

1^{ER} FORO SET DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS

Valencia, 7 de noviembre de 2014

Complejo Deportivo-Cultural “Petxina”

Financiado por:



Colaboran:



UPCCA
VALENCIA



1^{ER} FORO SET DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS

Valencia, 7 de noviembre de 2014

Complejo Deportivo-Cultural “Petxina”

Financiado por:



Colaboran:



**UPCCA
VALÈNCIA**



Comité Organizador

Presidentes:

Francisco-Jesús Bueno Cañigral
Rafael Aleixandre Benavent

Secretarios:

Antonio Vidal Infer
Juan Carlos Valderrama Zurián

Vocales:

Carmen Puerta García
Bruno Ribeiro Do Couto
Remedios Aguilar Moya

Editores:

Francisco-Jesús Bueno Cañigral
Antonio Vidal Infer
Bruno Ribeiro Do Couto
Rafael Aleixandre Benavent

Edita:

Plan Municipal de Drogodependencias
Unitat de Prevenció Comunitaria de Conductes Adictives (UPCCA-Valencia)
Concejalía de Sanidad
Ayuntamiento de Valencia
ISBN: 978-84-9089-029-5
Imprime: Martín Impresores, S.L.
Depósito Legal: V-1491-2015

INDICE

ACTO INAUGURAL	5
Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia). Concejalía de Sanidad. Ayuntamiento de Valencia.	
Dra. Dña. Carmen Puerta García Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET).	
CONFERENCIA INAUGURAL	11
PRESENTACIÓN:	
Prof. Dr. D. José Miñarro López Catedrático de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.	
TRATAMIENTO CENTRADO EN LA PERSONA: UN CONCEPTO CLAVE EN EL TRATAMIENTO DE CONSUMIDORES DE ESTIMULANTES	
Prof. Dr. D. Richard Rawson Profesor y Co-Director de UCLA Integrated Substance Abuse Programs. University of California at Los Ángeles.	
MESA REDONDA:	23
PRÁCTICAS PROFESIONALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.	
MODERA:	
Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia). Concejalía de Sanidad. Ayuntamiento de Valencia.	
EL ABORDAJE DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE LA PSIQUIATRÍA: LA PATOLOGÍA DUAL.	
Dra. Dña. Lara Grau López Psiquiatra. Programa de Patología Dual Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.	

EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN INFECTADOS POR VIH.

Dr. D. José Carlos Pérez de los Cobos

Director de la Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE LOS RECURSOS DE PREVENCIÓN.

Dr. D. Álvaro Olivar Arroyo

Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad
Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.

CONFERENCIA 53

PRESENTACIÓN

Prof. Dr. D. Antonio Vidal Infer

Profesor Documentación y Metodología Científica. Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Valencia

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Prof. Dr. D. Yifrah Kaminer

Profesor de Psiquiatría. Alcohol Research Center & Injury Prevention Center. University
of Connecticut Health Center.

CONFERENCIA 65

PRESENTACIÓN

Prof. Dr. D. Bruno Ribeiro Do Couto

Profesor de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

AVANCES EN EDUCACIÓN MÉDICA SOBRE LA ADICCIÓN.

D. Joseph Skrajewski

Coordinador de Programas e Iniciativas de Educación Médica
Betty Ford Center. USA.

MESA REDONDA: 77

EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS ADICCIONES DESDE EL SISTEMA PÚBLICO SANITARIO.

MODERA:

Prof. Dr. D. Rafael Alexandre Benavent

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Unidad de
Información e Investigación Social y Sanitaria-UISYS. Instituto de Historia de la Medicina
y de la Ciencia "López Piñero".
Universitat de València-CSIC.

EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS.

Dr. D. Benjamín Climent Díaz

Jefe de Servicio de la Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria.
Hospital General Universitario de Valencia.

INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL.

Dr. D. Jesús Fernández Ochoa

Médico. Equipo de Salud Mental Alcalá de Guadaira. Sevilla.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROGRAMAS SUSTITUTIVOS DE SUSTANCIAS: METADONAY BUPRENORFINA.

Dra. Dña. Carmen Puerta García

Jefa de Sección. Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) San Blas. Madrid.



Yifrah Kaminer, Richard Rawson, Joseph Skrajewski y Sra., Francisco-Jesús Bueno Cañigral, Carmen Puerta García y José Miñarro López

ACTO INAUGURAL

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia). Concejalía de Sanidad. Ayuntamiento de Valencia.

Dra. Dña. Carmen Puerta García

Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET).



