancia viene dada porque el alcohol es un depresor del SNC, puede inducir trastornos mentales (depresión, ansiedad, inestabilidad emocional, trastorno del sueño, etc.), no tan sólo en las personas que presentan un trastorno por **dependencia del alcohol**, sino también en las que hacen un **consumo excesivo de alcohol** (World Health Report, 2002). Hoy se acepta que el consumo excesivo de alcohol puede causar o exacerbar hasta 60 enfermedades diversas y además constituye un factor determinante de incidentes de violencia familiar y de género, accidentes laborales y de circulación.

Breve recuerdo conceptual

En 1976, la Organización Mundial de la Salud, definió el alcoholismo a través del **Síndrome de Dependencia Alcohólica**: “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia, pudiendo estar o no presenta la tolerancia”.

El término “**alcoholismo**”, es un término impreciso que puede abarcar desde el trastorno por dependencia del alcohol hasta el **trastorno por abuso de alcohol** (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). La Organización Mundial de la Salud define el Síndrome de dependencia del alcohol de manera muy parecida pero al trastorno por abuso de alcohol lo denomina Consumo Perjudicial de Alcohol y lo define como el consumo de alcohol que está afectando ya a la salud física o mental sin la presencia de dependencia (Organización Mundial de la Salud, 1992).

La prevalencia del alcoholismo equivaldría, por tanto, al doble de la del abuso de todas las otras drogas juntas (6,1%) y a más de la mitad de todos los demás trastornos mentales (no adictivos) juntos (22,5%). El alcoholismo, los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos que tienen una mayor prevalencia, durante los últimos 12 meses (Grant i cols., 2004): Alcoholismo 8,46%, Abuso de otras drogas 2%, Trastornos de ansiedad 11,08%, Trastornos afectivos 9,21%.

Como fórmula de **medida de la cantidad de alcohol ingerida**, a pesar de la dispersión de las medidas y sus variaciones, resulta muy útil adoptar el concepto de Unidad Bebida Estandar (UBE) definida por la OMS, donde **1 UBE equivale a 10 gramos de etanol**.

De esta manera, se simplifican los cálculos del consumo, en nuestro país, se puede utilizar la siguiente tabla:

- 1 vaso de vino o chato = 1 UBE
- 1 caña de cerveza = 1 UBE
- 1 chupito de licor = 1 UBE
- 1 copa de licor o combinado
(coñac, ginebra, anís, cubalibre, gintonic...) = 2 UBEs
- 1 vermut = 2 UBEs
- 1 whisky = 3 UBEs

El consumo excesivo de alcohol se puede clasificar en 3 grandes grupos.

1. El **consumo de riesgo** es un consumo elevado que si bien aumenta las probabilidades de que la persona sufra consecuencias adversas (médicas, psiquiátricas, familiares, sociales, etc.), pueden no estar presentes todavía. El consumo de riesgo ha sido definido como un consumo casi diario superior a 40 gramos de etanol al día (más de 4 UBEs -en varones-) y superior a 24 gramos de etanol al día (más de 2 UBEs -en mujeres-), equivalente a un consumo semanal superior a 21 UBEs para varones y a 14 UBEs para mujeres (Rehm y cols., 2004).
2. Consumo perjudicial es cuando ya se han materializado dichas consecuencias. Para la CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S.), el Consumo Perjudicial es un consumo de alcohol que ya ha afectado a la salud física (p.e. daño hepático) y/o psíquica (p.e. cuadros depresivos secundarios a consumos masivos de alcohol) sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos de dependencia del alcohol (Organización Mundial de la Salud, 1992). En la práctica se tiende a considerar que un consumo regular por encima de los 60 gr./día de etanol en el hombre, o de los 40 gr./día en la mujer, es probable que llegue a provocar las consecuencias adversas características del consumo perjudicial.

3. Se considera dependencia del alcohol o alcoholismo cuando además de haber producido dichas consecuencias, el consumo de alcohol se ha convertido en una conducta adictiva.

Dos síntomas característicos de esta enfermedad son la sensación de deseo o necesidad (que pueden llegar a tener una gran intensidad) de beber alcohol y también la disminución de la capacidad para controlar la ingesta de alcohol (O.M.S. 1992).

El Síndrome de Dependencia Alcohólica presenta una elevada concordancia diagnóstica entre las clasificaciones diagnósticas CIE y DSM (Hasin, 1996) y, predice con gran fiabilidad, la presencia de problemas relacionados con el alcohol en aquellas personas que cumplen los criterios diagnósticos frente a aquellas otras que no los cumplen, aunque es necesario indicar que la intensidad de los síntomas y de los problemas derivados de ellos es fluctuante (Schuckit 1998; 1999; Hasin 2003a; 2003b; 2004).

El desarrollo del síndrome de dependencia del alcohol puede ser más lento que el de otras drogas, es por ello que sus consecuencias pueden aparecer más tarde, entorno a los 40-45 años. Sin embargo, cambios en las pautas de consumo y el consumo previo o simultáneo de otras sustancias, pueden favorecer un desarrollo más rápido y contribuir a una dependencia más severa del alcoholismo.

Comorbilidad: abuso de otras drogas

En los últimos años, es más frecuente que los pacientes adictos al alcohol presenten también problemas con más de una droga. El alcohol puede potenciar los efectos de otras drogas, y también, suelen ser utilizados para paliar algunos efectos secundarios provocados por otras sustancias. Las drogas que con más frecuencia se relacionan con el consumo de alcohol son la nicotina, la cocaína, los opiáceos y las benzodiacepinas.

Actualmente, la polidependencia más habitual es la generada por el alcohol y la cocaína. Cuando acontece, es preciso buscar la droga principal y/o secundaria. La interacción metabólica del etanol y la cocaína da lugar a un nuevo metabolismo denominado cocaetileno, que juega un papel importante en el aumento del placer y la toxicidad derivada del consumo de ambas drogas, produce un aumento considerable de la euforia y duración de la misma, así como una disminución de la disforia por abstinencia a la cocaína, unido a consumos más compulsivos.

Trastornos relacionados con el consumo de alcohol

Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos aparecen en el 30-50% de los sujetos con dependencia del alcohol. Los síntomas depresivos en ocasiones, pueden ser anteriores al consumo o dependencia de alcohol, pero también pueden ser fruto de los efectos tóxicos del alcohol.

La comorbilidad entre depresión y alcoholismo resulta ser un factor de riesgo para el suicidio.

Trastorno de ansiedad

Más de un tercio de las personas con dependencia del alcohol presentan sintomatología ansiosa. Además, se considera que la presencia de los trastornos de ansiedad eleva el riesgo para la dependencia, hasta más de cuatro veces respecto de la población en general. El sujeto ansioso, con fobias sociales, puede aprender a utilizar el alcohol, aprovechando sus efectos ansiolíticos o desinhibidores.

Trastorno de personalidad

El trastorno de personalidad que más se asocia con la dependencia alcohólica, es el trastorno antisocial. La relación entre este trastorno y el alcoholismo, se pone de manifiesto, por la elevada comorbilidad individual y familiar para ambos trastornos. La presencia de ambos trastornos agrava el curso de la dependencia. En sujetos con problemas debidos al alcohol, las tasas de prevalencia de este trastorno rondan el 15-25% y en los sujetos diagnosticados de trastorno de personalidad antisocial, la prevalencia de abuso-dependencia de alcohol oscila entre el 50-75%.

Trastornos psicóticos

Los trastornos psicóticos no inducidos, que se observan con mas frecuencia en individuos con dependencia del alcohol, son la esquizofrenia y el trastorno delirante (Ideas paranoides o de grandeza en el contexto de la intoxicación, sin fluctuaciones del nivel de conciencia, suelen remitir tras varios días de abstinencia).

La alucinosis alcohólica suele aparecer, en varones que llevan varios años abusando del consumo de alcohol, después de haber comenzado a reducir el consumo. Se caracteriza por alucinaciones, siendo más frecuentes las

auditivas en formas de voces acusatorias y amenazantes que producen un gran temor en la persona y pueden llevar conductas secundarias a dicho temor (huída, agresión, denuncia...). No hay alteración de la conciencia y orientación, a diferencia del delirium tremens. No suele existir alteración del curso del pensamiento, a diferencia de lo que ocurre en la esquizofrenia. Las alucinaciones suelen remitir durante la primera semana, pero en ocasiones pueden persistir de forma crónica.

Crisis convulsivas

Pueden aparecer tanto en el contexto de la abstinencia como durante la intoxicación. Lo más frecuente es que aparezcan entre las 7-48 horas después del cese del consumo. Son generalizadas y de características tónico-clónicas. Suelen repetirse entre 3 y 4 veces a lo largo de 48 horas o cursar como un único episodio. Es muy rara la complicación en forma de estatus epiléptico. El tratamiento debe realizarse en un hospital general y se utilizan benzodicepinas, no está indicado el uso de anticonvulsivantes una vez remitido el episodio.

Embriaguez atípica

Se denomina así a los cambios graves y bruscos en el comportamiento, asociado a agresividad física o verbal, agitación y, en ocasiones, ilusiones y/o alucinaciones que siguen a la ingesta de cantidades relativamente pequeñas de alcohol (la concentración de etanol en sangre suele ser menor a 40mg/100ml). El cuadro se inicia a los pocos minutos de la ingesta, de forma brusca, con obnubilación de conciencia y sin coordinación. Tras dos o tres horas de evolución, el cuadro remite, entrando en un sueño profundo y cursa con amnesia total o parcial posterior. Este cuadro aparece más frecuentemente en pacientes con patología mental o en tratamiento psiquiátrico, resultando más raros en individuos sanos. El tratamiento es de sostén, si bien en ocasiones pueden llegar a precisar sujeción mecánica. Se deben evitar en lo posible los sedantes, porque potenciarían los efectos del alcohol. De ser necesarios, se pueden utilizar diazepam, cloracepato o haloperidol de forma inyectable.

Trastorno amnésico, síndrome de Wernicke-Korsakov

El trastorno amnésico se caracteriza por una pérdida transitoria de memoria, que habitualmente ocurre tras una intoxicación, cursa con amnesia en forma de bloque o en lagunas. Puede observarse en más del 70% de las personas que tienen dependencia al alcohol.

El cuadro clínico de la enfermedad Wernicke-Korsakov se caracteriza por nistagmo, parálisis de la mirada, marcha atáxica, confusión mental y síndrome amnésico confabulatorio. El tratamiento consiste en la administración de dosis altas de tiamina por vía parenteral y 1 mg de ácido fólico y complejo polivitamínico.

Conductas violentas

Se estima que entre un 40 y un 50% de los crímenes violentos implican a personas que han consumido alcohol, sobre todo en el caso de los homicidios y las agresiones sexuales. El consumo episódico excesivo, las cantidades y la frecuencia de consumo se asocian de forma independiente, con el riesgo de agresión, tanto de ser el agresor como de ser agredido. El contexto en el que se consume el alcohol, las expectativas del consumo, unidos a los efectos desinhibidores de la intoxicación alcohólica favorecen esta respuesta violenta.

Suicidio

Los hombres con conductas suicidas presentan también más problemas de abuso de alcohol. La literatura es unánime al afirmar que al menos, entre 5-15% de personas que presentan dependencia del alcohol se suicidan.

Gutiérrez, García Contreras y Orozco Rodríguez (2006) observan abuso o dependencia de alcohol presentes en el 20-25% de las personas que se suicidan. En no dependientes que se suicidan, el consumo de alcohol suele estar presente durante las horas previas al acto suicida.

La OMS enumera como factores de riesgo de suicidio en el alcoholismo: iniciación temprana, largo historial de consumo de alcohol, alto nivel de dependencia, humor depresivo, salud física deficiente, desempeño laboral pobre, antecedentes familiares de alcoholismo y ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante.

Conducción bajo los efectos del alcohol

El riesgo de accidentes de circulación aumenta de forma proporcional al número de ocasiones en que se consume alcohol de forma abusiva y a las cantidades de alcohol consumidas. Se estima que una alcoholemia de un 0,5 g/l incrementa en un 38% el riesgo de accidentes y niveles de 1 g/l incrementarían el riesgo en un 50%.

Detección del alcoholismo

En el momento actual, no existen pruebas específicas para el diagnóstico del alcoholismo, que se fundamenta en una correcta anamnesis y exploración clínica adecuada. Además, los cuestionarios, escalas, etc. son herramientas de gran ayuda en la evaluación de consumos de riesgo, perjudicial y/o dependencia. Por su validez, brevedad y sencillez **CAGE** y **AUDIT** podrían considerarse cuestionarios con aplicación en la detección de dependencia y abuso respectivamente, especialmente en Atención Primaria.

El Test CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation; Evaluación General del Alcoholismo Crónico) es un cuestionario que consta de cuatro preguntas con capacidad para detectar el alcoholismo (Ewing, 1984).

Se compone las siguientes preguntas:

1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
2. ¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez, lo primero que ha hecho por la mañana, ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

Se considera positivo si se responde afirmativamente a un mínimo de dos preguntas.

Estas cuatro preguntas pueden presentarse solas o “camufladas” en el contexto de una entrevista más amplia, para evitar el posible rechazo del entrevistado. Es un test de cribaje pero el diagnóstico del alcoholismo debería completarse con otras pruebas. Además, no tiene adecuada sensibilidad para detectar consumo de riesgo, pero su uso se ha extendido, gracias a su brevedad y facilidad de puntuación. Según sus autores 2 ó 3 respuestas afirmativas suponen un alto grado de sospecha y 4 afirmaciones son confirmatorias de alcoholismo. También hay quienes consideran que con sólo 2 respuestas afirmativas ya se puede considerar caso.

El cuestionario AUDIT (Alcohol Use Identification Test) propicia el cribado tanto del consumo de riesgo como de la dependencia. Actualmente, es el más utilizado, para la detección del consumo de riesgo de alcohol (Saunders et al, 1993).

Consta de 10 items de cumplimentación rápida.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
 0. Nunca
 1. Una o menos veces al mes
 2. De 2 a 4 veces al mes
 3. De 2 a 3 veces a la semana
 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
 0. 1 ó 2
 1. 3 ó 4
 2. 5 ó 6
 3. De 7 a 9
 4. 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?
 0. Nunca
 1. Menos de una vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
 0. Nunca
 1. Menos de una vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
 0. Nunca
 1. Menos de una vez al mes

2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
- o. Nunca
 1. Menos de una vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- o. Nunca
 1. Menos de una vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
- o. Nunca
 1. Menos de una vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?
- o. No
 2. Sí, pero no en el curso del último año
 4. Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?
- o. No

2. Sí, pero no en el curso del último año
4. Sí, el último año

Una puntuación mayor de 20 orientará hacia la existencia de dependencia; entre 8 y 20 puntos, hacia el consumo perjudicial. El consumo de riesgo se basa a partir de las preguntas 2 y 3. De manera que, una persona cuya respuesta en la segunda pregunta señala un consumo diario igual o superior a 4 UBEs si es hombre o 2 ó 3 si es mujer, se sitúa en una alta probabilidad de ser un bebedor de riesgo.

Para una puntuación de 8, la sensibilidad es del 80% y la especificidad del 90%, para el diagnóstico de trastorno por uso de alcohol.

También disponemos del **Cuestionario Abreviado**, compuesto de cinco preguntas y cuyo diseño resulta de la combinación de las preguntas nº 1 y 2 del AUDIT y las nº 2, 3 y 4 del CAGE, elaborado para detectar bebedores de riesgo (Sevillano, Rubio 2002).

El craving de alcohol es la sensación subjetiva de deseo o necesidad de beber. Se puede manifestar a través de síntomas motivacionales, cognitivos, emocionales, conductuales y puede responder al tratamiento con determinados fármacos (Guardia Serecigni, 2004) como son la naltrexona y el acamprosató (en la actualidad cuestionada su utilidad).

Existen, de igual modo, una serie de cuestionarios que abordan otros aspectos relevantes de esta patología, tales como gravedad de la dependencia, valoración del síndrome de abstinencia o valoración del deseo por la bebida y pérdida de control que pueden resultar de gran ayuda para el clínico, a la hora de establecer estrategias terapéuticas.

La elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (sobre todo trastornos afectivos y de la personalidad) detectada en estos pacientes hace necesario un abordaje integral de los mismos, siendo recomendable una evaluación detallada.

Desde aquí recomendamos el disponer, en la sala de reconocimientos de ingresos del Centro, de ambos test CAGE Y AUDIT de tan fácil aplicación.

Tratamiento de desintoxicación

El tratamiento de la dependencia al alcohol comienza con una primera fase de desintoxicación que implica ayudar al paciente a superar el posible

Síndrome de Abstinencia que le provoque el abandono, la supresión, del consumo de bebidas alcohólicas.

En este momento el paciente puede encontrarse en dos situaciones diferentes:

A. El paciente está embriagado, con un cuadro de **intoxicación aguda** asociado a ingesta de alcohol previo a su ingreso en el Centro. Estos episodios pueden aparecer tanto en bebedores más o menos esporádicos como en bebedores crónicos. La cantidad del consumo, la intensidad de los síntomas, la existencia o no de un consumo crónico de alcohol y las características del paciente y de su entorno condicionarán su manejo terapéutico (Santo-Domingo y Jimenez-Arriero 2003).

El cuadro clínico de intoxicación alcohólica aguda se caracteriza por la ingestión reciente de alcohol, en cantidades elevadas. Sus síntomas son proporcionales a la concentración sanguínea, (incoordinación motora, marcha inestable, lenguaje farfullante, nistagmo, deterioro de la atención y de la memoria, estupor, e incluso coma), acompañados de cambios psicológicos y conductuales (alteraciones en la capacidad de juicio y conducta, desinhibición sexual, agresiva, emocional) (DSM-IV-TR y CIE-10) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1993).

La intoxicación alcohólica aguda puede llegar a ser mortal, sobretodo cuando va asociado a la intoxicación por medicamentos depresores del S.N.C. (tranquilizantes, opioides) y, en los pacientes que presentan dependencia del alcohol, puede evolucionar hacia un delirium tremens. La mortalidad asociada al coma etílico es del 5% y sobreviene por parada respiratoria o broncoaspiración.

El tratamiento de la intoxicación aguda en un bebedor ocasional y no de riesgo tendría como objetivo principal la resolución del cuadro y evitar posibles accidentes o lesiones. En un bebedor regular, que presente un consumo de riesgo o una dependencia del alcohol, el tratamiento de la intoxicación aguda debe contemplar entre sus objetivos el de prevenir el desarrollo de un posible síndrome de abstinencia alcohólica (SAA).

B. **El síndrome de abstinencia del alcohol (SAA)** se caracteriza por la presencia de hiperactividad vegetativa (temblor, sudoración, taquicardia, hipertensión arterial, náuseas, vómitos), síntomas de ansiedad, irritabilidad, inquietud, insomnio y deseo imperioso o “necesidad” de ingerir alcohol (“craving” de alcohol). Cuando la abstinencia es grave el paciente puede presentar crisis convulsivas generalizadas y alteracio-

nes perceptivas (ilusiones, alucinaciones) en el contexto de un estado confusional (delirium), que cursa con agitación psicomotora y que si no es correctamente tratado puede conducir incluso a la muerte, sobretodo cuando el paciente presenta otros trastornos orgánicos concomitantes como traumatismo cráneo-encefálico, hemorragia cerebral, neumonía, graves alteraciones hidro-electrolíticas, etc. (DSM-IV-TR, CIE-10).

La abstinencia aguda, se puede presentar, cuando una persona que tiene dependencia física del alcohol, deja de ingerirlo durante unas horas. De hecho, algunos pacientes lo experimentan cada día cuando despiertan, tras unas horas de no beber y neutralizan sus síntomas con una nueva ingesta de alcohol.

Pero cuando el paciente ingresa en un hospital o en prisión, e interrumpe su consumo habitual de alcohol, es cuando puede aparecer el SAA, que suele durar pocos días cuando la abstinencia es leve o cuando responde bien a la medicación. Aunque en tres de cada cuatro pacientes alcohólicos sin problemas médicos o quirúrgicos agudos los síntomas de abstinencia sólo alcanzarán una intensidad leve o moderada, y sólo en uno de cada cuatro de esos pacientes se suele desarrollar síntomas graves de abstinencia alcohólica, el tratamiento de desintoxicación debe realizarse siempre, de manera que disminuya el sufrimiento del paciente, evite el desarrollo de un SAA y prevenga los graves síntomas que pueden surgir y complicar el SAA.

Por otra parte, el carácter inespecífico de sus síntomas puede impedir un diagnóstico temprano, crear confusión sobre la causa principal del ingreso y retrasar el adecuado tratamiento del síndrome de abstinencia. Los síntomas del SAA aparecen en relación con el reequilibrio homeostático intracerebral, provocado por la supresión brusca del efecto del alcohol y que está asociado a cambios en una amplia gama de neurotransmisores.

La fisiopatología y neurobiología de esa alteración, es la que precisamente justifica la utilización de fármacos con actividad gabaérgica, como son las benzodiazepinas, para el tratamiento del síndrome de abstinencia, como empíricamente se está realizado desde hace años y cuya eficacia han confirmado diversos estudios.

Los síntomas y signos del SAA pueden agruparse en tres categorías: hiperexcitabilidad del sistema nervioso central (inquietud, agitación, convulsiones), hiperactividad el sistema nervioso autónomo (náuseas, vómitos, taquicardia, temblores, hipertensión) y alteraciones cognitivas.

La evolución del SAA puede ser dividida en tres etapas (ver tabla en página siguiente).

- La primera evoluciona en las 24 horas iniciales y cursa con síntomas de abstinencia de grado leve (ansiedad, inquietud, náuseas, anorexia, insomnio, sudor facial, temblor ligero, taquicardia fluctuante, hipertensión).
- La segunda etapa, de gravedad moderada, se desarrolla entre las 24 y 72 horas y cursa con marcada inquietud y agitación, temblores moderados con movimiento constante de los ojos, diaforesis, náuseas, vómitos, anorexia y diarrea; frecuentemente se suma marcada taquicardia (>120 ppm) e hipertensión arterial sistólica superior a 160 mmHg. Pueden presentarse ilusiones perceptivas o alucinaciones visuales o auditivas; desorientación y confusión, con períodos de reorientación y convulsiones generalizadas.
- La tercera etapa puede aparecer entre las 72 y 96 horas y se corresponde con la aparición del “delirium tremens”, que cursa con fiebre, hipertensión y taquicardia marcada, delirium, sudoración profusa y temblores generalizados. Cuando la gravedad es extrema y el paciente no recibe el tratamiento médico apropiado, la presencia de otras patologías concomitantes, como traumatismo cráneo-encefálico, patología cardiovascular, infecciones, neumonías por aspiración o alteraciones hidroelectrolíticas pueden conducir a la muerte.

Hay que considerar la presencia de algunos factores de riesgo que con mayor frecuencia se relacionan con las complicaciones de la abstinencia alcohólica:

1. Edad mayor de 40 años.
2. Varón.
3. Consumo medio diario de > 200 cc/día.
4. Consumo a horas fijas.
5. Evolución de la dependencia de más de 10 años.
6. Nerviosismo y temblores tras 6-8 horas desde el último consumo.
7. Antecedentes de convulsiones, alucinaciones o delirium en síndromes de abstinencia previos.
8. Existencia de problema médico agudo.
9. Alcoholemia al ingreso > 250 mg/dl.

(Entre 0 y 2 factores, bajo riesgo de complicaciones. Entre 3 y 6 factores, riesgo moderado. Entre 7 y 9 factores, alto riesgo de complicaciones).

Tabla I. Distintas fases del Síndrome de Abstinencia Alcohólico

Clinica	Fase 1 8 - 24 horas	Fase 2 24 - 72 horas	Fase 3 + 72 horas
Frecuencia Cardíaca	100 - 110	110-120	> de 120
Aumento TA	10-20 mm de Hg	10-20 mm de Hg	30-40 mm de Hg
Taquipnea	20-22	22-28	> de 28
Diaforesis	+	++	+++
Temblor	+	++	+++
Hiperreflexia	+	++	+++
Labilidad Emocional	+	++	+++
Ansiedad	+	++	+++
Convulsiones	No	+	No
Alucinaciones	No	+	+++

Valoración de la intensidad de la abstinencia alcohólica

Las mediciones cuantitativas constituyen una parte imprescindible en la valoración del síndrome de abstinencia al alcohol y también son útiles para realizar comparaciones de las poblaciones en estudio. Es, sin embargo, difícil para los investigadores y profesionales de la salud encontrar una medición que sea fiable, validada y ampliamente utilizada, habiéndose utilizado diferentes escalas para este uso.

Una escala ideal es aquella que “ayude al diagnóstico del síndrome de abstinencia al alcohol, indique la necesidad de tratamiento farmacológico, alerte al personal sanitario de la presencia de un síndrome de abstinencia severo, e indique en qué momento puede ser reducido o suspendido el tratamiento farmacológico”.

Son la **CIWA** y sus derivaciones (la **CIWA-Ar**, sobretudoo) las más utilizadas, sin lugar a dudas, para la valoración de la abstinencia. En nuestro país, la **escala de Soler PA y cols.** Realizada en 1981, consta de 11 ítems que puntúan entre 0 y 3, pudiendo alcanzar una valoración máxima de 33 puntos (Ver Tabla II). Debe aplicarse una de estas escalas a todos los pacientes en proceso de desintoxicación.

La CIWA consta de 15 ítems (náuseas, temblor, sudoración, trastornos del tacto, auditivos y visuales, alucinaciones, orientación, contacto, ansiedad, trastornos del pensamiento, convulsiones, cefaleas y enrojecimiento facial) (Ver Tabla III).

La CIWA-Ar, versión revisada de la CIWA, constituye el “patrón oro”. Su sencilla y rápida aplicación favorece su uso extendido. Consta de 10 ítems (náuseas, temblor, sudoración, alteraciones del tacto, auditivas y visuales, ansiedad, orientación, convulsiones y cefaleas), con puntuaciones entre 0 y 7, a excepción del parámetro orientación que puntúa de 0-4. Un resultado por debajo de 8-10 no requiere tratamiento farmacológico. Puntuación de 20 o más apunta a un síndrome de abstinencia severo.

Tabla II. Valoración de la intensidad de la abstinencia alcohólica				
Síntomas	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
Ansiedad	No	+	++	+++
Sudación	No	Solo nocturna	Nocturna y diurna	Gran diaforesis
Temblor	No o fino distal y matutino	Fino distal permanente	Intenso permanente en lengua	Generalizado y palpable
Déficit de conciencia	No	Episodios nocturnos aislados	Nocturnos y diurnos	Notorio constante
Desorientación	No	Episodios aislados	Desorientación total	Desorientación Permanente
Trastornos de la percepción	No	Sólo nocturnos	Nocturnos y diurnos	Alucinaciones constantes y falsos reconocimientos
Trastornos de la memoria	No	Amnesias referidas a la noche	Amnesias referidas al día y la noche	Amnesias de más de 12 h
Insomnio	No	De conciliación o despertar precoz	Intermitente	Total
Hipertermia	No	No	No	Sí
Actividad Psicomotriz	Normal	Normal	Inquietud	Agitación
Delirio Ocupacional	No	No	No	Sí

Soler P. A. y cols, 1981. Intensidad de la abstinencia alcohólica: Grado 1: de 0 a 7 puntos. Grado 2: de 8 a 15 puntos. Grado 3: de 16 a 23 puntos. Grado 4: más de 24 puntos.

Tabla III. Valoración del síndrome de abstinencia alcohólico

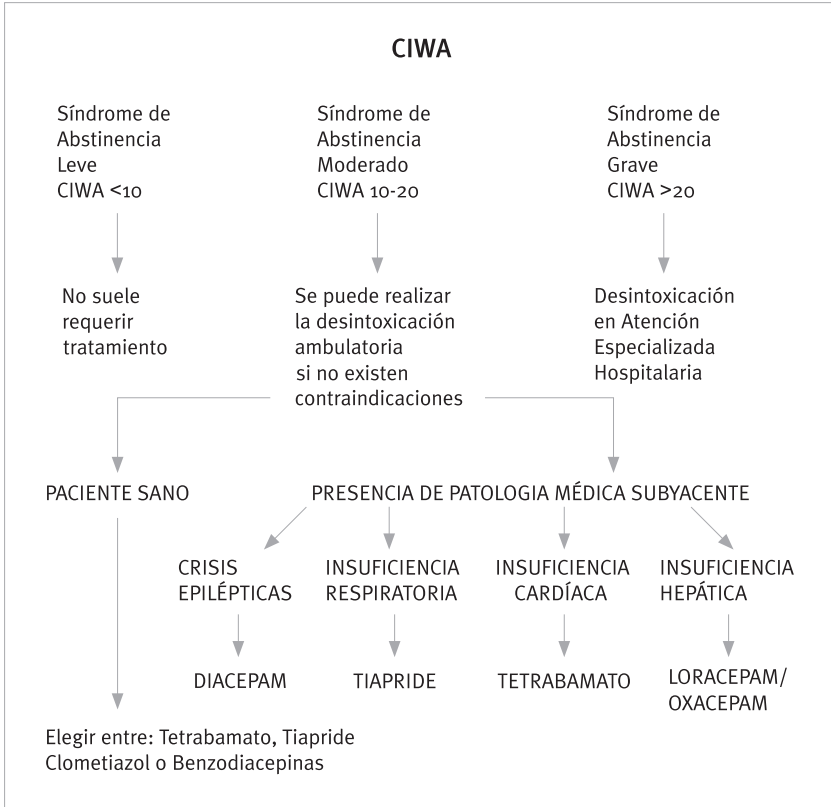
<p>Náuseas y vómitos</p> <p>o. Ausencia de náuseas y vómitos.</p> <ol style="list-style-type: none"> Náuseas moderadas sin vómitos. Náuseas intermitentes con arcadas secas. Náuseas constantes con arcadas y vómitos. <p>Tembler (brazos extendidos y dedos separados)</p> <p>o. Ningún temblor.</p> <ol style="list-style-type: none"> No visible, pero sensación de temblor. Tembler moderado con los brazos extendidos. Tembler grave incluso sin brazos extendidos. <p>Sudación paroxística</p> <p>o. Ausencia de sudación.</p> <ol style="list-style-type: none"> Sudación discreta. Palmas de manos húmedas. Sudación evidente en facies. Sudación profusa. <p>Trastornos del tacto (hormigueo, picor, entumecimiento)</p> <p>o. Ausentes.</p> <ol style="list-style-type: none"> Sensaciones táctiles moderadas. Presencia de alucinaciones táctiles moderadas. Alucinaciones táctiles graves. <p>Trastornos auditivos (percepción de sonidos)</p> <p>o. Ausentes.</p> <ol style="list-style-type: none"> Muy discretos. Sensaciones auditivas moderadas. Presencia de alucinaciones auditivas. Alucinaciones auditivas graves. <p>Trastornos visuales</p> <p>o. Ausentes.</p> <ol style="list-style-type: none"> Muy discretos. Sensaciones visuales moderadas. Presencia de alucinaciones visuales. Alucinaciones visuales graves. <p>Alucinaciones</p> <p>o. Ninguna.</p> <ol style="list-style-type: none"> Solo auditivas o visuales. Auditivas y visuales incongruentes. Auditivas y visuales congruentes. <p>Orientación autopsíquica y alopsíquica</p> <p>o. Orientado. Puede añadir algunas referencias.</p> <ol style="list-style-type: none"> Dudoso con respecto a algunos datos (fecha, dirección). 	<ol style="list-style-type: none"> Desorientado en tiempo (no más de 2 días). Desorientado en tiempo (más de 2 días). Desorientación espacial y/o en persona. <p>Calidad de contacto</p> <p>o. Sintónico con el examinador.</p> <ol style="list-style-type: none"> Tiende a distraerse. Parece contactar, pero está desconectado del medio ambiente. Periódicamente parece indiferente. No establece ningún contacto con el examinador. <p>Ansiedad</p> <p>o. Ausente.</p> <ol style="list-style-type: none"> Ansiedad discreta. Ansiedad moderada. Equivalente a los estados de pánico observados en delirium. <p>Trastornos del pensamiento (fuga de ideas)</p> <p>o. Ningún trastorno.</p> <ol style="list-style-type: none"> Alguna pérdida del control de los contenidos del pensamiento. Contenidos desagradables de forma continuada. Fuga e incoherencia del pensamiento. <p>Convulsiones</p> <p>o. No.</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí. <p>Cefaleas y sensación de plenitud cefálica</p> <p>o. Ausente.</p> <ol style="list-style-type: none"> Muy discreta. Discreta. Moderada. Entre moderada y grave. Grave. Muy grave. Extremadamente grave. <p>Enrojecimiento facial</p> <p>o. Ninguno.</p> <ol style="list-style-type: none"> Moderado. Grave. <p>Total puntuación Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA).</p>
--	--

La desintoxicación puede llevarse a cabo de forma ambulatoria cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Existencia de personal responsable que acompañe al paciente. En nuestro medio esto es viable tanto a nivel de desintoxicación en el módulo de destino del interno, como en el caso de precisar su ingreso en la enfermería del Centro.
- No haya patología psiquiátrica asociada. En caso de existir, podría plantearse el ingreso en la enfermería, seguimiento y control con psiquiatra consultor.
- No existencia de patología orgánica severa.
- No evidencia de riesgo de Síndrome de Abstinencia Grave, sin antecedentes de Delirium Tremens o crisis comiciales en anteriores desintoxicaciones.

El seguimiento por los Servicios Médicos, en los primeros días, es básico para prevenir complicaciones del Síndrome de Abstinencia a pesar del tratamiento, y poder derivar en ese caso al paciente al Hospital. En estas primeras fases, es necesaria una correcta dosificación de los fármacos prescritos, por lo que proponemos, independientemente de la ubicación del paciente, un tratamiento directamente observado (TDO).

No puede indicarse un esquema de actuación rígido y universal para la evaluación y tratamiento del paciente alcohólico, sin embargo sí que resulta conveniente protocolizar, con la adecuada flexibilidad, el plan de actuación. A continuación se esquematiza la selección de tratamiento farmacológico tomando como referencia la gravedad del Síndrome de Abstinencia al alcohol medida con la CIWA-Ar.



Entendemos que la desintoxicación del paciente sano podría realizarse en su módulo de destino, y en el caso de la presencia de patología subyacente debería ser ingresado en la Enfermería del Establecimiento hasta completar la desintoxicación.

En la actualidad, se dispone de un importante arsenal de fármacos con utilidad para el proceso de desintoxicación, con distintas propiedades y perfiles farmacológicos, que hacen posible individualizar el tratamiento en función de las características del paciente. El objetivo será conseguir la abstinencia de alcohol, evitando la aparición de los síntomas de privación, así como, las complicaciones asociadas a los fármacos utilizados para ello (sedación excesiva, depresión respiratoria, crisis convulsivas, etc). Se trata de utilizar fármacos de acción sedante que contrarresten la hiperexcitabilidad asociada a la abstinencia (benzodiacepinas, anticonvulsiantes y otros).

En nuestra opinión, ha de realizarse tratamiento farmacológico siempre, puesto que los psicofármacos administrados de forma prudente e individualizada para cada paciente tiene una gran eficacia y un amplio margen de seguridad. En cualquier caso, el tratamiento ideal en el SAA sería aquel que proporcionara un inicio de acción rápido, con una larga duración en su acción, un amplio margen de seguridad, un metabolismo no dependiente de la función hepática y con bajo potencial de abuso.

Los fármacos más utilizados, para el tratamiento del SAA, son aquellos que presentan una tolerancia cruzada con el alcohol, como las benzodiazepinas, el clometiazol y el tetrabamato. Siempre e independientemente de la intensidad de la abstinencia, se recomienda administrar 100 mg/día de tiamina vía i.m. durante una semana aproximadamente, para prevenir la encefalopatía de Wernicke, no existiendo ninguna contraindicación para su administración.

Es importante tener en cuenta algunas consideraciones con respecto a los fármacos que se usan en el SAA.

- Algunos fármacos tienen capacidad de prevenir la aparición de crisis comiciales como las benzodiazepinas y la carbamacepina, pero otros no como el tiapride.
- Las BZD tienen capacidad depresora central y tienen un marcado potencial adictivo (igual que el clometiazol) por lo que se debe evitar su uso prolongado y fuera de la supervisión por parte de la enfermería.
- Algunos fármacos tienden a acumularse, en caso de hepatopatía, como el diazepam, incluso ser hepatotóxicos como el clometiazol y la carbamazepina, pudiéndose optar entonces por loracepam u oxacepam.

Fármacos más utilizados

Clometiazol

Es un derivado de la Vitamina B1. Constituye la elección cuando se prevé o existe agitación psicomotora. Brinda importante acción sedante, hipnótica, anticonvulsianante y antitrémorica. Así mismo, posee una acción depresora, por lo que debe evitarse su uso concomitante con otros sedantes si existe insuficiencia respiratoria o cardiopatía. Presenta un gran potencial adictivo por lo que exige un control en la pauta y administración (TDO). Es preciso también pensar en su hepatotóxicidad.

Indicado en SAA moderado-grave, actividad convulsionante y agitación psicomotriz. Su uso es preferible reservarlo a los Departamentos de Enfermería de los Centros Penitenciarios y medio hospitalario.

Se recomiendan dosis de 1344 a 2688 mg/día correspondientes a 7-14 cápsulas/día repartidas en 3 tomas. En días sucesivos se van reduciendo progresivamente, dejando la mayor dosis por la noche, para facilitar el sueño.

Pauta de Clometiazol (Distranuerine) con número de caps/8horas			
Pauta de puntos escala Soler P. A. y cols, 1981.			
Día	0-7 puntos	8-15 puntos	16-25 puntos
1	2-2-3	3-3-4	4-4-6
2	2-2-2	3-3-3	4-4-4
3	1-2-2	3-2-3	2-4-4
4	1-1-2	2-2-3	2-4-4
5	1-1-1	1-1-3	2-2-4
6	1-0-1	1-1-2	2-2-3
7	0-0-1	0-1-1	2-1-3
8	0-0-1	0-0-1	1-1-3
9	0-0-1	0-0-1	1-0-2
10	0-0-1	0-0-1	0-0-2
11	0-0-1	0-0-1	0-0-1
12.13.14	0-0-1	0-0-1	0-0-1

De Rodríguez-Martos y cols. 1983.

Tetrabamato

Es un sedante suave con menos contraindicaciones y por tanto de más utilidad en tratamiento ambulatorio en términos generales. No es hipnótico, no es depresor respiratorio, no afecta a las tareas que requieren coordinación psicomotora, carece de potencial adictivo y no es hepatotóxico. Indicado en hepatopatías graves y problemas respiratorios y en pacientes con síndrome de abstinencia al clometiazol.

La dosis recomendada se sitúa entre 1.800 y 3.600 mg/día lo que supone entre 6 a 12 comp/día de 300 mg, repartidos en tres tomas.

Pauta de tetrabamato (Sevrium) nº de comprimidos/8horas			
Pauta de puntos escala Soler P. A. y cols, 1981			
Día	0-7 puntos	8-15 puntos	16-25 puntos
1	2-1-2	2-2-3	3-3-4
2	1-1-2	2-2-2	3-3-3
3	1-1-2	2-1-2	3-3-3
4	1-1-1	2-1-2	3-2-3
5	1-1-1	1-1-2	2-2-3
6	1-1-1	1-1-2	2-2-2
7	1-1-1	1-1-1	2-1-2
8	1-1-1	1-1-1	1-1-2
9	1-1-1	1-1-1	1-1-1
10	1-1-1	1-1-1	1-1-1
11	1-1-1	1-1-1	1-1-1
12.13.14	1-0-1	1-1-1	1-1-1

De Rodríguez-Martos y cols. 1983.

Tiapride

Es un neuroléptico de la familia de las benzamidas, con acción antipsicótica débil, escaso efecto hipnótico, no produce depresión respiratoria, efecto antialucinatorio y antitremónico. No previene las complicaciones comiciales. Fármaco de gran utilidad en pacientes con dependencia leve o moderada con riesgo de hipoventilación y sin riesgo de comicialidad.

Dosis recomendada situada entre 600 y 1200 mg/día. Se reduce un comprimido cada uno o dos días hasta la suspensión completa. El tratamiento a dosis de 1 comp/8h puede mantenerse durante largo tiempo.

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas están consideradas en los estudios de investigación y de consenso como el fármaco de elección para el tratamiento del síndrome de abstinencia en EE.UU. En Europa, es el grupo de fármacos que más se ha utilizado en la desintoxicación, compartiéndose con los fármacos descritos anteriormente. En la revisión y meta-análisis realizados

por Moskowitz se concluyó que “las benzodiazepinas deben constituir el tratamiento de elección frente a cualquier otra terapéutica”.

No existe ninguna benzodiazepina que se considere de eficacia superior al resto y todos los estudios han demostrado su eficacia frente al placebo en la reducción de los signos y síntomas de la abstinencia. El inconveniente de dichos agentes es el potencial de abuso, el detrimento del nivel cognitivo y la desinhibición, y su selección debe estar determinada por las condiciones de cada paciente, tales como la edad o la presencia de una enfermedad hepática, o la historia de crisis convulsivas. Constituye una ventaja el hecho de la posibilidad de su administración por vía sublingual o endovenosa.

Destacar que un apreciable porcentaje de los pacientes con dependencia del alcohol toman benzodiazepinas (un 24%-50% en Anderson, 2006), y en éstos el riesgo de dependencia a estos fármacos no se ha estudiado profundamente.

En la mayoría de estudios las benzodiazepinas son administradas en dosis fijas. Una alternativa es administrar la medicación dependiendo de los síntomas en una dosis variable. En estos casos el paciente ha de ser valorado mediante escalas, iniciando el tratamiento si se supera un determinado umbral de severidad. Se ha demostrado que son tan eficaces las pautas de tratamiento que varían según la sintomatología de abstinencia del paciente como las pautas fijas, con la ventaja en el primer caso de que se administra menor dosis de tratamiento y durante un menor periodo de tiempo. Cuando la puntuación en la CIWA-Ar es superior o igual a 8-10, se puede administrar clordiazepóxido 50-100 mg, diacepam 10-20 mg o loracepam 2-4 mg cada hora hasta control de la sintomatología.

Esta es una actuación segura y con escasa aparición de efectos secundarios.

Benzodiazepinas en el síndrome de abstinencia alcohólico				
Fármaco	Dosis Inicial	Inicio efectos	Duración	Semivida en h
Vida Corta				
Loracepam	1-5 mg/6 h	Intermedio	Intermedia	10-20
Oxacepam	30-120 mg/6 h	Lento	Corta	3-21
Vida Prolongada				
Clordiazepóxido	25-100mg/6 h	Intermedio	Prolongada	5-30
Diazepam	4-20mg/6 h	Rápido	Prolongada	20-50

Tipos de tratamiento con benzodiazepinas			
	Vía	Diaepam	Clordiazepoxido
Pauta de 4 días	Oral	Día 1: 20 mg/6 h Día 2: 20 mg/8 h Día 3: 20 mg/12 h Día 4: 20 mg/24 h	Día 1: 100 mg/6 h Día 2: 100 mg/8 h Día 3: 100 mg/12 h Día 4: 100 mg/24 h
Método de carga	Oral Intravenosa	20 mg cada 1-2 h hasta sedación 20 mg inicio con infusión después de 20 mg/h hasta sedación	100 mg cada 2 h hasta sedación No recomendada

Otros fármacos

Carbamacepina y otros agentes anticonvulsionantes

La carbamacepina actúa sobre diversos sistemas neurotransmisores incluyendo GABA y Noradrenalina, pero su mecanismo de acción en el SAA es desconocido.

No provoca depresión respiratoria ni alteraciones cognitivas, tampoco posee potencial de abuso, ni interacción con el alcohol. No se recomienda como monoterapia, si no en combinación con benzodiazepinas. Presenta como inconvenientes la aparición de efectos secundarios en un 10% de los casos en forma de vértigo, náuseas, prurito, ataxia, cefalea y xerostomía.

El ácido valproico, la gabapentina y la vigabatrina han demostrado ser más útiles que el placebo, pero, sobre todo, la **pregabalina** (Martinotti et al, 2009; Oulis et al, 2009) ha demostrado su eficacia en el tratamiento del Síndrome de Abstinencia a Alcohol y a la dependencia misma.

Agonistas adrenérgicos

La clonidina es un agonista parcial α_2 adrenérgico. Fue estudiada en el SAA debido a que se conocía la eficacia de este fármaco en el tratamiento del síndrome de abstinencia a los opiáceos. La dosis es de 0,2 mg cada 8 horas, y ha demostrado su eficacia en la reducción de la sintomatología de abstinencia leve o moderada, sobretodo sobre el incremento de la frecuencia cardíaca o la tensión arterial, incluso igual a la del clordiazepóxido. No tiene

efectos anticonvulsivos o antidelirium. Se utiliza de forma conjunta con benzodiacepinas. Precisa adecuada monitorización de la tensión arterial.

Antagonistas adrenérgicos

Son escasamente utilizados en nuestro medio. Estos fármacos (propranolol y atenolol) son especialmente útiles en la reducción de las manifestaciones autonómicas del síndrome de abstinencia. No existe ninguna evidencia de que estos agentes sean útiles en la prevención de convulsiones o delirium, e incluso pueden enmascarar su aparición, debido a la reducción de la sintomatología autonómica.

Agentes neurolépticos

Las fenotiazinas y las butirofenonas han demostrado alguna eficacia en la reducción de los signos y síntomas de la abstinencia, pero no previenen la aparición de crisis convulsivas y son menos eficaces que las benzodiacepinas en la prevención de la aparición del delirium. Se utilizan fundamentalmente junto con las benzodiacepinas como tratamiento del paciente agitado o con alucinaciones.

Tratamiento coadyuvante

Los pacientes alcohólicos de larga evolución y sobre todo los que presentan algún tipo de desnutrición acompañada de deficiencias de vitaminas y minerales. Cuando se bebe más alcohol del que el organismo puede metabolizar en el hígado, el resto precisa que para metabolizar el alcohol se destruya la célula, se queman ácidos nucleicos y aminoácidos de la propia célula. La mayoría de las deficiencias se recuperan con una dieta equilibrada. Se deben añadir **complejos vitamínicos B**. Se pueden administrar 100-300 mg/día de Tiamina vía intramuscular, para pasar a continuación a un complejo oral de vitaminas B₁, B₆ y B₁₂.

Los niveles de **Acido Fólico** suelen estar bajos pudiéndose administrar a dosis de 4-5 mg/día siempre con la precaución de asociar vitamina B₁₂.

El primer día el paciente puede presentar anorexia y náuseas y no es recomendable forzar la ingesta de sólidos, aunque sí una abundante hidratación, sobre todo con líquidos que aporten sales, como zumos de frutas. Importante una dieta rica en sales minerales, sobre todo Magnesio.

Intervenciones psicosociales

Desde el punto de vista psicosocial, las intervenciones van dirigidas a incrementar y mantener la motivación del paciente a lo largo del tratamiento. Existe una gran diversidad. La Asociación Americana de Psiquiatría recomienda el abordaje motivacional. A través de este tipo de intervención se detectan las resistencias y ambivalencia respecto al tratamiento, teniendo como objetivo la evaluación del consumo, información del riesgo, consejo y la importancia de la responsabilidad en la conducta. La Terapia cognitivo-conductual está cada vez más presente en el tratamiento de las adicciones, y en particular del alcoholismo, como intervención coadyuvante del psicofarmacológico. Se trata de intervenciones que analizan tanto los pensamientos como el comportamiento relacionado con el consumo de alcohol. La finalidad de estas técnicas es la de modificar las creencias y conductas, por otros más adecuados o adaptativos. Las más utilizadas son las siguientes: prevención de recaídas, técnicas de autocontrol, entrenamiento en habilidades, desensibilización sistemática y las intervenciones motivacionales.

Junto a estas terapias se aconseja la Terapia familiar y de pareja y la Terapia de Grupo, Psicodinámica e Interpersonal, siempre tras valorar el cuadro y las circunstancias individuales. Así, los individuos con trastorno antisocial de la personalidad se benefician mayoritariamente de técnicas estructuradas como las de entrenamiento en habilidades sociales. Los pacientes con menos rasgos de sociopatía y buen funcionamiento social de terapias centradas en la relación interpersonal y los sujetos ansiosos de técnicas de entrenamiento en habilidades de comunicación.

Dispositivos asistenciales

Los dispositivos asistenciales, se organizan teniendo en cuenta que la dependencia alcohólica puede manifestarse como se ha visto de forma diferente y con distinta intensidad.

- El ámbito más importante es la asistencia por los equipos de Atención Primaria, tanto en el ámbito sanitario en general como en el medio penitenciario en particular, ya que es el lugar más adecuado para detectar a los bebedores de riesgo y tratarlos.
- Atención especializada en los centros de salud mental o unidades de conductas adictivas. En el medio penitenciario a menudo se realiza

este segundo escalón en los Departamentos de Enfermería o en los Departamentos según sea la gravedad del cuadro.

Unidades hospitalarias: Dentro de ellas tenemos las unidades de desintoxicación, donde el ingreso suele ser de 5 - 10 días. Su objetivo es facilitar el cese del consumo e iniciar el proceso terapéutico. En el ámbito sanitario estas unidades suelen estar en Hospitales Generales y en la Institución Penitenciaria esta primera fase de tratamiento suele realizarse en las enfermerías de los centros. Se trata tanto la patología psiquiátrica como la somática.

- Las Unidades de patología dual que atienden a pacientes alcohólicos con trastornos psicóticos comórbidos.
- Unidades de estancia media-larga que atienden a pacientes con déficit neurológico importante y sin apoyo familiar. Una alternativa a estas unidades la constituyen las comunidades terapéuticas.


Bibliografía

- Anderson, P., y Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español. Informe 1. Madrid 1998.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español. Informe 2. Madrid 1999.
- Edwards G. Alcohol y salud publica. Barcelona: Prous Science, 1997.
- Ewing JA. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-1907.
- Gual Solé, A., Rubio Valladolid, G., Santo-Domingo Carrasco, J. Adicciones a sustancias químicas (I). Alcohol. En: Vallejo Ruiloba, J., Leal Cercós, C. (Eds.). Tratado de Psiquiatría. Volumen I. Barcelona: Ars Médica. 2005. 750-771.
- Gual A, Lligona A, Mondon S. Tratamiento de dependencia alcohólica: programas específicos de deshabituación. Unidad didáctica 6 del Curso de Formación sobre prevención y tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Doyma, 1999.

- Guardia Serecigni J, Jiménez-Arriero MA, Pascual Pastor P, Flórez Menéndez G, Contel Guillamont M. Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Guardia Serecigni J; Prat Vigué G: Psicobiología del alcoholismo. Medicina del Trabajo 1997; 6: 287-305.
- Guerola J, Martínez C. Urgencias médicas originadas por el consumo de alcohol. Tratado de Alcoholología. Ed.: Cuevas J y Sanchís M. 2000: 305-357.
- Martinotti G, di Nicola M, Frustaci A, Romanelli R, Tedeschi D, Guglielmo R, Guerriero L, Bruschi A, De Filippis R, Pozzi G, Di Giannantonio M, Bria P & Janiri L. Pregabalin, tiapride and lorazepam in alcohol withdrawal syndrome: a multi-centre, randomized, single-blind comparison trial. *Addiction*, 2009, 105: 288-299.
- Ministerio del Interior/Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta estatal sobre Salud y Drogas entre los internados en Prisión. Madrid, junio de 2006. Disponible en: www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/notaPrensa20060626.pdf Acceso el 30-07-07.
- Ministerio de Interior [Página en Internet]. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias; 2006 [última actualización 2006 Sep; citada 2006 Dic 1]. Disponible en: http://www.mir.es/INSTPEN/INSTPENI/Gestion/Estadisticas_mensuales/2006/09/
- Panagiotis Oulis & George Konstantakopoulos. Pregabalin in the Treatment of Alcohol and Benzodiazepines Dependence. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 2010, 161: 45-50.
- Pereiro, C. (Ed.) Manual de Adicciones para médicos en formación. Socidrogalcohol 2010.
- Ponce Alfaro G, Jiménez-Arriero MA, Rubio Valladolid G. Abordaje farmacológico en la dependencia alcohólica. En: Especialización en alcoholismo. Madrid: Fundación Ayuda contra la Drogadicción. 2001.
- Ponce G, Rodríguez Jiménez Arriero MA. Detección del síndrome de dependencia alcohólica. En: Adicciones. Aspectos clínicos y terapéuticos. Barcelona: Edikamed. 2007:74-83.
- Portella, E. et al. El alcohol y su abuso: Impacto socioeconómico. Ed. Médica Panamericana. Madrid 1998.
- Rodríguez Martos A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona. Salvat Editores. 1989.

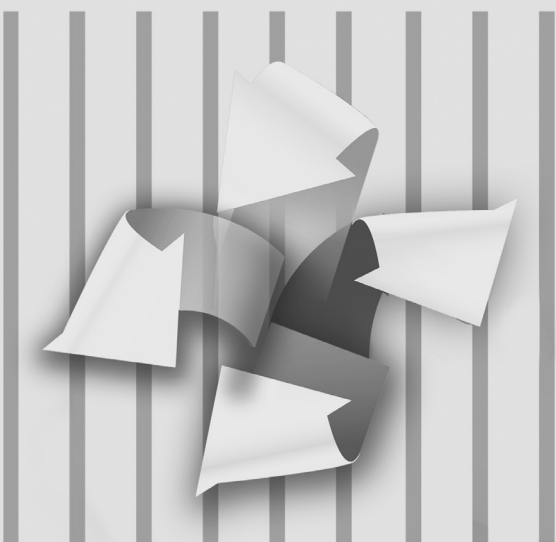
- Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en *Atención Primaria. Rev Clin. Esp.* 1998; 198: 11-14.
- Rubio G, Jiménez MA, Ponce G, Santo-Domingo J. Evaluación de los trastornos por uso de alcohol. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M, editores. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona:STM Editores; en prensa.
- Saiz P.A.; G-Portilla M^a P.; Paredes, M.^a B.; Bascarán M^a. T.; Bobes J. Monografía Alcohol. *Adicciones* vol. 14, suplemento 1: 2002.
- Santo-Domingo J. Alcoholismo en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1966; 40, 1-45.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant MTI. Development of the Alcohol Use disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
- Seppä K, Lepistö J, Sillanaukee P. Five-shot questionnaire on heavy drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22: 1788-1791.
- Socidrogalcohol, Alcoholismo Guías Clínicas, basadas en la evidencia científica. Segunda edición. Coordinador: Guardia J.
- Socidrogalcohol Grupo de trabajo de alcoholismo. La Unidad de Bebida Estandar a nivel del Estado Español. Aspectos metodológicos. XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Oviedo 1996. 229-236.
- Sociedad Española de Psiquiatría (SEP). Consenso de la SEP sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Valencia: Aula Médica 2000.
- Soler PA, Gascón J. Protocolos de terapéutica psiquiátrica. 1995: 157-164.
- Soler PA, Gascon J. Recomendaciones Terapéuticas en los trastornos mentales. De Masson. 1999: 11-25.
- Victor M., Adams R.. The effect of alcohol on the nervous system. *Research publication of the Association for Nervous and Mental Disorders.* 1953; 32: 526-573.
- Williams D. Lewis J., McBride Andrew, A comparison of rating scales for the alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol and Alcoholism.* 2001, vol. 36, nº 2: 104-108.





Cannabis: sobre los efectos,
riesgos y tratamiento si fuera preciso

Iñaki Markez, Luis F. Callado



Utilizada en la práctica medicinal de diferentes épocas, y también por los efectos psicológicos en momentos religiosos o recreativos. Los usos generalizados y los usos restringidos, incluso llegando a la prohibición, se han sucedido en diferentes etapas históricas y diferentes áreas geográficas de nuestro mundo. El cannabis hace años que dejó de ser una sustancia marginal, ni satanizada como en épocas anteriores. Había sido perseguida como sustancia ilegal, que sigue siendo, pero hoy es una de las sustancias mejor toleradas socialmente, valorando su peligrosidad y riesgos como equiparables a los de otras drogas legales. Sus símbolos se multiplican en la escena pública, ha aumentado el número de consumidores en las últimas décadas y el discurso legitimador está a la ofensiva, vinculando el uso de cannabis con aspectos relativos a la salud o a los riesgos de su uso aunque también a los derechos, la creatividad, la ecología, o la vida recreativa.

En este breve artículo vamos a aportar información sencilla y suficiente sobre los conocimientos actuales acerca del cannabis, de su uso, su farmacología, aspectos clínicos y de investigación. Sin ánimo de navegar entre posiciones despenalizadoras o liberalizadoras que se apoyan en la eficacia terapéutica, en ocasiones con cierta frivolidad, y tampoco en posiciones prohibicionistas apoyadas en pretendidos efectos contraproducentes no demostrados ni suficientemente investigados. Los riesgos que pudieran acompañar a su consumo, aunque no sean de gran entidad social o sanitaria, se ven minimizados por una confrontación, polarizada y a veces difícilmente conciliable, entre quienes abogan por su prohibición e indican sus efectos nocivos frente a quienes señalan sólo su inocuidad o sus efectos beneficiosos.

Desde la propia industria farmacéutica y cosmética, la promoción y desarrollo de la investigación basada en resultados con personas viene siendo considerable y, sin embargo, el desconocimiento social es importante. Sabedores de que gran parte de la “opinión científica”, sobre todo entre quienes mantienen posiciones inmovilistas en el prohibicionismo, se basan en algunos resultados de la investigación animal, para la realización de esta amplia revisión hemos decidido orientarnos por los trabajos de investigación con personas y de reciente elaboración, en los que ha habido aplicación terapéutica del cannabis y de medicaciones cannábicas basadas en los resultados.

Como no existen panaceas terapéuticas no es oportuno convertirse en apologeta de ninguna sustancia. Tampoco del cannabis a pesar de que exista evidencia de su eficacia frente a algunos síntomas y enfermedades, cuando no como recurso de relajación y desinhibición en ciertos espacios y momentos lúdicos. Ahora se trata de situarnos en el medio penitenciario y las consecuencias sobre sus usuarios.

El cannabis es la droga ilícita de mayor consumo y disponibilidad en todos los países de la Unión Europea estimándose en más de 40 millones las personas de edades comprendidas entre 15 y 64 años, que la han consumido y más de 12 millones quienes la han utilizado en el último año. Se ha ido generalizando el consumo de cannabis, siendo este probablemente el cambio más importante en el fenómeno del consumo de drogas ilegales (Gamella y Jiménez, 2001). Ello debido a un mayor contacto con los derivados del cáñamo como el hachís y también con la marihuana, en muchas ocasiones proveniente del autocultivo, que ha adquirido una importante extensión en los últimos años.

En el Estado Español, la cuarta parte de los adultos y un tercio de los adultos jóvenes han consumido cannabis. Se repiten las informaciones periódicas y oficiales que sitúan en más de 400.000 personas las que consumen a diario hachís o marihuana. Lo confirman las Encuestas Domiciliarias sobre Consumo de Drogas del PNSD en población cuya edad era de 15 a 65 años, las encuestas realizadas por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) o los trabajos epidemiológicos en diferentes comunidades autónomas (Markez y otros, 2002).

El consumo de cánnabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, siendo esto así en todos los grupos de edad, ya que se repite en todas las sustancias ilegales. Sin embargo, se tiende a equiparar el acceso al cánnabis por género. En las edades más jóvenes ha aumentado notablemente el porcentaje de muchachas que han fumado hachís o marihuana, progresando en proporciones mayores hacia un uso regular.

Propiedades químicas. Cannabinoides

Son unos 400 los productos químicos naturales identificados en la planta, provenientes del metabolismo secundario de la Cannabis Sativa, variando el número y la cantidad según el clima, la variedad cultivada, el suelo o la forma de cultivo, estando presentes tanto en el cáñamo industrial como en el cánnabis resinoso: aceites esenciales, flavonoides, monosacáridos, ácidos

grasos, polifenoles, compuestos nitrogenados. Los principios activos de la planta, los cannabinoides, más de sesenta diferentes, son estructuras químicas que derivan de los terpenofenoles, no han conseguido ser aislados en otras especies vegetales o animales. El delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) es el cannabinoide de mayor potencia psicoactiva. Identificado en 1940, no se aisló y caracterizó hasta 1964 por Mechoulam y su equipo. Muy liposoluble, no se disuelve en agua y sí en disolventes orgánicos. Este compuesto parece ser el responsable de la mayoría de las acciones farmacológicas producidas por el cannabis. Sin embargo, también existen otros cannabinoides farmacológicamente activos como el cannabinalol o el cannabidiol, en el caso de este último prácticamente desprovisto además de propiedades psicoactivas.

Presentación de los derivados del Cáñamo

Es importante distinguir uno u otro tipo de derivado ya que la composición y concentración de THC varían considerablemente:

- I. La denominación habitual de grifa, marihuana y kif se atribuye a la preparación de sumidades floridas. Flores, pequeños tallos y hojas de la inflorescencia femenina, desecadas y troceadas. La concentración de THC oscila entre 0,3 y 3%. Se consume fumando esta preparación o mezclada con tabaco, con un contenido entre 5 y 30 mg en cada cigarrillo.
- II. El hachís, costo o chocolate se trata de picadura o polvo untuoso de color verde oscuro o pardo, obtenido tras pulverizar hojas y flores femeninas, aglutinadas mediante resinas y prensado para obtener consistencia dura presentándose en forma de tabletas. Con una concentración de sustancia psicoactiva que oscila entre 4 y 13% de THC. Para su consumo inhalado, antes de ser mezclado con tabaco, se calienta suavemente, siendo el principal sistema de consumo de cannabis en nuestro país.
- III. La resina, de aspecto de brea oscura, proveniente sobre todo de los pelos glandulares de la planta femenina en hojas y terminaciones de los tallos. Con un contenido de THC superior al 50%. Se mezcla con disolventes que tras evaporación y filtrado queda un producto más concentrado: Aceite de hachís.

Absorción y metabolismo

Las vías de administración de cannabinoides

Inhalación de humo procedente de cigarrillos (canutos, porros...) o de pipas de agua, de rápida absorción con cambios significativos en los

niveles plasmáticos de THC y en los efectos psicoactivos breves instantes después (1 a 5 minutos); el uso de vaporizadores es una técnica para inhalar cannabinoides libres de partículas para quienes tratan de evitar el humo; Ingesta oral de bebidas, en condimentación gastronómica o masticado; la vía rectal mediante supositorios ha resultado idónea para evitar náuseas y vómitos pues aumenta con rapidez la presencia de THC en sangre al evitar problemas de absorción y de degradación; la vía ocular tópica, ofrece problemas por el carácter hidrófobo de estas sustancias; la administración intravenosa ofrecería resultados de mayor potencia pero es poco práctica pues necesita su dilución en alcohol y mezclado en infusión salina, por lo cual solo se utiliza en investigación básica; la vía tópica a través de la piel, disolviendo los cannabinoides en alcohol se absorbe por la piel.

El THC se distribuye fácilmente por los tejidos corporales siendo captado del plasma en un 70% por los tejidos y metabolizado el resto. El tejido adiposo y el bazo son los depósitos principales, pudiendo tardar varias semanas en ser eliminado tras su administración. La paulatina liberación desde los tejidos enlentece la reducción de niveles plasmáticos de THC lo que podría explicar la carencia de síndrome de abstinencia.

La eliminación, en su mayor parte, es en forma de metabolitos en heces (60-70%) o en orina (10-20%), estando también en tejidos y fluidos biológicos: pelo, sudor, saliva. El metabolismo comienza en el hígado y en menor medida en otros órganos como pulmón e intestinos.

Los metabolitos procedentes de la degradación de los cannabinoides se eliminan en forma de ácidos libres o conjugados con glucurónico o ácidos grasos. La excreción de THC y sus metabolitos en consumidores crónicos puede comprobarse durante períodos de 4 a 6 semanas (Ellis et al, 1985), y también tras sus consumos ocasionales puede detectarse en la orinas transcurridos tres o cinco días.

Efectos fisiológicos y farmacológicos. Riesgos y beneficios

Las investigaciones realizadas en las últimas décadas no llevan a conclusiones definitivas sobre posibles efectos negativos ante consumos moderados. Tampoco se puede decir que consumos excesivos prolongados en el tiempo sean inocuos.

Los riesgos vienen determinados por factores propios de la sustancia, como es su composición y la dosificación, factores del propio consumidor (patologías previas, componente genético...) o por factores relacionados con su situación sociojurídica. La “sobredosis” es prácticamente imposible pues serían necesarias dosis muy elevadas de THC por vía oral para la intoxicación severa. No hay conocimiento de personas fallecidas por dosis tóxicas de cannabis. En cambio la ilegalidad, la marginalidad en la que se desarrolla el mercado y consumo hacen que las sustancias de “corte”, las adulteraciones, representen un importante peligro real. Si la mezcla se ha realizado con leche condensada, clara de huevo, estiercol, henna u otras arcillas, posiblemente no ocurra nada. Pero si la adulteración es con pesticidas, alquitranes, PCP, pegamentos, etc., el peligro puede ser importante.

El perfil de efectos fisiológicos de los cannabinoides incluye entre otros: analgesia, catalepsia, hipotermia, alteración de la actividad locomotora y refuerzo de la psicoactividad. Pero los efectos derivados de su administración son muy diversos y los efectos farmacológicos de los cannabinoides sobre las personas pueden ser significativos (Tabla 1).

Tabla 1. Acciones farmacológicas de los derivados del cannabis
- Actividad antinociceptiva y analgésica.
- Acción antiemética.
- Efectos sobre el tono neuromuscular y la coordinación motora.
- Actividad anticonvulsionante.
- Acción sobre la memoria y la esfera cognitiva.
- Reacciones psiquiátricas agudas.
- Actividad orexígena.
- Efectos cardiovasculares.
- Acción sobre la presión intraocular.
- Acción sobre las vías respiratorias.
- Actividad sobre el sistema inmune.
- Acciones sobre el control hormonal.
- Influjo en el embarazo.

Tomado de Meana y Ulibarri, 1999.

Sobre el sistema nervioso y la conducta

Nos detenemos en los efectos psicológicos por su influjo en la conducta no aludiendo a efectos sobre otros aparatos y órganos. Los efectos psicológicos varían según el ambiente, las expectativas y la predisposición individual, siendo en general, relajantes y de bienestar si el sujeto inhala solo, y euforizantes si se fuma en grupo. Efectos psicomiméticos, pues el consumo de cannabis induce a sensaciones iniciales de euforia, bienestar y felicidad, seguidas de cierta somnolencia y sedación (Adams y Martín, 1996). Sensación placentera por estímulo de las zonas de recompensa del cerebro, en los que predomina fundamentalmente los sistemas dopaminérgicos cerebrales (Palomo y otros, 2001), lo cual puede tener un efecto reforzador positivo para continuar el consumo de cannabis. Los efectos conductuales son de tipo depresor. Actualmente no existen evidencias de que haya ninguna patología mental que sea consecuencia directa del consumo excesivo de cannabis.

El uso precoz de cannabis en la adolescencia es asociable a un comportamiento “no normativo” con posibles desviaciones que comparten características con enfermedades de la mente, siendo más frecuente que en situaciones de trastorno mental haya consumos de cannabis y no a la inversa.

Sí existe, como antes se ha indicado, un déficit en la memoria reciente, no influyendo en lo almacenado previamente. En la esfera cognitiva también se ha observado cierto déficit de la atención mantenida, integración de la información y en la percepción del tiempo como consecuencia de la fragmentación del pensamiento producida. Ello puede repercutir en la realización de tareas que exigen cierto nivel de coordinación psicomotriz (Adams y Martín, 1996).

La intoxicación cannábica pudiera presentar reacciones adversas como un estado de ansiedad aguda para lo cual se requiere el mantenimiento de dosis no habituales. Se ha escrito y hablado mucho de las “psicosis cannábicas”, episodios confusionales breves y cuya presentación no tiene la suficiente entidad que justifique el diagnóstico de psicosis como entidad clínica (Miller, 1995) que no se relacione con adulteraciones (Gold, 1991), con psicopatología preestablecida (Kristensen, 1994), o con las dosis administradas de diferentes sustancias (Ghodse, 1989).

Sin embargo, algunos autores, postulan que la psicosis aguda y transitoria inducida por el cannabis podría ser el antecedente de la propia esquizofrenia,

o de los denominados síntomas prodrómicos de esta enfermedad. Uno de los estudios más recientes al respecto, ha señalado que la mitad de los pacientes que recibieron tratamiento por psicosis inducida por cannabis desarrolló un trastorno esquizofreniforme en los siguientes nueve años, sugiriendo que esos primeros síntomas psicóticos producidos por el cannabis forman parte de los pródromos de la enfermedad (Arendt et al., 2008).

Sí hay mayor acuerdo en el influjo del abuso de cannabis como factor premórbido en las recaídas de pacientes esquizofrénicos (Martínez, Calcedo y Varo, 1994), por ser factor estresante o por ser causa de abandono del tratamiento específico.

La cuestión es que no se ha determinado la relación causal entre el uso de cannabis y la comorbilidad psiquiátrica (Troisi et al, 1998), aunque el consumo de cannabis puede modificar el curso de la enfermedad mental ya establecida pudiendo ser el desencadenante de determinados síntomas clínicos.

En resumen en los efectos psicoactivos del cannabis nos encontramos efectos comunes como: bienestar, euforia, relajación, alteraciones en la percepción del tiempo y de la distancia, experiencias sensoriales aumentadas (hiperestesia), sonrisa fácil, locuacidad, incremento de la sociabilidad... y cierto deterioro en: memoria para hechos recientes, coordinación motora, capacidad de concentración, velocidad de reacción (enlentecimiento) y ocasionales efectos adversos como ansiedad, crisis de pánico, trastornos disfóricos, o alucinaciones producto de un mal “viaje”.

Trastornos psíquicos relacionados con el uso de cannabis

¿De qué depende? De la experiencia previa, del estado psíquico basal, de la psicopatología previa, de la dosis de sustancia activa, de la vía de administración, y de la vulnerabilidad individual. Pero ¿realmente existen el Síndrome de abstinencia, la Intoxicación o la Dependencia de cannabis?

1. ¿Dependencia?

Es importante el Diagnóstico tras evaluar el consumo, la psicopatología y las posibles alteraciones físicas.

- La ausencia de síntomas físicos no excluye la dependencia.
- Tiempo prolongado de consumo, ↑ cantidad y frecuencia.

- Consumo compulsivo y largos períodos de tiempo.
- La actividad social, familiar, laboral ó lúdica están mediatizadas.
- Existe tolerancia cruzada con alcohol, tranquilizantes y opiáceos.
- No hay escalas de valoración de su acción.

DSM-IV-TR señala la dependencia si hay un patrón desadaptativo y tres o más ítems en algún momento en un período de 12 meses:

- Tolerancia: necesidad de cantidades crecientes para la intoxicación o el efecto deseado.
- Abstinencia que se alivia o evita con el consumo.
- Deseo persistente o esfuerzos por controlar el consumo o interrumpirlo.
- Mucho tiempo en actividades para la detección, consumo o recuperación de los efectos del consumo.
- Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas.
- Continúa el consumo a pesar de conocer los riesgos a problemas físicos o psicológicos.

2. ¿Síndrome de abstinencia?

Quienes son consumidores crónicos de cannabis no padecen un cuadro de abstinencia severo tras el cese del consumo. El mismo DSM-IV no incluía el síndrome de abstinencia a cannabis ante la dudosa significación clínica. Si parece que quienes abandonan el uso del cannabis sufren síntomas asimilables a la abstinencia: ansiedad, inquietud, irritabilidad, disforia, agresividad, dificultad para dormir, temblores, pérdida de apetito y peso, lo cual aparece en los primeros días y desaparece entre el 5^º y 14^º día. El carácter lipofílico de los principales componentes psicoactivos del cannabis hace que estos se acumulen en el tejido graso del individuo, de donde se van liberando de manera lenta lo que provoca que la *abstinencia* sea leve. Claro que la severidad de los síntomas depende de las dosis, la frecuencia de consumo y la duración del uso.

3. ¿Intoxicación?

Se trata de cambios conductuales significativos tras el consumo.

Intoxicación aguda

Es la aparición de un síndrome debido al consumo reciente de la sustancia. Los síntomas más frecuentes suelen ser: sensación de bienestar, euforia,

risa fácil, relajación que puede llegar a la torpeza; alteraciones sensoriales e intensificación de las percepciones visuales, táctiles y auditivas, cambios de percepción del tiempo; perturbaciones cognitivas como aumento del tiempo de reacción, dificultades en la memoria de fijación y dificultades psicomotoras; y signos físicos como conjuntivas rojas, miosis, aumento del apetito y de la sed, taquicardia y sequedad de boca. Si el cannabis se fuma los efectos aparecen a los 10-30 minutos y duran de 2 a 4 horas pero si se ingiere aparecerán a la media hora, con una duración de 3 a 8 horas, pudiendo observarse alteraciones cognitivas hasta las 24 horas.

En ocasiones, se pueden producir también experiencias negativas intensas asociadas al consumo, como cuadros de ansiedad, vivencias paranoides, excitación maníaca, vivencias disociativas o alucinaciones, que pueden durar unas cuantas horas después del consumo. También se ha descrito la existencia de un *delirium* por cannabis que es bastante infrecuente y que consiste en un cuadro confuso onírico de varios días de duración que suele ocurrir por la interacción del cannabis con otras drogas (Callado y otros, 2010).

Intoxicación crónica

El uso prolongado del cannabis a dosis importantes puede llevar, a largo plazo, al deterioro de ciertas funciones cognitivas. Entre ellas destacan la alteración de la memoria, la atención, la capacidad de aprendizaje y el funcionamiento en general.

Se ha descrito la posible existencia del llamado *Síndrome amotivacional*, secundario al consumo regular y prolongado de cannabis, cuya existencia sigue siendo discutida. La clínica se caracterizaría por apatía, fatiga, desinterés, pocas ganas de trabajar y competir, conductas sin finalidad, dificultades para resolver problemas, disminución de la memoria y de la atención, indiferencia afectiva y disforia.

4. Comorbilidad psiquiátrica

No ha podido demostrarse la relación causa-efecto de forma concluyente entre consumo de cannabis y trastorno mental, y, al tiempo, se ha encontrado una fuerte asociación entre ambos, sin descartar las influencias familiares y sociales (bajo estatus económico y rupturas parentales) y el trastorno de conducta en la juventud que aumentan el riesgo de la comorbilidad (Degenhart 2003). Queda descartada su relación con la heteroagresividad, excepto en el periodo de abstinencia.

Cannabis y ansiedad

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al consumo de cannabis son las crisis de ansiedad o angustia. Preferentemente en los primeros consumos. Sobre ansiedad se mencionan pocos trabajos y se investiga menos.

El abuso de cánnabis predice en adolescentes de sexo femenino un riesgo de aparición de ansiedad 2 veces superior. El riesgo se incrementa cuanto más precoz es el inicio.

Aunque el cannabis presenta efectos ansiolíticos, no se ha podido demostrar que sea aplicable la hipótesis de la auto-medicación.

Sin datos epidemiológicos y con estudios que afirman que el uso continuado se asocia a ansiedad. Es desconocido si es ansiógeno o ansiolítico, aunque la expectativa sea la euforia, y conocemos también la asociación dosis-dependiente entre consumo de cannabis y aparición de síntomas de ansiedad.

Sobre los efectos psicotropos del cannabis, colaterales, sí se ha investigado pudiendo ser útiles en ciertos estados afectivos (Mechoulam, 2005).

Cannabis y depresión

Algunos estudios han correlacionado consumo de cannabis con depresión mayor y con intentos de suicidio, estando especialmente asociado al inicio precoz del consumo, presentando cuadros depresivos al cabo de los años. ¿La depresión predice el consumo? o ¿éste predice la depresión? Lo cierto es que no datos concluyentes.

El abuso de cannabis predice en adolescentes de sexo femenino un riesgo de aparición de depresión hasta 5 veces superior. El riesgo se incrementa cuanto más precoz es el inicio del consumo. La presencia de depresión en adolescentes no predice el posterior abuso de cannabis.

En general, los pacientes depresivos usan menos (menor incidencia) sustancias salvo las de uso legal.

DSM IV-TR no reconoce trastornos afectivos inducidos por el cannabis, a pesar de que existen evidencias de que el sistema endocannabinoide se altera en estados de ansiedad y depresión.

Cannabis y trastorno bipolar

Cierto que el consumo de cannabis provoca peor evolución del Trastorno Bipolar, que encontramos síntomas maniformes en las intoxicación con cannabis y que es alta la comorbilidad de trastorno bipolar y el consumo de drogas. Pero no hay datos concluyentes y sí contradictorios entre los trastornos afectivos asociados a cannabis.

Cannabis y trastornos de personalidad

Es reducido el número de estudios y son escasos los datos sobre la relación entre consumo de cannabis y los TP. Por eso la comorbilidad de trastornos por uso de sustancias (TUS) y trastornos de personalidad (TP) es difícil de diagnosticar. La búsqueda de sensaciones, uno de los rasgos más presentes en personalidades del *cluster* B, donde el más prevalente es el trastorno antisocial de la personalidad entre drogodependientes, pudiendo verse otros trastornos de personalidad asociados al consumo de cannabis como el trastorno límite de personalidad y el trastorno esquizotípico.

Es recomendable evaluar el consumo de cannabis en los TP y también evaluar la presencia de TP en pacientes con TUS, algo escasamente realizado y en absoluto protocolizado.

Cannabis y trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Hay frecuente comorbilidad TDAH con otros muchos trastornos. Al menos, el 60-70% presenta un segundo trastorno.

El cannabis es la sustancia de abuso ilegal de mayor consumo en TDAH pues el uso de cannabis puede simular síntomas de inatención o hiperactividad.

Es importante explorar la utilización cannabis en personas con TDAH, pues puede agravar los síntomas propios del trastorno como la inatención y entorpecer la respuesta al tratamiento.

Cannabis y psicosis

Hay quienes describen la *psicosis cannábica* como cuadro diferente a la esquizofrenia, donde la psicosis cannábica se caracterizaría por una menor presencia de trastornos del pensamiento, menor frecuencia de alucinaciones

auditivas y mayor de alucinaciones visuales y menor duración, siendo necesaria la abstinencia para la remisión de los síntomas. Algunos autores señalan que la psicosis inducida por cannabis podría ser el precedente de la esquizofrenia. Por su particular interés desarrollamos algo más este subapartado.

- Encontramos en los estudios epidemiológicos que las personas que padecen esquizofrenia consumen dosis importantes de sustancias, cannabis entre ellas.
- Se ha demostrado en diferentes estudios epidemiológicos que alrededor de la mitad de los pacientes esquizofrénicos presenta alguna drogodependencia (Van Mastrigt et al., 2004). Dentro de este contexto, el 62% de los pacientes fuman tabaco, un 20% ha tenido problemas de alcoholismo (Koskinen et al., 2009) y un 42.9% consume cannabis habitualmente (Green et als., 2005).
- Además, estudios centrados en primeros episodios psicóticos observan cifras elevadas de consumo de cannabis, lo que sugiere que el consumo no es exclusivamente secundario a la toma de medicación antipsicótica (Green et al, 2004; Sugranyes et al. 2009). De hecho, dos tercios de los esquizofrénicos empiezan el consumo de cannabis antes que el desarrollo de la enfermedad (Bersani et al, 2002).
- Hay evidencia de que consumo de cannabis puede producir síntomas psicóticos de carácter transitorio (ideas delirantes, paranoides, alucinaciones auditivas y visuales, etc.) (Sewell et al., 2009), que son síntomas cognitivos y perceptivos similares a los observados en la psicosis (Skosnik et al. 2001).
- El cannabis produce un aumento de los delirios y alucinaciones en pacientes esquizofrénicos (D`Souza et al., 2005) lo que también ocurre en estudios centrados en primeros episodios psicóticos (Buhler et al, 2002).
- Por otro lado, respecto a los síntomas negativos de la esquizofrenia hay un número significativamente menor entre los consumidores (Compton et al, 2007), o una tendencia hacia su reducción (Buhler et al, 2002). Los metaanálisis confirman una menor presencia de estos síntomas en pacientes consumidores de drogas (Potvin et al, 2006).
- Se ha constatado el riesgo de ingresos hospitalarios y recaídas por psicosis en pacientes esquizofrénicos (Caspari, 1999). Y se observa un

mayor incumplimiento terapéutico en pacientes consumidores de alguna droga (Buhler et al, 2002).

- El primer episodio psicótico puede ser más precoz por el consumo de cannabis (Veen et al, 2004). Se ha observado una edad de inicio de esquizofrenia más temprana en hombres consumidores de cannabis que en mujeres consumidoras (Sugranyes et al, 2009) quizá por el inicio más temprano del consumo de cannabis en los varones. Una de las conclusiones que pueden extraerse de los estudios epidemiológicos, es que el consumo precoz de cannabis, en la adolescencia, aumenta el riesgo de aparición de esquizofrenia y/o síntomas psicóticos.
- Aunque un gran número de personas consume cannabis, solo una minoría sufre psicosis inducida por esta droga. Y son menos quienes desarrollan algún tipo de trastorno psicótico. Por esta razón, debe existir una interacción de otros factores con el consumo de cannabis, que confiera una vulnerabilidad o susceptibilidad a desarrollar psicosis. Es la llamada hipótesis de la vulnerabilidad (Potvin et al 2003).

La edad de inicio sería uno de estos factores que aumentaría la vulnerabilidad a la aparición de algún trastorno psicótico, relacionado con las alteraciones que el cannabis puede provocar sobre el desarrollo neuronal en la adolescencia.

Los antecedentes familiares de psicosis también contribuyen de manera importante a esta vulnerabilidad, remarcándose la importancia de la predisposición familiar (Arendt et al, 2008). Del mismo modo, otro estudio en el que se consideró alta predisposición genética a tener hermanos que padecieran esquizofrenia, observaron que los sujetos jóvenes y con alta predisposición eran particularmente vulnerables a sufrir problemas de salud mental asociados al cannabis (Hollis et al. 2008).

A la vista de lo señalado, hay evidencias para afirmar la asociación entre el consumo de cannabis y esquizofrenia. Factores estresantes medioambientales (entre otros, el cannabis) interaccionan con factores genéticos varios para predisponer un individuo a una futura enfermedad psiquiátrica. En suma, el consumo de cannabis no es causa suficiente ni necesaria para la esquizofrenia, pues la mayoría de consumidores no desarrollan la enfermedad, y que la mayoría de pacientes esquizofrénicos no consumen cannabis. Esto nos lleva a concluir sobre la importancia de evitar la alarma social que atribuya al cannabis *la causa* de desencadenar esquizofrenia, sin obviar la influencia que este factor de riesgo puede

ejercer en una población vulnerable. El consumo de cannabis es un factor a considerar y a vigilar especialmente en sujetos vulnerables como es el caso de los adolescentes.

Tratamiento frente al cannabis

Pero ¿existe tratamiento frente al cannabis?

- Si coexisten varios trastornos se usan medios terapéuticos para todos ellos.
- Recursos farmacológicos o no farmacológicos.
- Establecer objetivos intermedios (reducir la frecuencia, prevenir descompensaciones, mejorar funcionamiento psicosocial, apoyo del entorno...).
- Alianza terapéutica (comprensión del paciente).
- Supervisión del estado clínico.
- Educación sanitaria sobre la enfermedad, pronóstico y tratamiento.
- Detección precoz de descompensaciones.
- Prevención de recaídas.
- Potenciar el cumplimiento terapéutico.
- Recurriendo a la hospitalización si hay trastorno afectivo y trastorno por uso de sustancias.
- Importante valorar la cooperación, riesgos de agresión o suicidio, gravedad del episodio, red social, apoyo, complicaciones médicas.
- El uso de psicofármacos va orientado a abordajes de los síntomas con utilización de antidepresivos ISRS, anticomiciales (valproato, oxcarbazepina...) si bien es escasa la evidencia científica.

Tratamientos del síndrome de abstinencia, intoxicación o dependencia

A. Tratamiento del ABUSO

- A señalar la incorrección de las analíticas “forzosas”. Es muy frecuente la consulta de los padres cuando se trata de adolescentes, de ahí la importancia de conocer la historia familiar.
- Informar sobre los riesgos.

- Desdramatizar el consumo y la sensación de culpabilidad familiar.
- Recomendar mayor comunicación.
- Si hay psicopatología concomitante precisa abordaje específico.

B. Tratamiento de la “DEPENDENCIA”

- Abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico.
- Explicar consecuencias y riesgos del consumo. No sobredimensionarlos.
- Fomentar cambios en estilo de vida, y reforzar cambios conductuales.
- Mejorar autoestima y autocontrol.
- Implicar a familia/ cercanos.
- Si hay psicopatología, tratamiento específico (motivación, ánimo...).
- Se ha usado en estudios controlados: Ac. Valproico, THC, Nefazodona... sin que haya consenso sobre ello.

C. Tratamiento de DESINTOXICACIÓN

- Solo si hay alteraciones psicopatológicas graves o dependencia grave.
- Abordaje integral multiprofesional: psicólogo, trabajo social, pedagogo... más allá de la intervención médica y de enfermería.

D. Tratamiento del Síndrome de ABSTINENCIA

- No es preciso.
- Tratamientos sintomáticos con ansiolíticos si es preciso.

E. Tratamiento de la INTOXICACIÓN

- No suele precisar asistencia médica.
- Los síntomas desaparecen paulatinamente.
- Efectos adversos (ansiedad, depresión, paranoia) mejora con el apoyo y la tranquilización en un ambiente relajado.
- Ocasional uso de ansiolíticos (Bzd), o si hubiera agitación grave (antipsicóticos) o convulsión (diazepam), o cuadro confusional (Bzd o antipsicóticos a dosis bajas). O sintomatología psicótica (haloperidol o antipsicóticos atípicos)...

F. Tratamiento de la COMORBILIDAD

- Recomendaciones terapéuticas ante la Ansiedad.

No medicar la ansiedad asociada a cannabis: pues desaparece en pocas horas/ responde a contexto protector de calma/ o a psicoterapia de apoyo.

Sí medicar la ansiedad asociada a cannabis: si los síntomas no se controlan o mejoran con psicoterapia de apoyo o psicoeducación. Con benzodiacepinas a dosis bajas...

Considerar la posibilidad de policonsumo y sus riesgos.

Recordar *tolerancia cruzada* con alcohol, bzd, opiáceos y barbitúricos.

A recordar la presencia de procesos de automedicación, o de interacción farmacológica deseada.

- Ante otros cuadros, depresivos, psicóticos, etc., evaluar previamente la sintomatología, hacer un buen diagnóstico y, llegado el caso, tratarlo. Ante dudas diagnósticas o de tratamiento, derivar a servicio especializado.

Algunas interacciones farmacológicas

Aun cuando no se observan efectos secundarios indeseables de cierta entidad clínica, sí es conocido que hay medicamentos que pueden disminuir o potenciar los efectos del cannabis.

- Se potencia el efecto sedante de algunas sustancias como el alcohol y benzodiacepinas.
- Anticolinérgicos como la atropina y la escopolamina pueden aumentar la frecuencia cardiaca ya incrementada por el THC.
- El THC puede aumentar el efecto de la fluoxetina, antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS).
- Antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina, ven potenciados algunos de los efectos adversos que en ocasiones acompañan a su tratamiento: reducción de la tensión arterial, sedación, modificación de la frecuencia cardiaca, etc.
- La indometacina, el ácido acetyl salicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE) neutralizan el efecto del THC sobre todo en lo referente a frecuencia cardiaca y presión arterial?
- Las benzodiacepinas junto al cannabis pueden aumentar la depresión respiratoria.

- Los betabloqueantes reducen el aumento de la frecuencia cardiaca asociada al THC.
- El THC ¿puede neutralizar el efecto antipsicótico de los neurolépticos?
- Los opiáceos aumentarían la sedación y analgesia en su acción conjunta con los cannabinoides.

Estos efectos y otras muchas vías de investigación en curso no son aún concluyentes en las personas usuarias de cannabis. Hay que desechar temores a la acción farmacológica y al avance científico. Y temer los prejuicios morales y la ignorancia.

Bibliografía

- Adams, I.B. y Martin, B.R. (1996). Cannabis: Pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*, 91: 1585-1614.
- Allebeck, P.; Adamsson, C.; Engström, A. (1993). Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of cases treated in Stockholm country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88: 21-24.
- Arendt M, Mortensen PB, Rosenberg R, Pedersen CB, Waltoft BL. (2008) Familial predisposition for psychiatric disorder: comparison of subjects treated for cannabis-induced psychosis and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*; 65 (11):1269-74.
- Barturen, R.F. (1998). Farmacología e interés terapéutico del cannabis y sus derivados. En VV.AA., Meana y Pantoja Edits. *Derivados del cannabis: drogas o medicamentos?* Bilbao: Universidad de Deusto.
- Bersani G, Orlandi V, Kotzalidis GD, Pancheri P. (2002). Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 252(2):86-92.
- Buhler B, Hambrecht M, Loffler W, an der Heiden W, Hafner H. (2002). Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse--a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophr Res* 2002 April 1;54(3):243-51.
- Callado, LF, Meana, J, Grau, L, Gonzalvo, B. (2011). Cannabis. En Bobes; J, Casas, M; Gutiérrez, M (Edits). Manual de Trastornos adictivos y por uso de sustancias. Enfoque Editorial.


- Caspari D. (1999). Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249(1):45-9.
- Compton MT, Whicker NE, Hochman KM. (2007). Alcohol and cannabis use in Urban, African American, first-episode schizophrenia-spectrum patients: associations with positive and negative symptoms. *J Clin Psychiatry* 2007 December;68(12):1939-45.
- Dixit, V.P.; Sharma, U.N.; Lohiya, N.K. (1974). The effect of chronically administered extract on the testicular function of mice. *Europ J Pharmacol*, 26: 111-114.
- Doblin, R.; Kleiman, M. (1995). Deglamorising cannabis. *Lancet*, 346: 124.
- Doblin, R.; Klieman, M. (1991). Marihuana as anti-emetic medicine: A survey of oncologists' attitudes and experiences. *Journal of Clinical Oncologic*, 9:1275-1290.
- D'SouzaDC,bi-SaabWM,MadonickSetal.(2005).Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biol Psychiatry* 2005 March 15; 57(6):594-608.
- Ellis, GM; Mann, MA; Judson, BA; Schramm, NT; Tashchiam, A (1985). Excretion patterns of cannabinoid metabolites after last use in a Group of Chronic Users. *Clin Pharmacol Ther* , 38 (5); 572-578.
- EMCDDA, Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. (2001). *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Erdozain, A; Muguruza, C; Meana, J; Callado, LF. (2009) ¿Es realmente el consumo de Cannabis un factor de riesgo para la esquizofrenia? *Norte de salud mental* Vol VIII, 34: 23-33.
- Evans, H.J.; Fletcher, J.; Torrance, M.; Hargreave, T.B. (1981). Sperm abnormalities and cigarette smoking. *Lancet*, 1: 627-629.
- Gamella, J.; Jiménez, M.L. (2001). Drogas ilegales. En VV.AA./Secretaría de Drogodependencias: *Jóvenes y Drogas en Euskadi 2001*. Vitoria-Gasteiz: Dirección de Drogodependencias, Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- Ghodse, H. (1989). *Drugs and Addictive Behaviour*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

- Gold, M.S. (1991). Marihuana. En Gold, MS (eds.). *Biblioteca de Toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Green AI, Tohen MF, Hamer RM et al. (2004). First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophr Res* 2004 February 1;66(2-3):125-35.
- Green B, Young R, Kavanagh D. (2005). Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2005 October; 187: 306-13.
- Grinspoon, L. (2000). ¿Por qué el gobierno no nos permite el uso de la marihuana como medicamento? *Boston Globe*, 12-7-2000. Publicado en castellano en *Cáñamo* nº 40, abril 2001.
- Hardman, H.F.; Hosko, M.J.; Lahiri, P.K. (1976). *Cardiovascular pharmacology of cannabis*. *Pharmacology of Marihuana*. En Szara, S.; Braude, M. (eds). *Pharmacology of marihuana*. New York: Raven Press.
- Hartnoll, R.; Vicente, J.; Wiessing, L.; Montanari, L. (2001). *El consumo de drogas y las consecuencias para la salud en 4 países europeos*. Barcelona: Libro de Ponencias, 1ª Conferencia Latina sobre reducción de daños relacionados con las drogas.
- Hembree, W.C.; Zeidender, P; Dyrenfurth, I (1976). Marihuana affects upon human testis. *Clin Res*, 24: 272.
- Hollis C, Groom MJ, Das D et al. (2008). Different psychological effects of cannabis use in adolescents at genetic high risk for schizophrenia and with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Schizophr Res* 2008 October;105(1-3):216-23.
- Hollister, L. (1971). Hunger and Appetite after Single Doses of Marihuana, Ethanol and Dextroamphetamine. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*.
- Hollister, L. (1986). Health aspects of cannabis. *Pharmacology Revue*, 38: 1-20.
- Koskinen J, Lohonen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. (2009). Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2009 April 3.
- Markez, I.; Póo, M.; Merino, C.; Romera, C. (2002). Cannabis: de la salud y del derecho. Usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización. Edita Observatorio Vasco de Drogodependencias. Sº Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

- Martínez-Arévalo, M.J.; Calcedo-Ordoñez, A.; Varo-Prieto, J.R. (1994). Cannabis consumption as a pronostic factor in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 164: 679-681.
- Matsuyama, S.S.; Yen, F.S.; Fu, T.K. (1993). Marihuana and human chromosomes: *Genetics*, 74: 51-75.
- Meana, J. (2001). *Psicofarmacología y derivados cannabinoides, aquí y ahora*. II Congreso Virtual de Psiquiatría, Symposium sobre usos terapéuticos del cannabis Interpsiquis 2001. www.psiquiatría.com
- Meana, J.; Ulibarri, I. (1999). *Acciones farmacológicas y utilidad terapéutica de los derivados del cannabis*. En VV.AA., Cabrera, J (ed): *Cannabis ihasta donde!* Madrid: Agencia Antidroga.
- Mechoulam, R. (1986). *The pharmacohistory of cannabis sativa*. In cannabinoids as therapeutic agents. Mechoulam, R. (ed). Boca Raton, Florida: CRC Press.
- Mechoulam, R.; Feigenbaum. (1987). Progress towards Cannabinoids Drugs. *Medicinal Chemistry*, 2: 159-207.
- Miller, N.S. (1995). Psychotic disorders. En Miller, N.S. (ed.), *Addiction Psychiatry. Current Diagnosis and Treatment*, pp. 160-167. New York: Wiley-Liss.
- Ongur D, Lin L, Cohen BM. (2009). Clinical characteristics influencing age at onset in psychotic disorders. *Compr Psychiatry* 2009 January;50(1):13-9.
- Potvin S, Sepehry AA, Stip E. (2006). A meta-analysis of negative symptoms in dual diagnosis schizophrenia. *Psychol Med* 2006 April;36(4):431-40.
- Potvin S, Stip E, Roy JY. (2003). [Schizophrenia and addiction: An evaluation of the self-medication hypothesis]. *Encephale* 2003 May;29 (3 Pt 1):193-203.
- Randall, R.C. (1990). *Cancer treatment and marijuana therapy*. Washington: Galen Press.
- Roques, B. (1998). *Problemes posés par la dangerosité des drogues*. Paris: Rapport. Secretaire d'Etat à la Santé.
- Sewell RA, Ranganathan M, D'Souza DC. (2009). Cannabinoids and psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2009 April;21(2):152-62.
- Skosnik PD, Spatz-Glenn L, Park S. (2001). Cannabis use is associated with schizotypy and attentional disinhibition. *Schizophr Res* 2001 March 1;48(1):83-92.

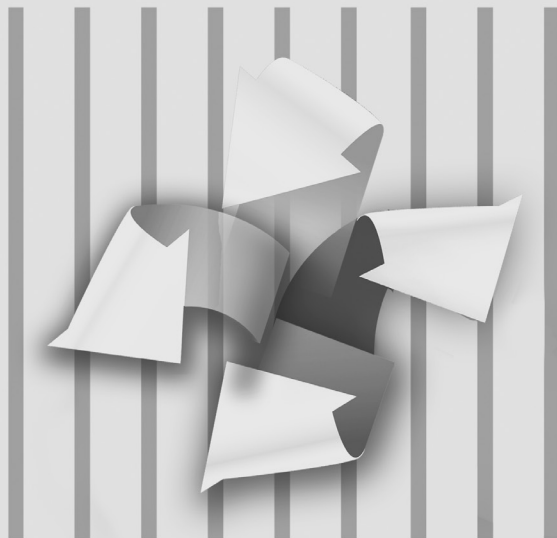
- Sugranyes G, Flamarique I, Parellada E et al. Cannabis use and age of diagnosis of schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009 March 24.
- Trosisi, A.; Pasini, A.; Saracco, M.; Spaletta, G. (1998). Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction*, 93: 487-492.
- Van Mastrigt S., Addington J, Addington D. (2004). Substance misuse at presentation to an early psychosis program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 January;39(1):69-72.
- Veen ND, Selten JP, van der Tweel I, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS. (2004). Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004 March;161(3):501-6.
- Williams, K.R.; Hawkins, R. (1986). Perceptual research on general deterrence: A critical review. *Law and Society*, 20:545-572.
- Zajicek, J. (1999). Cannabis: the Scientific and Medical Evidence. *Pharm. Journal*. Vol 263, p.974.
- Zimmer, L; Morgan, JP (1997). *Marijuana myths, marijuana facts, A review of the scientific evidence*. New York/ San Francisco: The Lindesmith Center.





Cocaína: trastornos, complicaciones y tratamientos

Luis Ortega, Álvaro Muro



La cocaína se obtiene de las hojas de *Erythroxylum coca* y otras especies de *Erythroxylum*, o por síntesis. Se presenta en forma de cristales incoloros o polvo cristalino blanco. Es fácilmente soluble en alcohol y éter, muy soluble en cloroformo y prácticamente insoluble en agua.

La coca es la hoja desecada de *Erythroxylum coca* (hoja de Bolivia) o de *E. truxillense* (hoja de Trujillo o Perú) de donde es originaria. Se cultiva fundamentalmente en Colombia e Indonesia. Las hojas de coca contienen entre un 0,7% y un 1,5% de alcaloides (fundamentalmente cocaína, ciannamoil-cocaína y alfa-truxilina). En América del Sur se masticaba hoja de coca como estimulante, para aliviar las náuseas y el dolor gástrico. La medicina actual no la utiliza pero con estas prácticas aún se mantienen en algunos lugares (1).

Se ha utilizado distintos términos para describir diferentes variantes de cocaína: basuco, base, basuka, dama blanca, arenisca, farla, farlopa, talco, tiritó, perico, blanca, raya, nieve, crack...

El uso terapéutico de la cocaína está muy restringido. Sus efectos están descritos en el contexto del abuso. Es un estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC) con potente acción simpaticomimética indirecta.

Inicialmente su consumo consistía en masticar hojas de coca que contienen pequeñas cantidades de cocaína; de su procesamiento comenzaron a obtenerse más tarde concentraciones elevadas de la misma. Mediante la maceración de las hojas de coca con gasolina y ácido sulfúrico se obtiene la pasta de coca, que contiene de un 40 a 90% de sulfato de cocaína y se consume fumada mezclada con tabaco y/o marihuana. El hidrocloreto de cocaína se consigue tratando la pasta de coca con ácido clorhídrico, se puede consumir esnifada o por vía intravenosa, sola o combinándola con diamorfina. La cocaína base (alcaloidal) se obtiene al tratar el hidrocloreto con un álcali y calentándolo después (crack); se consume fumada.

La vía de administración determina el porcentaje de absorción pero la farmacocinética de la cocaína es independiente. Sin embargo la vía de

administración determina su su potencial de abuso de forma que la cocaína intravenosa (hidrocloruro) y la cocaína base fumada tienen mayor potencial adictivo que la cocaína intranasal (1).

La cocaína que se suele vender en España tiene una pureza que oscila entre el 20-80% (habitualmente está en torno al 25-50%); el resto son adulterantes como azúcares (glucosa, lactosa, manitol), anestésicos locales (procaína, lidocaína) y otros (talco, harina, anfetaminas, quinina y heroína). La composición de adulterantes de la cocaína explica alguna de sus complicaciones clínicas (2).

Epidemiología

En Europa la prevalencia a lo largo de la vida en consumo de cocaína es de unos 13 millones de personas (el 3,9% de los europeos adultos). Durante el último año, el consumo es de 4 millones de adultos europeos (el 1,2%), es decir, una tercera parte de los consumidores a lo largo de la vida. Durante el último mes el consumo es de aproximadamente 1,5 millones (0,4%). Destacan España, Dinamarca, Italia, Irlanda y Reino Unido como países con mayor prevalencia de consumo de cocaína (3).

Según la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2009/2010, el consumo de cocaína en España en población de 15 a 64 años, en los últimos 12 meses, es del 4,2% de los hombres y del 1% de las mujeres. El consumo ha seguido una etapa ascendente (1995-2005), con posterior estabilización (2005-2007). En los años 2009/2010 desciende por primera vez. El 2,6% de la población entre 15 y 64 años ha consumido el último año y el 1,2% el último mes. Sin embargo hay un aumento del consumo experimental (alguna vez) en la franja de edad de 20-45 años (10,2%) a la vez que disminuye entre los 15 y 19 años (4).

Según datos recogidos en la memoria de 2010, en las prisiones españolas el 79,7% de los internos consumía drogas en el mes anterior a su ingreso, normalmente en un contexto de policonsumo. El 19,2% cocaína sola y el 14,5% cocaína más heroína. El consumo de cocaína es mayoritario entre los más jóvenes; según aumenta la edad se incrementa el consumo de heroína sola y de mezcla de heroína y cocaína. En el grupo de menores de 21 años, el 33,6% era consumidor de cocaína sola y mezclada con heroína el 3,7%. En el grupo de 31 a 40 años, el 17,2% consumía cocaína sola y el 19,6% mezclada con heroína.

La vía principal de consumo, en el último mes, era fumada tipo “chino” para la mezcla de heroína-cocaína (53,7%) y la nasal-esnifada para cocaína en polvo (60,4%). El consumo inyectado también era frecuente, como vía principal o secundaria, utilizada por el 41,1% para consumir mezcla y por el 27,3% cocaína en polvo (5).

Algunos autores (6) han encontrado evidencias de comorbilidad entre determinados trastornos de personalidad y el consumo de cocaína. Concretamente en el 36,7% de los casos (frente al 16% de la muestra normativa) presentaba, al menos, un trastorno de personalidad.

Los trastornos de personalidad con mayor prevalencia entre los cocainómanos fueron el *pasivo-agresivo* y el *dependiente* (10% cada uno de ellos), seguidos por el *obsesivo-compulsivo* y el *histriónico* (6,7% cada uno). Asimismo, el 15% presentaba simultáneamente dos o más trastornos.

Clínica

Intoxicación

Como hemos visto, la cocaína en forma de polvo suele esnifarse y a veces se consume por vía intravenosa. Como el crack (alcaloide de la cocaína extraído de su clorhidrato) se fuma, los efectos se inician con rapidez. Es una preparación de cocaína particularmente nefasta por el riesgo de adicción y complicaciones médicas y psiquiátricas y por su precio.

El principal efecto farmacológico de la cocaína es el bloqueo competitivo de la recaptación dopaminérgica a través de los transportadores de dopamina, aunque también incrementa la actividad de las vías catecolaminérgicas y serotoninérgicas, bloqueando la recaptación de noradrenalina y serotonina (7).

La cocaína tiene dos acciones farmacológicas fundamentales:

1. Anestésico local.
2. Estimulante del SNC.

Al igual que con otras sustancias, el DSM-IV TR (8) enumera varios trastornos relacionados con la cocaína y especifica los criterios diagnósticos de la intoxicación y la abstinencia, remitiendo al lector al capítulo específico de cada trastorno.

Trastornos por consumo de cocaína

1. Intoxicación por cocaína.
2. Abstinencia de cocaína.
3. Delirium por intoxicación por cocaína.
4. Trastorno psicótico inducido por cocaína, con ideas delirantes (Especificar si: De inicio durante la intoxicación).
5. Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína (Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia).
6. Trastorno sexual inducido por cocaína (Especificar si: De inicio durante la intoxicación).
7. Trastorno del sueño inducido por cocaína (Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia).
8. Trastorno relacionado con cocaína no especificado (8).

El síndrome de intoxicación depende de la sustancia específica y la dosis, la vía de administración, el contexto ambiental y las características del usuario (tolerancia, cronicidad, tasa de absorción). Se distinguen dos patrones de consumo: episódico (“atracones”) y diario crónico. Los síntomas más característicos de intoxicación son la euforia y el incremento de la actividad autonómica y psicomotora (aumento de frecuencia cardíaca, hipertensión arterial...). Los consumidores crónicos pueden presentar efectos opuestos (tristeza, disminución de la tensión arterial). La intoxicación por cocaína puede ocasionar complicaciones graves (infarto de miocardio) o parada cardiorrespiratoria. La abstinencia dará lugar a síntomas contrarios de la intoxicación (pérdida de energía, disforia, pensamientos suicidas). En casos graves puede haber confusión, lenguaje incoherente y ansiedad, e incluso llegar a la ideación paranoide, aumento del interés sexual y sensación de ver o sentir insectos sobre la piel (formicación) (8).

Crterios DSM-IV TR para el diagnóstico de intoxicación por cocaína F14.00

- A. Consumo reciente de cocaína.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de

la capacidad de juicio o de la actividad laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después, del consumo de cocaína.

- C. Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo:
1. Taquicardia o bradicardia.
 2. Dilatación pupilar.
 3. Tensión arterial aumentada o disminuida.
 4. Sudoración o escalofríos.
 5. Náuseas o vómitos.
 6. Pérdida de peso demostrable.
 7. Agitación o retraso psicomotores.
 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas.
 9. Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (8).

Abstinencia a cocaína

Entre las 9 y 18 horas del cese del consumo de cocaína aparece el crash o depresión post-intoxicación, caracterizado por: anhedonia, ansiedad, agitación, depresión, anorexia y deseo de droga. En días posteriores se observa fatiga, somnolencia y más tardíamente aparece agotamiento, hipersomnolia, hiperfagia y ausencia del deseo de droga. También se puede asociar a ideación autolítica, lo cual debe ser tenido muy en cuenta en un interno recién ingresado en prisión y que refiera ser gran consumidor de cocaína.

En función del consumo los síntomas pueden durar una semana, con un máximo entre los días dos y cuatro, aunque hay casos que pueden durar meses. Durante la abstinencia hay una gran dependencia psicológica, que se manifiesta por la incapacidad de abstenerse de un uso compulsivo frecuente (9).

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de abstinencia de cocaína F14.3

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de cocaína después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

- B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del Criterio A:
1. Fatiga.
 2. Sueños vívidos, desagradables.
 3. Insomnio o hipersomnia.
 4. Aumento del apetito.
 5. Retraso o agitación psicomotores.
- C. Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (8).

Complicaciones orgánicas derivadas del consumo de cocaína

El uso prolongado puede producir hemorragias y perforación del tabique nasal, sin embargo las principales complicaciones del uso de cocaína pueden ser infarto de miocardio y arritmias cardíacas, infarto cerebral no hemorrágico, episodios isquémicos transitorios cerebrales y crisis convulsivas. La sobredosis de cocaína puede llevar a la muerte del paciente por alguna causa de las anteriores (cardíaca o cerebral) o bien por parada respiratoria.

Cuando las dosis administradas son más altas, la persona es más susceptible, lleva tiempo consumiendo o se administra mezclada con otras sustancias (anfetaminas, éxtasis, etc.) pueden aparecer una serie de complicaciones a diferentes niveles.

Complicaciones psiquiátricas derivadas del consumo de cocaína

Delirium por intoxicación con cocaína: más frecuente cuando el consumo es alto o en un corto período de tiempo.

Trastorno psicótico inducido por cocaína: está relacionado con la dosis, la duración del consumo y la sensibilidad individual, aunque es más frecuente en aquellos que consumen crack o cocaína por vía intravenosa. Las ideas delirantes de tipo paranoide y las alucinaciones auditivas, son los síntomas más frecuentes, aunque las alucinaciones visuales y táctiles, deformación de la imagen corporal, alteraciones en la percepción de las caras y alucinaciones

sobre insectos o bichos en la piel, también se pueden observar y pueden ser peligrosas por inducir conductas agresivas. Este cuadro clínico, puede verse potenciado al someter al sujeto a una situación estresante, como por ejemplo, el estar encerrado en una celda (9).

En las urgencias hospitalarias la cocaína es la droga que ocasiona mayor número de notificaciones hospitalarias (63,4%), seguida del alcohol (39%) (10).

Tratamiento

El tratamiento de la dependencia de cocaína es complejo, actualmente no existe una estrategia terapéutica que pueda considerarse realmente efectiva. El abordaje debe integrar aspectos sociológicos, psicológicos y biológicos en un proceso que podemos dividir en dos fases: desintoxicación y deshabitación (evitar recaídas).

Se han propuesto diversos fármacos, como destacan los agonistas dopaminérgicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, las sales de litio, los antidepresivos heterocíclicos, antipsicóticos y anticonvulsivantes.

Tratamiento farmacológico

Tratamiento de la intoxicación: El tratamiento de la intoxicación aguda por cocaína ha sido objeto de un número relativamente escaso de investigaciones sistemáticas. No existe un antídoto específico para la cocaína, el tratamiento es sintomático y de sostén y depende de los síntomas y signos clínicos que presente el individuo. Las benzodiazepinas (5-10 mg de diazepam por vía intravenosa), son útiles en la sedación de aquellos pacientes que presentan una agitación extrema y/o que pueden resultar peligrosos. La administración de antipsicóticos debería de ser evitada debido a la existencia, en adictos a cocaína, de una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos, por lo cual pueden provocarse importantes efectos extrapiramidales. Puede haber un aumento del *craving* cocaínico después de la administración de dosis bajas de antipsicóticos. En los casos en que aparezca una psicosis cocaínica que no ceda en el período esperado (3 a 5 días después del cese del uso de la sustancia) se aconseja la utilización de antipsicóticos incisivos, si bien la mayoría de individuos suelen recuperarse espontáneamente en cuestión de horas. Los cuadros graves en nuestro medio deben ser evacuados para asistencia hospitalaria (10).

Tratamiento de la abstinencia: Hasta hace pocos años se pensaba que la cocaína no producía dependencia física y que no existía síndrome de abstinencia.

Generalmente el síndrome de abstinencia cocaína es un cuadro benigno desde el punto de vista orgánico y psiquiátrico, y salvo complicaciones, no es necesaria la administración de fármacos y suele ser suficiente con el soporte psicológico adecuado.

No obstante la supresión brusca del consumo puede ocasionar un cuadro clínico que algunos autores han dividido, académicamente, en fases (Gawin y Kleber):

- Inicial, entre las 6-12 horas del cese del consumo y los 5 días.
- Retardada, entre los 7 días y las 10 semanas (11).

De cualquier forma, nos vamos a encontrar síntomas psíquicos: ansiedad, irritabilidad, dificultad de concentración, aturdimiento, amnesia, labilidad emocional, agitación o ideas autolíticas, y síntomas somáticos: taquicardia, diarrea, vértigo, mialgias. También son frecuentes apatía, astenia, anhedonia, hipersomnia y craving.

Las situaciones en las que suele necesitarse tratamiento farmacológico son: casos de grandes cantidades de consumo, utilización de vía intravenosa o fumada, asociación con otras sustancias y existencia de patología orgánica o psiquiátrica asociada (psicosis, depresión). El tratamiento puede ser ambulatorio y realizarse en los centros penitenciarios, salvo comorbilidad con patologías graves (cardiopatía, broncopatía, hepatopatía y patología dual importante).

Se han utilizado fármacos como los antidepresivos tricíclicos, ISRS, antipsicóticos clásicos y atípicos, agonistas dopaminérgicos y antiepilépticos en el síndrome de abstinencia, pero no hay evidencias suficientes para afirmar que exista un tratamiento realmente eficaz (12).

Sin embargo, la administración benzodicepinas, antipsicóticos o antidepresivos puede ser necesaria en caso de que existan complicaciones del tipo de crisis de angustia, síntomas psicóticos o cuadros depresivos que en muchas ocasiones se acompañan de intensa ideación suicida.

Las benzodicepinas son útiles como tratamiento sintomático, fundamentalmente las de vida media larga: diazepam 15-30 mg al día; clorazepato 50-150 mg al día o clonacepam 2-4 mg al día (10).

Tratamiento de la dependencia

El tratamiento farmacológico de la dependencia a la cocaína está principalmente dirigido a disminuir las alteraciones que produce sobre el sistema dopaminérgico, fundamentalmente la hipersensibilidad de los receptores debida al uso prolongado de la droga y el agotamiento del neurotransmisor, causantes de la sintomatología por abstinencia.

Se han ensayado numerosos fármacos y se han presentado algunos resultados prometedores, pero no existe en el momento actual ninguna medicación con la que se haya demostrado una eficacia clara en el tratamiento de la dependencia de la cocaína.

Como ya hemos citado anteriormente, factores como la diversidad de vías de administración y patrones de uso y el abuso concomitante de otras drogas complican el tratamiento de estos pacientes. El tratamiento farmacológico no se prescribe normalmente de forma inicial en muchos pacientes con dependencia de la cocaína. Su utilización estaría indicada en formas graves de dependencia o en individuos que no responden al tratamiento psicosocial, pero las revisiones de prescripción realizadas no encuentran suficientes evidencias de eficacia terapéutica (13).

Según los conocimientos actuales, es posible que existan subgrupos de pacientes que respondan a alguna forma de farmacoterapia con una reducción del deseo de la droga y, posteriormente, con una disminución del consumo. Sin embargo, hasta la fecha los datos de investigación son insuficientes para ayudar al psiquiatra o al médico de los centros penitenciarios a identificar a dichos pacientes.

Agonistas dopaminérgicos: existen algunos resultados alentadores con la bromocriptina, la amantadina y la pergolida, aunque no concluyentes.

Antipsicóticos: Se han utilizado fundamentalmente los atípicos por presentar menores efectos secundarios. Están claramente indicados en pacientes psicóticos. Los clásicos pueden provocar un efecto reforzador por suprasensibilización de los receptores dopaminérgicos postsinápticos. El flupentixol ha dado buenos resultados según algunos autores (14).

La risperidona tiene un efecto positivo sobre el craving y disminución del consumo en pacientes psicóticos en dosis de 3 a 16 mg/día (15). Con la forma depot se mejora la adherencia a tratamiento (16).

La quetiapina puede ser efectiva en la reducción del craving en pacientes psicóticos o con trastorno bipolar en dosis de 450 a 600 mg al día, excepcionalmente hasta 1.200 mg (17). También se ha descrito reducción del deseo de consumo de cocaína con aripiprazol, 15 a 30 mg/día (18).

Fármacos antidepresivos: la eficacia de los antidepresivos podría deberse a su acción sobre el estado de ánimo en estos pacientes. No se han confirmado resultados de eficacia de los ISRS. Otros antidepresivos como imipramina, trazodona, maprotilina, sertralina o venlafaxina han mostrado escasas ventajas. En nuestro medio, puede ser útil la mirtazapina a dosis de 15-30 mg por su acción sedante. En revisión de la Cochrane se concluye ausencia de eficacia en general en adicción a cocaína (19). Están indicados en caso de dependencia asociada a un diagnóstico de trastorno depresivo.

Psicoestimulantes: metilfenidato: hay datos contradictorios al respecto, y está descrito su posible efecto beneficioso sobre el craving. Es útil en adictos a cocaína con antecedentes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA), en dosis de 0,9 a 1,2 mg/kg de peso/día. Su forma de liberación prolongada sería la utilizable en prisión por menor riesgo de manipulación de dosis y adicción, se encuentra en presentaciones de 18, 27, 36 y 54 mg en una sola toma al día (20, 21).

Antiepilépticos: la cocaína puede incrementar la actividad convulsiva debido a una sensibilización subcortical. Se han utilizado los anticomiciales en la adicción a cocaína debido a su acción en el circuito de recompensa. La carbamacepina en dosis de 1.200 a 2.000 mg al día no ha confirmado eficacia, los efectos secundarios han limitado su uso. La oxcarbacepina a dosis entre 800 y 2.400 mg al día, presenta resultados esperanzadores, al igual que en el tratamiento de los trastornos de personalidad con alta impulsividad, mejor tolerancia y menos interacciones. No se ha confirmado la eficacia del valproato, que sí puede serlo en la dependencia al alcohol (21). Los resultados con gabapentina en dosis de hasta 3.200 mg al día no avalan su eficacia clínica (21, 22).

La lamotrigina tiene indicación en los pacientes con trastorno bipolar a dosis entre 100 y 400 mg al día en dos tomas. Se han presentado algunas evidencias de eficacia en disminución del craving con topiramato, pendientes de confirmación (21, 23).

La pregabalina puede ser útil en nuestro medio por su eficacia en ansiedad, está indicada en caso de trastorno de ansiedad generalizada. Podemos utilizar

dosis de 150 mg a 600 mg al día repartidas en 2 o 3 tomas. Son poco probables las interacciones farmacológicas dado que se excreta prácticamente inalterada en orina. Al carecer de metabolismo hepático no afecta al sistema del citocromo p450 (21).

El baclofeno, agonista GABA, ha sido utilizado en la prevención de recaídas de consumo. No obstante, no hay evidencias científicas suficientes para el uso de anticonvulsivantes en adictos a cocaína según revisión realizada recientemente sobre 15 estudios y 1236 pacientes (24).

Otros: algunos autores han encontrado beneficioso un tratamiento combinado de disulfiram a dosis de 250 mg al día acompañado de psicoterapia cognitivo-conductual (25).

No se ha confirmado la eficacia del litio en adicción a cocaína (19), lo que sumado a sus efectos secundarios, interacciones y necesidad de realizar controles analíticos periódicos no lo hace aconsejable en nuestro medio.

Precusores de neurotransmisores: la administración prolongada de cocaína produce una depleción de dopamina, noradrenalina y serotonina, a la vez que hipersensibilidad de sus receptores, por lo que se ha propuesto el uso de determinados aminoácidos (triptófano y tirosina) o de precursores dopaminérgicos (L-dopa y carbidopa) en el tratamiento de pacientes con dependencia a cocaína. No obstante, por ahora no se dispone de datos que prueben claramente su eficacia (10).

En el caso del triptófano, su posible relación con la producción de un síndrome de eosinofilia y mialgia, hace que no esté recomendado como opción terapéutica.

Agonistas/antagonistas opiáceos: el uso de buprenorfina y naltrexona tampoco arroja resultado concluyentes en el tratamiento de la abstinencia a cocaína (10).

Inmunoterapia: en los últimos años, se ha investigado la utilización de una vacuna para estimular la formación de anticuerpos que se unan a la cocaína, impidiendo su entrada en el sistema nervioso y sus efectos (26,27). Se necesitan nuevos ensayos clínicos que lo confirmen.

Con carácter general, antes de iniciar un tratamiento de deshabituación en adicción a cocaína se debe evaluar la existencia de comorbilidad orgánica y/o psíquica, valorar el riesgo-beneficio del tratamiento farmacológico, la


adherencia, las posibles interacciones y efectos adversos y la necesaria intervención dentro de un programa terapéutico integral (2).

Bibliografía

1. Sweetman SC, Blake PS, Abe So, Brayfield A, Cadart C RM, Eager K, et al. Editores. Martindale. Guía completa de consulta fármaco-terapéutica. Barcelona: Pharma Editores, S.L.; 2003.
2. Caballero Martínez L. Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.
3. Pereiro C, Díaz L, Martínez M, Costas M. Situación actual del consumo de drogas. En: Pereiro Gómez C, Editor. Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. Madrid: Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre drogas. *Socidrogalcohol*; 2010. p 15-36.
4. DGPNSD Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (edades) 2009/2010 (diapositiva). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
5. Ministerio de Interior. Coordinación de Sanidad. Servicio de Drogodependencias. Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios. Madrid: Ministerio de Interior; 2011 (Memoria 2010).
6. Lorea I, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Landa N. Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*. 2009; 21 (1): 57-64.
7. Franklin JE, Francés RJ. Trastornos por consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas. En Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. DSM IV. Tratado de Psiquiatría. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2000.p 357-418.
8. First MB, Francés A, Pincus HA. DSM-IV-TR. Guía de uso. Barcelona: Masson; 2005.
9. Vasallo JL, Jáimez M, Rubio A. Trastornos relacionados con el consumo de drogas y alcohol. En: Rubio Flores A, Ortega Basanta L,

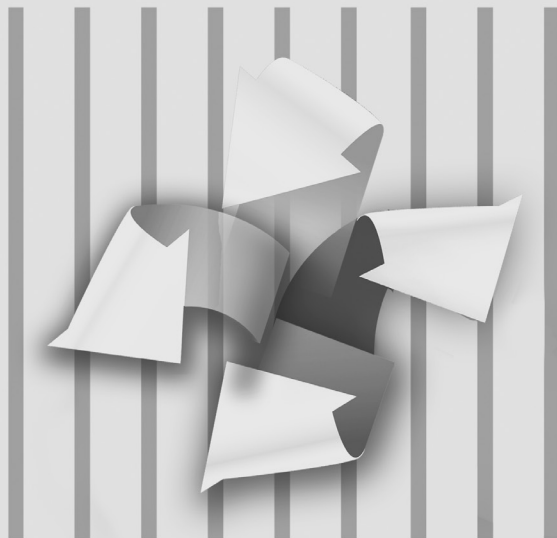
- Coordinadores. Manual de psiquiatría penitenciaria. Madrid: Egraf SA; 2002. p. 47-87.
10. Ledo AI, Terán A. Cocaína. En: Pereiro Gómez C, Editor. Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Madrid: Socidrogalcohol. Delegación del gobierno del plan nacional sobre drogas; 2010. P. 53-67.
 11. Gawin FH, Kleber HD. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnoses in cocaine abusers: clinical observations. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 107-13.
 12. Vocci FJ, Elkashef A. Pharmacotherapy and other treatments for cocaine abuse and dependence. *Curr Opin in Psychiatry* 2005; 18:265-70.
 13. European Monitoring Center for Drugs and addiction. Treatment of problem cocaine use: a review of the literature. Lisbon: EMCDDA literature reviews; 2007.
 14. Levin FR, Evans SM, Coomaraswamy S, Collins DE, Regent N, Kleber HD. Flupenthixol treatment for cocaine abuser with schizophrenia: a pilot study. *A J Drug Alcohol abuse* 1998; 24: 343-60.
 15. Albanese MJ, Suh JJ. Risperidone in cocaine dependent patients with comorbid psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Practice* 2006; 306-14.
 16. Rubio G, Martínez I, Ponce G, Jiménez-Arriero MA, López-Muñoz F, Alamo C. Long-acting injectable risperidone compared with zuclophenthixol in the treatment of schizophrenia with substance abuse comorbidity. *Can J Ps Psychiatry* 2006; 51: 531-39.
 17. Sattar SP, Bhatia SC, Petty F. Potential benefits of quetiapine in the treatment of substance dependence disorders. *J Psychiatry Neurosci* 2004; 29:452-7.
 18. Brown Es, Jeffress J, Liggin JD, Garza M, Beard L. Switching outpatients with bipolar or schizoaffective disorders and substance abuse from their current antipsychotic to aripiprazole. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:756-60.
 19. Lima MS, Reisser AA, Soares BG, Farrell M. Antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; CD002950. Soares BG.
 20. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Garawi F. Treatment of cocaine dependence treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo. *Drug Alcohol depend* 2007; 87:20-9.

21. Salazar M, Peralta C, Pastor FJ. Manual de psicofarmacología. 2 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA; 2011.
22. González G, Desai R, Sofuoglu M, Poling J, Oliveto A, Gonsai K, et al. Clinical efficacy of gabapentine versus tiagabine for reducing cocaine use among cocaine dependent methadone-treated patients. *Drug Alcohol Depend* 2007; 87 (1): 1-9.
23. Bobes J, Carreño JE, Gutierrez CE, San Narciso MJ, Antuña MJ, Diaz T, et al. Estudio de la efectividad del control del craving con topiramato en pacientes con trastorno por dependencia de sustancias. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32: 299-306.
24. Alvarez Y, Farre M, Fonseca F, Torrens M. Anticonvulsant drugs in cocaine dependence: A systematic review and meta-analysis. *J Subs Abuse treat* 2010; 38 (1): 66-71.
25. Baker JR, Jatlow P, Mccance-Katz EF. Disulfiram effects on response to intravenous cocaine administration. *Drug Alcohol Depend* 2007; 87 (2-3): 2002-9.
26. Orson FM, Kinsey BM, Singh RA, Wu Y, Gardner T, Kosten TR. Substance abuse vaccines. *Ann NY Acad Sci* 2008; 1141:257-69.
27. Haney M, Gunderson EW, Jiang H, Collins ED, Foltin RW. Cocaine-specific antibodies blunt in humans. *Biol Psychiatry* 2010; 67(1): 59-65.



Tratamiento de la adicción de opiáceos orientado a la abstinencia

María Carmen Pernía Higuera



Los datos epidemiológicos sobre consumo de sustancias en Instituciones Penitenciarias, según el informe de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del año 2006, el 92,5% de los 4.934 reclusos entrevistados había consumido alguna vez en la vida alguna sustancia psicoactiva (1). El 19,4% había consumido heroína en los últimos 30 días en libertad (el 79,0% a diario) frente a un 4,8% en los últimos 30 días en prisión (el 8,5% a diario). Según los datos de esta encuesta la heroína sola es la sustancia de mayor prevalencia de consumo en prisión tras el cannabis y los tranquilizantes (1).

El contexto penitenciario representa una valiosa oportunidad para poner en marcha programas de rehabilitación que atiendan y den respuesta a los reclusos con Trastorno por Abuso de Sustancias (TUS). Sin embargo, solamente un 30,5% de los reclusos reciben tratamiento para TUS, mayoritariamente tratamientos de reducción de daños y programas de mantenimiento con metadona (2). En España existen algunas Unidades Libres de Drogas o Comunidades Terapéuticas intrapenitenciarias. Estudios de meta-análisis y evaluaciones rigurosas de estos dispositivos concluyen que estas intervenciones, especialmente si continúan tras la puesta en libertad de los reclusos, son eficaces en la reducción de la reincidencia y de las tasas de recaídas (3).

Características y propiedades de los opiáceos

Los opiáceos son un grupo de sustancias psicoactivas que tienen afinidad selectiva por los *receptores opioides* y que poseen la capacidad de producir entre otras acciones dependencia farmacológica. Se han aislado cuatro subtipos distintos de estos receptores, que aunque presentan una gran similitud estructural, son estimulados por distintos neuropéptidos (ligandos endógenos), produciendo algunas acciones similares y otras distintas (tabla 1).

Tabla 1. Características de los receptores opioides
(+ / +++: magnitud de la acción; - : no posee acción)

Nomenclatura	Mu (β , OP ₃ , MUR)	Delta (δ , OP ₁ , DOR)	Kappa (K, oP ₂ , KOR)	Nociceptina (N/ OFQ, OP ₄ , NOR)
Sistema efector	Proteína G	Proteína G	Proteína G	Proteína G
Ligando endógeno	B-endorfina, endomorfina	Encefalinas (met y leuencefalina)	Dinorfina A	Nociceptina/orfanina FQ
Precursor	POMC (ACTH, MSH, β -lipotropina)	Proencefalina	Prodinorfina	Pronociceptina/orfada FQ
Analgesia: Supraespinal Espinal Periférica	+++ +++ ++	- ++ -	-/ Hiperelgesia + ++	Hiperelgesia +
Depresión respiratoria	+++	++	-	
Miosis	++	-	+	
Reducción motilidad digestiva	++	++	+	
Sedación	++	-	++	
Euforia	+++	-	-	
Disforia	-	-	+++	
Dependencia	+++	-	+	

Fuente: Comisión Clínica DGPNSD.

El sistema opioide endógeno tiene un papel relevante en el circuito cerebral de recompensa y en la adicción. Representa el sustrato neurobiológico común que media las propiedades reforzadoras de la mayoría de las drogas de abuso, así como la dependencia física. Los opioides producen una liberación de dopamina en el núcleo accumbens, principalmente mediante la inhibición de las interneuronas GABA del área tegmental (4, 5, 6).

La rapidez de acción caracteriza a las sustancias opioides más adictivas. Esta velocidad va a depender de la vía de administración (mayor para la vía endovenosa y pulmonar) y de que la sustancia sea lipofílica.

Entre los opiáceos ilegales más consumidos se encuentra la heroína, que es un modificación semisintética a partir de morfina, más potente y liposoluble que ésta y altamente adictiva. En la actualidad, las vías de administración más frecuentes de esta sustancia son la fumada y la inhalada, seguida de la vía intranasal y, por último, la vía intravenosa.

El consumo de heroína supone, para la persona que ya presenta neuroadaptación, una sucesión de varios episodios diarios de intoxicación, muy deseados, y de abstinencia, muy temidos. Además, experimenta una gran inestabilidad psicopatológica.

Los opiáceos se clasifican:

1. Según su procedencia:

- a. *Naturales*. Obtenidos directamente de la planta del opio: morfina, codeína, papaverina, noscapina, tebaína.
- b. *Semisintéticos*. Derivados de los dos primeros (morfina, codeína): heroína, apomorfina, dionina, oximorfina, hidromorfona.
- c. *Sintéticos*: metadona, LAMM (levo alfa acetilmetadol), petidina, tramadol, fentanilo, loperamida, pentazocina, meperidina, dextrometorfano, dextropropoxifeno, loperamida, naltrexona, naloxona.

2. Según su acción (fármaco-dinámica):

- a. *Agonistas puros*. Agonistas, fundamentalmente, del receptor mu, con elevada eficacia (actividad intrínseca) (morfina, heroína, petidina, metadona, fentanilo y sus derivados).
- b. *Agonistas-antagonistas mixtos*. Actúan como agonistas en un receptor (kappa) y como agonistas parciales o incluso antagonistas en otro (mu). En sujetos dependientes de opiáceos agonistas (heroína) provocan síndrome de abstinencia. Son la pentazocina, el butorfanol o la nalorfina.
- c. *Agonistas parciales*. Actúan sobre los receptores mu con eficacia menor a los agonistas puros. Son analgésicos cuando se administran solos, pero antagonizan los efectos de un agonista puro. El más característico es la buprenorfina.
- d. *Antagonistas puros*. Poseen afinidad por los receptores pero sin eficacia. Impiden o revierten la acción de los agonistas y carecen de efectos analgésicos. En sujetos con dependencia a opiáceos producen

abstinencia. Se utilizan en los casos de intoxicación. Son la naloxona y la naltrexona.

En la tabla 2 se resumen las características de la acción receptorial de algunos de los fármacos opioides más utilizados.

Tabla 2. Acción de los distintos fármacos opioides sobre los receptores opioides (Ag: agonista; An: antagonista; AP: agonista parcial; + /+++ : magnitud de la acción; - : acción débil o nula) (21, 26, 29)			
Fármaco/receptor	Mu	Delta	Kappa
Morfina	Ag+++	Ag+	Ag+
Petidina	Ag++	Ag+	Ag+
Metadona	Ag+++	Ag+	-
Fentanilo	Ag+++	Ag+	-
Pentazocina	An+	Ag+	Ag++
Butorfanol	An+	Ag+	Ag++
Buprenorfina	AP+++	-	Ag++
Naloxona	An+++	An+	An++
Naltrexona	An+++	An++	An+++

Fuente: Comisión Clínica DGPNSD.

Efectos farmacológicos

Todos los agonistas sobre el receptor mu provocan efectos farmacológicos similares. A continuación se describen algunos de los más importantes:

Efectos en el sistema nervioso central

- **Analgesia.** Acción más importante, dosis dependiente. Hacen desaparecer la emoción negativa ligada al dolor, haciéndolo más tolerable.
- **Depresión respiratoria.** Este efecto es dosis dependiente.
- **Efecto antitusígeno.** No se correlaciona con la depresión respiratoria, ni con las acciones analgésicas.

- **Miosis.** Este efecto no presenta tolerancia, y por ello es útil para predecir el uso reciente de opioides y la intoxicación aguda (las famosas pupilas en punta de alfiler). La intoxicación grave por anoxia cerebral o la intoxicación conjunta con cocaína pueden dar lugar a midriasis.
- **Hipertonía y rigidez muscular.** Se ha descrito con la administración crónica de agonistas una disminución de la agudeza visual, cefaleas, vértigos, tendencia a la somnolencia.
- **Acciones neuroendocrinas.** Reducen los niveles de LH y FSH y aumentan la secreción de prolactina y hormona del crecimiento. Es frecuente la amenorrea en pacientes adictas a la heroína. También estimulan la secreción de ACTH, la β -MSH y la hormona antidiurética e inhiben la secreción de la TSH.
- **Euforia.** Inducen euforia, placer y un estado de tranquilidad y bienestar, que junto a la desinhibición, mitigan la ansiedad y el miedo. Es el efecto principal que justifica su abuso. En la abstinencia, sin embargo, aparecen alteraciones del estado de ánimo, inquietud y malestar general.
- **Náuseas y vómitos.** Son dosis dependiente, frecuentes al inicio del consumo de heroína, aunque existe tolerancia a estos síntomas y tienden a desaparecer.
- **Acción anticonvulsionante.** Disminuyen el umbral de convulsión en dosis elevadas.

Otros efectos

- **Aparato cardiovascular.** En cada administración de heroína existe *bradicardia*, vasodilatación, *hipotensión*, *bradipnea* e *hipoxia*. Con la utilización de metadona en altas dosis se han descrito *alteraciones electrocardiográficas* como un alargamiento del espacio QT y *arritmias ventriculares graves*.

El dextropropoxifeno puede ser *cardiotóxico* y la pentazocina produce *taquicardias*, *hipertensión sistémica y pulmonar* y aumento del consumo de oxígeno por el miocardio.

- **Aparato gastrointestinal.** Los opiáceos provocan una acción espasmógena con aumento del tono de la fibra lisa y una acción inhibitoria de la

actividad neurógena con reducción de la motilidad. En el estómago, la morfina reduce la secreción gástrica, y retrasa la absorción de medicamentos por vía oral. En el intestino grueso aumenta el tono y se reducen las ondas peristálticas propulsivas produciendo estreñimiento.

Son frecuentes los problemas bucodentales por hiposialorrea que propicia la proliferación bacteriana.

- **Aparato urinario.** Incrementan el tono del músculo detrusor de la vejiga con sensación de urgencia miccional y el del esfínter vesical produciendo *retención urinaria*. También poseen un efecto antidiurético.
- **Útero.** Reducen el tono uterino, y la intensidad y frecuencia de contracciones, alargando el trabajo de parto.
- **Trastornos sexuales.** Por acción sobre la musculatura lisa la eyaculación está retardada. En pacientes tratados con metadona es frecuente la queja de disminución de la libido.
- **Piel.** enrojecimiento cutáneo y prurito por vasodilatación e hipersudoración por liberación de histamina.
- **Sistema inmune.** administrados de forma crónica son inmunosupresores.
- **Trastornos oculares.** Se ha descrito estrabismo convergente en síndrome de abstinencia a heroína y estrabismo divergente en consumidores de heroína y en pacientes tratados con metadona.
- **Trastornos psiquiátricos.** Se han detectado síntomas de despersonalización, desorientación, cuadros confusionales y alucinaciones. El dextropropoxifeno y la pentazocina pueden provocar también cuadros psicóticos agudos.

El consumo crónico de opiáceos produce, por tanto, efectos diversos sobre el organismo y puede conllevar la aparición de numerosas complicaciones (tabla 3) que es preciso detectar para el diseño del plan integral de tratamiento. Asimismo se deben facilitar los medios para reducir el daño y el riesgo de patologías concomitantes al uso de drogas, con el fin de motivar para el cambio de las conductas que conllevan riesgos de infección.

Tabla 3. Complicaciones del consumo de opiáceos

Psiquiátricas y comportamentales.	Intoxicación. Sd. de abstinencia. T. depresivos. T. de ansiedad. T. psicóticos. T de la personalidad.
Neurológicas.	Depresión del SNC. Alteración del SN autónomo. Disminución del dolor. Abscesos cerebrales. Meningitis. Ictus.
Cardiovasculares.	Bradicardia e hipotensión. IAM. Endocarditis. Miocarditis. Disección aórtica. Prolongación QT con metadona.
Respiratorias.	Neumonía por aspiración. SDRA. Abscesos pulmonares. Reagudización de asma. Fibrosis pulmonar. Hipertensión pulmonar. Tuberculosis. Edema pulmonar no cardiogénico.
Renales.	Glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Glomerulonefritis membranoproliferativa. Insuficiencia renal aguda por rabdomiolisis. Amiloidosis secundaria.
Endocrinas.	Déficit de testosterona. Aumento del cortisol.
Reproductor.	Disminución niveles FSH y testosterona: disminución libido, impotencia e infertilidad.
Oculares.	Rinitis (cándida...). Retinopatía por partículas de talco y almidón, Neuropatía y retinopatía tóxicas por quininas.
Embarazo.	Bajo peso y talla al nacer. Sd abstinencia del RN. Déficit de aprendizaje y memoria en RN. Coinfección VIH y VHC.
Relacionadas con la vía de la administración.	Infección VIH, VHB, VHC... Infecciones cutáneas y de partes blandas. Flebitis, aneurismas intraarteriales, trombosis. Lesiones a distancia de etiología infecciosa (endocarditis, abscesos). Broncoespasmo, infecciones respiratorias.

Fuente: Comisión Clínica DGPNSD.

Diagnóstico

EL DSM-IV-TR enumera varios trastornos relacionados con opiáceos, pero presenta solo criterios diagnósticos específicos para intoxicación y abstinencia. Dentro de los trastornos encontramos:

1. Dependencia y abuso de opiáceos.

2. Intoxicación por opiáceos. Se formulan los criterios diagnósticos:

A. consumo reciente de opiáceos.

B. cambios psicológicos o de comportamiento inadaptados clínicamente significativos (p. ej euforia inicial seguida de apatía, disforia,

agitación o retraso psicomotor, alteración del juicio, o deterioro del funcionamiento social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.

- C. miosis (o midriasis por anoxia secundaria a sobredosis grave) y uno ó más de los siguientes signos durante el consumo de opioides o poco después: somnolencia o coma, lenguaje farfullado, alteración de la atención o la memoria.
- D. los síntomas no se deben a una enfermedad médica general, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

En el diagnóstico puede especificarse si existen alteraciones perceptivas.

3. *Abstinencia de opiáceos.* Se define por los siguientes criterios:

- A. suspensión (o disminución) del consumo de opioides que ha sido intenso y prolongado, o administración de un antagonista de opioides.
- B. tres o más de las siguientes manifestaciones después de minutos o días del criterio A: estado de ánimo disfórico; náuseas o vómitos; dolor muscular; lagrimeo o rinorrea; midriasis, piloerección o sudoración; diarrea; bostezos; fiebre; insomnio.
- C. los síntomas del criterio B causan malestar o deterioro clínicamente significativos del funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
- D. los síntomas no se deben a una enfermedad médica general, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Rara vez se produce la muerte por abstinencia de opiáceos, a menos que sufran una enfermedad orgánica persistente grave. Los síntomas residuales (como el insomnio, la bradicardia, las alteraciones de la termorregulación y el craving por opiáceos) pueden persistir durante meses tras la abstinencia.

4. *Delirium por intoxicación por opiáceos.* Es más probable cuando los opiáceos se consumen en dosis altas, se combinan con otras sustancias psicoactivas o el consumidor sufre lesiones cerebrales preexistentes o una enfermedad del SNC.

5. *Trastorno psicótico inducido por opiáceos.* Puede iniciarse durante una intoxicación por opiáceos.

6. *Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos.* Los síntomas del T. del ánimo pueden ser de naturaleza maniaca, depresiva o mixta, siendo la depresión el máximo exponente de este grupo.

7. Trastorno del sueño inducido por opiáceos. Es probable que la hipersomnia sea más frecuente que el insomnio.

8. Trastorno de disfunción sexual inducido por opiáceos. La disfunción sexual más frecuente es la impotencia.

Plan de actuación

Los reclusos pueden presentarse en estado de abstinencia, de intoxicación, con complicaciones físicas o psíquicas derivadas del uso de drogas, o más ocasionalmente con conductas disruptivas o extravagantes. Es importante atender y evaluar la demanda inicial de cada paciente para la posterior orientación del caso e inclusión, según el grado de motivación, en alguno de los Programas de tratamiento específicos ya diseñados en los Centros Penitenciarios. Desde la primera entrevista, debe trabajarse el refuerzo de la motivación con claridad e incentivar los pasos hacia la adherencia al tratamiento por largo que parezca al principio.

El abordaje terapéutico que se inicia al detectar un problema de consumo y con la primera toma de contacto debe incluir:

- a. Motivar al paciente hacia el cambio (entrevista motivacional).
- b. Establecer y mantener un marco y una alianza terapéutica.
- c. Desarrollar y facilitar la adherencia a un plan terapéutico.
- d. Tratar los trastornos médicos y psiquiátricos coexistentes.
- e. Tratamiento de la intoxicación.
- f. Tratamiento de la abstinencia.
- g. Prevención de recaídas.
- h. Educación sobre los trastornos por consumo de sustancias.

En este capítulo nos vamos a centrar en el abordaje de la intoxicación por opiáceos y de la desintoxicación.

Intoxicación por opiáceos

Intoxicación Aguda. Tras el consumo de un opiáceo aparecen los siguientes efectos: euforia, sensación de calor, obnubilación, somnolencia, torpeza, disminución de la agudeza visual, náuseas y vómitos, sequedad de boca, vértigos, miosis, prurito, hipotonía muscular.

Intoxicación Crónica. La sintomatología más frecuente es: pérdida de apetito, disminución de peso, anemia, constipación intestinal, miosis, euforia, intranquilidad, amenorrea en la mujer y retraso o anulación de la eyaculación en el varón.

Sobredosis por Opiáceos. La intoxicación puede deberse a una sobredosis real (accidental o intencionada) o a la alteración de los fenómenos de tolerancia conductual (administración fuera del ambiente habitual, de forma distinta, o tras un período de abstinencia...). También debe de tenerse en cuenta la posibilidad de policonsumo y de los efectos de los adulterantes. Se trata de una urgencia médica.

El cuadro clínico se caracteriza por:

1. *Alteración del nivel de conciencia*, que varía según la gravedad de la intoxicación (desde ligera obnubilación a como profundo).
2. *Miosis puntiforme*. La presencia de midriasis puede deberse a la administración conjunta de: anfetaminas, cocaína, meperidina, o a una hipoxia cerebral severa.
3. *Depresión de la función respiratoria*, que si progresa lleva a la hipotensión y shock.
4. *Edema agudo de pulmón*. Aparece aproximadamente en un 50% de intoxicados por heroína y complica seriamente el diagnóstico por su alta mortalidad.
5. *Arritmias*. Puede producirse bradicardia y taquicardia (fibrilación auricular).

Tratamiento

Ante una intoxicación aguda la conducta a seguir va a depender de la intensidad del cuadro clínico y de las posibilidades de intervención, recomendándose las siguientes pautas (7):

1. Valorar la situación clínica.
 - a. Mantener permeable la vía aérea.
 - b. Prevenir la aspiración, colocando al paciente en decúbito lateral, o procediendo a su intubación.
 - c. Ante parada cardiorrespiratoria, aplicar oxigenoterapia y ventilación mecánica, colocar una vía de perfusión e iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

2. Medidas específicas.

a. *Administrar el antagonista opiáceo, naloxona* (antídoto y fármaco de elección). Se administra 1 ampolla (0,4 mg de clorhidrato de naloxona) preferiblemente por vía intravenosa, que puede repetirse cada 3-4 minutos hasta la recuperación del nivel de conciencia y de la función respiratoria.

El efecto farmacológico de la naloxona tiene una duración inferior al de la heroína, por tanto una vez revertido el cuadro clínico, conviene mantener una perfusión continua durante al menos 6 horas.

b. El tratamiento de la hipotensión se inicia con la administración controlada de líquidos. La hipoglucemia se corrige con la administración de glucosa al 50% por vía endovenosa, y la acidosis metabólica con una solución de bicarbonato 1M según las necesidades.

3. Simultáneamente se debe realizar análisis toxicológicos que permitan confirmar un diagnóstico.

4. Si el tratamiento con antagonista opiáceo no es efectivo, se debe sospechar un error en el diagnóstico, o la coexistencia de una intoxicación por otras sustancias. Las sustancias con mayor frecuencia implicadas en las intoxicaciones mixtas son las benzodiacepinas. El uso de flumazenil, antagonista de los agonistas del receptor benzodiacepínico es útil.

5. Si la intoxicación es debida a opiáceos ingeridos por vía oral, es conveniente practicar un lavado gástrico, asegurando la permeabilidad de la vía respiratoria.

6. *Valorar la indicación de ingreso psiquiátrico* si la intoxicación tenía finalidad autolítica.

7. Una vez ha remitido el cuadro clínico se pueden establecer nuevos objetivos de tratamiento, encaminados a una reducción o supresión del consumo.

Tratamiento de la abstinencia: desintoxicación

El tratamiento farmacológico orientado a aliviar la sintomatología de abstinencia opiácea, puede progresar a una pauta reglada de desintoxicación en función de la motivación del paciente. La desintoxicación será el primer paso para los reclusos que demanden su inclusión en programas libres de drogas, que deberá realizarse como parte de un plan de cuidados compartidos, con un abordaje multidisciplinar (tabla 4), que conjugue actividades clínicas, psicoeducativas y rehabilitadoras con el objetivo de facilitar la modificación de hábitos y actitudes,

propiciar la adquisición de afrontamiento más adaptadas y establecer las bases sobre las que el paciente pueda plantearse un nuevo estilo de vida (8).

Tabla 4. Abordaje integral en Programas libres de drogas

Intervención integral - flexibilidad de objetivos. Compromiso - conciencia de enfermedad - capacidad de control. Motivación para los cambios - prevención de recaídas.		
Intervención	Psicología/ Psiquiatría	Alivio del malestar y compensación mental. Psicofármacos. Psicoterapia de apoyo y manejo de problemas clínicos. Psicoterapia enfocada al cambio.
	Medicina	Desintoxicación/deshabitación. Comorbilidad y complicaciones asociadas. Control de la abstinencia.
	Educación	Límites, normas, responsabilidades, toma de decisiones. Actividades ocupacionales, reinserción. Ocio y tiempo libre.

Evaluación

Antes de plantear un tratamiento de desintoxicación debe realizarse una evaluación detallada, estructurada (tabla 5), con el objetivo de establecer un diagnóstico y elaborar un plan terapéutico.

Tabla 5. Intervención durante el proceso de evaluación

1ª consulta	2ª consulta
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la demanda. - Historia médica, psiquiátrica y toxicológica. - Explorar psicobiografía y personalidad. - Exploración física y psicopatológica. - Explorar funcionamiento social. - Pruebas complementarias: hemograma, electrolitos en suero, bioquímica básica, función hepática, calcio, magnesio, niveles de B12 y ácido fólico, serología luética, anticuerpos anti VIH, marcadores de hepatitis A, B, C y Delta, radiografía de tórax, test de embarazo, test cutáneo de tuberculina... y cualquier otra prueba sugerida por los antecedentes o la exploración. - Control toxicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar dependencia. - Explorar actitud hacia el consumo y compromiso con la abstinencia. - Valoración de analítica. - Juicio diagnóstico (médico, psiquiátrico y toxicológico). - Elaboración del plan terapéutico.

Hay que tener en cuenta que los trastornos adictivos suelen acompañarse de una gran ambivalencia. No conviene mostrar una adhesión inmediata al deseo circunstancial de desintoxicación que expresa el paciente. Hay que recordar que un delito le ha conducido a prisión, sin que ello coincida necesariamente con un propósito de cambio hacia la abstinencia. Una minuciosa evaluación, por tanto, es necesaria.

La **evaluación** tiene como fundamentales instrumentos de trabajo la entrevista clínica y el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica. La entrevista clínica debe recoger:

1. Historia toxicológica de todas las drogas consumidas (incluyendo tabaco y alcohol), dosis media de consumo, vías de administración, dosis actuales, tiempo de consumo y en caso de estar abstinentes, tiempo transcurrido desde última administración. Deben también recogerse tratamientos de desintoxicaciones anteriores, medio en el que se realizaron y tiempo de abstinencia. Evaluar el grado de dependencia física que puede haber desarrollado el paciente, valorar la presencia de signos o síntomas de abstinencia o manifestaciones de intoxicación.
2. Antecedentes médicos, quirúrgicos y obstétricos, incluyendo hospitalizaciones previas.
3. Historia psiquiátrica y psicosocial. Incluye una exploración psicopatológica que evalúe presencia de trastornos afectivos, riesgo de suicidio, síntomas psicóticos, capacidad de autocontrol, agresividad y trastornos conductuales. Debe valorarse también el funcionamiento social del paciente (historia familiar, académica, laboral; actividades sociales y relaciones interpersonales; historia legal).

Es importante el diagnóstico y tratamiento específico de los trastornos psiquiátricos coexistentes, pues éstos pueden afectar al curso y los resultados del T. adictivo, pueden complicar el tratamiento de dicho trastorno y pueden resurgir con el abandono del consumo.

4. Puede confirmarse información recogida con información complementaria terceras personas y con determinación de drogas en orina. La heroína se detecta de 36 a 72 horas, la codeína 48 horas, la metadona 3 días, la morfina de 48 a 72 horas.

En la evaluación también se pueden utilizar pruebas psicométricas. No disponemos de Instrumentos de cribado específicos para opiáceos pero nos

podemos apoyar para el diagnóstico de: a) dependencia: en entrevistas estructuradas tipo CIDI-SAM o semiestructuradas tipo SCAN, MINI plus; b) gravedad de dependencia: SDS, LDQ; c) problemas relacionados: ASI, EuroASI, OTI; d) comorbilidad en el eje I: PRISM; e) comorbilidad en el eje II: MCMII-II, SCID-II, IPDE; f) calidad de vida relacionada con la salud: MOS SF36, WHOQOL.

A pesar de la intensidad de los síntomas y de la angustia vivida por el paciente durante el síndrome de abstinencia, éste no es una urgencia médica. Es fundamental el diseño de un **plan terapéutico** a largo plazo para el mantenimiento de la abstinencia. La desintoxicación no es más que una parte del tratamiento y debe de ir seguida de un programa de deshabituación, con intervenciones psicosociales y farmacoterapéuticas orientadas hacia la prevención de recaídas.

El plan terapéutico se debe presentar al paciente buscando un consenso en los objetivos (tabla 6) así como en las estrategias y técnicas a desarrollar a lo largo del proceso (9). La consecución de los objetivos marcados se debe revisar periódicamente y siempre que sea necesario se introducirán modificaciones para garantizar que se adecua a los cambios y necesidades del paciente. La inclusión en un programa de desintoxicación es voluntaria y es conveniente que no se realice hasta que el paciente acepte el tratamiento integral de la enfermedad. Es aconsejable que antes del inicio del tratamiento el paciente firme su consentimiento por escrito (contrato terapéutico).

Los reclusos suelen tener escasa motivación para el abandono del consumo de sustancias. Por tanto, el objetivo terapéuticamente inicial no debe ser la abstinencia total, sino la retención en el tratamiento mediante el establecimiento de una buena relación terapéutica. El trabajo sobre la motivación para el abandono del consumo suele ser más prolongado que en otro tipo de drogodependientes.

Tabla 6. Objetivos terapéuticos

Generales

- Suspensión del consumo de tóxicos.
- Mejora de los trastornos médicos asociados.
- Prevenir o reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la patología psiquiátrica concomitante del paciente drogodependiente.
- Favorecer la reinserción social.

Específicos

- Reconocimiento de la existencia de un consumo de sustancias.
- Aumentar la motivación para la abstinencia.
- Diagnóstico y tratamiento específico de los trastornos relacionados con las sustancias.
- Tratamiento de desintoxicación y deshabituación.
- Fomentar en el paciente la adquisición de un papel activo y responsable en su proceso de tratamiento y en sus proyectos de futuro.
- Elaboración de estrategias que le faciliten el abandono del consumo de sustancias.
- Reconocimiento y afrontamiento de las situaciones favorecedoras de recaídas.
- Promover estilos de vida que faciliten la abstinencia y posibiliten la incorporación social a través del aprendizaje de habilidades de competencia social.
- Información, orientación y apoyo a familiares, facilitando la relación con el paciente.
- Establecer relaciones culturales, sociales, formativas, lúdicas y deportivas con el entorno.

Como regla general, inicialmente son mas acuciantes los problemas médico-psiquiátricos (desintoxicación, enfermedades médicas y psiquiátricas subyacentes o concomitantes, nutrición); seguidamente se profundizará en aspectos psicológicos de la adicción, para finalmente, completar con el abordaje de la problemática social (familiar, judicial, laboral...).

Marco de tratamiento

El tratamiento, debe realizarse en el contexto menos restrictivo que resulte seguro y eficaz. Debe valorarse si efectuarla en prisión o en medio hospitalario en función del estado clínico del paciente (1). La realización en prisión facilita la adherencia en el tratamiento.

Criterios de Hospitalización

1. Pacientes que han sufrido sobredosis de drogas y no pueden ser tratados con seguridad en régimen ambulatorio o en una unidad de urgencias.

2. Pacientes con riesgo de presentar síndromes de abstinencia graves o médicamente complicados (p.ej. dependencia múltiple, antecedentes de delirium tremens).
3. Pacientes con patología orgánica comórbida que compromete la seguridad de la desintoxicación ambulatoria.
4. Pacientes con antecedentes documentados de fracasos en tratamientos en contextos menos intensivos (ambulatorios, residenciales).
5. Pacientes con comorbilidad psiquiátrica que representa un peligro para sí mismo o para los demás (p.ej. depresión con ideación suicida, psicosis aguda).
6. Pacientes que no han respondido a intentos previos de tratamiento en medios menos intensivos y cuyo uso de sustancias representa un riesgo progresivo y permanente para su salud física y mental.

Tratamiento de desintoxicación

Una vez que el paciente ha firmado el contrato terapéutico hay que implicarle en el plan de tratamiento:

- Hay que situar al paciente en el centro del plan terapéutico, haciendo énfasis en su responsabilidad personal para el cambio.
- Hay que prevenir sentimientos de desesperanza, tratando de objetivar un posible fracaso.
- Hay que explicar las intervenciones a realizar. Conviene no informar al paciente del tratamiento farmacológico pautado, aunque sí de la finalidad del mismo.
- Fijar las atribuciones del control externo y facilitar su desempeño.
- Definir la importancia de la intervención.

Durante el proceso de desintoxicación se aborda simultáneamente el abandono del consumo de opiáceos y de la patología médica y psiquiátrica intercurrente. En esta fase suele existir una confusión de síntomas por la interrelación compleja entre la enfermedad mental y el consumo de sustancias. El diagnóstico de confirmación se establece cuando el paciente lleva al menos cuatro semanas abstinentes y se puede distinguir entre patología psiquiátrica inducida por sustancias, patología psiquiátrica primaria, y patología adictiva primaria.

La supresión del consumo continuado de opiáceos precipita la aparición de signos y síntomas de intensidad y gravedad variable, en función del grado de dependencia física, conocido como síndrome de abstinencia (SAO). El consumo temprano y matutino de la sustancia, así como una mayor frecuencia y cantidad de sustancia consumida son predictores de gravedad. En el SAO hay que tener en cuenta el tipo de opiáceo y su vida media. Una regla general es que los de vida media corta producen un SAO antes, de menor duración, pero de mayor intensidad. Con heroína aparece a las 8 horas, con metadona a las 48 horas y con buprenorfina a las 2 semanas. En el caso de la heroína el síndrome de abstinencia presenta una graduación creciente de signos y síntomas, tanto en cantidad como en intensidad, a medida que pasan las horas, llegando a su máximo en 36-72 horas, con ansiedad y deseo más o menos compulsivo de consumir de nuevo (1).

Pautas de desintoxicación:

Es importante tener en cuenta que, por lo general, se trata de pacientes que consumen otras sustancias como benzodiacepinas, cocaína, cannabis... que también producen síntomas de abstinencia tras su supresión brusca, y que pueden dar lugar a la aparición de complicaciones en la desintoxicación.

Cuando se detecta policonsumo se aconseja:

- Instar a la interrupción del consumo de todas las sustancias no prescritas, excepto tabaco y xantinas.
- Establecer tres líneas de administración de fármacos:
 - Pauta de desintoxicación de opioides.
 - Pauta de desintoxicación de benzodiacepinas
 - Administración ocasional o continua de neurolépticos, ante el deseo de consumir cocaína o cannabis.
- No realizar a la vez la desintoxicación de opioides y benzodiacepinas. Llevar a cabo la desintoxicación de opioides mientras se mantiene la dosis de benzodiacepinas recomendada en esta pauta de desintoxicación.
- Cuando finalice la desintoxicación de opioides empezar con la de benzodiacepinas, continuando con la administración de neurolépticos para combatir el deseo de consumir cocaína.

Va a ser necesario dadas las características de estos pacientes un adecuado manejo de los fármacos, para lograr un grado de confortabilidad durante el control del síndrome de abstinencia que nos permita alcanzar la complicidad necesaria para establecer la alianza terapéutica. El proceso de desintoxicación, constituye un elemento clave de especial relevancia en las fases iniciales de la relación médico-paciente.

Existen numerosos protocolos de desintoxicación en los pacientes adictos a la heroína. Las pautas más utilizadas para realizar la desintoxicación son:

1. Sustituir el opiáceo de semivida corta (heroína) por otro opiáceo de semivida más larga (metadona, buprenorfina) con una pauta gradual decreciente.

a. Metadona. Actualmente constituye el tratamiento básico para la desintoxicación de heroína, y está expresamente indicado en las dependencias graves, politoxicomanías severas, embarazo, trastornos orgánicos y medio hospitalario. Suele iniciarse con dosis del orden de 10-45 mg vía oral, en función de la intensidad de los síntomas de abstinencia (tabla 7). Se recomienda reevaluar cada dos horas la intensidad de la abstinencia y no superar los 60 mg/día. Se aconseja tras mantener la dosis inicial 48 horas, una reducción diaria alrededor del 10-20% de la dosis, aunque existe una gran variabilidad individual a la hora de percibir la retirada del fármaco (10,11). La desintoxicación suele durar entre 10-15 días.

En cuanto a la sustitución de otros opiáceos por metadona, las dosis sustitutivas aproximadas se recogen en la tabla 8.

Grado	Signos y síntomas	Dosis inicial metadona
1	Lagrimo, rinorrea, diaforesis, bostezos, inquietud e insomnio.	10-15
2	Midriasis, piloerección, contracciones musculares, mialgias, artralgias y dolores abdominales.	10-20
3	Taquicardia, hipertensión, taquipnea, fiebre, anorexia, náuseas, agitación.	20-25
4	Diarrea, vómitos, deshidratación, hiperglucemia, hipotensión, acurrucamiento.	25-40

Tabla 8. Equivalencia aproximadas entre opiáceos

1 mg de metadona	3-4 mg morfina 30 mg codeína 2 mg heroína 20 mg meperidina 0,06 mg buprenorfina
------------------	---

b. Buprenorfina. Es un opiáceo sintético con acción mixta agonista-antagonista, de potencia superior a la morfina. Son eficaces para el tratamiento de desintoxicación dosis de 2-8 mg/día de buprenorfina sublingual, fraccionadas en intervalos de 6-8 horas. La experiencia clínica sugiere que es mejor empezar con dosis altas (4-6 mg) porque controlan con más eficacia los síntomas de la abstinencia sin precipitarlos. La primera dosis debe administrarse alrededor de las 24 horas después del último consumo de heroína, cuando aparezcan los primeros síntomas de abstinencia. La reducción de dosis parece mejor tolerada que con metadona y puede realizarse más rápidamente.

En pacientes en tratamiento con metadona, que expresen deseo de abandonarlo y muestren dificultades en los últimos tramos de la desintoxicación (dosis de 30 mg) la transferencia a buprenorfina puede facilitar la retirada de metadona.

También disponemos de la combinación *buprenorfina/haloxona* para el tratamiento de mantenimiento y de desintoxicación. Antes de iniciar el tratamiento, los pacientes deben presentar algún síntoma inicial de abstinencia y no haber consumido en las horas previas a iniciar el tratamiento (si se trata de heroína, al menos durante 6-8 horas). Se recomienda una dosis inicial de 4/1 mg BPN/NLX, que puede suplementarse en las siguientes 2-4 h con 4/1 mg persiste clínica de abstinencia. Durante los siguientes dos días debe incrementarse la dosis hasta 12/3-16/4 mg/día con el objetivo de minimizar síntomas de abstinencia y asegurar que el paciente no consume otros opiáceos. La literatura recomienda supresión en 10-14 días, reduciendo 2/0,5 mg cada 2-3 días, hasta la supresión completa.

2. Administración de un agonista alfa 2 adrenérgico (clonidina) para disminuir la activación neurovegetativa. Se utiliza en función de la dosis previa de heroína y el peso del paciente (tabla 9) La dosis total se administra en tres tomas. A partir del segundo o tercer día se inicia la reducción

progresiva en 0,15 mg/día hasta llegar a 0,45 mg/día, y a partir de ahí en 0,07 mg/día hasta llegar a la supresión. Reduce sintomatología de tipo adrenérgico (rinorrea, lagrimeo, náuseas, sudoración), siendo poco eficaz para el craving, ansiedad, insomnio o dolores osteomusculares. Suele ser necesario el uso simultáneo de un ansiolítico miorelajante y un AINE. Este tratamiento no se considera de elección.

Tabla 9. Dosis iniciales de clonidina según peso y cantidad de heroína consumida

Peso (individuo)	Heroína (g/día) Última semana	Clonidina (mg/día)
≤ 60 Kg	≤ 0,25	0,90
≤ 60 Kg	> 0,25 <1	1,05
≤ 60 Kg	≥1	1,20
> 60	≤0,25	1,05
> 60	> 0,25 <1	1,20
> 60	≥1	1,35

3. Administración combinada de opioides de vida media larga (metadona, buprenorfina) y clonidina. Se recomienda su uso en medio hospitalario. La efectividad de esta modalidad es muy similar a las anteriores.
4. De forma paralela se puede utilizar tratamiento farmacológico sintomático.
 - a. *Insomnio y ansiedad*: BZD a dosis bajas: diazepam 10 mg/día, clonazepam 3-4 mg/día. Son susceptibles de abuso por lo que no se deben administrar más de 14-30 días. Puede ser evitado dicho riesgo de abuso con hidroxizina 25-50 mg/día, y con trazodona 100-200 mg/día. Con esta última se han obtenido buenos resultados en el control del insomnio resistente.
 - b. Los neurolépticos tienden a evitarse por su efecto sedativo y riesgo de efectos extrapiramidales. Son utilizados en casos resistentes a otros tratamientos como las BZD y en pacientes que presenten sintomatología psicótica.
 - c. Durante la abstinencia son frecuentes los estados depresivos transitorios, que ceden sin tratamiento específico. Si los síntomas persisten más de dos semanas están indicados los antidepresivos.
 - d. *Algias*. Pueden ser indicativas de una dosis insuficiente de opioides. Paracetamol o AAS pueden ser útiles al final de la desintoxicación.

5. Desintoxicaciones rápidas y ultrarrápidas. El objetivo de éstas es reducir el tiempo de tratamiento. Se basa en la capacidad de los antagonistas de opiáceos, para desencadenar un síndrome de abstinencia inmediato e intenso cuando se administra a un individuo dependiente, que se frena con la administración de clonidina. La desintoxicación puede conseguirse en 3-5 días (pauta rápida) o incluso en 24 horas (pauta ultrarrápida). Las pautas ultrarrápidas suelen precisar cierto grado de sedación (anestesia/preanestesia). No están exentas de riesgos graves o muy graves por lo que no se recomienda su utilización.

Concluida la desintoxicación se pasará al abordaje del trastorno adictivo, que algunos reclusos realizan en programas de rehabilitación comunitarios y comunidades terapéuticas. Este abordaje es mucho más complejo y prolongado. Se facilita la adquisición de elementos, estrategias y pautas de conducta que permitan la normalización e integración social, para poder enfrentarse con posibilidades de éxito a los factores adversos, internos y externos, que en otras condiciones tenderían a precipitar el consumo de drogas. Al finalizar el tratamiento se facilitan los recursos necesarios para la reinserción social. Un aspecto importante para la evolución satisfactoria de los pacientes es que la salida de prisión se realice de forma planificada y coordinada con otros dispositivos de rehabilitación en la comunidad (centros específicos de drogas, salud mental, servicios sociales).

Problemas que pueden surgir durante la desintoxicación

1. Demandas de tratamiento de fármacos contraindicados (BZD).

Muchos pacientes van a demandar más medicación por temor a sufrir la abstinencia, o con la justificación de tratar síntomas como el insomnio, la ansiedad o el dolor. Ante este tipo de demandas se recomienda:

- Asumir que existen los síntomas en que basa el adicto su demanda, sin discutir dicha presencia.
- Exponer que desde el punto de vista médico, el diagnóstico de dependencia de opiáceos contraindica la toma de sustancias susceptibles de abuso. Trabajar la conciencia de enfermedad.
- Recurrir a argumentaciones del tipo: la pérdida de control con el consumo de benzodiacepinas es un problema tan grave como la ansiedad y contribuye a empeorar este síntoma.

- Ofrecer la posibilidad de tratar el síntoma con sustancias no adictivas, por ejemplo para ansiedad: neurolépticos a dosis bajas, anticomiciales (pregabalina, gabapentina, topiramato...), ISRS...

En muchos casos detrás de estas demandas existe una falta de motivación al tratamiento y un deseo de que se le faciliten fármacos para su consumo. Conviene, entonces, reevaluar la demanda.

2. Detección de trastorno psiquiátrico severo o de síntomas de enfermedad mental que persisten después de la desintoxicación y abstinencia: derivar a los Servicios de salud Mental (patología dual).

3. Fracasa la desintoxicación:

- 3.1. Proponer al paciente que siga un programa de mantenimiento con sustitutivos (metadona):

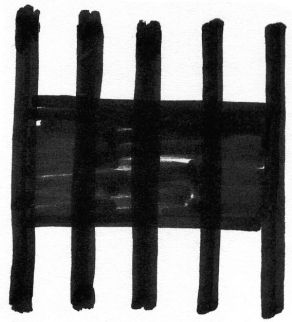
- Negociar dependiendo del momento de evolución del paciente el objetivo más ambicioso de entre los posibles: cesar consumo de drogas ilegales y mantenerse con drogas de sustitución, reducción progresiva de éstas...
- Identificar y dar apoyo a cualquier éxito.
- Analizar situaciones internas y externas que le llevan a la recaída.
- Elaborar estrategias para afrontamiento de situaciones de alto riesgo (p.ej. libertad, situaciones sociales, acontecimientos estresantes...).

- 3.2. Si el paciente expresa deseo de seguir consumiendo:

- No rechazar o culpabilizar.
- Aconsejar estrategias de reducción de daño (disminución de las frecuencias y dosis de consumo, cambio de vía, no compartir jeringuillas, no mezclar con otras sustancias...).
- Negociar un objetivo claro para reducir consumo.
- Elaborar estrategias para afrontamiento de situaciones de alto riesgo.

Bibliografía

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006). Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP) 2006.
2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006). Actuar es posible: intervención sobre drogas en centros penitenciarios.
3. Chanhathasilpa, C., MacKenzie, D.L., y Hickman, L.J. (2000). The effectiveness of community-based programs for chemically dependent offenders: A review and assessment of the research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 383-393. Cohen, J. (1988). Statistical power.
4. Gutstein HB, Akil H. Opioid analgesics. In: Brunton LL, Lazo JS and Parker KL, editors. Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutics. New York: McGraw-Hill Professional, 2006:547-590.
5. Florez J. Fármacos opioides: Características farmacológicas. In: Ars Medica, editor. El tratamiento farmacológico del dolor. Barcelona: 2007: 73-116.
6. Schumacher MA, Basbaum AI, Way WL. Opioid analgesics and antagonists. In: Katzung BG, editor. Basic and Clinical Pharmacology. New York: Lange Medical Books / McGraw-Hill, 2004: 497-516.
7. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comunicación y Ediciones Sanitarias, SL 2012.
8. García Usieto E, Pernía MC, Pascual C. Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. *Rehabilitación psicosocial*, 2006; 3(1): 26-32.
9. García Usieto E, Pernía MC. Comunidades terapéuticas. Tratado SET de trastornos adictivos, tomo II. Editorial Médica Panamericana, 2006.
10. San L, Evolución de la dependencia en heroína y su asistencia en España. *Monografía opiáceos. Adicciones* 2005; 17(2):9-20.
11. Fernández Miranda JJ. Opiáceos: guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. 2008.

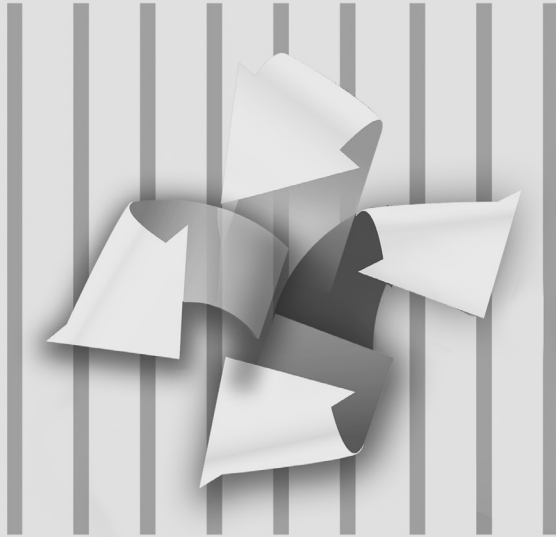


100



Desintoxicación en patología dual grave

Álvaro Muro, Vicenç Tort



Introducción

La patología dual ha sido un motivo de preocupación desde hace años, del Grupo de Trabajo de Salud Mental en Prisión, surgido del interés por la situación psiquiátrica de los internos de los centros penitenciarios españoles por profesionales tanto de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) como de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Este grupo ya presentó un documento de consenso sobre patología dual en el año 2006 (GSMP, 2006).

Muchos de los internos de centros penitenciarios tienen necesidades complejas múltiples. La politoxicomanía puede ser simultánea con criterios de dependencia al alcohol, benzodicepinas y opiáceos/cocaína y además presentar una historia de autolesiones o intentos de suicidio claros. Muchos de las personas internadas en centros penitenciarios hacen un uso ilegal de sustancias y además tienen un trastorno mental - más comúnmente, con depresión, ansiedad y/o trastorno de personalidad, y menos comúnmente con trastorno psicótico (Vicens et al. 2011). Si no es posible clasificar en las categorías de abusos de sustancias o trastorno mental es esencial identificar y tratar ambas por sí mismas.

Existen algunas dificultades generales en el abordaje de la patología dual grave en la población penitenciaria (Stephens, 2011) descritas en la tabla 1.

Tabla 1. Dificultades en la desintoxicación del paciente dual grave en centros penitenciarios
1. Escasa conciencia de la necesidad del tratamiento.
2. Prisión como factor estresante y no terapéutico.
3. Dificil de obtener información fiable sobre el consumo.
4. Pluripatología médica asociada.
5. Recursos especializados limitados.
6. Limitación de personal y formación inadecuada.

La presencia de personas con una historia de consumo de drogas en las prisiones españolas es elevada así como la presencia de patología dual tal como se ha mostrado en estudios recientes en nuestro ámbito (Vicens et al., 2011). La relación entre las drogas y los trastornos mentales puede tener diversas correlaciones ya sean como factores etiológicos, precipitantes o perpetuantes.

La desintoxicación, en muchos casos, se realiza de forma progresiva (aunque no reglada, supliéndose con la demanda de psicofármacos y con cambios a otro tipos de drogas o reducción del consumo habitual). Tenemos que recordar que un número de internos reconoce seguir consumiendo drogas (aunque también existe un cambio en el tipo de droga que se utiliza, la droga más utilizada en la prisión es el cannabis).

La presencia de patología dual en personas con trastorno psiquiátricos también ha estado ampliamente descrita en la literatura, con una presencia sobre el 50% en pacientes psiquiátricos y alrededor de un 70-80% en la población toxicómana (San y Casas, 2002; Stephens, 2011; Szerman et al., 2011).

Ante este hecho nos encontramos delante de una situación especialmente delicada en personas con patología dual cuando entran en el ámbito penitenciario, especialmente en centros preventivos donde en muchas ocasiones se desconoce la presencia de patología mental y la gravedad en el consumo de sustancias tóxicas.

Muchas veces se detecta la situación por un síndrome de abstinencia, por la descompensación aguda de un cuadro psiquiátrico o por cuadros de agitación no relacionada (o relacionada parcialmente) con temas regimenterales o de violencia (verbal o física entre internos).

Tener un diagnóstico de abusos de sustancias y trastorno mental está asociado a un incremento de encarcelamiento, conducta violenta, suicidio, muerte prematura y uso de servicios psiquiátricos de urgencia, aumento de los ingresos y otros servicios (Stephens, 2011).

En este capítulo vamos a intentar dar una visión general de los factores a tener en cuenta delante de estas situaciones y cómo manejarlas. Hemos tomado como base el capítulo de comorbilidad de la Mental Health Primary Care in Prison editada por la OMS para Inglaterra y País de Gales en 2002.

Tipos de patología dual

La asociación entre enfermedad mental y consumo como hemos dicho en la introducción puede tener diversas relaciones. Este tema se complica cuando además de la sustancia relacionada no solo es una sino que son varias.

Existen diferentes tipos de comorbilidad (Department of Health/Offender Health, 2009).

- **Trastorno mental primario con abusos subsecuente/consecuente de sustancias**, p.e. depresión que conduce a uso de sustancias para manejar la ansiedad y distress relacionado con trauma infantil.
- **Abuso de sustancias psicoactivas que conducen a síntomas psiquiátricos**, p.e. uso prolongado de anfetaminas o cocaína que causan síntomas psicóticos.
- **Abstinencia de sustancias que conducen a trastornos psiquiátricos** p.e. sustancias estimulantes (anfetaminas, cocaína, ecstasy) pueden causar depresión cuando bajan los efectos.
- **Diagnóstico comorbido tal como dependencia a opiáceos y depresión mayor**. En estos casos, la abstinencia de la sustancia puede resultar en la necesidad de un manejo activo de la depresión.
- **Factores etiológicos comunes subyacentes**, tales como trastorno por estrés post-traumático que llevan tanto a consumo de sustancias como trastornos del humor.

¿Cuáles son los trastornos asociados entre si?

Las asociaciones más potentes entre trastornos mentales y adicciones en prisión son las siguientes:

- **Trastorno de personalidad** (especialmente el trastorno antisocial de la personalidad aunque no exclusivamente) y la **dependencia** (especialmente dependencia a estimulantes y opiáceos).
- **Depresión y ansiedad que inducen a abuso de sustancias** pero que a la vez también son agravadas por este. La mayoría de la gente mostrara una mejoría clara cuando acabe el síndrome de abstinencia, pero una minoría significativa podría experimentar un trastorno depresivo o ansioso severos y en estos casos debería ser evaluada y tratada adecuadamente.
- **Trastorno psicótico y uso de psicoestimulantes**.

Otros trastornos comúnmente encontrados son trastornos psicóticos transitorios que ocurren en personas con trastorno de personalidad que se encuentran en situaciones de estrés.

Clínica

La presentación clínica puede ser no clara debido a la presencia de síntomas propios del consumo y de otros síntomas relacionados con la patología psiquiátrica predominante.

El consumo de varias sustancias ha estado relacionado con conductas más violentas frente a los no consumidores o personas que solo consumen una sustancia.

Respecto al manejo de pacientes con patología dual grave deberían tenerse en cuenta diversos factores:

- Suicidio y autolesiones durante el proceso de desintoxicación o abstinencia. Este es un problema en particular con las drogas estimulantes, por ejemplo la cocaína y las anfetaminas. Tasas de uso en estas, especialmente la cocaína entre los ingresos en prisión es alta. La cocaína tiene una vida media corta en el torrente sanguíneo, no tiene una medicación específica para su tratamiento y los internos a menudo mantienen oculto su consumo. La somnolencia es una consecuencia de algunas sustancias (opiáceos, alcohol, hipnóticos) y exacerba el riesgo de suicidio, autolesiones y recaídas. Este es un problema en prisiones.
- Conducta desorganizada, de alto riesgo y autolesiva. Esta asociada con poltóxicomanía con mezcla de opiáceos, alcohol, psicoestimulantes y benzodiacepinas. Conductas autolesivas es muy común en mujeres aunque también ocurre entre los hombres.
- Conducta impredecible, irritable y/o agresiva puede encontrarse durante los síndromes de abstinencia.
- Problemas de síntomas depresivos, síntomas de ansiedad y síntomas psicóticos.

Valoración

Esta dirigida a establecer:

- La cronología de los trastornos.
- La interrelación (si alguno) de los trastornos y
- si estos trastornos necesitan un tratamiento independiente o si tratando uno puede aliviar al otro.

En ocasiones no es posible decir con antelación solo desde la sintomatología si los síntomas psiquiátricos son inducidos por las drogas o si el paciente presenta un trastorno mental y además consume sustancias.

Antecedentes

Para intentar discernir lo descrito anteriormente es importante realizar una buena historia clínica de los siguientes datos:

- **Uso de la sustancia:** tipo de drogas, dosis, frecuencia, vía de administración, efectos, complicaciones (físicas, psicológicas, sociales) nivel de tolerancia, síndromes de abstinencia o intoxicación, criterios de tolerancia o dependencia e historia de uso de sustancias. Incluir historia de consumo de alcohol.
- **Historia psiquiátrica:** tipos de enfermedad. Si ha sido tratada y con qué medicación o abordaje y si tiene alguna relación con el consumo de drogas o alcohol.
- **Realizar una buena valoración del estado mental**
 - Obtener información colateral (informes médicos o psiquiátricos previos, familiares y amigos, personal del centro, etc.). Realizar, si es posible screening urinario de tóxicos y analítica general completa. Recordar que el uso de alcohol y drogas puede llevar a una distorsión o justificación de hechos o datos históricos.
 - Cuando un paciente tiene un diagnóstico previo de trastorno mental severo (como un trastorno psicótico) derivar a los equipos de salud mental. Intentar confirmar tratamientos previos realizados en centros de salud y/o hospitales.
 - Cuando se realiza una valoración inicial, hay que distinguir entre síndrome de abstinencia a alcohol y opiáceos ya que el uso inapropiado en el síndrome de abstinencia alcohólica podría tener consecuencias nefastas.
 - Tratar de identificar aquellos pacientes con una historia de delirium tremens y convulsiones secundarias a abstinencia y asegurar un manejo activo de la situación. Los síntomas de “insectos moviéndose debajo de la piel”, alucinaciones o delirios son síntomas ambos de uso de cocaína y de delirium tremens. Estas situaciones son importantes especialmente en aquellos centros de internamiento de internos preventivos que acuden directamente de la comunidad. El

paciente en muchas ocasiones no es consciente de la causa de sus síntomas. Si el delirium tremens es grave es una urgencia médica y debía tratarse en un hospital.

La valoración requiere de un periodo largo de observación y un adecuado registro de la resolución de los síntomas después de la abstinencia proveerá una información muy útil para la realización de un diagnóstico correcto. Reevaluaciones periódicas podrían ser necesarias. Incluso obteniendo la información anterior, en ocasiones es difícil saber cuál es el diagnóstico primario.

Manejo

En primer lugar la recomendación principal sería realizar la desintoxicación, en pacientes graves (tanto por lo que respecta al consumo como a la presencia de enfermedad mental), nunca de forma urgente sino valorando cual sería la mejor opción y de forma programada (ya sea nivel ambulatorio o hospitalario) y además se pudiera realizar con una supervisión clínica (por personal médico y de enfermería) lo más completa posible. Y si fuera posible por personal especializado o experto/formado en toxicomanías y psiquiatría.

Además deben tenerse en cuenta que las patologías médicas asociadas en este grupo de pacientes es también elevada. La alta morbilidad del patología como HIV, hepatitis, epilepsia (convulsiones), traumatismos, etc., y estilos de vida poco sanos hacen que las complicaciones médicas puedan ser más frecuentes.

Este abordaje debería acompañarse no solo del proceso de desintoxicación sino por un programa completo de atención a la toxicomanía y al trastorno psiquiátrico a largo plazo.

Principios generales en el manejo del paciente dual

- No asumir nunca que cualquier síntoma depresivo o conductual está solamente causado por abuso de sustancias, incluso en ausencia de diagnósticos psiquiátricos previos. Es importante tratar e identificar ambos tipos de trastornos por sí mismos.
- Establecer un diagnóstico provisional pero mantener una mente abierta y utilizar estrategias de evaluación para confirmar el diagnóstico.

- Atender el problema de uso de sustancias y si existen criterios de dependencia realizar un tratamiento, por ejemplo iniciar tratamiento con metadona o iniciar una terapia de desintoxicación con benzodiazepinas si está indicado.
- Reevaluar tan pronto como sea posible.
- Si los síntomas psiquiátricos persisten, iniciar el tratamiento apropiado.
- Ser conscientes que durante y después de la desintoxicación es un momento de alto riesgo para el suicidio y autolesiones. En este momento requieren de un cierto soporte profesional. En caso necesario se deberían derivar para valoración por profesionales de salud mental.
- La desintoxicación se debería realizar siempre bajo supervisión médica y de enfermería.
- Si el manejo se realiza desde la asistencia primaria, se debería asegurar el acceso a expertos tanto de psiquiatría como de tóxicomanías, para poder realizar consultas puntuales, idealmente alguien experto en ambas áreas.

Consejos para el paciente y asegurar atención médica

- Advertir a los pacientes que el uso de alcohol y drogas empeoran los trastornos mentales y que en ocasiones son motivo de causa de estos. Solo reduciendo o cesando su consumo es posible evaluar totalmente el trastorno mental. Es importante, sin embargo hacer esto de forma segura y hay que proveer un cierto soporte durante un tiempo debido a un aumento de la vulnerabilidad emocional. Es conocido en ámbito penitenciario en internos más impulsivos actuar de una forma irreflexiva y abandonar tratamientos o consumos de drogas de forma abrupta.
- Evaluar y manejar problemas físicos (p.e abscesos, trombosis, infecciones respiratorias, hematomas subdurales, etc.) y deficiencias nutricionales.
- La elevada frecuencia de hepatitis B y C así como la alta prevalencia de portadores del VIH debería ser abordada de forma adecuada.

Monitorización de los problemas de salud mental durante y después de la desintoxicación

- Monitorizar la ideación suicida.

- Monitorizar depresión y ansiedad. Es frecuente que personas con una larga historia de consumo de benzodiazepinas, durante la abstinencia presenten niveles de ansiedad elevados. Considerar realizar una desintoxicación más lenta e intentar que aprenda vías alternativas para manejar su ansiedad.
- Monitorizar síntomas psicóticos. Si la fenomenología psicótica emerge o empeora durante el progreso de la desintoxicación, comprobar la historia de drogas y alcohol incluidos los prescritos. Un empeoramiento de síntomas psicóticos podría estar asociado con:
 - Abstinencia de tranquilizantes. Considerar una abstinencia bajo tratamiento médico gradual.
 - Alucinosis alcohólica o síndrome de Wernicke-Korsakoff. La encefalopatía de Wernicke debería cuando nos encontramos con un interno con ataxia, confusión, alteraciones de la memoria, hipotermia, hipotensión, oftalmoplegia y/o se encuentra inconsciente. En este caso se debería transferir a un hospital de forma urgente.

Si los *síntomas psicóticos* permanecen, derivar a los servicios de salud mental. Cualquiera que ha estado en custodia durante unos pocos días sin acceso a drogas y continúa psicótico es probable que tengan un trastorno psicótico primario. Si la conducta autolesiva aparece en el contexto de un síndrome de abstinencia, se debe ofrecer soporte y evaluar cuidadosamente el estado del humor. Hay que ser precavido, sin embargo, para asegurar que los tratamientos de la abstinencia no están manipulados a través de la conducta autolesiva. La hiperexcitación asociada a un síndrome de abstinencia a benzodiazepinas puede agravar la conducta autolesiva.

El *trastorno límite de la personalidad* puede estar asociado a conducta disruptiva durante la abstinencia, incluyendo cuadros disociativos y síntomas psicóticos transitorios. Además puede estar asociado a politoxicomanía y polifarmacia. En esta situación una desintoxicación gradual sería preferible con esfuerzos para racionalizar la polifarmacia y reducir el número de medicaciones prescritas. Existe una alta prevalencia de trastornos de la personalidad entre los internos con dependencia al alcohol y drogas. Los médicos debemos asegurar que las personas con trastorno de personalidad tienen acceso al mismo tratamiento y no se encuentran en inferioridad debido a las predicciones negativas de respuesta al tratamiento. Deberían ser derivados a servicios especializados.

Por lo que respecta a la **medicación**, los pacientes con historia de convulsiones, deberemos ser cautos cuando usamos medicación que disminuye el umbral epileptógeno, por ejemplo, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, etc. El uso de benzodicepinas durante la abstinencia puede ayudar a reducir el riesgo de convulsiones. Deberíamos intentar precribir las benzodicepinas durante períodos cortos de tiempo. Cualquiera que sea la medicación prescrita debería estar monitorizada y revisada regularmente para valorar el progreso, el riesgo de suicidio, la necesidad de continuar con la medicación y si hay algún problema con la administración del tratamiento. Así como el uso de medicación psicótropa como moneda de cambio en los ámbitos penitenciarios.

Respecto a los efectos sedativos de los antipsicóticos, deberemos ser cuidadosos en la prescripción ya que en la mayoría de casos puede producir sedación pero en casos más severos puede producir casos de confusión, ataxia y disminución de la frecuencia respiratoria. Los niveles de metadona pueden estar elevados en algunos antidepresivos (fluvoxamina) y reducidos con anticonvulsivos, medicación anti-tuberculosa y terapia de combinación en la infección por VIH.

En la depresión

- El riesgo de suicidio es particularmente alto en el periodo que sigue al inicio con antidepresivos (ya que puede mejorar el pensamiento y el movimiento antes que mejore el humor), así se requeriría una monitorización estrecha durante este periodo crítico. Al principio el paciente solo puede notar los efectos secundarios. Explicarlos al paciente que significan que la medicación esta empezando a funcionar y que pronto se sentirá mejor.
- Hay que ser consciente que los efectos sedantes de antidepresivos sedativos (p.e amitriptilina, trazodona) pueden estar aumentados en consumidores de opiáceos y benzodicepinas. Las interacciones entre metadona y antidepresivos tricíclicos (ADT) clásicos, pueden producir depresión respiratoria que pueden conducir a situaciones fatales. Por lo que este tipo de antidepresivos debería ser evitado en combinación con metadona. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y componentes similares y componentes similares no están desprovistos de interacciones con otros fármacos, pero tienen la ventaja de ser más seguros en caso de sobredosis.
- Si el paciente abusa del alcohol y esta cercano a la libertad los ISRS son preferibles a los ADT por el riesgo de las interacciones entre el alcohol

y los tricíclicos (fluoxetina, paroxetina, citalopram y escitalopram no interfieren con el alcohol).

- Evita los antidepresivos inhibidores la monoamine oxidase-inhibiting (IMAO). Pueden tener interacciones potencialmente fatales con sustancias estimulantes (anfetaminas, cocaína, extasis, etc.). Signos de esta interrelación serían la hipertensión arterial, dolor torácico, rigidez de nuca, rigidez muscular, rubor, vómitos y dolor de cabeza severo.

Los problemas del sueño, como la privación del sueño profundo es una parte de la experiencia de la abstinencia de las drogas más importantes. Tener en cuenta el uso a corto plazo de un hipnótico en un período corto al inicio de la abstinencia. Explica el peligro de desarrollar dependencia de estas medicaciones para el paciente. Para insomnio leve o a largo plazo, recomendar la higiene del sueño más que el uso de medicación.

Después de la desintoxicación y la abstinencia

Cuando los síntomas psiquiátricos permanecen después de la desintoxicación:

- Realizar visitas regulares para revisar el estado mental. Esto debería ser realizado con los equipos de atención primaria de salud con el soporte de los servicios de salud mental.
- Los síntomas depresivos mejoran en un 80% de los individuos después de la desintoxicación. Si los síntomas de depresión mayor persisten después de la abstinencia de alcohol, estimulantes o opiáceos, valorar y tratar la depresión.

Si la ansiedad o agitación permanecen o se incrementan después de la desintoxicación:

- Comprobar historia de dependencia a las benzodiazepinas. Si existe un historia previa de dependencia queda claramente establecida y se toma la decisión de precribir una benzodiazepina, utilizar una de vida media larga (diazepam) y valorar realizar un programa de reducción gradual.
- También se podría hacer un tratamiento de los cuadros de ansiedad de forma programada con pregabalina. Debería estar combinado con un programa de manejo de la ansiedad.
- Valorar y tratar la ansiedad con estrategias no farmacológicas como intervenciones de primera línea. El alcohol y el abuso de sustancias

pueden enmascarar trastornos como el trastorno de pánico, fobia social y trastorno por ansiedad generalizada.

Si los síntomas psicóticos permanecen después de la desintoxicación:

- Derivar para una valoración psiquiátrica (si es posible con un psiquiatra experto en abusos de sustancias y trastorno mental) y tratar.
- Supervisión estrecha mientras el paciente espera para la valoración. La depresión con riesgo de suicidio, es común en pacientes con trastornos psicóticos durante las semanas siguientes a la abstinencia.
- Ser conscientes que una enfermedad psicótica puede aparecer por primera vez o como resultado de un estrés severo.
- Asegurar que la medicación antipsicótica prescrita puede producir efectos secundarios inaceptables (p.e. acatisia).
- Ser conscientes que la presencia de problemas complejos con escaso soporte social reduce las posibilidades de que el paciente se mantenga libre del consumo de droga. Hacer lo posible para maximizar las posibilidades de que el paciente este en tratamiento, tanto dentro del centro penitenciario como en la comunidad. En algunos casos, tratamiento supervisado puede ayudar a mantener el paciente en tratamiento después de su libertad.

Estimulantes

Abstinencia de cocaína

No hay una medicación específica para tratar la abstinencia a cocaína y a menudo los internos no manifiestan su consumo en el ingreso. La abstinencia después de un uso elevado de estimulantes puede producir un ‘crash’ (bajón) que dura horas o días. La abstinencia empieza con depresión, agitación anorexia y “craving” (deseo), durante el cual el riesgo de suicidio es elevado. Continúa con fatiga e insomnio acompañado con un intenso deseo de dormir. En estadios posteriores, existe extenuación y somnolencia excesiva. Después de varias semanas puede haber “craving” irregular o variable, ansiedad y otros síntomas.

Abstinencia de anfetamina

Es más larga pero menos severa que la abstinencia de cocaína. El personal de seguridad puede interpretar que los internos que duermen excesivamente han

tomado una sobredosis y no saber que el ‘crash’ puede ocurrir después de dejar el consumo de estimulantes. Este personal debería ser consciente de este tema ya que podrían informar a los servicios sanitarios de esta situación.

Soporte ante un interno en situación de abstinencia de estimulantes:

- Valorar constantes (pulso, tensión arterial, temperatura), que pueden ayudar a distinguir entre sobredosis o no tolerancia a la metadona y sueño profundo, si la tensión arterial esta baja, el paciente esta con taquicardia y es difícil de despertar o hay una seria duda acerca del nivel de intoxicación, derivar al paciente para una valoración global en Urgencias. La existencia de un claro protocolo consensuado de este proceso debería existir en los servicios de prisión y los servicios públicos de salud en la comunidad (Servicios de Urgencias Hospitalarias). Si el paciente continua durmiendo profundamente continuar con la monitorización durante 72 horas.
- Proveer tratamiento de soporte además de sedación si existe agitación o ansiedad severa.
- Monitorizar el curso de la abstinencia para prevenir suicidio.

La psicosis inducida por drogas ha estado asociada con intoxicación por estimulantes y puede persistir después de que el uso de la sustancia ha cesado. Individuos con síntomas psicóticos y que todavía están intoxicados deberían ser manejados en un ingreso hospitalario. La medicación antipsicótica es de ayuda.

Es esencial dar información al personal de seguridad que esta involucrado en la supervisión de los internos que están en un programa de desintoxicación. Además este personal puede ser de gran ayuda en la información de la conducta de los internos que estan en módulos ordinarios.

Advertencias

- Conductas extrañas o difíciles en personas que utilizan drogas ilegales no siempre estan causadas por el uso de la droga o por la abstinencia. Deben ser tomados en serio e informar de esta situación.
- Individuos en proceso de desintoxicación/abstinencia o justo después de estas son emocionalmente vulnerables y con un riesgo incrementado de suicidio o autolesión.

- La conducta esperada en internos abstinentes de droga incluyen:
 - Un ‘crash’ hacia la extenuación/sueño excesivo después de uso de estimulantes.
 - Episodios de irritabilidad o agresión después del cese súbito del tratamiento de depresión o abstinencia de drogas ilegales (p.e. opiáceos o esteroides) y
 - la sensación de “insectos caminando por debajo de la piel”, alucinaciones y delirios: ambos síntomas de uso de la cocaína o de delirium tremens en la abstinencia de alcohol. El individuo puede no ser consciente de la causa de sus síntomas. El delirium tremens severo es una emergencia médica aguda.
- La metadona puede ser un tratamiento legítimo prescrito cuando esta indicado más que un modod de alimentar un hábito. La prescripción y administración de metadona debería realizar por personal experto.

Acciones recomendadas en pacientes en un proceso de desintoxicación

- Retirar objetos peligrosos y considerar procedimientos de prevención de suicidio.
- Registrar y comunicar cambios de conducta. Revisar el tratamiento o la velocidad de la desintoxicación si esta indicado.
- Utilizar el control y contención como ultimo abordaje si ocurren irritabilidad o agresión.
- Usar técnicas de desescalación (verbal) de la violencia.
- Considerar retrasar beneficios hasta que la abstinencia está completa. Así que cualquier mejoría de la conducta pueda tenerse en cuenta.

Manejo dentro del establecimiento penitenciario

El abordaje debe ser multidisciplinar en el más amplio sentido.

Derivar a los servicios psiquiátricos (preferiblement aquellos expertos en patología dual) los siguientes pacientes:

- Aquellos con un enfermedad psicótica y problemas de uso de sustancias para una valoración exhaustiva , incluyendo revision del tratamiento y incluyendo soporte adicional de estrategias de prevensión de recaídas. El uso de sustancias puede estar relacionado con los niveles de medicación antipsicótica (p.e pacientes infra-medicados pueden utilizar alcohol o otras drogas para calmar las voces.

- Aquellos en los cuales los síntomas de ansiedad que pueden aparecer durante o después de la desintoxicación son severos o de difícil manejo.
- Aquellos con autolesiones persistentes o trastornos de la alimentación.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

En los últimos años ha existido un creciente interés en el campo de las toxicomanías acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Ha estado ampliamente demostrada su asociación con el consumo de tóxicos. Además, estudios como el de Rosler (2004) evidencian que esta problemática también la podemos encontrar con cierta frecuencia en el ámbito penitenciario. El problema es que suele estar infradiagnosticada y tratada, lo cual es un gran inconveniente para nuestros pacientes ya que esta problemática está además asociada a mayor número de incidentes y sanciones en los centros penitenciarios pudiendo tener una respuesta al tratamiento con metilfenidato o atomoxetina.

Programas de rehabilitación

Internos con un trastorno mental y que están tomando medicación psiquiátrica no deben ser presionados para dejar la medicación prematuramente para acceder a programas de rehabilitación dentro de prisión o que acudan a programas comunitarios. Las necesidades de los pacientes con problemas de salud mental deberían ser evaluadas por profesionales entrenados y contar con la colaboración de los internos. Los trastornos psiquiátricos severos necesitan de una medicación de mantenimiento. Sobre cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes en patología dual y drogodependencias existe un excelente libro (Dakey and Zuckoff, 2004) donde se abordan las posibles variables que afectan a este cumplimiento y en él se recomienda a terapia motivacional como una de las más exitosas. Además las derivaciones deberían ser realizadas a recursos que entiendan que la medicación es necesaria tanto para los problemas de salud mental como las toxicomanías.

Conclusiones

Como conclusiones podríamos comentar que aquellas personas ingresadas en centros penitenciarios y en el que se sospecha la presencia de trastorno mental grave y consumo elevado de sustancias, los procesos de desintoxicación deberían realizarse por especialistas expertos en ambos campos y,

en los casos más graves en un contexto hospitalario. De todas maneras hay que recordar que el paso de los internos por los servicios sanitarios de los centros penitenciarios es una oportunidad para tener acceso a unos tratamientos o abordajes comunitarios a los cuales, en ocasiones, no han tenido acceso por diversos motivos. (Wilson and Cummings, 2010; GSMP, 2011).

Respecto al proceso debería ser más lento y con una continua supervisión por los servicios sanitarios aunque con un abordaje multidisciplinar para tener más garantía de éxito. Así como adoptar unas entrevistas motivacionales para mejorar la conciencia de la problemática dual y tener un mejor cumplimiento del tratamiento.

La mejoría en la formación así como un mayor conocimientos de los síntomas en la patología dual y métodos de cribaje más sensibles y específicos ayudarían a una mejor atención (Torrens, 2008. Casares, 2011).


Además muchos de nuestros pacientes padecen patologías orgánicas, en ocasiones graves, que harían más necesario el abordaje bajo una supervisión sanitaria que incluyera otros especialistas. También merece la pena comentar la valoración de las medicaciones y posibles interacciones entre los diferentes tratamientos tanto psicofarmacológicos o médicos y las sustancias ilegales.

Además hay que tener en cuenta ciertas poblaciones vulnerables como son emigrantes (por sus características culturales, abuso de sustancias menos frecuentes en nuestro entorno y más típicas de la zona de origen, etc.), personas con discapacidad intelectual, mujeres embarazadas, etc. (Wilson and Cummings, 2010). Algunas de estas personas necesitarían recursos altamente especializados para realizar una desintoxicación, abordaje de la patología dual y las características específicas de estos subgrupos.

La importancia de la patología dual debería llevar a la implementación de programas específicos en la atención de la salud mental en prisión dirigidos a la atención y recuperación de la patología dual (Drake et al, 2007, Department of Health/Offender Health, 2009).

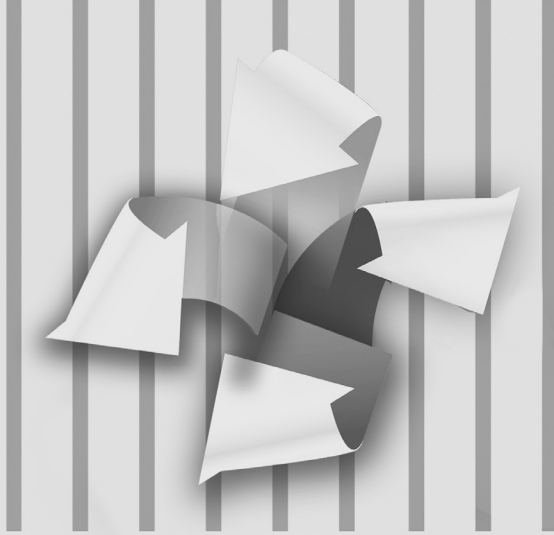
Bibliografía

- Casares-López, MJ; González-Menéndez A, Bobes-Bascarán M, Secades, Martínez-Cordero A y Bobes J. Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones*, 2011 vol. 23, 1: 37-44.
- Daley, Dennis C and Zuckoff, Allan. En *Como mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y pacientes drogodependientes*. Editorial Glosa. Barcelona, 2004.
- Department of Health/Offender Health. Offender A *Guide for the Management of Dual Diagnosis for Prisons*. Ministry of Justice and Department of Health. 2009.
- Drake RE, Mueser KT and Brunette MF Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry* 2007; 6:131-136.
- Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP). *Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión*. Editorial Cometa. Zaragoza, 2006.
- Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP). *Guía Atención Primaria de la Salud Mental en Prisión*. Editorial OMEditorial. Bilbao, 2011.
- Rösler M, Retz, W et al. Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2004) 254: 365-371.
- San Molina, L y Casas Brugué M. En *Recomendaciones terapéuticas en Patología Dual*. Psiquiatría Editores SL. Barcelona 2002.
- Stephens DJ. Substance *Abuse and co-occurring disorders among criminal offenders*. En: Correctional Mental Health. Sage Publication Inc. 2011.
- Szerman, N, Haro G, Martínez Raga J y Casas M. En: Manual de Trastornos Adictivos. Cap 7.1 *Patología Dual*. pp 111-118. Enfoque Editorial SC. 2011.
- Szerman, N *Paciente dual complicado*. En: Manejo Clínico del paciente con patología dual. Recomendaciones de expertos. Sociodrogalcohol. 2009. Valencia.
- Torrens Mèlich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 2008 • vol.20 núm. 4 • págs.315-320.
- Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons *P. Crim Behav Ment Health*. 2011 Dec;21(5):321-32.
- Wilson S and Cummings Ian. Forensic Focus 31. En: *Psychiatry in Prisons*. Jessica Kingsley Publishers. London 2010.



Terapias frente a las adicciones en el medio penitenciario

Iñaki Markez, Clara Repeto, José Sánchez Isidoro,
Alicia Abad, Olatz Barrenetxea



Es conocido que son muchas las personas usuarias de sustancias de abuso, o que alcanzan una dependencia, que a lo largo de su recorrido de consumos se plantean dejar el hábito a dichas sustancias. Para ello, es posible contar con todo un arsenal que actúe sobre las sistemas de neurotransmisión o sobre las disfunciones del cortex prefrontal según los sistemas biológicos. También para síntomas asociados a consecuencias conductuales y emocionales hay ofertas farmacológicas. Las llamadas terapias farmacológicas han hegemonizado los tratamientos de las adicciones y los fármacos antidepresivos, ansiolíticos, anti-epilépticos, psicoestimulantes, agonistas varios, potenciadores cognitivos, etc. han focalizado su acción sobre determinados sistemas psicopatológicos existentes en los complejos y multifactoriales cuadros adictivos.

La combinación de terapias “psicológicas” con los fármacos, aunque estos tuvieran un papel preponderante, viene de lejos. Así hemos visto y aplicado las terapias de grupo y de familia, las terapias cognitivo-conductuales, cuando no el apoyo en orientaciones psicodinámicas para recuperar un adecuado funcionamiento en las actividades de la vida cotidiana.

Seguimos afirmando que las adicciones son trastornos de curso crónico y recidivante, lo que siguiendo modelos biomédicos es igual a decir que carece de remisión. Pero en la práctica clínica también vemos que no pocas personas logran la abstinencia y abandono definitivo de las sustancias, desaparece la conducta adictiva, remiten algunas alteraciones cerebrales y normalizan sus vínculos sociales y sus actividades diarias. Y esto unas personas lo alcanzan con sus propios recursos y otras precisan tratamiento especializado, generalmente porque estas últimas presentan algunos criterios de gravedad de la dependencia, más trastornos psicopatológicos concurrentes y peores condiciones sociales y medioambientales (Fernández Hermida y otros, 2007).

Evaluación

Una persona acude a un centro solicitando tratamiento ante el malestar ocasionado tras el consumo de drogas durante un tiempo prolongado. Malestar que se presenta como enfermedades múltiples, problemas económicos

y comportamentales, desestructuración de vínculos sociales o familiares, etc. y todo ello ha de ser evaluado y, a ser posible, protocolizada la evaluación para optimizar esa tarea.

La evaluación neuropsicológica informa sobre la afectación de las personas, los procesos cognitivos, la personalidad, psicopatología y aspectos psicosociales, siendo el paso previo a los abordajes de tratamiento teniendo en el norte perspectivas psicoeducativas y neuropsicológicas.

A no olvidar que la evaluación psicológica es muy importante para determinar los modos de intervención orientados al tratamiento por el consumo de alguna sustancia. Evaluar el motivo de la demanda de tratamiento, las interferencias y los recursos para el tratamiento. Evaluar variables psicológicas (personalidad, afrontamiento, estrés...) y psicológicas con distintos recursos de detección. Para después diseñar el tratamiento y las estrategias terapéuticas.

Estrategias psicoterapéuticas

Las actuaciones psicoterapéuticas logran sus objetivos a través de técnicas varias: la útil entrevista motivacional, el manejo de contingencias, estrategias cognitivo-conductuales y otras que actúan sobre los elementos externos, el grupo y la familia esencialmente, o sobre lo interno, sobre la persona adicta directamente.

1. Entrevista motivacional

Orientada a aumentar el nivel de conciencia y favorecer la decisión de cambio ante las consecuencias de los usos inapropiados de las sustancias, las drogas. Se trata de llegar a conocer razones y valores que justifiquen el cambio de conducta adictiva y promueva la necesidad de hacer ese cambio.

Las resistencias al cambio son algo habitual en la conducta humana de ahí que esta estrategia motivacional pretenda que las personas afectadas vean con mayor claridad y sean capaces de valorar las consecuencias de sus comportamientos y, tras ello, puedan valorar las consecuencias de sus comportamientos y, tras ello, pueden valorar el interés del cambio.

Los procesos de cambio se rigen por ciertos principios:

- El cambio de conductas de autoadministración de drogas está relacionado con la modificación de contingencias asociadas.

- El uso de drogas es un comportamiento con un carácter multifactorial.
- Las contingencias no solo se relacionan con los efectos reforzados del consumo de la sustancia sino también con su complejo contexto social asociado (Gifford y Humphreys, 2007) que interacciona con la persona: recursos económicos, estatus social, relaciones afectivas, salud, modos de relación social, etc.

Pero no olvidemos que en ocasiones la decisión de realizar un tratamiento no parte de la propia persona, aun sin conciencia de la difícil situación sino de búsquedas de algún beneficio (ayudas sociales, alternativa a penas penitenciarias...) o a presiones externas en el ámbito laboral, familiar o social.

El objetivo de la entrevista motivacional es dar más importancia al cambio desde la perspectiva del usuario de drogas. El terapeuta ofrece en sus intervenciones la opción de percibir las contingencias del consumo y de la abstinencia de modo diferente, alterando respuestas posteriores (Forjan y otros, 2010).

Los principios básicos de la entrevistas motivacional (Miller y Rollnick, 2002) son:

- Expresar empatía mediante la escucha reflexiva.
- Fomentar la discrepancia, de modo que el paciente verbalice sus motivos de preocupación por el cambio.
- Trabajar las resistencias, sin confrontación.
- Reafirmar la capacidad para lograr el cambio.

Son una buena aproximación terapéutica, siendo no pocos quienes combinan aspectos de terapias motivacionales con terapia cognitivo-conductual. Sea cual sea su resultado, será más eficaz que el no-tratamiento, ofrece una elevada tasa de cumplimiento, favorece la participación y retención de pacientes en fases iniciales y está indicada en consumidores con mayor deterioro cognitivo.

2. Programas de manejo de contingencias

A través del aprendizaje y la búsqueda de refuerzos que compitan con la gratificación ofrecida por la conducta problemática o la droga. Se enmarcan en tratamientos psicológicos basados en la Terapia de Conducta, fundamentados en las leyes del aprendizaje derivadas del condicionamiento operante.

La evidencia científica ya ha demostrado el importante papel del reforzamiento (Secades-Villa y otros, 2008) tanto en la génesis como en el mantenimiento de los consumos y en la recuperación de las conductas adictivas. Los programas de manejo de contingencias se apoyan en reforzadores de la abstinencia de modo que sea incompatible el consumo así como con recompensas al realizar la conducta objetivo.

Condiciones para una aplicación acertada será:

- Que el paciente conozca qué conductas serán reforzadas, como, cuando y donde, así como las reglas de su aplicación.
- Protocolo riguroso y opción de comprobación por el terapeuta de que la conducta se realiza (analíticas, personas referentes, justificación de la actividad, etc.).
- Dificultad adecuada de la conducta seleccionada que compite con el consumo y favorece llegar a la abstinencia.
- Contigüidad temporal de la conducta diaria y su mantenimiento tras finalizar el programa.

Los tratamientos con procedimientos de manejo de contingencias han demostrado buenos resultados frente al abuso y dependencia de distintas sustancias. Los programas de reforzamiento comunitario -intervención cognitivo-conductual- junto a terapias de incentivo son un ejemplo de modelo de prevención de recaídas de usuarios de cocaína; las dosis de metadona para llevar al domicilio como reforzador de la abstinencia en adictos a opiáceos; o el uso de salario o cupones canjeables como reforzador de la abstinencia al opiáceo o a consumo de alcohol o tabaco; reembolso parcial del coste del tratamiento si no fuman o no beben... El uso del reforzamiento para la reducción del consumo ha demostrado su éxito (Ledgerwood, 2008) aunque no únicamente como recompensa final.

Finalmente señalar que el MC es un recurso útil para pacientes con alteraciones en las funciones ejecutivas y problemas en el control su propia conducta. Técnica eficaz para mantener la abstinencia inicial, facilitando otras intervenciones con pacientes resistentes y propiciar la recuperación de funciones neuropsicológicas (García Rodríguez y cols. 2011). Llega a ser un abordaje de primaria elección frente a la adición a diferentes sustancias ofreciendo el aumento de tasas de retención en el tratamiento y la abstinencia.

3. Estrategia cognitivo conductual

Posiblemente la orientación más utilizada sea la utilizada a través de terapias cognitivo conductuales o de los programas de prevención de recaídas.

- La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la integración de elementos de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Desarrolla estrategias para mejorar el control de la persona sobre sí misma, ayudando a anticiparse a los posibles problemas y a desarrollar medidas de afrontamiento.
- La Terapia de Prevención de Recaídas (TPR) es un programa cognitivo-conductual frente a la conducta adictiva, siendo estas notoriamente frecuentes. Modelo desarrollado en origen por Marlatt y Gordon (1985) y posteriormente actualizado por Witkiewitz y Marlatt (2004), relacionado con la capacidad para resistir “tentaciones” en el consumo o situaciones amenazadoras. Es otro programa de autocontrol para afrontar la recaída con diferentes procedimientos como la terapia cognitiva, entrenamiento en distintas habilidades de afrontamiento y el reequilibrio en el estilo de vida.

El entrenamiento incluye (Marlatt y Donovan, 2005):

- Entender la recaída como parte de un proceso.
- Identificar y afrontar las situaciones de riesgo.
- Afrontar impulsos y deseos de consumo.
- Desarrollar procedimientos de control de daños.
- Retomar el tratamiento tras la recaída.
- Avanzar en estilos de vida adecuados.

Todo ello con la implicación del paciente, asumiendo sus responsabilidades para el cambio y aprender nuevas habilidades y técnicas. En definitiva, la TPR combina actuaciones conductuales y cognitivas, haciendo hincapié en la autogestión, en una estrategia de mantenimiento para prevenir recaídas o para cambiar estilos de vida.

4. Intervenciones de terapias familiares

Son intervenciones conductuales basadas en la familia ya que está comprobado que su participación influye en el progreso del tratamiento.

Orientadas unas hacia la pareja y otras a la familia, con otros miembros de la misma, persiguen las habilidades de comunicación y el reforzamiento positivo de las relaciones familiares, modificando interacciones relacionadas con los consumos que ayuden en el proceso de cambio de sus conductas.

Comprobada que la colaboración de la familia facilita la información sobre el proceso de recuperación, estos enfoques terapéuticos conductuales, de familia o de pareja, son eficaces para reducir los consumos de sustancias así como para reducir otros problemas familiares y sociales, o la psicopatología acompañante (depresión, ansiedad, síntomas psicósomáticos...) de las personas allegadas al paciente.

Una limitación es la carencia frecuente en el entorno de los pacientes de familiares de interés o dispuestos a implicarse. Mayor dificultad aun si nos situamos en un marco institucional cerrado como ocurre en el medio penitenciario.

5. Abordaje psicodinámico

Haciendo una simplificación que no pretende ser abarcativa de la teoría psicodinámica en su totalidad, podríamos decir que desde el psicoanálisis una de las propuestas sería ayudar al ver al sujeto que está “sujetado” a la droga de qué manera las identificaciones que han participado a lo largo de su biografía en la estructuración de la personalidad, han dado lugar a que la droga “encaje”. Es decir, frente a otras perspectivas en las que el origen de la adicción es el consumo de sustancias y la droga es concebida como la causa de mal, se trata de intentar explorar los motivos psicológicos que han empujado a la persona al consumo de sustancias, de manera que se pueda modificar la dinámica psíquica subyacente.

Se considera que desconectar el fenómeno adictivo de la estructura subjetiva, los acontecimientos que han vivido a lo largo de su existencia, su contexto familiar, social, laboral, económico, etc. es fomentar una visión parcial del sujeto -reduciéndolo a un conjunto de neurotransmisores que determinarían todas sus conductas- que además no favorece la persona se responsabilice por sus prácticas adictivas sino más bien una actitud pasiva en el sentido de “el especialista curará mi cerebro alterado”.

6. Terapias grupales

La terapia de grupo permite resolver directamente en el grupo, las transferencias múltiples (la madre, padre, hermanos...), que experimentan los

pacientes, y que pueden explorarse simultáneamente. La terapia de grupo tiene la facultad de sacar inmediatamente las resistencias, pues se pide a los pacientes que expresen espontáneamente sus sentimientos.

La terapia de grupo es un terreno productivo para el análisis de las resistencias, que por otras razones no pueden aparecer en las sesiones individuales. Así, la terapia de grupo permite que aparezcan comportamientos que, de otro modo en las sesiones individuales no aparecerían.

Las terapias de grupo en adicciones tienen características muy particulares. En un principio, el paciente adicto se encuentra bajo la presión externa que procede de sus familiares, a veces presionados por los problemas de salud física relacionados con el consumo. El terapeuta se percata que muchos pacientes se encuentran en un estado mental caracterizado por sentimientos de culpa, vergüenza y depresión, o se están agresivos porque se les que les obliga a cumplir demandas que consideran injustas, desproporcionadas. El terapeuta grupal tiene que afrontar las dificultades de manejar a un paciente resistente.

La habilidad de tratar la adicción consiste en superar la negación y resistencia, que presentan la mayoría de los pacientes adictos. El terapeuta grupal no puede mantenerse al margen adoptando una postura de neutralidad; el tiempo, grado de dependencia de la sustancia y ausencia de motivación son factores que juegan en contra de la evolución de la terapia, a diferencia de los tratamientos habituales con pacientes no adictos. Se trata que los adictos perciban y comprendan la relación que hay entre sus dificultades actuales en la vida diaria y el consumo de alcohol o drogas. Cuando esto se ha logrado, se les debe transmitir las ventajas de nuevos estilos de vida.

No se debe comprometer la alianza terapéutica. Pero, cuando se trata de un grupo de pacientes adictos en las primeras etapas de la recuperación, que están intentando tomar decisiones sobre las drogas o el alcohol, se debe reconsiderar esta afirmación.

Una vez que se ha utilizado la disuasión del grupo para ayudar a que los pacientes adictos interioricen su responsabilidad sobre los consumos o la abstinencia, se debe llevar gradualmente al grupo a reconocer los factores internos que han contribuido a su propensión al consumo de drogas como fuente de gratificación y regulación efectiva.

Aplicación en el medio penitenciario

Todas estas terapias tienen aplicación en el medio penitenciario, ya sea en programas de deshabituación, como en programas de reducción de riesgos y daños.

La intervención en drogodependencias está recogida en la Instrucción 3/2011 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). En ella se incluyen una serie de actuaciones dirigidas tanto al control de la oferta, como al control de la demanda, incidiendo en la importancia de la coordinación entre las áreas de tratamiento, sanitaria y de seguridad de los centros penitenciarios, para una mejor optimización de los resultados. De este modo, las diversas intervenciones se estructuran en torno a la prevención, la asistencia (reducción de riesgos y daños, deshabituación, intervención sanitaria e intervención psicosocial) y la reincorporación social. Por tanto, programas educativos, de intercambio de jeringuillas, de mantenimiento con sustitutivos opiáceos (p. ej. metadona) y de deshabituación en modalidad Ambulatoria o de Centro de Día (pseudoambulatoria al realizarse en régimen ordinario o cerrado); deshabituación en Módulo Terapéutico, (modalidad característica del ámbito penitenciario, regulada en el art. 116-3 del Reglamento Penitenciario), constituyendo un tratamiento de tipo residencial y a caballo entre la intervención de un Centro de Día y una Comunidad Terapéutica, tomando aspectos de cada una de estas modalidades, que puede atender a un número considerable de pacientes, pero exigiéndose suficientes profesionales especializados para poder llevarlas a cabo, obteniéndose resultados bastante eficaces (García y Sánchez, 1999) de la que la institución ha abusado bastante y no siempre con los necesarios recursos ni con la dogmática y evidencia científicas requeridas; o modalidad de Comunidad Terapéuticas (regulada en el art. 115 del R.P. y en la que la Junta de Tratamiento asume funciones del Consejo de Dirección y de la Comisión Disciplinaria del establecimiento penitenciario). Por otra parte, y para dar sentido a todas las intervenciones sanitarias en las prisiones, el art. 208 del R.P. garantiza unas prestaciones medico-sanitarias, equivalentes a las dispensadas al resto de la población, teniendo derecho a la prestación farmacéutica, y dispensándose bien por medios propios de la Administración Penitenciaria, bien por los medios generales de la Administración Sanitaria.

Cuando los internos se encuentran en régimen abierto o de semilibertad (3er grado regulado en los art. 82 y 83 R.P.), cabe la posibilidad, siendo incluso más recomendable al ser más integrador, la utilización de los recursos comunitarios tanto específicos como inespecíficos, a través de los

diferentes dispositivos de los diversos planes regionales o municipales a los que los internos tendrían acceso como un ciudadano más, incluyéndose aquí lo posibilidad de utilización de las Comunidades Terapéuticas de la red pública asistencial en la modalidad de 3er grado Art. 182 R.P., constituyendo está una forma especial de cumplimiento de condenada., a la que se podrían asimilar la intervención en los Pisos de Apoyo al Tratamiento y Pisos de Reinserción.

Para el desarrollo y ejecución de esta diversidad de programas, técnicas y consiguientes actividades terapéuticas (ya sea en sentido estricto o en sentido amplio) se requiere la constitución de equipos técnicos especializados en los GAD's (Grupos de Atención a Drogodependientes) o en centros de toxicomanías o de atención a las conductas adictivas que, concebidos los trastornos por dependencia y abuso de sustancias, como trastornos que afectan a los ámbitos bio-psico-sociales, requieren equipos multi e inter-profesionales que posibiliten la aplicación de todas las acciones planificadas, para la consecución de los objetivos establecidos, con profesionales pertenecientes a la propia institución penitenciaria, profesionales de los diferentes planes de tratamientos de drogodependencias, así como profesionales de las diversas ONG's destacadas para estos programas penitenciarios.

Describe la Instrucción 3/2011, que en cada centro penitenciario, se establecerá un Plan de Intervención y una Comisión de Seguimiento, que será la responsable de la aprobación, coordinación en la ejecución y evaluación del conjunto de todas las actividades, que presidida por los Directores de los establecimientos, estarán compuestas por los Subdirectores y Responsables de cada área implicada.


Para finalizar, señalar que tanto la LOGP (Ley Orgánica General Penitenciaria) en los artículos que van del 59 al 72, como el R.P. en los artículos 110 a 112, así como el 208 relacionado con las prestaciones sanitarias, describen el tratamiento, los principios en los que está basado, las diferentes formas y modalidades, el carácter voluntario, pero sin lugar a dudas (y esto a nuestro modo de ver, no queda suficientemente reflejado en estos artículos) todas las intervenciones que se apliquen, por razones éticas y deontológicas, deberían estar incluidas entre aquellas que tengan suficiente apoyo y evidencia empírica, y a ser posible, en formatos de guía, lo que sin lugar a dudas incrementaría considerablemente la eficacia, eficiencia y efectividad en los resultados, sin olvidar el correspondiente consentimiento informado por parte del paciente antes de su aplicación.

No aplicar tratamientos adecuados, pertinentes a las necesidades y carencias de los pacientes, con la duración necesaria, al menos con la intensidad y magnitud suficiente, y con profesionales especializados, con formación y experiencia contrastada, puede suponer la cronificación de los pacientes, sobre todo en unos trastornos cuyo riesgo de recaídas es bastante elevado.

Bibliografía

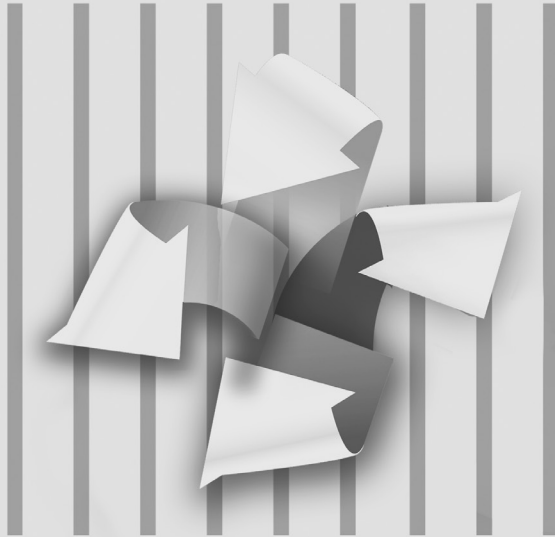
- Fernández Hermida JR, Carballo JL, Secades-Villa R, García Rodríguez O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo* 28 (1): 2-10.
- Frojan, M.X.; Alpañés, M.; Calero, A. y Vargas de la Cruz, I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*, 22, 556-561.
- García Rodríguez, O.; García-Fernández, G. y Secades Villa, R. (2011). Manejo de contingencias en el tratamiento de las adicciones. En Pedrero, E. (Coord.). *Neurociencia y Adicción*. Edita Sociedad Española de Toxicomanías (SET).
- García, J. (1999) *Drogodependencias y Justicia Penal*. Madrid: Ministerio de Justicia y Ministerio del Interior.
- Gifford, E. y Humphreys, K. (2007) The psychological science of addiction. *Addiction*, 102, 352-361.
- Korman, V. Y antes de la droga, ¿qué? Una introducción a la teoría psicoanalítica de la estructuración del sujeto. Colección Triburgo. Madrid, 2009.
- Ledgerwood, D.M. (2008). Contingency management for smoking cessation: where do we go from here? *Current drug abuse reviews*, 1 (3), 340-349.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/legislacion/LEY_ORGANICA_GENERAL_PENITENCIARIA_1979.pdf
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985) (Eds.) *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guildorf Press.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

- Pedrero, E. (Coord.) (2011). *Neurociencia y Adicción*. Edita Sociedad Española de Toxicomanías (SET).
- Prendengast, M.; Podus, D.; Finney, J.; Greenwell, L. y Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, 101(11), 1546-1560.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, de Reglamento Penitenciario. http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/legislacion/Reglamento_Penitenciario.pdf
- Secades Villa, R.; García-Rodríguez, O.; Higgins, S.T. (2008). Community Reinforcement Approach plus Vouchers for Cocaine Dependence in a Community Setting in Spain: six-month outcomes. *Journal of substance Abuse Treatment*, 34 202-207.
- SGIP: Instrucción 3/2011, Plan de intervención en materia de drogas en la institución penitenciaria. http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/I_03-2011.pdf
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G.A. (2007) *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*. London: Elsevier.



Manejo del adicto a drogas con conducta agresiva y/o violenta

Andrés Martínez Cordero, Iñaki Markez



Introducción

La violencia y la conducta agresiva no quedan contempladas en los manuales clasificatorios de enfermedades psiquiátricas como trastorno específico; ya que no constituye una entidad nosológica en sí misma, sino que forma parte de un complejo sintomático que acompaña a numerosos trastornos entre los que pueden encontrarse pacientes con abuso de sustancias, ya sea de forma exclusiva o formando parte de una patología dual (1).

Los comportamientos heteroagresivos, por tanto, no son patognomónicos de ningún trastorno psiquiátrico aunque se presenten asociados a algunos trastornos (tabla 1). La violencia se relaciona más bien con la consideración social de un tipo de conducta que recibe un juicio social rechazable.

Tabla 1. Trastornos asociados a conductas agresivas	
Esquizofrenia.	
Episodios maníacos.	
Trastorno Explosivo intermitente.	<ul style="list-style-type: none">- Trastorno por uso de Sustancias: alcohol, estimulantes, benzodiacepinas, esteroides...- Trastornos en la infancia y adolescencia: retraso mental, trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención, síndrome de Tourette, autismo, trastorno generalizado del desarrollo...- Demencias: enfermedad de Alzheimer, demencias vasculares, demencia de Pick, enfermedad de Huntington, Hidrocefalia, demencia asociada a Sida...
Trastornos de la Personalidad.	Antisocial, límite... Paranoide, narcisista...

Las agresiones, que están presentes en algunos trastornos de la personalidad, cuando acontecen sobre todo en el trastorno antisocial se expresan

con matices de crueldad en el trastorno límite (domina la impulsividad) y en todos ellos, existe un fondo de suspicacia o paranoide sobre los acontecimientos del entorno (2).

El consumo de sustancias tóxicas, sobre todo alcohol y estimulantes, se acompaña de manifestaciones agresivas.

En los trastornos psicóticos, en las esquizofrenias, las agresiones son más raras y cuando acontecen se deben a la ideación delirante que en ese momento guía la conducta de esa persona. Tampoco es raro encontrar expresiones violentas en fases maníacas de un trastorno bipolar, o en trastornos mentales orgánicos de etiología diversa, sea por lesión o por efecto tóxico.

Las conductas violentas por parte de los pacientes hacia los médicos que los atienden son cada vez más frecuentes. Van desde los reproches y los insultos hasta las agresiones físicas que pretenden hacer daño con intencionalidad.

A efectos epidemiológicos, aproximadamente un 10-15% de los pacientes ingresados en dispositivos psiquiátricos tienen conductas agresivas, vinculadas principalmente a diagnósticos de alcoholismo, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, trastornos mentales orgánicos y retraso mental. En el medio ambulatorio la incidencia es mucho menor, en torno al 2-4%. En el medio penitenciario, en cambio, las estimaciones apuntan a cifras muy superiores.

El tratamiento de las conductas agresivas, en algunas enfermedades psiquiátricas requiere por lo general del uso de psicofármacos. Los abordajes psicológicos en ocasiones pueden jugar un importante papel en el control de la agresividad que puede ser interesante considerar.

Cuando un sanitario atiende a un consumidor de sustancias que manifiesta una conducta agresiva, cabe pensar en dos posibilidades:

1. Que esa conducta esté desencadenada directamente por los consumos o privación. En este caso estamos ante una agitación psicomotriz.
2. Que aun tratándose de pacientes adictos a sustancias, esa conducta violenta no esté condicionada por los efectos de ninguna sustancia; es decir, que no tenga ninguna relación con la patología del paciente y se trate de una persona violenta per se.

Agitación psicomotriz

Es un síndrome inespecífico, de variada etiología, que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis...), ansiedad severa y pánico (3).

Clínicamente cursa con:

- Excitación mental y aumento desorganizado de la actividad motora.
- Alteraciones afectivas (ansiedad, irritabilidad y euforia) y del pensamiento (desinhibición, incoherencia).
- Alteraciones del nivel conciencia cuando la etiología es orgánica.

En cuanto a la etiología del síndrome de agitación psicomotriz motivado por consumo de alcohol y otras drogas, según apreciamos en la figura 1, quedaría englobado en las causas orgánicas tóxicas.

- Causas orgánicas.
 - Tóxicas.
 - Neurológicas.
 - Enf. Sistemicas.
- Causas no orgánicas.
 1. Psiquiátrica.
 - Psicótica.
 - No psicótica.
 2. Reactiva.
 - Reacciones de estrés agudo.

Figura 1. Clasificación etiológica de la agitación psicomotriz.

- Respecto al alcohol, se sabe que su consumo disminuye la inhibición de la conducta agresiva, su consumo crónico favorece la heteroagresividad, al igual que el síndrome de Korsakoff (4) y la abstinencia que puede llegar al Delirium Tremens cursan con un característico síndrome de agitación psicomotriz.

Miczek y col. (1994), achacan la génesis de la agresividad del alcohol a su acción sobre el receptor GABA-benzodiazepínico apoyándose en estudios experimentales con animales (5).

- La intoxicación por sustancias de abuso como las anfetaminas, la cocaína o los alucinógenos también pueden llevar al paciente a desarrollar una conducta agresiva (6).
- El consumo de opiáceos no suele causar conductas violentas, pero éstas si pueden aparecer cuando el paciente presenta un síndrome de abstinencia (7).
- Arseneault y cols. (2000), han descrito conductas violentas en consumidores de cannabis (8). A dosis bajas, tiene un efecto depresor, pero ante estímulos externos se produce excitabilidad e incluso respuestas violentas (9).
- En cuanto a las benzodiacepinas, entre sus efectos adversos se encuentran la desinhibición y las conductas agresivas, que suelen darse en individuos predispuestos y con altas dosis (10). Estos autores implican al sistema colinérgico central para explicar las reacciones de desinhibición, ya que han comprobado como la fisostigmina es capaz de revertirla.

Parece evidente que la conducta agresiva en consumidores de sustancias es más llamativa en aquellos sujetos que presentan patología dual (1). Así los pacientes esquizofrénicos desarrollan una mayor carga de agresividad cuando consumen alcohol, cannabis, cocaína y/o heroína. La dualidad esquizofrenia-alcoholismo ha demostrado una actividad violenta hasta 25,2 veces superior a la presentada en un grupo control de esquizofrénicos no alcohólicos (11).

Swart y cols. (1998), intentan explicar el aumento de la conducta violenta en los trastornos duales apoyándose en el hecho de que las sustancias de abuso desinhiben las conductas agresivas, a la vez que exacerbaban los síntomas agresivos (12). Por otra parte, la mala cumplimentación terapéutica descompensa al paciente, así como la búsqueda de la sustancia de abuso también aumenta los conflictos interpersonales; e incluso las sustancias legales como el tabaco ocasionan conflictos en su entorno.

Entrevista del paciente agresivo

Para Tardiff hay que dar prioridad a la propia seguridad personal (13). Evitar que existan objetos en la consulta que puedan ser utilizados como arma. Debemos avisar al equipo que se va a entrevistar a un paciente que puede tener comportamientos violentos, para ponerlo en alerta sobre la necesidad

de tener que realizar una intervención urgente. Hay que tener presente que el examinador puede inducir o evitar la violencia. Por tanto, nunca debemos examinar un paciente armado; debiendo en estos casos avisar a los servicios de seguridad o a la policía. Nunca se debe entrevistar a solas a un paciente que manifieste conductas agresivas. Debe estar presente por lo menos otra persona y nunca daremos la espalda a un paciente violento.

Debemos de hablar pausadamente y con actitud calmada. Cuando el paciente hable, mostraremos interés por lo que está diciendo. Nunca lo ignoraremos ni criticaremos. Mantendremos nuestras manos a la vista del paciente, para evitar sospechas por parte de este; a la vez que esto nos facilita poder reaccionar en caso necesario. Así mismo, evitaremos realizar movimientos bruscos o súbitos que puedan sobresaltar a nuestro interlocutor.

La entrevista la iniciaremos con temas neutrales y no referentes al comportamiento inadecuado del paciente. Además debemos mantenernos fuera del alcance de los golpes del paciente y nunca intentaremos tocarlo sin una justificación clara. Tampoco se deben realizar juicios de valor y se debe transmitir confianza y optimismo de cara a la resolución de sus problemas, dejando claro que podemos y que no podemos ofrecerle.

Existen una serie de señales, a las que habrá que estar atentos, que nos pueden indicar la inminente aparición de violencia en nuestro interlocutor: (14)

- Hablar más rápido.
- Subir el tono de voz.
- Ser sarcástico.
- Deambular.
- Negarse a tomar asiento.
- Señalar con el dedo.
- Apretar la mandíbula.
- Cerrar los puños y mostrarlos.
- Agitar el puño cerrado.
- Levantar el puño por encima del hombro.
- Golpear la palma de la mano con el puño.
- Asumir posición de ataque.
- Expandir el tórax y ensanchar los hombros.
- Buscar un objeto utilizable como arma.

La sala donde se realiza la entrevista, debe estar libre de objetos que puedan ser usados para agredir. Según apreciamos en las figuras 2 y 3, en la sala de consulta, debe existir una distribución adecuada del mobiliario dejando espacio suficiente entre paciente y médico. Lo ideal es que existan dos accesos diferentes a la habitación que nos permitan así una vía de salida en caso necesario.

Cuando la sala de consulta tenga una sola puerta, profesional y usuario se dispondrán de forma que no quede obstruida la vía de salida. Habrá que intentar colocarse siempre de manera vertical a la puerta.

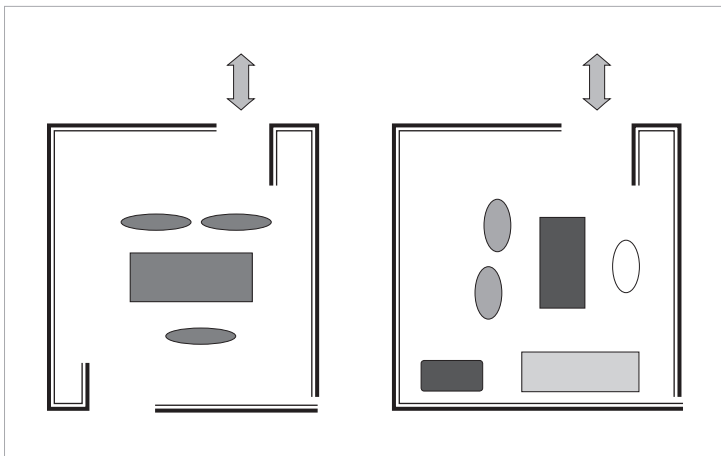


Figura 2 y 3. Salas de consulta con dos y con una puerta de acceso.

Comunicación verbal y no verbal

Las técnicas de contención verbal pretenden disminuir la hostilidad del paciente y prevenir posibles ataques al personal sanitario (14). Antes de iniciar la entrevista conviene recabar información sobre el paciente y el caso que nos ocupa. Nos colocaremos fuera de su alcance y procurando tener accesible una vía de escape.

Nos debemos dirigir al paciente en tono no amenazante, con seguridad y firmeza. Mostrando interés por su problema y preguntándole por cuestiones no relativas al cuadro actual, distrayendo así su atención.

No debe parecer que le hacemos frente. Nuestra postura corporal será de acercamiento, pero sin invadir su espacio vital, no tocándolo para que no se sienta amenazado. Estaremos sentados a la misma altura, con los brazos hacia delante sobre la mesa indicándole que le prestamos atención.

El tono de voz será suave, dejando hablar y escuchando. Hay que ser neutral y no provocador, aparentando calma y control.

Nuestro contacto ocular será mayor cuando escuchamos que cuando hablamos.

Podemos empezar con frases como: “Vamos a sentarnos a hablar de lo que pasa, de lo que necesita...”.

No debiendo entrar en una dinámica de provocaciones yendo al núcleo del problema y evitando quejas accesorias.

Le podemos señalar que su comportamiento interfiere en los demás. “Esta asustando a la gente con sus gritos”. Y sobre todo, nos mostraremos como dispuestos a ayudarlo.

Hay que hacer preguntas claras y sencillas y no confrontar al paciente.

Utilizaremos preguntas abiertas al principio para que nos explique el problema y seguiremos con preguntas cerradas para ir concretando y cerrando temas.

Una vez que hemos escuchado al paciente, estaremos en disposición de enunciar los problemas que hemos detectado y pasaremos a exponérselos en un lenguaje comprensible para él.

Realizaremos una propuesta de acuerdo para resolver su problema o parte del mismo. Habrá que informar al paciente de los pasos a seguir. Muchas veces no van a ser aceptados desde el principio, pero habrá que tratar de vencer su resistencia:

- Unas veces imponiéndose, diciendo que ésta es la mejor opción o culpabilizándolo de su problema al no haber seguido instrucciones previas.

- Si no funciona, utilizaremos la persuasión. Se trata de influir de una forma honesta y responsable para modificar hábitos del interno para que mejore su bienestar.
- En otros casos habrá que negociar. Al negociar, los acuerdos se respetan mejor y se consiguen más objetivos. La negociación tiene dos etapas:
 - Fase de diálogo en la que exploramos las creencias del paciente, realizamos una cesión real o parcial, para reconvertir sus ideas y reconducir por objetivos.
 - Fase de acuerdo. Si llegamos a ésto, nos aseguramos que el paciente va a cumplir lo pactado. Se puede establecer un doble pacto donde nosotros damos algo a cambio de algo. Podemos usar la técnica del paréntesis, que nos permite retrasar lo que nos pide en espera de resultados de analíticas o de otro tipo. Cuando en algo no podemos ceder, usaremos la técnica del disco rayado, diciendo: “eso no lo puedo hacer...” y no nos saca de ahí. También podemos transferir la responsabilidad hacia un especialista o un superior jerárquico. Y por último, si no se consigue nada, podemos decirle que no nos entendemos y que solicite que le designen otro médico.

Podemos recurrir a distintas técnicas que nos ayuden en la entrevista:

Clarificar: utilizar la clarificación cuando:

- Se necesita concretar la información aportada.
- Aclarar aspectos (verbales o no verbales) del discurso que hayan quedado poco claros o que sean ambiguos.
- También para cerrar un resumen.

Algunas expresiones de aclaración serían: “*¿Es correcto?*”; “*¿Estoy en lo cierto?*”.

Parfrasear: decir con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir. *Ejemplo: “Entonces, según veo, lo que pasaba es que...”, “¿Quieres decir que te sentiste...?”*

Emitir palabras de refuerzo o cumplidos: “Esto que dices es muy interesante” “Bien”, “umm” que transmiten el interés por la conversación.

Resumir: Cuando se necesita que la otra parte se centre en una parte del discurso.

Se detecta que la otra parte va muy acelerada, así se puede además de verificar y disminuir el ritmo.

- Se necesita unificar temas dispersos que van surgiendo a lo largo del resumen.

Ejemplo de expresiones de resumen puede ser: *“Si no te he entendido mal...”*. *“O sea, que lo que me estás diciendo es...”*.

En muchas ocasiones con el manejo verbal conseguimos reconducir a un paciente que presenta una conducta agresiva.

De ser necesario se recurrirá al personal de seguridad. Aunque esta medida debe valorarse ya que algunos pacientes se sienten intimidados y ayuda al control (sobre todo los alcohólicos), pero con otros pacientes puede resultar contraproducente.

Contención mecánica

La decisión para aplicar esta técnica la toma el médico y tiene unas indicaciones claras: (3).

- Prevenir lesiones propias o a terceros.
- Prevenir disrupciones terapéuticas (arrancarse vías o sondas...).
- Evitar daños a profesionales y al mobiliario.
- Cuando lo solicite el propio paciente y esté indicado.
- Cuando sea en contra de la voluntad del paciente, se realizará con autorización judicial.
- No se trata de un castigo.

La forma de realizar la contención es la siguiente: (13).

Se le comunicará al paciente que se le va a reducir y de forma ideal actuarán cuatro o cinco personas. Cuando esté distraído actuarán todos a la vez. Cada persona sujetará una extremidad y otro sujetará la cabeza; colocando al sujeto de espaldas al suelo, en decúbito supino con la cabeza de lado y lejos del mobiliario (figuras 4 y 5).

No se deben colocar las rodillas sobre el paciente, para no causarle daños y se le registrará retirando todos los objetos peligrosos como puedan ser mecheros, agujas, tóxicos, etc.

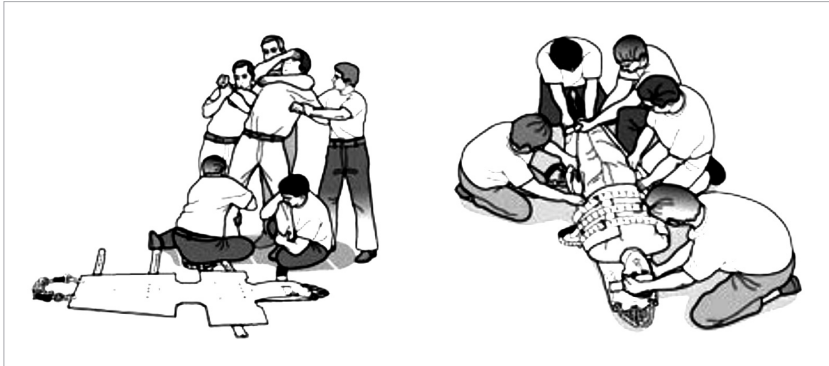


Figura 4 y 5. Realización de una contención mecánica.

La sujeción mecánica de un paciente se realizara con correas homologadas, en una cama fija al suelo y deberá estar indicada por un médico. Posteriormente requerirá: (15).

- Supervisión médica cada 8 horas, al menos.
- Supervisión por enfermería cada quince minutos la primera hora y después cada dos horas.
- Toma de constantes cada ocho horas o cuando ordene el médico.
- Asearlo cuando sea necesario.
- Proporcionarle las comidas necesarias, sin cubiertos. Los alimentos serán líquidos.
- El paciente debe ser liberado muy gradualmente de las medidas de contención.
- Hacerlo constar toda la información en la historia clínica.
- Explicar al paciente y familia que no son medidas punitivas.

Tratamiento

¿Existen tratamientos psicológicos?

No se ha demostrado hasta el presente la eficacia de modo controlado de las técnicas psicológicas. Mencionaremos algunas técnicas y contenidos, aunque seguidamente nos detendremos en aspectos prácticos.

- El castigo mediante técnicas conductuales es controvertido. Cierta refuerzo negativo parece reducir las conductas antisociales, pero también el castigo puede potenciarlas a través del resentimiento y la errónea justificación de su proceder como reacción al mismo.
- Las técnicas cognitivas tratan de introducir contenidos incompatibles con la acción violenta, por ejemplo la percepción del sufrimiento de la víctima, negado o ignorado por la persona psicopática.
- Hay quienes a través de contenidos humorísticos, o de culpa, o eróticos pretenden la sustitución del impulso agresivo.
- Entrenamiento en habilidades sociales, como su contrario a la dificultad o incapacidad para la comunicación efectiva. Ante esto anticipa la ira en el contacto social.
- La catarsis emocional para liberar impulsos contenidos frente a situaciones hostiles.

En definitiva, pueden darse pasos en el entrenamiento en diferentes modos de expresión de las necesidades, de las capacidades de negociación y diálogo, en la tolerancia o afrontamiento de la frustración.

No existen tratamientos farmacológicos específicos para tratar la agresividad. En la práctica se hace uso de fármacos antipsicóticos, hipnóticos y benzodiazepinas, entre otros. Como anteriormente se han utilizado ampliamente los anticonvulsivantes entre pacientes agresivos patológicamente: la carbamacepina que podía controlar conductas disruptivas en trastornos de personalidad; el ácido valproico, implicado en la reducción de reacciones agresivas irritativas en TLP; la sales de litio en conductas impulsivas y agresivas en TP o en otras personas violentas.

Vamos a diferenciar por una parte el tratamiento de urgencia de una conducta violenta y de otra el tratamiento a largo plazo para prevenir futuras conductas agresivas (1).

Está claro que habrá que tratar la intoxicación o el síndrome de abstinencia a la sustancia en cuestión si la hubiere y por otra parte será necesario recurrir a una contención farmacológica. A largo plazo habrá que tratar la adicción y la agresividad con psicoterapia y farmacológicamente.

Contención farmacológica

El fármaco que utilicemos deberá tener estas características: (3).

- Rapidez en el inicio de la acción.
- Admón. v.o e i.m; siendo la vía oral de elección.
- Duración de acción no prolongada.
- Ausencia de metabolitos activos y de acumulación del fármaco.
- Bajo riesgo de aparición de efectos adversos importantes.
- Pocas contraindicaciones.

Según se aprecia en la figura 4 contamos con benzodiazepinas, antipsicóticos o la suma de ambos para estos tratamientos.

- **BENZODIAZEPINAS (BZD):**
 - Lorazepam v.o: 0,5-2 mg.
 - Diazepam: 5-10 mg.
 - Clorazepato dipotásico: 25-50 mg/día.
 - Flunitrazepam: 2-4 mg, vía i.m.
 - Midazolam: 1-15 mg, vía i.m.
- **ANTIPSIKÓTICOS (AP):**
 - AP típicos:
 - Haloperidol: 5-10 mg, vía i.m.
 - Clorpromacina: 25-50 mg, vía i.m.
 - Zuclopentixol: en forma de Acetato (Clopixol o Cisordinol Acufase).
 - AP atípicos:
 - Olanzapina: i.m. y vía oral.
 - Risperidona: 3-6 mg, v.o.
 - Ziprasidona i.m: 20-80 mg.
- **ANTIPSIKÓTICOS + BENZODIAZEPINAS.**

Figura 6. Fármacos útiles en la contención de la agresividad.

El plan global de tratamiento ante pacientes agresivos bajo efectos de drogas de abuso debe seguir para una sistemática cronológica: (16).

1. Primero trataremos las complicaciones con riesgo vital, ya sea cuando se asocia a intoxicación o sobredosis o a un síndrome de abstinencia como pueda ser el delirium tremens.

2. Después habrá que decidir si el paciente debe ser ingresado en hospital o puede ser seguido de forma ambulatoria.
3. En tercer lugar nos plantearemos conseguir y mantener la abstinencia a drogas, incluyendo al paciente en un programa específico como pueda ser un mantenimiento con metadona.
4. Mantener tratamiento con psicofármacos y derivar al psiquiatra para evaluar si existe o no patología mental.

Contención farmacológica en situaciones especiales:

- Gestante:
 - Antipsicóticos: de elección, Haloperidol.
 - Benzodiazepinas deben evitarse. Si se utilizan, usar las de vida media corta (lorazepam).
- Cuadros sindrómicos confusionales:
 - Son de elección los antipsicóticos y evitar las BZD.
- Demencia senil, demencia-SIDA:
 - Risperidona: 2-6 mg v.o. ; Olanzapina: 5-20 mg v.o.; Quetiapina: 100-200 mg.
- Delirium:
 - Tratamiento etiológico.
 - Delirium con agitación: Tiapride.
 - Delirium tremens: Diazepam iv, 5-10 mgr continuando con 5 mgr cada 5 o 10 minutos hasta la sedación.

El uso de benzodiazepinas frente a la agresión es controvertido a pesar de su elevada utilización. El efecto sedante es antiagresivo habitualmente pero en algunos casos puede haber reacciones paradójicas con desinhibición y creciente agresividad.

Alcohol

- Un cuadro de agresividad secundario a intoxicación alcohólica, puede ser tratado con Valium 5 ó 10 mg o bien con Tranxilium 25 ó 50 mg por vía oral. En caso de ser necesaria la vía parenteral podemos administrar 1 ó 2 ampollas de Tiaprizal.
- Si se trata de una privación alcohólica moderada pautaremos BDZ como Tranxilium 25-50 mg o Valium 10-20 mg por vía oral, repitiendo si es

preciso a las dos horas. Asociamos Clormetiazol (Distraneurine) 2-3 capsulas tres veces al día para reducir dosis progresivamente en varios días.

- En casos graves de agitación y/o delirium tremens, se usará Clormetiazol en suero fisiológico por vía venosa. También estará indicado el Tiaprizal 200 mg de inicio y 600 mg en otras tres tomas.
- Para prevenir la encefalopatía de Wernicke administraremos 100 mg IM de Benerva.

Opiáceos

- La agitación en relación con los opiáceos se puede dar en el síndrome de abstinencia. Para ello, han demostrado eficacia el Tranxilium 25-50 mg IM seguidos de 100-200 mg día. También es útil un neuróléptico como el Sinogan 25 mg 2 veces al día mas clonidina 1-3 compr/día.

Benzodiacepinas

- En el caso de Bzd., la intoxicación requiere del tratamiento con un antagonista, el Flumacencil por vía parenteral.
- En la privación pueden surgir conductas violentas secundarias a la ansiedad y el malestar orgánico; siendo preciso reintroducir las Bzd hasta estabilizar al paciente para más adelante realizar una supresión paulatina.

Cocaína

- Los cuadros de agitación por intoxicación de cocaína o por anfetaminas, serán tratados con Valium 5-10 mg vía oral o Haloperidol 5 mg IM, siendo remitidos los casos más graves para ingreso hospitalario.

LSD o drogas de síntesis

- Los cuadros de agitación por LSD o por drogas de diseño, también se trataran con Valium 10-20 mg o con Haloperidol 5 mg Vía IM.

La mejora de conductas agresivas se ve acompañada de la mejora global del estado de ánimo y de la situación emocional.

Conclusiones

El manejo de estos pacientes que manifiestan una conducta agresiva durante el trascurso de la asistencia sanitaria, viene dado por:

- La comprensión de que esa conducta tiene relación con determinados consumos, ya sea porque favorecen la agresividad o porque la incrementan en sujetos con trastornos de personalidad.
- La adquisición de habilidades por parte del profesional sanitario, puede ayudar a aminorar las conductas violentas de sus pacientes.
- Es necesario desarrollar de protocolos de actuación ante pacientes violentos en aquellos servicios que atienden a estos colectivos.

Bibliografía

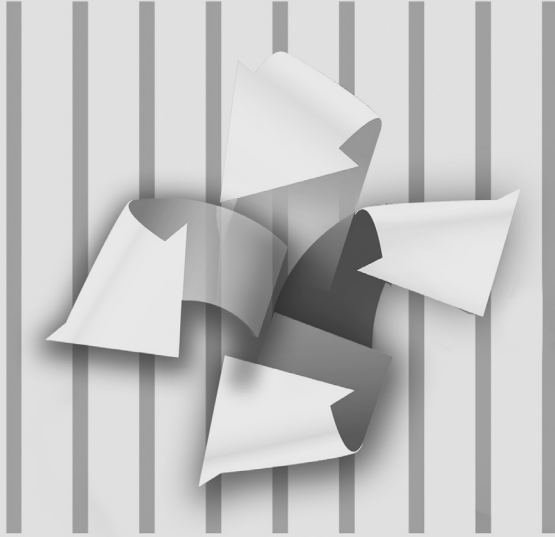
1. López-Muñoz E. Rubio G. Alamo C. Cuenca E. (2000) *Tratamiento farmacológico de la agresividad y la violencia en población consumidora de drogas de abuso y en pacientes con trastorno dual*. En: Rubio C. y col. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Edit Panamericana. Madrid.
2. Gunderson, GJ. (1984) *Borderline personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC.
3. Rubio G. Zarco J. Gimeno D. Fontana M. Bardón B. Gómez G. (2005) *Manejo de pacientes difíciles: paciente agitado y pacientes con riesgo suicida*. Edit. Entheos SL. Madrid.
4. Lau MA. Pihl RO. Peterson JB. (1995) Provocation acute alcohol intoxication, cognitive performance and aggression. *J Abnormal Psychology*; 104:150-5.
5. Miczek KA. Weerts E. Haney M. Tidey J. (1994) Neurobiological mechanisms controlling aggression: preclinical developments for pharmacotherapeutic interventions. *Neurosci biobehav Rev.*, 18:97-110.
6. Nurco DN. Ball JC. Shaffer JW. y cols. (1985) The criminality of narcotic addicts. *J Nerv Dis*, 173:94-102.
7. Blumstein A. (1995) Youth violence, guns, and the illicit-drug industry. *J Crim Law Criminol*, 86:10-36.

8. Arseneault L. Moffitt TE. Caspi A. y cols. (2000) Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 979-86.
9. Leza JC. Lorenzo P. (2000) Efectos farmacológicos de los cannabinoides. *Adicciones*, vol. 12 sup 2:109-116.
10. Van der Bijl P. Roelofse JA. (1991) Disinibitory reactions to benzodiazepines: a review. *J Oral Maxillofac Surg*, 49:519-23.
11. Räsänen P. Tiihonen J. Isohanni M. y cols. (1998) Schizophrenia, alcohol abuse and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull*, 24:437-41.
12. Swartz MS. Swanson JW. Hiday VA. y cols. (1998) Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33:S75-S80.
13. Tardiff K J. (1989) *Violencia*. En: Talbott JA. Hales RE. Yudofsky SC. *Tratado de psiquiatría*. Ancora SA. Barcelona.
14. Rodríguez-Pulido F. Montesdeoca D. (1994) *Manejo y tratamiento clínico del paciente violento*. En: Delgado S. y cols. *Psiquiatría legal y forense*. Edit. Colex Madrid; Vol. II 935-939.
15. Ramos Brieva, J.A. (1999) “*Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento*”. Edit. Masson.
16. San L. Torrens M. *Tratamiento de las psicosis inducidas por drogas*. En: Rubio C. y col. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Edit. Panamericana. Madrid, 2002.



Aspectos ético-legales de la intervención en delincuentes drogodependientes

Luis Fernando Barrios Flores



1. Introducción

Todo programa de desintoxicación/deshabitación ha de respetar, en su implementación, unos principios éticos, cualquiera que sea el entorno en el que se lleva a cabo. Por otra parte, el tratamiento de las adicciones, ya de por sí complejo y difícil, se enfrenta a dificultades sobreañadidas en el medio penitenciario, que es preciso tener en consideración, ya que “el cumplimiento de una pena privativa de libertad puede llegar a producir efectos devastadores sobre la persona del condenado, sin que, por otra parte, se alcancen las pretendidas metas socializadoras” (1). Efectivamente, los efectos psicológicos -negativos- del encarcelamiento son incuestionables (2). Como luego se verá, la crítica a la institución carcelaria es coetánea a la aparición de la misma.

Además, como en su día afirmó Ruiz Ogara, siendo deseable eliminar toda intervención judicial o legal en el tratamiento y deshabitación a las drogas, ello puede hacerse solamente “si es posible” (3). Y este loable deseo ha de cohonestarse con la afirmación de la Exposición de Motivos de la LOGP: “Las prisiones son un mal necesario”. Precisamente por ello, nuestro ordenamiento jurídico contempla una serie de instrumentos, en forma de alternativas al ingreso en prisión o a la permanencia en la institución penitenciaria de drogodependientes, a fin de facilitar un tratamiento idóneo en un medio más adecuado.

No siendo esto último siempre posible, en las últimas décadas proliferan en España y allende nuestras fronteras (4), iniciativas para instaurar programas de intervención en el propio medio penitenciario.

De todo ello se hará referencia en las siguientes páginas. Indicar previamente que un aspecto nada desdeñable, la incidencia que tiene el consumo de drogas -de cada tipo de droga en particular, incluido el alcohol- en la imputabilidad del sujeto que comete una infracción penal no será objeto

de nuestra atención, por lo que sobre esta cuestión nos remitimos a los estudios específicos existentes (5-8).

2. Principios éticos de intervención en drogodependencias

2.1. Aplicación de los principios bioéticos fundamentales

El mundo de la drogadicción y del tratamiento rehabilitador plantea importantes dilemas éticos (9-10). No hay mayor inconveniente en extrapolar los clásicos principios de la bioética (11) al ámbito del tratamiento de las adicciones, en general (12) y también en particular en el caso de los programas sustitutivos de opiáceos (13).

- a. Principio de no maleficencia. Tiene sus raíces en el “*primun non nocere*” hipocrático y consiste en no causar un mal con la intervención terapéutica. Implica la adopción por los profesionales asistenciales de buenas prácticas clínicas. Para ello es necesaria la existencia de una indicación terapéutica, la adecuada formación del personal asistencial y un criterio prudencial. Es decir, es preciso ponderar riesgos (14), respetando el principio de precaución (15).
- b. Principio de beneficencia. Se refiere “a la obligación moral de actuar en beneficio de otros”, englobando dos subprincipios: el de beneficencia positiva (que requiere aporte de beneficios) y el de utilidad (que exige que beneficios e inconvenientes estén equilibrados) (11). La beneficencia en general, se justifica frecuentemente en base a la reciprocidad, característica de la vida social, aunque haya de tenerse también en consideración razones de filantropía, altruismo y compromiso personal. Ahora bien, existe también una “beneficencia específica”, la cual tiene su justificación en la existencia de relaciones morales especiales, por ejemplo de vínculos institucionales (11). Tal sería, a mi entender, el caso de los reclusos. Se traduce, por ejemplo, en el deber que tiene la institución penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de los internos (art. 3.4 LOGP); lo cual se refuerza, en el específico campo sanitario, con la garantía “a todos los internos sin excepción” de una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población (art. 208.1 RP). Precisamente por ello, hace tiempo defendí que en el ámbito penitenciario, junto a la “relación de especial sujeción” -que se ha llevado a límites, a mi entender abusivos (por ej. alimentación o medicación forzosa de internos)- coexiste una “relación de especial protección” (16-17).

Es compatible la opinión de Slote, para quien “una persona tiene la obligación de prevenir el mal o el daño grave cuando puede hacerlo sin interferir gravemente con el propio modo o estilo de vida y sin causar perjuicios por comisión” (18). Respeto al estilo o modo de vida, que está relacionado, como habrá de suponerse, con el principio de autonomía.

Existe un generalizado consenso en la actualidad sobre el uso de drogas con fines terapéuticos (19).

- c. Principio de autonomía. Supone respetar la libertad de otro para decidir. Lo analizaremos más extensamente en el siguiente epígrafe.
- d. Principio de justicia. Tiene por fin reducir las desigualdades existentes, proporcionando a todos los sujetos las mismas oportunidades. En este sentido Daniels (20) extendió al campo de la salud las conclusiones de la teoría de la justicia de Rawls (21), defendiendo que el sistema de salud debe proporcionar a todos y cada uno un “mínimo nivel decente de salud” que el denomina “funcionamiento normal de la especie”.

En el caso concreto de los programas de sustitución para dependientes a opiáceos, entendemos que es de inevitable referencia el documento elaborado por un panel de acreditados expertos en 1999 (22). Concluyeron recomendando, en síntesis, que:

- Los tratamientos de sustitución constituyen una alternativa terapéutica, tanto para el tratamiento de las drogodependencias como para la reducción de daños. Por ello, su rechazo absoluto e indiscriminado es técnicamente incorrecto y éticamente inadecuado e imprudente.
- La eficacia de estos tratamientos ha de valorarse primordialmente por los beneficios que aporte al dependiente (requiriéndose en todo caso consentimiento informado y voluntario del mismo); secundariamente, puede generar beneficios sociales, aunque éstos no pueden anular el respeto a los derechos humanos del drogodependiente.
- La instrumentación de los programas no ha de limitarse a la mera dispensación de la droga sustitutiva, sino que ha de ir acompañada de medidas psicológicas, sociales y de apoyo.
- Es pertinente la individualización de estos programas.
- Para alcanzar los objetivos propuestos de los mismos ha de proveerse de la suficiente dotación de personal, servicios y medios.

- Es precisa la evaluación y reevaluación más completa posible de los programas, teniendo para ello en cuenta no sólo el cumplimiento de los objetivos propuestos sino, también, el impacto y los efectos indeseables posibles sobre los implicados, sobre el entorno y sobre terceras partes afectadas.
- Nunca puede existir, en la implementación de estos programas, intención sancionadora de cara al sujeto concernido, debiendo atenderse a la defensa de los intereses del bien común.
- Los programas sustitutivos constituyen una prioridad preventiva y terapéutica de primer orden, y ello aunque no existieran problemas asociados con el VIH/SIDA, ya que en sí tampoco constituyen la solución definitiva de éstos, ni -en general- de la drogodependencia.

2.2. Referencia especial a la voluntariedad del tratamiento

Reputados autores, como Beauchamp y Childress, recalcan que la obligación de respeto a la autonomía no incluye a las personas no autónomas, entre las que ellos incluyen a los suicidas irracionales y a los drogadictos (11). No comparto incluir a esta última categoría de sujetos en el colectivo de personas sobre las que está justificada una intervención paternalista. Pues, como afirma Engelhardt, el paternalismo sólo se justifica con el incompetente o en casos de paternalismo fiduciario (explícito o implícito, según conste de forma expresa o presunta la voluntad de delegar la decisión en un tercero). Sin embargo, una intervención en drogodependientes sin contar con su voluntad, entiendo que caería de lleno en el “paternalismo fuerte” o “paternalismo de lo que más conviene”, el cual en principio es reprobable (23).

Comparto, en suma la posición defendida por Tomás-Valiente, cuando afirma que la desintoxicación forzosa no es admisible en base a los siguientes argumentos (24):

- Por un lado, porque tal intervención sería constitutiva de un paternalismo *fuerte* injustificado por ser lesivo del derecho a la autonomía de los afectados. Y es que, aunque la adicción pueda convertir al sujeto en no autónomo respecto a la decisión de consumir drogas (con lo que faltaría la “autonomía de primer orden”), sin embargo el individuo sí mantiene su autonomía en un plano superior (“autonomía de segundo orden”) pues en lugar de requerir la ayuda necesaria para desintoxicarse, libremente opta por seguir consumiendo la sustancia dañosa de

acuerdo a su orden de preferencias o plan de vida. En este sentido la imposición de un modo de vida “sano” o “correcto” sería el ejercicio de un perfeccionismo coercitivo incompatible con un Estado liberal.

- Por otro, es cierto que determinadas drogas pueden llegar a dañar seriamente las capacidades del drogodependiente, que ya no dispondría de un suficiente grado de autonomía. Sería esta una situación “rayana en la incompetencia”. Ahora bien, afirma Tomás-Valiente, aún en estas situaciones la intervención paternalista está constreñida a la debida proporcionalidad. Y en el caso concreto, el tratamiento forzoso de deshabitación supondría la privación de múltiples derechos fundamentales, lo que aconseja no admitir la legitimidad de tal intervención.

Junto a esta argumentación a favor de la voluntariedad del tratamiento de deshabitación ha de tenerse en cuenta que este tipo de intervenciones en la práctica son ineficaces si no concurre tal elemento de voluntariedad.

Además, a mayor abundamiento, el tratamiento penitenciario es voluntario. Ha de prevenirse pues frente a la tentación de seguir en los programas de tratamiento penitenciario el modelo médico “clásico” (paternalista), por fortuna ya superado, en el cual al centrarse la intervención sobre el cuerpo (medicina física), la cooperación del paciente -aunque deseable- no siempre es necesaria. Por el contrario, el tratamiento psicológico -uno de los componentes básicos de un programa de deshabitación- requiere la voluntariedad del sujeto concernido (25).

Es verdad que el art. 61 no recoge expresamente la voluntariedad del tratamiento penitenciario (se limita a indicar que debe fomentarse la participación del interno en su planificación y ejecución). Hubiera sido loable que se hubiera incorporado expresamente la necesidad de consentimiento del recluso para el tratamiento (26). De hecho, durante la tramitación de la LOGP, y en relación con el art. 61, se presentó una enmienda por parte del Grupo Parlamentario *Socialistes de Catalunya*, en relación con el párrafo 1 del precepto, donde se pedía la supresión del apartado razonando que ningún tratamiento, por su misma naturaleza, podía ser impuesto al interno. Enmienda que fue rechazada (27).

Sin embargo, Mapelli recuerda que la doctrina es unánime al considerar que “la propia naturaleza del tratamiento por la particularidad de sus fines hace inimaginable su realización sin contar con el consentimiento del interesado”, y además a la vista de la LOGP “no se trata sólo de aceptar sino

de procurar un consentimiento activo, lo que convierte al cliente en sujeto dinámico y no en mero objeto de las actividades terapéuticas” (26). Como afirmó Roxin “hasta la mejor terapia carece de sentido si el condenado no la acepta. Los esfuerzos terapéuticos sólo pueden tener éxito si el recluso coopera voluntariamente en el desarrollo resocializador de su voluntad (28). En la misma definición de tratamiento penitenciario, Colmenero introduce la idea de voluntariedad: “el tratamiento es el conjunto de medidas aplicadas individualmente sobre el penado, aceptadas voluntariamente por éste, que sin vulnerar los derechos no restringidos de la condena, pretende lograr la reeducación y resocialización del preso” (29).

Entiendo que la voluntariedad es compatible con que el recluso se someta a un tratamiento de deshabituación impulsado por la búsqueda de beneficios penitenciarios. Al fin y al cabo, es socialmente admisible (y está generalizado) que un sujeto actúe motivado por la búsqueda de beneficios (por ejemplo, el trabajo, por lo general, se realiza por la compensación económica que comporta; hasta las acciones altruistas tienen su compensación en razones morales, religiosas, de satisfacción personal...). La búsqueda de beneficios por el recluso, por consiguiente, es perfectamente legítima. Ahora bien, ello también es compatible, con que los profesionales que intervienen en un programa de deshabituación tengan entre sus tareas introducir en el recluso otras motivaciones que vayan más allá de la mera búsqueda de beneficios penitenciarios.

3. Alternativas al ingreso en prisión para drogodependientes

A partir de los años setenta del siglo pasado, precisamente como resultado de la resurgir crítico a la institución carcelaria, proliferan las propuestas alternativas a la prisión (30).

3.1. Ingreso en centro sustitutivo de la prisión provisional

La prisión provisional sólo puede adoptarse cuando “objetivamente sea necesaria” (art. 502 Ley de Enjuiciamiento Criminal, en adelante LECrim). Por ello exclusivamente es admisible cuando concurren los requisitos enumerados en el art. 503 LECrim: a) existencia de delitos penados al menos con dos años prisión (o incluso menos cuando consten antecedentes penales por delitos dolosos), b) existencia de motivos bastantes para creer

responsable de los mismos a un determinado sujeto y c) que se persiga como fin: evitar el riesgo de fuga, evitar el peligro de ocultación, alteración o destrucción de pruebas o evitar que el imputado actúe contra bienes jurídicos de la víctima.

Sin embargo, la LECrim contempla la posibilidad de sustituir la medida cautelar de prisión provisional cuando, encontrándose el imputado sometido a tratamiento de desintoxicación o deshabituación, el ingreso en prisión “pudiera frustrar del resultado de dicho tratamiento. La alternativa, que ha decidir el Juez o Tribunal competente en la causa, es el “ingreso en un centro oficial o de una organización legalmente reconocida para continuación del tratamiento, siempre que los hechos objeto del procedimiento sean anteriores a su inicio”. De adoptarse esta decisión, el imputado no podrá salir del centro sin la correspondiente autorización judicial (art. 508.2 LECrim).

3.2. Suspensión de la ejecución de la pena

Celebrado el juicio, tanto en el caso de que imputado haya permanecido en situación de prisión provisional, como en el supuesto de que se hubiera beneficiado de la referida sustitución de ésta por la medida de ingreso en un centro u organización, el Juez o Tribunal, previa audiencia de las partes, puede acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a cinco años, cuando se cumplan las siguientes condiciones (art. 87 Código Penal, en adelante CP) (31-43):

- a. Hubieran cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia a bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos (en relación con el art. 20.2º CP). Parte de la doctrina aboga por hacer una interpretación amplia de este requisito que permita acoger al mayor número de drogodependientes (31, 35, 40). Dicho hecho delictivo ha de tener la categoría de delito, no siendo aplicable la suspensión a las faltas (37). No es preciso que en la sentencia condenatoria conste expresamente la eximente incompleta o la atenuante analógica de drogadicción (STS 2ª, 28.3.2000) (41), lo cual permitirá que se aplique la suspensión a supuestos en los que la situación de dependencia se descubran con posterioridad a la sentencia (37), aunque parte de la doctrina defiende lo contrario (31, 44). En la práctica, habrá que reconocer que de no constar en sentencia la condición de drogodependiente será de difícil aplicación la suspensión de la ejecución (37, 40).

- b. Se certifique suficientemente por centro o servicio público o privado acreditado u homologado - La homologación no plantea, en principio, mayor problema, ya que requiere un acto administrativo previo al efecto; mayores dificultades conlleva la concreción de centro acreditado por la posible indeterminación del mismo - (45), que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión. Parece razonable entender que la homologación requiere una intervención administrativa, que no tiene por que darse en el caso de la acreditación (37). La acreditación del estado del condenado puede incluso ponerse de manifiesto durante el recurso o en el período de ejecución de sentencia (38). Pero, el gran problema, como habrá de suponerse es el escaso número de centros públicos para drogodependientes, lo que lleva a algún autor a propugnar que el ofrecimiento voluntario del condenado para asistir a un centro de deshabitación, aunque esté a la espera de plaza vacante, sería suficiente para la aplicación de la suspensión (40).
- c. Se recabe por el Juez o Tribunal, en todo caso, informe del médico forense sobre los extremos anteriores.
- d. Que el condenado no delinca en el período señalado en la decisión judicial (de tres a cinco años).

Obsérvese en este punto, que el tratamiento del adicto es considerablemente más favorable que en los supuestos generales de suspensión de la ejecución, ya que puede ser reincidente y las penas pueden superar los dos años que, con carácter general, se exigen para no adictos (art. 81.1^a y 2^a CP). Al mismo tiempo indicar que, como también con carácter general acontece, no es requisito imprescindible que el penado haya satisfecho sus responsabilidades civiles, ya que cabe la posibilidad de que el Juez o Tribunal -oídos los interesados y el Ministerio Fiscal- puede declarar “la imposibilidad total o parcial de que el condenado haga frente a las mismas” (art. 81.3^a CP). En cualquier caso, como la doctrina señaló, de existir alguna rigidez en la exigencia del requisito de satisfacción de las responsabilidades civiles, podría resentirse el principio de igualdad en perjuicio de los económicamente más desfavorecidos (31, 46-47).

La adopción de la medida de suspensión tiene carácter potestativo y es susceptible de ser aplicada a cualquier tipo de delito (33). El órgano jurisdiccional en el momento de tomar la decisión tendrá en cuenta la situación personal del delincuente, las características del hecho y la duración de la pena (31).

De concederse la suspensión de la ejecución, siendo requisito imprescindible que haya recaído sentencia firme condenatoria (31), ésta se encuentra condicionada en un doble sentido (art. 87.4 CP):

- a. Que el condenado no delinca en el período señalado en la decisión judicial (de tres a cinco años).
- b. Que, en el caso de estar sometido a tratamiento de deshabituación, no abandone el mismo hasta su finalización; a cuyos efectos, los centros o servicios responsables de dicho tratamiento han de facilitar al órgano judicial, en los plazos que éste señale, proponiendo Poza que el plazo de tres meses a que se refiere el art. 83.2 CP pudiera servir de orientación al respecto (37). Aunque, a la vez, deberán informar los servicios sociales de la Administración Penitenciaria (art. Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo). Añadir que el abandono de un programa y el inicio de otro no debería, en principio, ser causa de revocación de la suspensión, a cuyo efecto parece pertinente que los especialistas a cargo del tratamiento lo motiven suficientemente (38).

El condicionamiento, como puede comprobarse, es muy similar a la institución de la *probation* del mundo anglosajón o de la *sursis* franco-belga, extendida con formulaciones bastante parecidas en varios ordenamientos europeos (40, 48).

Dicho condicionamiento conlleva que, en caso de incumplimiento por el afectado, se produzca la revocación de la suspensión de la ejecución (art. 87.5, pfo. 1º CP) (33), lo que ha sido criticado por algún autor, al considerar que la revocación del beneficio atenta al principio de dignidad en la ejecución de la pena, el cual prohíbe la instrumentalización de las personas a través de aquella, además de lo cual estaría reñida con las recomendaciones técnicas que aconsejan no aplicar tratamientos impuestos a través de la amenaza penal (49).

En cuanto a la determinación del órgano judicial que lleva a cabo el control del cumplimiento de las condiciones, aunque de la lectura del precepto cabe concluir que será el órgano sentenciador, parte de la doctrina considera más pertinente que lo fuera el Juez de Vigilancia Penitenciaria (31).

En fin, transcurrido el plazo de la suspensión sin que el sujeto haya delinquido o sin que haya abandonado el tratamiento, el Juez o Tribunal acordará la remisión de la pena. En caso contrario, habrá de ordenar el cumplimiento de la misma salvo que, “oídos los informes correspondientes”,

estime necesaria la continuación del tratamiento, estableciendo en tal supuesto una prórroga de la suspensión no superior a dos años (art. 87.5, pfo. 2º CP).

Indicar que esta medida de suspensión de la ejecución para drogodependientes, tras la reforma del CP vigente por la Ley Orgánica de 15/2003, de 25 de noviembre, que amplió notablemente las posibilidades para su aplicación, constituye un instrumento jurídico de especial interés en el campo que nos ocupa, especialmente teniendo en cuenta que, mayoritariamente, el tipo de delitos cometidos por estos sujetos -al menos teóricamente- podrían incardinarse en su ámbito de aplicación.

De todos modos, dado que en buena parte de los casos, el tratamiento correrá a cargo de instituciones privadas, es preciso llamar la atención sobre la necesidad de instaurar un control judicial relativo a la protección de las garantías y derechos de los drogodependientes sometidos a tratamiento (31).

La suspensión de la ejecución de una pena privativa de libertad requiere una serie de actividades administrativas que aparecen reguladas en el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas (BOE, 18 de junio). Establece su art. 14: “Recibida la resolución o mandamiento judicial que determine las condiciones de cumplimiento de la suspensión de la ejecución de una pena privativa de libertad, así como los particulares necesarios, cuando se imponga algunos de los deberes u obligaciones previstos en el artículo 83.1.5.ª y 6.ª del Código Penal o la condición de tratamiento y demás requisitos previstos en su artículo 87, los servicios que gestionan las penas y medidas alternativas del lugar donde el penado tenga fijada su residencia realizarán las actuaciones necesarias para hacer efectivo su cumplimiento”.

A continuación tiene lugar la elaboración del plan de intervención y seguimiento, que aparece regulado en el art. 15 del Real Decreto precitado:

- “1. Una vez recibida en los servicios de gestión de penas y medidas alternativas la documentación prevista en el artículo anterior, procederán al estudio y valoración de la situación del condenado y, en atención a la misma, elaborarán el plan individual de intervención y seguimiento,

que se comunicará para su conocimiento al órgano jurisdiccional competente para la ejecución sin perjuicio de su inmediata ejecutividad.

2. En el caso de que las circunstancias del condenado hagan necesario modificar alguna de las obligaciones inicialmente impuestas, se realizará la propuesta en el plan de intervención y se estará a la espera de lo que resuelva el órgano jurisdiccional competente para la ejecución.
3. No obstante, en el caso de que el penado acredite fehacientemente que se opone al cumplimiento del plan de intervención, se informará al órgano jurisdiccional competente para la ejecución de tal hecho, a los efectos que considere oportunos”.

Cuando así corresponda, los servicios de gestión de penas y medidas alternativas remitirán el caso al servicio o centro correspondiente, para que el condenado inicie o continúe el tratamiento o programa judicialmente establecidos (art. 16).

Durante la suspensión, se encargarán del control de las condiciones fijadas en el plan de intervención y seguimiento los servicios de gestión de penas y medidas alternativas (art. 17). A tales efectos, dichos servicios “informarán al órgano jurisdiccional competente para la ejecución sobre la observancia de las reglas de conducta impuestas cuando así lo solicite o con la frecuencia que éste determine y, en todo caso, cada tres meses conforme al Código Penal”. Igualmente “informarán cuando las circunstancias personales del condenado se modifiquen, cuando se produzca cualquier incumplimiento de las reglas de conducta impuestas y cuando haya finalizado el cumplimiento de las obligaciones impuestas” (art. 18).

3.3. Sustitución de la pena privativa de libertad

En general, el art. 88 CP establece una posibilidad de sustitución de las penas privativas de libertad para penas que no excedan de un año, por multas, trabajos en beneficio de la comunidad o incluso localización permanente (41, 49).

Probablemente aquí tenga mayor interés hacer una simple mención -eventualmente aplicable a sujetos con adicciones- a la posibilidad de sustitución de las penas privativas de libertad inferiores a seis años por la expulsión del territorio español en el caso de extranjeros (37-39, 41, 49), salvo en el caso de que el Juez o Tribunal, tras audiencia del penado, del Ministerio Fiscal y de las partes personadas, aprecie la existencia de razo-

nes que justifiquen el cumplimiento de la pena impuesta en España (art. 89 CP). La medida de expulsión del territorio nacional ha merecido críticas, tanto en sentido de considerarla discriminatoria en sentido positivo para el ciudadano extranjero como discriminatoria en sentido negativo (5, 50) (“hasta el punto de poder resultar en un desastre vital o en un verdadero premio”) (51). Incluso, se ha afirmado que responde más a los movimientos nacionalistas que recorren Europa que a las necesidades preventivo especiales del condenado (49) e incluso se ha llegado a afirmar que tras esta legislación existen prejuicios xenófobos (51). De lo que no cabe duda es que el régimen de expulsión acaba con toda esperanza de reinserción del extranjero en nuestro país (37).

El precitado Real Decreto 840/2011, establece en su art. 19: “En el supuesto de sustitución regulado en el artículo 88.1 del Código Penal, si se impusiere al condenado, junto a la pena de trabajos en beneficio de la comunidad la obligación de seguir un programa específico de reeducación y tratamiento psicológico, los servicios de gestión de penas y medidas alternativas remitirán el condenado al centro, institución o servicio específico para la realización de dicho programa, de forma compatible con el cumplimiento de la pena, y realizarán el pertinente seguimiento del programa del que informarán oportunamente al órgano jurisdiccional competente para la ejecución”.

3.4. Sometimiento a medida de seguridad no privativa de libertad

La posibilidad de que un sujeto delincuente que padezca adicción no sea sometido a un régimen de privación de libertad está presente en nuestro CP. El art. 102.1 CP establece que la medida de internamiento sólo se aplicará “si fuere necesaria”. Pero, al mismo tiempo, este precepto deja abierta la posibilidad de que le sean aplicadas una o varias de las medidas previstas en el art. 96.3 CP; es decir, las medidas de seguridad no privativas de libertad. Básicamente, dos de estas son aquí de mayor interés. En primer lugar, la medida de libertad vigilada; en segundo lugar, la medida de custodia familiar (puntualmente podrían aplicarse igualmente alguna de las otras medidas enumeradas en el precepto).

La medida de libertad vigilada puede aplicarse por un tiempo no superior a los cinco años (hasta diez si así lo dispone expresamente el CP) (art. 105.1.a) y 2.a) CP). El espectro de medidas posibles dentro de la categoría de libertad vigilada es ciertamente amplio. Pero, de la norma en que se

regula (art. 106 CP) parece pertinente especial atención a las siguientes medidas: prohibición de acudir a determinados establecimientos, prohibición de desempeñar determinadas actividades, la obligación de participar en programas formativos y, muy especialmente, la obligación de seguir tratamiento médico externo o de someterse a un control médico periódico. En mi opinión probablemente el legislador no fue demasiado afortunado, en cuanto a esto último, al emplear el término “médico”, ya que indudablemente el tratamiento de las adicciones es multidisciplinar, por lo que al trabajo desde los Equipos de Atención Primaria (52) ha de unirse el otros profesionales implicados (Trabajadores Sociales, Educadores..).

La medida de custodia familiar, bien podría ser otra de las medidas a imponer a sujetos que padecen adicciones. No obstante, en la práctica, probablemente, dicha medida debiera ser acompañada de otra u otras. Pero, sobre todo, debiera efectivamente contar con el soporte extrafamiliar. El referente de los programas de tratamiento asertivo comunitario -aún guardando las distancias debidas, ya que en la materia aquí tratada no se trata “netamente” de trastornos mentales, pudiera servir de ayuda.

La asistencia a programas formativos exigirá en cualquier caso el consentimiento del interesado (53) y aunque no estén específicamente citados el contenido de dichos programas puede perfectamente tener como destinatarios a sujetos con adicciones, máxime en el caso de sujetos declarados inimputables pero no drogodependientes (embriaguez fortuito o consumo puntual de drogas) en los que la medida de internamiento no parece procedente y por el contrario la aplicación de las medidas alternativas que prevé el art. 102 CP por remisión del 96.3 CP parecen más pertinentes (7).

4. Programas de tratamiento en drogodependencias en II.PP.

4.1. Internados judiciales

Un drogodependiente puede ser sometido a la medida de internamiento en un centro de deshabitación en los siguientes casos:

- a. Por aplicación de la eximente del art. 20.2º CP (7, 47). Se requiere en este caso que el sujeto, al tiempo de cometer del delito, “se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas,

estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de comerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

- b. Por aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1^a CP (7) o de la atenuante analógica del art. 21.7^a (7). Es decir, cuando hallándose en estado de intoxicación o padeciendo el síndrome de abstinencia, no concurren todos los requisitos para eximir de responsabilidad. Se aplicará la eximente incompleta o la atenuante analógica, dependiendo del grado de alteración de las facultades intelectivas o volitivas.
- c. Por aplicación de la atenuante del art. 21.2^o CP (7, 47, 54). Es el caso de que la adicción hubiera tenido una notable incidencia en la motivación que llevó a la infracción penal.

4.2. Penados

4.2.1. Acerca del tratamiento penitenciario

Establece nuestra Constitución de 1978 (CE) que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social” (art. 25.2 CE). En desarrollo de este precepto, fue aprobada la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP) la cual, en su art. 1, establece que las Instituciones penitenciarias (IIPP) tienen como “fin primordial “la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados”, añadiendo a continuación que “igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados”.

El marco legal de las IIPP, en sus aspectos básicos, queda así establecido: reeducar, reinsertar, custodiar y prestar labor asistencial. Mas tanto el Poder Legislativo como el Ejecutivo estimaron oportuno, procurando afrontar la realidad existente, establecer con más detalle el modelo de intervención para conseguir tales objetivos. Se diseñó así un modelo de intervención que coonestara las finalidades citadas.

Dicho modelo tiene su elemento basal en la noción de “tratamiento penitenciario”. La Exposición de Motivos de la LOGP resalta, de forma grandilocuente,

que “el tratamiento no pretende consistir en una modificación impuesta de la personalidad del hombre, sino en una puesta a disposición del mismo de los elementos necesarios para ayudarlo a vivir fecundamente su libertad”. Tal estilo sublime de redacción contrasta con opiniones doctrinales muy severas. Así, para Ríos “el tratamiento, afirmado pomposamente como principio, resulta inexistente en la práctica, y queda condicionado y supeditado a la seguridad y al régimen” (55); para Ferrajoli: “‘Peligrosidad’ y ‘susceptibilidad de tratamiento reeducativo’ son, por lo demás, unas figuras simétricas y complementarias, que se definen cada vez más a través de la negación de la otra” (56). Lo cierto es que no son infrecuentes los autores que consideran el término “tratamiento” como ambiguo o confuso (57-61). Algunos autores son más drásticos, rechazando la idea de tratamiento penitenciario, ante su fracaso (26, 62).

En realidad tal abundancia de críticas tiene orígenes más remotos, si tenemos presente que los reproches a la institución carcelaria aparece desde los primeros tiempos en que se configura ésta como la solución básica de la penalidad, prolongándose hasta nuestros días con parecidas formulaciones (63).

Más, dejando de lado, sin el más mínimo menosprecio, las rotundas críticas frente a la institución carcelaria y al instrumento erigido en vértice de la reeducación y reinserción (el tratamiento penitenciario) (65), lo cierto es que se quiera o no, las herramientas con las que legalmente contamos son las que son: la existencia de un marco jurídico del tratamiento penitenciario.

Dicho marco jurídico está enunciado básicamente en la LOPG (arts. 59-72) y en el vigente Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, RP). No obstante, no pueden dejarse de lado las referencias a instrumentos normativos de menor rango, las Circulares e Instrucciones de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias o de órganos directivos de ella dependientes. En lo que aquí particularmente interesa es ineludible citar la Instrucción 3/2011, de 2 de marzo, del Director General de Coordinación Territorial y Medio Abierto, sobre Plan de de intervención general en materia de drogas en la institución penitenciaria (l 3/2011, en adelante).

4.2.2. Programas intrapenitenciarios sobre adicciones

Como ya quedó dicho, las actividades de tratamiento pueden realizarse tanto en el interior de los establecimientos penitenciarios, como fuera de ellos (art. 113.1 CP). En relación al ámbito intrapenitenciario, el art. 116.1-3 RP cataloga de programas de actuación especializada los referidos a los

internos con dependencia de sustancias psicoactivas. Los principios básicos de los mismos son los siguientes:

- Finalidad. Será el tratamiento y deshabituación.
- Voluntariedad. La incorporación al programa es para todo interno “que lo desee”.
- Disponibilidad. La institución penitenciaria ha de garantizar el acceso a dicho tipo de programas a todo interno, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarias.
- Coordinación. La Administración penitenciaria ha de coordinarse con otras Administraciones Públicas o con otros organismos e instituciones acreditados para llevar a cabo los programas de atención especializada en drogodependencias. En relación con la intervención de ONG, Asociaciones y Entidades colaboradoras en el ámbito penitenciario, ha de estarse a lo establecido en la Instrucción 9/2009, de 4 de noviembre y a la Instrucción 20/2011, de 17 de noviembre (ambas de la SGIP).
- Ubicación física. Se prevé igualmente que la Administración penitenciaria pueda disponer de departamentos específicos ubicados en diferentes áreas geográficas a fin de evitar, en lo posible, el desarraigo social del interno que siga uno de estos programas.
- En la actualidad esta materia se encuentra regulada, a nivel infrarreglamentario, por la Instrucción 3/2011, de 2 de marzo del Director General de Coordinación Territorial y Medio Abierto.

4.2.3. Programas extrapenitenciarios sobre adicciones

El Reglamento Penitenciario contempla dos posibilidades de que un penado asista a instituciones extrapenitenciarias a fin de someterse a un tratamiento deshabituador.

Por un lado, para penados clasificados en tercer grado de tratamiento, el art. 182.1 RP contempla la posibilidad de que la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias autorice la asistencia en instituciones extrapenitenciarias (públicas o privadas, pero en todo caso “adecuadas”) a dichos penados, siempre que “necesiten un tratamiento específico para habituación de drogodependencias y otras adicciones”. De ello ha de darse cuenta al JVP.

Esta autorización estará sometida a las siguientes condiciones, que deberán constatarse en el protocolo del interno -el cual debe ser instruido al efecto-

(art. 182.2 RP): a) existencia de un programa de deshabituación de la institución de acogida, con el compromiso por parte de esta de acoger al interno y de comunicar al Centro penitenciario las incidencias que pudieran surgir en el transcurso del tratamiento, b) consentimiento y compromiso expresos del interno de observar el régimen de vida de la institución de acogida y c) establecimiento de un programa de seguimiento del interno, aprobado conjuntamente por el Centro Penitenciario y la institución de acogida, el cual establecerá los controles oportunos, los cuales serán establecidos por el Centro Penitenciario, siendo requisito imprescindible su aceptación por el interno.

Por otro lado, también existe la posibilidad de que penados, clasificados en segundo grado penitenciario puedan asistir a instituciones extrapenitenciarias para tratar su adicción. El art. 117.1 RP contempla tal posibilidad para internos clasificados en la forma enunciada, que presenten un perfil bajo de peligrosidad social y no ofrezcan riesgos de quebrantamiento de condena. Los mismos pueden asistir “para la realización de un programa concreto de atención especializada, siempre que éste sea necesario para su tratamiento y reinserción social”. Este precepto hay que relacionarlo, en buena medida, con lo dispuesto en el art. 100.2 RP, que establece que el Equipo Técnico puede proponer a la Junta de Tratamiento que para un penado se adopte un modelo de ejecución que combine aspectos característicos de los diferentes grados (en realidad segundo y tercer grado de tratamiento). Para ello es preciso que tal modelo se fundamente “en un programa específico de tratamiento que de otra forma no pueda ser ejecutado”.

Las reglas básicas que rigen esta externalización asistencial son las siguientes:

- Prestación del consentimiento por el interno, el cual ha de comprometerse a observar el régimen de vida propio de la institución y las medidas de seguimiento y control (quedando excluido el control policial). (art. 117.2 RP).
- Planificación de esta medida por la Junta de Tratamiento (art. 117.2 RP), correspondiendo asimismo a dicha Junta la coordinación necesaria con la institución correspondiente, a efectos del seguimiento del programa (art. 117.4 RP).
- Duración máxima de las salidas de ocho horas diarias (art. 117.3 RP).
- Autorización para la incorporación al programa del JVP; no obstante, en el caso de salidas puntuales o irregulares corresponde su autorización al Centro Directivo (art. 117.3 RP).

- La revocación de la participación del programa corresponde: al propio interno de forma voluntaria, por el incumplimiento de las condiciones establecidas o por circunstancias sobrevenidas que justifiquen tal decisión (art. 117.5 RP). Este último supuesto puede tener lugar por aparecer nuevas responsabilidades penales.

4.3. Preventivos

Tanto en el caso de que el afectado que ha cometido un delito se encuentre en situación de prisión preventiva, como en el supuesto de que se encuentre en situación de libertad provisional es fundamental que se recabe la prueba de la drogodependencia, por los importantes efectos que puede la hora de dictarse la futura sentencia (39).

Como ya se ha indicado *supra* los internos en situación de prisión preventiva tienen acceso, en igualdad de condiciones de los penados, a los programas de intervención en drogodependencias (art. 116.1 RP).

5. Alternativas extra-penitenciarias

5.1. Sustitución de la medida de internamiento por la libertad vigilada durante el cumplimiento de la medida de seguridad

Durante el cumplimiento de la medida de internamiento para deshabituación, el Juez o Tribunal sentenciador puede, entre otras posibilidades (mantener la ejecución de la medida impuesta, decretar su cese o dejarla en suspenso), sustituir la medida de internamiento por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate (art. 97.c) CP). De este modo, el órgano sentenciador puede optar por la sustitución del internamiento por la medida de libertad vigilada (art. 96.3.3ª CP), una de cuyas modalidades es el tratamiento médico externo (comúnmente denominado “tratamiento ambulatorio”) (art. 106.1.k) CP).

Corresponde al Juez de Vigilancia Penitenciaria elevar, al menos anualmente, una propuesta del órgano judicial sentenciador, sobre mantenimiento, cese, suspensión o sustitución de la medida de internamiento. Para formular dicha propuesta, el JVP ha de valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al internado (art. 98 CP). Elevada la propuesta, el órgano sentenciador resolverá lo procedente, a la vista de la

propuesta, debiendo ser oídos el internado, el Ministerio Fiscal y las demás personadas en la causa, así como las víctimas del delito (art. 98.3 CP).

De optarse por el tratamiento médico externo, si éste no se siguiera por la negativa del sujeto a él sometido a continuar el mismo, el órgano sentenciador sustituir éste por la medida de internamiento -inicialmente impuesta-; sin embargo, en la actualidad la negativa de un sujeto a someterse a tratamiento o a continuar el inicialmente consentido no será causa de un delito de quebrantamiento de medida de seguridad (art. 100.3 CP).

5.2. Libertad condicional

La institución de la libertad condicional puede tener incidencia en el caso de drogodependencias, especialmente, a dos niveles (66-67).

5.2.1. Libertad condicionada al seguimiento de reglas de conducta sobre tratamiento

El art. 90.2 CP establece que el Juez de Vigilancia Penitenciaria, en el momento de decretar la libertad condicional puede imponer, de forma motivada, la observancia de una o varias de las reglas de conducta o medidas previstas en los arts. 83 y 96.3 CP. Pues bien, el art. 96.3.3^a contempla la medida de seguridad de “libertad vigilada”. Es una medida que no puede exceder de cinco años (art. 105.1.a) CP) y puede consistir en el sometimiento del condenado -en este caso, en libertad condicional- a la obligación de seguir tratamiento médico externo o de someterse a un control médico periódico (art. 106.1.k) CP).

5.2.2. Libertad condicional por razón de enfermedad

Vale la pena mencionar, siquiera esta posibilidad, a la vista de la incidencia de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas (VIH/SIDA, en particular). Ante todo, indicar que los reclusos que padecen esta dolencia conservan los derechos fundamentales de todo paciente (17).

Los requisitos para obtener la libertad condicional por razón de enfermedad son, unos penitenciarios y otros estrictamente médicos.

Del tenor de los arts. 90 y 92 CP cabe deducir que se requiere:

- a. Estar clasificado en tercer grado de tratamiento penitenciario. Se ha manifestado la duda razonable acerca de exigir un requisito que,

parece obvio, no tiene una finalidad reeducadora, sino estrictamente humanitaria (68-69). Se ha puesto de relieve el obstáculo que supone su exigencia, para la rápida tramitación de la libertad condicional, especialmente en aquellos casos en que el recluso se encuentre en fase terminal (70-71).

En otro sentido bien distinto, se ha tachado de maniobra fraudulenta la concesión de terceros grados por algunos Juzgados de Vigilancia Penitenciaria con el sólo propósito de facilitar la libertad condicional excepcional de septuagenarios y enfermos graves con padecimientos incurables (72).

Desde el ámbito judicial se han producido pronunciamientos en el sentido de considerar la conveniencia de no exigir la previa clasificación en tercer grado. La VIII Reunión de JVP establecieron que cabe la concesión de esta libertad condicional aún sin previa clasificación en tercer grado. Y el Informe previo del CGPJ al Proyecto de Código Penal de 1994 de 1994 igualmente advirtió de la conveniencia de no exigir la previa clasificación en tercer grado, precisamente porque el fundamento de la medida son las razones humanitarias.

En cualquier caso, y al margen de la discriminación apuntada en los párrafos precedentes, existe una discriminación sobreañadida. La libertad condicional, por definición, sólo es aplicable a “sentenciados” (arts. 90.1 y 92 CP), a “penados” (196.1 y 192 CP 1996), con lo que los internos preventivos no pueden beneficiarse de esta medida. Lo cual, otra vez más, viene a demostrar la inadecuación de este instituto -pensado en un entorno de cumplimiento de pena y en un fin reeducador y reinsertador- a un contexto y a una finalidad bien distintos (68).

- b. Buena conducta. En la actualidad, el art. 90.1.3^a CP sólo exige “buena conducta” (con anterioridad la norma penal exigía “intachable conducta”). Más, aún con ello, se ha dicho que: por un lado, el requisito es problemático, ya que depende de la Administración Penitenciaria y, de otro, es poco coherente con el sentido humanitario que subyace a la medida benefactora (66, 68). Incluso, de ser exigido, se ha propuesto una interpretación flexible del mismo, habida cuenta que a las personas con enfermedad grave e incurable no se les puede exigir los criterios generales de valoración (predisposición al trabajo, colaboración en distintos tipos de actividades laborales o educativas, disfrute de permisos...). Y se ha llegado a más, a nivel judicial, cuando -por ejemplo- el Auto AP Madrid, Sec. 5^a, 156/1998, 13 febrero, llega a

conceder la libertad condicional, a pesar de la mala conducta apreciada en el interno.

- c. Pronóstico individualizado y favorable de reinserción social. En la doctrina se ha llegado a calificar de “desatino” la exigencia de tal condición, en base a las muy diferentes finalidades pretendidas en el caso de la libertad condicional ordinaria y la excepcional de septuagenarios y enfermos (66, 71). Posición compartida por la VIII Reunión de Juzgados de Vigilancia Penitenciaria.

En los Juzgados y Tribunales ha habido en torno a esta cuestión declaraciones de diverso tipo. Así en el caso del Auto del JVP Madrid-2 de 16.12.1997, AP. Madrid, Sec. 5ª, se dice que “es absurdo orientar la ejecución de la pena a la reinserción y la rehabilitación, es decir a la convivencia responsable en libertad (art. 25 de la Constitución) si esa libertad ha de durar las pocas horas o días que mediaran entre la excarcelación y la muerte”. Por el contrario, el Auto de la AP Madrid, 31.5.2000 (JUR 2000/282322) señala que “en tanto la progresión externa o aparente de la enfermedad no se produzca y sea patente la capacidad para delinquir, a veces acentuada por hábitos toxicómanos, es lógico exigir el requisito de un pronóstico favorable de reinserción social”. Hay igualmente resoluciones más matizadas como, la también de la misma sección y Audiencia, que resuelve el recurso frente al Auto del JVP Madrid-2 de fecha 16.1.1998, y en la que se afirma que “... este requisito debe analizarse, si bien siempre con prudencia, también con elasticidad”.

- d. Dificultad para delinquir y escasa peligrosidad. Aunque pueda ser legítimo y fundado el requisito, no puede comportar un nivel de exigencia tal como requerir que el recluso enfermo “haya perdido su capacidad total para delinquir”, ya que “el texto legal [en realidad se trata de una norma reglamentaria, art. 104.4 RP 1996] no requiere tal estado de salud, equivalente a la inconsciencia”, según indica la A.P. Madrid, Sec. 5ª en relación al Auto del JVP Madrid-2, de 14.10.1997. En el mismo sentido, la resolución de la misma Audiencia y Sección en relación al AJVP Madrid-2, de 13.2.1998 reitera que “a pesar de que en los informes médicos se mantiene la posibilidad para delinquir por la capacidad ambulatoria del enfermo, lo cierto es que la gravedad de la enfermedad padecida y la probable evolución de la misma eran suficientes para aconsejar entonces tal medida y no dilatarla hasta que la muerte fuera inminente, permitiendo de aquella forma que tanto el

interno como las personas de su entorno más cercano pudieran disfrutar de un período de tiempo de convivencia antes de que el deterioro fuera total”.

- e. Tener satisfechas las responsabilidades civiles. La Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas añade dos incisos al art. 90.1.c CP. En el primero de ellos, se dispone que un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social no podrá establecerse “si el penado no hubiese satisfecho la responsabilidad civil derivada del delito en los supuestos y conforme a los criterios establecidos por el art. 72.5 y 6 de la Ley Orgánica Penitenciaria”. En este sentido, la Instrucción 2/2004 primero y la 2/2005 que deroga a la anterior después, establecen en materia de libertad condicional que para dar cumplimiento a lo prevenido en la modificación antecitada del CP, “el Informe Pronóstico Final del art. 67 LOGP sólo será favorable cuando dicho requisito sea cumpla, debiendo contener, al igual que ocurría en las propuestas iniciales o progresiones de tercer grado, los criterios que las Juntas de Tratamiento ponderen para entenderlo cumplido”. A tales efectos, las Juntas de Tratamiento podrán proponer al Juez de Vigilancia Penitenciaria una o varias de las reglas de conducta o medidas previstas en los artículos 83 y 96.3 del Código penal, “especialmente la obligación de realizar los pagos fraccionados de responsabilidad civil a los que se hubiese comprometido”.

Junto a estos requisitos, estrictamente penitenciarios, existe el requisito médico, sobre el que conviene brevemente detenerse. A tenor del art. 92.1 del vigente CP, cuando - según informe médico - se trate de “enfermos muy graves con padecimientos incurables” y, además, “reúnan los requisitos establecidos, excepto el haber extinguido las tres cuartas partes de aquélla o, en su caso, las dos terceras, podrán obtener la concesión de la libertad condicional”. Abundan los autores que consideran muy alto el nivel de exigencia de este tipo de enfermedad hasta identificarlo con la noción de “enfermedad terminal” (66, 72-75). Esta misma posición fue defendida por la Fiscalía General del Estado en su Consulta 4/1990, de 5 de noviembre. Otros, por el contrario consideran que no es preciso que la enfermedad del recluso tenga carácter terminal (39, 69, 76-79). Esta última ha sido la posición asumida por numerosas resoluciones judiciales. Así en la STS 12.9.1991, Az. 6150 se afirma que “no es propósito de este artículo del reglamento [Art. 60 RP 1981] el que puedan sacarse de la prisión a los enfermos

sólo para que mueran fuera de la cárcel, pareciendo, por el contrario, lo más adecuado al espíritu de esta disposición el que pudieran permanecer en libertad alguna temporada anterior al momento del fallecimiento”. Y en la importante STC 48/1996, de 25 de marzo, en el FJ 2 se dice: “La puesta en libertad condicional de quienes padezcan una enfermedad muy grave y además incurable tiene su fundamento en el riesgo cierto que para su vida y su integridad física, su salud en suma, pueda suponer la permanencia en el recinto carcelario.

Por consiguiente, no exige la existencia de un peligro inminente o inmediato ni tampoco significa que cualquier dolencia irreversible provoque el paso al tercer grado penitenciario, si no se dieran las otras circunstancias antes indicadas además de las previstas en el Código penal, entre ellas, como aquí ocurre, la menor peligrosidad de los así libertos por su misma capacidad disminuida. En definitiva, no pietatis causa sino por criterios enraizados en la Justicia como resultado de conjugar los valores constitucionales implicados en esta situación límite, insoluble de otra guisa”. En el FJ 3 de esta última se añade: “No se trata de una excarcelación en peligro de muerte, sino para quien padece un mal sin remedio conocido según las reglas del arte médico.

Como recapitulación y coda final, quede claro que tan sólo una enfermedad grave e incurable, como ésta, en cuya evolución incida desfavorablemente la estancia en la cárcel con empeoramiento de la salud del paciente, acortando así la duración de su vida, aun cuando no exista riesgo inminente de su pérdida, permite la excarcelación del recluso aquejado por aquélla, si se dan las demás circunstancias cuya concurrencia exige el Código penal”. Esta doctrina ha tenido reflejo en numerosas resoluciones de órganos jurisdiccionales inferiores. Así la Sec. 5ª de Madrid, conociendo de recurso frente a autos dictados por los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria de aquella provincia-región ha afirmado que “la libertad condicional no es exclusivamente el derecho a agonizar y morir fuera de la cárcel.

La libertad condicional es para enfermos graves no para cadáveres que, contra pronóstico, aún alientan” (Auto de 25.5.2000); pues “sólo la función retributiva de la pena puede explicar la presencia en prisión hasta la pre-agonía y esa retribución sumada a la enfermedad sería cruel, y carece de sentido orientar a la reinserción a quien sólo hubiera de salir de prisión para agonizar y morir” (Auto de 30.11.1999). O en referencia al A JVP Madrid-2, de 16.12.1997, y en parecidos términos respecto al AJVP Madrid-2, de 16.1.1998

se dirá: “El contenido mínimo que debe darse a esa causa de enfermedad muy grave y con padecimientos incurables a la hora de decidir sobre la progresión de grado y la libertad condicional incluiría el derecho a morir y a agonizar o premorir fuera de la prisión. Pero también se extiende a vivir en libertad esa última etapa de la vida que puede incluso tener una larga duración, un vivir en libertad que es también convivir -el hombre como ser social desde los filósofos griegos-, en definitiva sentir la vida como convivencia o interdependencia y no como supervivencia y depende absoluta de otros.

Pero es que además la concesión de estos beneficios enlaza directamente con bienes y derechos constitucionalmente consagrados lo que permite no dilatarlos hasta las fases terminales de la enfermedad”. En la misma línea en relación al AJVP Madrid-2, de 26.2.1998: “la ley no busca la libertad de los agonizantes, pues a ellos les está casi vedado por esencia el hacer vida en libertad. Sobrevivir agónicamente no es vivir, no es vivir en convivencia, no permite una suficiente capacidad de autodeterminación en muchos casos como para hablar de libertad”.

De este modo, en algunos supuestos en los que no existe riesgo vital no por ello debe privarse al penado del beneficio de la libertad condicional por razón de enfermedad. Es, por ejemplo, el caso de la resolución de la A.P. Madrid en relación al AJVP Madrid-2, de 18.9.2001, en el que la interna padecía una retinopatía pigmentaria que la había dejado prácticamente ciega (“y la ceguera es su destino pues es una enfermedad progresiva y sin tratamiento eficaz”), “pues la pérdida de visión es considerada un deterioro muy grave de la salud no sólo para la ciencia médica y el sentir común sino también por el Código Penal que equipara esa lesión a las más graves mutilaciones y enfermedades del artículo 149...”.

Puede afirmarse, en conclusión, que está consolidada una doctrina legal proclive a no exigir la cualidad de terminal para este tipo de padecimientos. Lo cual es coherente con la regulación que se hace en el caso de los septuagenarios, supuestos en los que no se exige la proximidad de la muerte (67). No obstante, estamos -evidentemente- en presencia de un concepto jurídico indeterminado, con lo que ello afecta a la garantía de una objetiva aplicación y los graves conflictos de interpretación y valoración que genera (80) lo que, obviamente, menoscaba notablemente la seguridad jurídica (67, 81).

Algunos autores han sugerido algunos criterios de determinación. Así Pita Mercé (82) enumera los siguientes tipos de enfermedad que serían

incluirse a efectos de obtención de la libertad condicional: 1º. Síndrome de inmuno-deficiencia adquirida, 2º. Diabetes aguda en bases muy agudas de diabetes crónica e irreversible, 3º. Enfermedades cardíacas graves, 4º. Parálisis general progresiva de diversos orígenes, en fase ya consolidada, 5º. Enfermedades hepáticas graves e irreversibles. 6º. Sífilis en su fase terciaria y con pronóstico fatal. 7º. Ataques cerebrales o hemiplejías que dejan secuelas graves en la funcionalidad y movilidad del interno. 8º. Neoplasias con pronóstico fatal y 9º. Situaciones de ceguera total con pronóstico irreversible. Por su parte Aguirre (81) señala los siguientes criterios generales para la determinación del concepto “enfermedad muy grave con padecimientos incurables”: a) no es imprescindible que exista un peligro de muerte inminente e inmediato, pero tampoco basta cualquier dolencia irreversible; b) debe tratarse de una enfermedad incurable que suponga una disminución importante de las facultades físicas del sujeto (se excluyen, por ejemplo, los portadores asintomáticos de VIH); c) ha de valorarse si, como consecuencia de la enfermedad, el sujeto tiene disminuída su capacidad para delinquir -peligrosidad criminal-; d) ha de tenerse en cuenta si la permanencia en prisión implica un riesgo para la vida e integridad física; e) un dato a valorar es si el estado de salud del penado no le permite participar en las distintas actividades de tratamiento programadas por el Centro Penitenciario para alcanzar sus objetivos de reeducación y reinserción social.

Finalmente, la DGIP encaró la cuestión de la determinación del tipo de enfermedad incurable en su Circular 1/2000, de 11 de enero, estipulando que un interno padece una enfermedad muy grave -a efectos de aplicación de los arts. 104.4 (progresión a tercer grado) y 196.2 RP 1996 (libertad condicional por enfermedad) - cuando cumpla alguno de los siguientes requisitos: 1) Riesgo de muerte estimado superior al 10% en el plazo de un año a pesar del tratamiento. 2) Riesgo de muerte estimado superior al 50% en el plazo de cinco años a pesar del tratamiento. 3) Índice de Karnofsky menor o igual al 50%. 4) Infección por VIH en estadio A3, B3 o C. 5) Trastorno psicótico crónico con actividad sintomática a pesar de haber seguido tratamiento durante más de seis meses, o con deterioro intelectual.

Es de agradecer el esfuerzo de concreción hecho, aunque la propia DGIP es consciente de las limitaciones que rodean esta materia, y en tal sentido la citada Circular 1/2000 reconoce que “si bien el concepto de enfermedad incurable no ofrece dudas importantes en cuanto a su interpretación, la calificación de una enfermedad como muy grave se presta a grandes variaciones

subjetivas”. O dicho de otro modo, como afirma Prieto, habrá que estar al estudio de cada caso concreto (73).

En alguna resolución judicial igualmente encontramos acotaciones acerca de qué ha de entenderse por enfermedad muy grave con padecimiento incurable. Así en la resolución de la A.P. Sec. 5^a en referencia al AJVP Madrid-3 de 6.9.2001 se afirma: “La concesión de la libertad condicional a enfermos muy graves con padecimientos incurables -por la vía del artículo 92, párrafo segundo, del Código Penal- requiere, como primera exigencia, la demostración de no sólo una enfermedad contra la que no haya tratamiento médico conocido, sino que haya alcanzado en su evolución un estado tal que permita calificar la situación del enfermo como ‘muy grave’, lo que, sin llegar una situación extrema de proximidad al fallecimiento, si exige un deterioro notable de la salud del sujeto que prevea un desenlace relativamente próximo”. Al mismo tiempo, abundan las referencias a la incidencia negativa de la estancia en prisión en relación a la enfermedad padecida. Esta preocupación ya se ha puesto de manifiesto en la STC 48/1996, de 25 de marzo (FJ 3) y se proyecta en decisiones de órganos inferiores que apelan a un “cambio de ambiente [que] coadyuva positivamente en la evolución” (AAP Girona, 15.10.2001, referente a un recluso con padecimientos digestivos) o resaltan el hecho de que en la “evolución incida desfavorablemente la estancia en la cárcel” (AJVP Alicante, 26.8.1997).

5.3. Indulto

El indulto es admisible para “los reos de toda clase de delitos”, pudiendo ser total o parcial (art. 1 Ley de 18 de junio de 1870, en adelante Ley 1870), admitiéndose la solicitud del mismo por los propios penados, sus parientes o cualquier otra persona en su nombre (art. 19 Ley 1870) (83-84).

En el ámbito penitenciario existen dos posibles actuaciones en relación a esta cuestión. De una parte, el papel que juega el “Jefe del establecimiento” (Director del Centro Penitenciario, en terminología actual), ya que el Tribunal sentenciador ha de recabar de éste informe sobre su conducta (arts. 23-24 Ley 1870). Aunque no esté específicamente indicado, lo razonable sería que el Director del Centro Penitenciario recabara a su vez informe de los profesionales que atiendan al interno (en lo que aquí interesa, quienes participen en el programa de deshabitación).

Mayor interés si cabe tiene el indulto particular iniciado por la propia institución penitenciaria. El art. 206.1 RP contempla la posibilidad de que

la Junta de Tratamiento de un Centro Penitenciario, previa propuesta del Equipo Técnico, solicite del Juez de Vigilancia Penitenciaria la tramitación de un indulto particular. Es preciso para ello que el penado, de modo continuado y al menos durante dos años, cumpla “en un grado que se pueda calificar de extraordinario” las siguientes circunstancias: a) buena conducta, b) desempeño de una actividad laboral normal, en el Establecimiento o en el exterior y c) participe en las actividades de reeducación y reinserción. Obviamente, entre estas últimas tendría su ubicación el seguimiento de un programa de tratamiento contra la adicción que padezca, con notables resultados (“extraordinarios”, cabría decir).

Tal como señaló la STC 163/2002, de 16 de septiembre, este tipo de indulto constituye un beneficio penitenciario y, como tal, está vinculado a la idea de reeducación y reinserción. Añade esta Sentencia que la tramitación de este tipo de indulto consta de dos fases. De una parte, la que finaliza con la decisión del JVP; de otra, la regulación posterior que se rige por lo establecido en la citada Ley de 1870 (así, por otra parte lo expresa el art. 206.2 RP).

Bibliografía

1. Muñoz Conde, F. y García Arán, M.: *Derecho penal. Parte General*, Tirant lo Blanch, Valencia, 7ª edic., 2007.
2. Clemente Díaz, M.: “Los efectos psicológicos del encarcelamiento”, en Jiménez Burillo, F. y Clemente, M. (Eds): *Psicología Social y Sistema Penal*, Alianza, Madrid, 1986, pp. 253-268.
3. Ruiz Ogara, C.: “Toxicomanías”, en López Ibor Aliño, J.J., Ruiz Ogara, C. y Barcia Salorio, D. (Dir.): *Psiquiatría*, Toray, Barcelona, 1981, Tomo I.
4. Téllez Aguilera, A.: “El toxicómano y su rehabilitación en prisión. Un estudio de Derecho Comparado”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 246, 1995, pp. 9-29.
5. Castelló Nicas, N.: *La imputabilidad penal del Drogodependiente*, Comares, Granada, 1997.
6. Maza Martín, M.: *Circunstancias que excluyen o modifican la responsabilidad criminal*, La Ley, Madrid, 2007.

7. Suarez-Mira Rodríguez, C.: *La imputabilidad del consumidor de drogas*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2000.
8. Muñoz Sánchez, J. y Díez Ripolés, J.L. (Dir.) y Garrido de los Santos, M.J. (Coord.): *Las drogas en la delincuencia*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2004.
9. Valero López, M. A., Bertolín Guillen J.M. y Ferres Sánchez, E.: “Cuestiones bioéticas actuales en las drogodependencias”, *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 36, núm. 1, 2011.
10. Vidal Casero, M.C.: “Drogadicción y Ética”, *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*, Vol. 5, núm. 1, 1998.
11. Beauchamp, T. L. y Childress, J. F.: *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 1998.
12. Morera Pérez, B.: “Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente”, *Adicciones*, Vol. 12, núm. 4, 2000, pp. 515-526.
13. Izuzquiza, D.: “Reflexiones éticas sobre los programas de sustitución para dependientes a opiáceos”, *Revista de Fomento Social*, núm. 214, 1999, pp. 197-219.
14. Luhmann, N.: *Risk: a sociological theory*, trad. Rhodes Barrett, De Gruyter, Berlin, 1993.
15. Jonas, H.: *Técnica, Medicina y Ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*, Paidós Ibérica, Barcelona, 1997.
16. Barrios Flores, L.F.: “La responsabilidad administrativa por suicidio en la institución penitenciaria”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 249, 2002, pp. 89-134.
17. Barrios Flores, L.F.: *VIH/SIDA y Derecho*, You&Us, Madrid, 2008.
18. Slote, M. A.: *The Morality of Wealth*, en AIKEN, W. y LAFOLLETTE, H.: *World Hunger and Moral Obligation*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1977.
19. Flecha, J.R.: “Drogadicción y ética”. En: *La fuente de la vida. Manual de Bioética*, Sígueme, Salamanca, 1999, pp. 227-252.
20. Daniels, N.: *Just health care*, Cambridge University Press, Cambridge, 1985.
21. Rawls, J.: *A theory of justice*, Oxford University Press, Oxford, Revised edition, 1999.

22. Instituto de Bioética-Fundación de Ciencias de la Salud-Fundación de ayuda contra la Drogadicción: Seminario interdisciplinar de expertos sobre “Aspectos éticos de los programas de sustitución para dependientes opiáceos en España”, 1999.
23. Engelhardt, H.T.: *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona, 1995.
24. Tomás-Valiente Lanuza, C.: *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho penal*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales/BOE, Madrid, 1999.
25. Morris, N.: *El futuro de las prisiones*, Siglo XXI, México, 5ª edic., 1998.
26. Mapelli Caffarena, B.: “La crisis de nuestro modelo legal de tratamiento penitenciario”, *Eguzkilore*, núm. Extraordinario 2, 1989, pp. 99-112.
27. García Valdés, C.: *La reforma penitenciaria española. Textos y materiales para su estudio*, Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, 1981.
28. Roxin, C.: “Transformaciones de la teoría de los fines de la pena”, en AA.VV.: *Nuevas formulaciones de las Ciencias Penales. Homenaje a Claus Roxin*, Lerner, Córdoba (Argentina), 2001.
29. Colmenero García, M.D.: “El tratamiento penitenciario: límites y presupuestos”, *Revista Jurídica de la Región de Murcia*, núm. 22, 1996, 11-26.
30. Larrauri Pijoan, E.: “Las paradojas de importar alternativas a la cárcel en el Derecho Penal Español”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 1991, pp. 45-63.
31. Alcacer Guirao, R.: “La suspensión de la ejecución de la pena para drogodependientes en el nuevo Código Penal”, *Anuario de Derecho Penal*, T. 48, fasc. 3, 1995, pp. 887-910.
32. Cuesta, J.L. de la: “Formas substitutivas de las penas privativas de libertad en el Código Penal español de 1995”, en ECHANO BASALDÚA, Juan I. (Coord.): *Estudios Jurídicos en memoria de José María Lidón*, Bilbao, 2002, pp. 125-152.
33. González Casso, J.: “La suspensión de la ejecución de la pena en dos supuestos especiales: los artículos 80 nº 4 y 87 del código penal”, *Revista del Poder Judicial*, núm. 54, 1999, pp. 91-137.
34. Herrero Albeldo, E.: “La suspensión de la pena privativa de libertad: estudio del artículo 87 del Código Penal”, *Revista Penal*, núm. 9, 2002, pp. 27-41.

35. González Zorrilla, C.: “Suspensión de la pena y ‘probation’”, en Cid Moliné, José y Larrauri Pijoan, E.: *Penas alternativas a la prisión*, Bosch, Barcelona, 1997, pp. 59-89.
36. Peris Riera, J.M.: “Art. 86. Artículo 87”, en Cobo del Rosal, M. (Dir.): *Comentarios al Código Penal*, T. III, Edersa, Madrid, pp. 1157-1177.
37. Poza Cisneros, M.: “Formas sustitutivas de las penas privativas de libertad”, en *Cuadernos de Derecho Judicial (Penas y medidas de seguridad en el nuevo Código Penal)*, T. XXIV, 1996, pp. 185-300.
38. Ríos Martín, J., Segovia Bernabé, J.L. y Pascual Rodríguez, E.: *Las penas y su aplicación. Contenido legal, doctrinal y jurisprudencial*, Colex, Madrid, 4ª edic., 2009.
39. Ríos Martín, J.C.: *Manual de ejecución penitenciaria. Defenderse de la cárcel*, Colex, Madrid, 6ª edic., 2011.
40. Serrano Pascual, M.: *Las formas sustitutivas de la prisión en el Derecho Penal Español*, Trivium, Madrid, 1999.
41. Téllez Aguilera, A.: *Nuevas penas y medidas alternativas a la prisión*, Edisofer, Madrid, 2005.
42. Llorca Ortega, J.: “Suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad”, *Cuadernos de Derecho Judicial*, núm. 2, 1996, pp. 217-278.
43. Manzanares Samaniego, J.L.: “Comentarios al artículo 87 del Código Penal”, en Conde-Pumpido Ferreiro, C.: *Código Penal. Doctrina y Jurisprudencia*, Madrid, 1997, T. I, 1273 y ss.
44. Quintero Olivares, G.: *Curso de Derecho Penal. Parte General (Acorde con el nuevo Código Penal de 1995)*, 1996.
45. Maza Martín, J.M.: “Las medidas de seguridad y otras opciones penales aplicables en los supuestos de inimputabilidad plena y semiplena. Problemática judicial”, *Cuadernos de Derecho Judicial*, núm. XVII (“La imputabilidad en general”), 1993.
46. Giménez García, J.: “De la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad”. En: Conde Pumpido Tourón (Dir.), Bosch, Barcelona, pp. 623 y ss.
47. Sánchez Tomás, J.M.: *Derecho de las drogas y las drogodependencias*, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Madrid, 2002.

48. Medina Mancebo, O. y otros: *Drogodependencias y sistemas penal y penitenciario en Holanda, República Federal de Alemania, Suecia, Italia, Francia y Escocia*, INTRESS, Barcelona, 1990.
49. Mapelli Caffarena, B.: *Las consecuencias jurídicas del delito*, Thomson-Civitas, Cizur Menor (Navarra), 4ª edic., 2005.
50. Mapelli Caffarena, B.: “Las medidas de seguridad no privativas de libertad”, en Vives Antón, T.S.: *Estudios sobre el Código penal de 1995 (Parte general)*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1996.
51. Cancio Meliá, M.: “La expulsión de ciudadanos extranjeros sin residencia legal (art. 89 CP)”, en *Homenaje al Profesor Dr. Gonzalo Rodríguez Mourullo*, Pamplona, 2005, pp. 183-215.
52. Casado Vicente, V. y Arauzo Palacios, D.: “Intervención en drogas desde Atención Primaria: revisión de guías clínicas”, *Adicciones*, Vol. 16, núm. 3, 2004, pp. 225-234.
53. De Lamo Rubio, J.: *Penas y medidas de seguridad en el nuevo Código Penal*, Bosch, Barcelona, 1997.
54. Casanueva Sanz, I.: “La atenuante de ‘grave adicción’ en la jurisprudencia más reciente”, en Echano Basaldúa, J. I. (Coord.): *Estudios Jurídicos en Memoria de José María Lidón*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2002, pp. 105-124.
55. Ríos Martín, J.C. y Cabrera Cabrera, P.J.: “La cárcel: descripción de una realidad”, *Cáritas*, núm. 388 (Suplemento), oct. 1998.
56. Ferrajoli, L.: *Derecho y razón. Teoría del garantismo penal*, Trotta, Madrid, 2ª edic., 1997.
57. Ancel, M.: “La noción del tratamiento en las legislaciones penales vigentes”, en *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 182, 1968.
58. Racionero Carmina, F.: *Derecho Penitenciario y privación de libertad. Una perspectiva jurídica*, Dykinson, Madrid, 1999.
59. García-Pablos de Molina, A.: “Funciones y fines de las Instituciones Penitenciarias”, en *Comentarios a la Legislación penal*, Tomo VI, Vol. I, Edersa, 1986, pp. 25-44.
60. Téllez Aguilera, A.: “Retos del siglo XXI para el sistema penitenciario español”, en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, Tomo LIII, 1999, pp. 325-329.

61. Bueno Arús, F.: “Novedades en el concepto de tratamiento penitenciario”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 252, 2006, pp. 1-36.
62. Muñoz Conde, F.: “Tratamiento penitenciario: utopía no alcanzada o simple quimera”, en *VI jornadas penitenciarias andaluzas (Almería)*, Consejería de Gobernación, Sevilla, 1990.
63. Foucault, M.: *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, Madrid, 1978.
64. Cuesta Arzamendi, J.L. de la: “La prisión, historia, crisis, perspectivas de futuro”, en Beristain, A. (Edit.): *Reformas penales en el mundo de hoy*, Instituto Vasco de Criminología, Madrid, 1984, pp. 139-153.
65. García-Pablos de Molina, A.: *Tratado de criminología*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2ª ed., 1999.
66. Vega Alocén, M.: *La libertad condicional en el Derecho Español*, Civitas, Madrid, 1ª edic., 2001.
67. Renart García, F.: *La libertad condicional: nuevo régimen jurídico (Adaptada a la L.O. 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas)*, Edisofer, Madrid, 2003.
68. Vega Alocén, M.: “Supuestos excepcionales de la libertad condicional: los septuagenarios y los enfermos incurables; una solución legal equivocada”, *Cuadernos de Derecho Penitenciario*, núm. 6, 1999, pp. 5-37.
69. Aguilera Reija, M.: “Libertad condicional anticipada por enfermedad grave e incurable”, *Cuadernos de Derecho Penitenciario*, núm. 6, 1999, pp. 38-60.
70. Mapelli Caffarena, B. y Terradillos Basoco, J.: *Las consecuencias jurídicas del delito*, Civitas, Madrid, 3ª Ed., 1996.
71. Navarro Villanueva, C.: *La ejecución de la pena privativa de libertad: suspensión y modificación del título*, Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, 1999.
72. Manzanares Samaniego, J.L.: “Código Penal Doctrina y Jurisprudencia”, en Conde-Pumpido Ferreiro, C. (Dir.): *Derechos Fundamentales*, Trivium, Madrid, 1997.
73. Prieto Rodríguez, J. I.: “La libertad condicional en el derecho español (I y II)”, *Actualidad Penal*, núms. 20-21, 1990, pp. 195-228.
74. Gasque López, J. y Fombellida Velasco, L.: “Aspectos médico-forenses del artículo 60 del RP”, *Revista Española de Medicina Legal*, 1991, pp. 66-69.

75. Gisbert Jorda, T.: “SIDA y Derecho Penitenciario. En Problemas del tratamiento jurídico del SIDA”, *Cuadernos de Derecho Judicial*, 1995.
76. Bustos Ramírez, J.: *Manual de Derecho Penal. Parte General*, PPU, Barcelona, 1994.
77. Cervello Donderis, V.: *Derecho Penitenciario*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2001.
78. Mapelli Caffarena, B.: “Normas penitenciarias en el Anteproyecto de Código Penal de 1992”, en *Política Criminal y reforma penal. Homenaje a la memoria del Prof. Dr. D. Juan del Rosal*, Madrid, 1993.
79. Serrano Butragueño, I.: “Arts. 90-93”, en Del Moral García, A. y Serrano Butragueño, I.: *Código Penal. Comentarios y Jurisprudencia*, Comares, Granada, 2002.
80. Sánchez-Covisa Villa, J.: “Problemas de interpretación y aplicación del artículo 60 del Reglamento Penitenciario y artículo 92 del Nuevo Código Penal, a los enfermos del Sida”, *Segunda Conferencia Nacional sobre Sida y Drogas*, 23 y 24 de noviembre de 1995.
81. Aguirre Seoane, J.: “Las enfermedades muy graves con padecimientos incurables como presupuesto para la concesión de beneficios”, *Actualidad Penal*, núms. 47-48, 2002, 1239 y ss.
82. Pita Mercé, R.: “Libertad condicional por enfermedad incurable”, *V Reunión de Jueces de Vigilancia Penitenciaria*, 4-6 de octubre de 1990.
83. Llorca Ortega, J.: *La ley de indulto: comentarios, jurisprudencia, formularios y notas para su reforma*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2003.
84. García San Martín, J.: *El indulto particular: tratamiento y control jurisdiccional*, Instituto Vasco de Derecho Procesal, San Sebastián, 2007.



A modo de conclusiones...

Esta guía recoge una amplia información sobre la atención a la patología mental y adictiva en el medio penitenciario, difícil de resumir, pero donde se pueden destacar los siguientes aspectos:

Relacionados con los objetivos terapéuticos

- El ingreso en prisión puede constituir una oportunidad para abordar los trastornos por uso de sustancias y sus complicaciones, merecedores por tanto de la evaluación oportuna.
- En este sentido, los profesionales sanitarios deberán tener siempre presente que sus recomendaciones resultan determinantes para que una persona llegue a plantearse abandonar las drogas.
- La motivación necesaria a lo largo del proceso de cambio hacia el abandono de las drogas, precisará de todo tipo de intervenciones y apoyos desde los distintos miembros del equipo multidisciplinar de la prisión que procurarán adoptar para ello un estilo de entrevista de tipo motivacional.
- También conviene tener presente que en el medio penitenciario el concepto de reducción del daño todavía adquiere mayor vigencia, pues cualquier reducción en el consumo se puede considerar como un éxito terapéutico y un paso más hacia la abstinencia que siempre señalará el objetivo final.

Relacionados con las manifestaciones clínicas

- Muchas de las personas internas en estos centros hacen uso de sustancias y además sufren un trastorno mental, fenómeno denominado “patología dual”. Pero este término resulta más complejo generalmente, pues

el consumo de drogas suele realizarse a expensas de un policonsumo que a su vez puede etiquetarse, para cada sustancia como: ocasional, perjudicial o dependencia. En cuanto a la patología psiquiátrica, puede ser inducida o primaria, afectar al eje I y/o al eje II, pudiendo también coexistir más de un proceso morboso simultáneamente o a lo largo de la vida. Para completar el diagnóstico multiaxial se contemplará por un lado en un corte transversal en el momento actual, y por otro lado a través de una visión longitudinal donde tanto el uso de sustancias como la patología mental se pueden manifestar de distintas maneras a lo largo de la vida.

- Se reconocen diferentes tipos de patología dual:
 - Trastorno mental primario con abuso subsecuente/consecuente de sustancias.
 - Abuso de sustancias psicoactivas que conducen a síntomas psiquiátricos.
 - Abstinencia de sustancias que conducen a trastornos psiquiátricos.
 - Diagnóstico comórbido.
 - Factores etiológicos comunes subyacentes que llevan al consumo de sustancias.
- La presentación clínica puede ser confusa fruto de la interrelación de los síntomas propios del consumo y de los síntomas relacionados con la patología psiquiátrica. Ambos procesos suelen cursar con complicaciones orgánicas y psicosociales, que a su vez también pueden distorsionar la sintomatología objeto de evaluación.
- Existen algunas dificultades generales en el abordaje de la patología dual grave en la población penitenciaria: escasa conciencia de enfermedad (adictiva y mental), baja motivación para el tratamiento, difícil obtención de información fiable, pluripatología médica asociada, marginación o desestructuración familiar, recursos limitados...
- En estos pacientes, merecen además, especial atención por un mayor incidencia de suicidio, de autolesiones y/o agitación psicomotriz cuyos fenómenos en la prisión cobran mayor riesgo y exigen prevención y/o cuidados especiales.

Relacionados con la evaluación

- Si, como se ha descrito, la expresión clínica de estos procesos morbosos es compleja, la evaluación supondrá un reto difícil. Para optimizar esta

complicada tarea se recomienda el apoyo de un protocolo siempre que sea posible.

- En cualquier caso, la historia clínica explorará los datos siguientes:
 - Datos sociofamiliares; antecedentes familiares y personales; biografía con presencia de acontecimientos vitales.
 - Uso de la/s sustancia/s: tipo de drogas consumidas, cantidades, frecuencia, vía de administración, complicaciones (físicas, psicológicas y sociales), intoxicaciones, criterios de tolerancia o dependencia. Datos actuales y de evolución a lo largo de la vida. Tratamientos anteriores, periodos de abstinencia, factores de recaída, estadio motivacional, balance decisional, disposición al abandono o reducción del consumo, conciencia de problemas y enfermedad (adictiva y mental).
 - Historia psiquiátrica: tipos de enfermedad, de tratamientos, ingresos, su relación con el consumo de sustancias. Personalidad.
 - Realizar una exploración psicopatológica exhaustiva. Funcionalidad y discapacidad.
 - Obtener información complementaria: informes médicos o psiquiátricos previos, screening urinario de tóxicos y analítica general completa.
 - Recordar que el uso de alcohol y drogas puede llevar a una distorsión o justificación de hechos o datos relatados.
- Esta valoración tratará de precisar: la cronología de los trastornos, la interrelación de los trastornos y si estos trastornos necesitan un tratamiento independiente o si tratando uno puede aliviar el otro.
- En ocasiones no es posible decir con antelación, sólo a partir de la sintomatología, si los síntomas psiquiátricos son inducidos por las drogas o si el paciente presenta un trastorno mental y además consume sustancias. La resolución de los síntomas después de la abstinencia proporcionará una información clave para la realización de un diagnóstico correcto.
- Las reevaluaciones periódicas se consideraran aliados necesarios en la praxis clínica de estos equipos asistenciales.
- Entre los cuestionarios de uso más extendido destacan:
 - El test de Richmond que nos permite conocer la motivación para el abandono del tabaco.

- El test de Fagerström para la cuantificación de la gravedad de la dependencia a la nicotina.
- La evaluación de los problemas relacionados con el alcohol se basan en criterios clínicos pero además de se puede complementar con los siguientes instrumentos: AUDIT y CAGE.
- La gravedad del Síndrome de Abstinencia al alcohol puede medirse con CIWA-Ar.

Relacionados con el abordaje terapéutico

- De cara al lugar de elección para la realización del tratamiento, puesto que la ley permite su cumplimiento dentro y/o fuera del centro, se contemplarán las ventajas y/o dificultades para dicha aplicación (en intervención comunitaria con tratamiento en centros de día ambulatorios, comunidades terapéuticas, centros de salud mental, centros residenciales para enfermos mentales crónicos...).
- El abordaje terapéutico se realizará y aplicará con flexibilidad en función de las variaciones clínicas, buscando objetivos realistas y adaptados a cada sujeto.
- Se elaborará por tanto un plan terapéutico individual cuya ejecución girará en torno al deseo de cambio del propio paciente y a su nivel de motivación e implicación.
- El ingreso en prisión, conlleva una ruptura brusca con los medios habituales, los apoyos, los hábitos, los tratamientos/medicaciones, para encontrarse cerrado en una celda, solo o con extraños, en unas circunstancias estresantes que puede desencadenar una cuadro de privación a la/s sustancia/s, una descompensación psicológica, un incremento del riesgo de suicidio... que requieren medidas de observación, supervisión y prevención.
- Las intervenciones terapéuticas necesarias pasan por un enfoque biopsicosocial de la enfermedad mental (adictiva y/o psiquiátrica) y suelen asociarse y combinarse, tratando de buscar la implicación activa del paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico.
- El tratamiento farmacológico de las adicciones, basado en el conocimiento multifactorial de los sistemas psicopatológicos implicados, contempla el uso de todos los tipos de psicofármacos: antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos, antipsicóticos, psicoestimulantes, agonistas/antagonistas varios,

potenciadores cognitivos, etc. además de los adicciolíticos (naltrexona yacamprosato), interdictores (cianamida cálcica y disulfiram).

- En cuanto al uso de benzodiazepinas, el clínico siempre tendrá presente el riesgo de farmacodependencia. Las guías clínicas recomiendan limitar su uso a un periodo corto de unas dos a cuatro semanas.
- En caso de que el paciente tome grandes cantidades de benzodiazepinas, se intentará la reducción de su prescripción y/o la sustitución por benzodiazepinas de vida media larga. Más recientemente se utiliza pregabalina tanto para la desintoxicación a estos sedantes como para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- En el tratamiento de la dependencia de nicotina se cuenta con fármacos específicos (bupropion y vareniclina).
- Las actuaciones psicoterapéuticas logran sus objetivos a través de varias técnicas: la entrevista motivacional, el manejo de contingencias, estrategias cognitivo-conductuales.
- La entrevista motivacional se orienta a aumentar el nivel de conciencia y favorecer la decisión de cambio y análisis de las resistencias. Los principios básicos de la entrevistas motivacional son: expresar empatía mediante la escucha reflexiva; fomentar la discrepancia, de modo que el paciente verbalice sus motivos de preocupación por el cambio; trabajar las resistencias, sin confrontación; reafirmar la capacidad para lograr el cambio. Constituye una buena aproximación terapéutica, ofrece una elevada tasa de cumplimiento, favorece la participación y mejora la retención.
- Los programas de manejo de contingencias se apoyan en reforzadores de la abstinencia de modo que sea incompatible el consumo así como en recompensas al realizar la conducta objetivo. Los tratamientos con procedimientos de manejo de contingencias han demostrado buenos resultados frente al abuso y dependencia de distintas sustancias.
- La terapia cognitivo conductual resulta de la integración de elementos de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva.
- La terapia de prevención de recaídas es un programa cognitivo-conductual frente a la conducta adictiva, de amplio uso. El entrenamiento incluye:

entender la recaída como parte de un proceso; identificar y afrontar las situaciones de riesgo; afrontar impulsos y deseos de consumo; desarrollar procedimientos de control de daños; entrenamiento y adquisición de habilidades de comunicación; retomar el tratamiento tras la recaída; avanzar en estilos de vida adecuados. En definitiva, esta técnica psicoterapéutica combina actuaciones conductuales y cognitivas, haciendo hincapié en la autogestión, en una estrategia de mantenimiento para prevenir recaídas o para cambiar estilos de vida.

Relacionados con el equipo asistencial

- La asistencia de los procesos adictivos y mentales tradicionalmente se ha prestado desde distintos dispositivos asistenciales, paralela o secuencialmente, pero actualmente se recomienda un abordaje integral por un mismo equipo multidisciplinar y especializado tanto en toxicomanías como en psiquiatría.
- Incluso, la importancia creciente de la patología dual debería llevar a la implementación de programas específicos en prisión dirigidos a la atención y rehabilitación de dicha patología.
- Ante el alto riesgo de conductas violentas en esta población, sería conveniente facilitar la adquisición de habilidades para su manejo y prevención (entrevista del paciente agresivo, comunicación verbal y no verbal).
- En cuanto a la utilización de contención mecánica, si fuera precisa, se pautaría bajo prescripción facultativa, en circunstancias determinadas y exige un seguimiento protocolizado.

Relacionados con los retos pendientes

- Es incuestionable la necesidad de herramientas eficaces específicamente diseñadas para el medio penitenciario y que mejoren la atención integral al enfermo mental.
- Es necesario también desarrollar protocolos de actuación ante pacientes con alto grado de agresividad.
- Para optimizar la asistencia y garantizar un abordaje integral la formación del personal de las prisiones velará por la inclusión de patología adictiva y psiquiátrica.

- El incremento de la población femenina observado en las cárceles españolas obliga a la adecuación de las políticas penitenciarias a las necesidades y demandas de las internas.
- A medida que el marco legal se va adaptando a las nuevas condiciones relacionadas con el consumo de tóxicos y la enfermedad mental, precisa de su aplicación también con la necesaria flexibilidad e individualización.

Todos estos pasos se dirigen hacia el objetivo final del tratamiento clínico, de la rehabilitación psicosocial y finalmente de la reinserción de las personas que tuvieron que ingresar en prisión.

Esther García Usieto

Iñaki Markez Alonso

Publicaciones de OMEditorial y/o del GSMP

1 Psiquiatría en la comunidad y
neurolépticos de acción prolongada.
Oscar Martínez Azurmendi. 2004

2 El diagnóstico psiquiátrico
no categorial.
José Guimón. 2007

3 Breves intervenciones en el
largo viaje: La comunicación
con pacientes con fibromialgia
o síndrome de la fatiga crónica
Manual para profesionales
sanitarios.
*Clara Valverde, Iñaki Markez,
Cristina Visiers. 2009*

4 Nuevos retos en la consulta
¿Qué hacer ante la fibromialgia,
el Síndrome de la Fatiga Crónica-
EM y las Sensibilidades Químicas
Múltiples? Manual de comunicación.
*Clara Valverde, Iñaki Markez,
Cristina Visiers. 2009*

Atención Primaria de la Patología
Psiquiátrica Dual en Prisión.
GSMP. 2006
J. Manuel Arroyo (Coord.)

5 Guía. Atención primaria
de la salud mental en prisión.
GSMP. 2011
Cristina Iñigo e Iñaki Markez (Coords.).

6 Guía. Atención y tratamientos en
prisión por el uso de drogas.
GSMP. 2012
Iñaki Markez y Cristina Iñigo (Coords.).