Francisco-Jesús Bueno Cañigral y Carmen Puerta García

ACTO INAUGURAL

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia).
Concejalía de Sanidad. Ayuntamiento de Valencia.

Muy buenos días, vamos a proceder a inaugurar el Primer Foro de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) de intercambios de experiencias en el tratamiento de las drogodependencias. Soy Francisco-Jesús BuenoCañigral, Jefe de Servicio del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) del Ayuntamiento de Valencia y tengo que disculpar a la Concejala de Sanidad Doña Lourdes Bernal Sanchis, porque lamentablemente no ha podido venir, ya que tenía otros compromisos durante esta mañana y ha delegado en mí para este acto inaugural.

Agradezco la participación a todos los ponentes que durante el día de hoy van a participar en este Primer Foro de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET), un plantel de profesionales de altísimo nivel. Seguro que todas sus intervenciones les van a interesar sobremanera y además van a tener mucha aplicación práctica en sus tareas cotidianas.

Agradecer además a Doña Carmen Puerta García, Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET), por la elección de Valencia para celebrar este Primer Foro de la SET. Agradecimiento que hago extensivo a todos los miembros de la SET.

Aprovecho esta gran oportunidad para explicar qué es el Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia, ya que nos acompañan muchos estudiantes de ciencias de la salud y de la educación y personas de fuera de Valencia, que quizás no conozcan lo que hacemos en el PMD del Ayuntamiento de Valencia.

Estamos en 2014, donde la realidad no tiene nada que ver con la de los años ochenta y noventa del pasado siglo. Hoy en día, según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), el tema de las drogas ocupa el puesto veintiuno dentro de las principales causas de preocupación de la población española. En los años ochenta y noventa, el tema de las drogas ocupaba habitualmente el puesto tres o cuatro, casi siempre detrás del paro y del terrorismo. En el año 1984 surgió aquí en Valencia la primera asociación sobre drogodependencias, que era la Asociación Centro Urbano Municipal de Rehabilitación de Toxicómanos (CUMRT), que estaba en el barrio de Nazaret de Valencia, para dar tratamiento urbano de forma ambulatoria a las personas que entonces tenían problemas con las adicciones. ¿Cuál era el problema más importante de entonces? La heroína.

Este Centro cumple un papel muy importante y el Ayuntamiento de Valencia asume la financiación del mismo, contrata a sus profesionales, para que sigan desarrollando su labor; creando además un Dispensario Municipal de Toxicomanías, ubicado en la Plaza de América, 6, bajo de Valencia. También se crea una Unidad de Prevención de las Toxicomanías.

El CURT, el Dispensario y la Unidad cumplen perfectamente las expectativas para las que habían sido creados, poco a poco se van estructurando, ampliando sus tareas que eran dependientes de la Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia. El año 1993, lo centralizamos todo en el mismo edificio de la Plaza de América, pero con entrada independiente por en la Calle Navarro Reverter, 17 bajo de Valencia, creando el Programa Municipal de Drogodependencias (PMD) que paso a depender de la Concejalía de Sanidad. Las actividades principales del PMD eran: Prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción

social. Creamos además Un Centro de Documentación en Drogodependencias, con entrada independiente por la Calle General Navarro Sangrán, 4, bajo de Valencia.

A partir del año 1997, con la publicación de la Ley de drogodependencias de la Comunidad Valenciana, nos convertimos en la Unidad de Conductas Adictivas más grande de toda la Comunidad Valenciana, con una tradición importante y con 1.380 historias clínicas. Se siguen haciendo tareas asistenciales hasta el año 2003, cuando se hace la transferencia de toda la asistencia sanitaria a los drogodependientes que hasta entonces dependían orgánica y funcionalmente de las entidades locales a la entidad administrativa que hace la asistencia sanitaria, en este caso la Conselleria de Sanidad; en concreto se transfieren a Atención Primaria.

Por lo tanto, desde el año 2003, los ayuntamientos no hacemos asistencia sanitaria ni tratamiento a los drogodependientes y nos convertimos, según la normativa administrativa autonómica, en Unidades de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA), en este caso la UPCCA-Valencia, sigue siendo la más grande de toda la Comunidad Valenciana. Desde el año 2003 hasta la actualidad lo que hacemos es prevención comunitaria, prevención escolar, prevención familiar, alternativas de ocio y tiempo libre potenciamos las funciones, materiales y actividades del Centro de Documentación de Drogodependencias “Dr. Emilio Bogani”. Además participamos en varios convenios de colaboración, con la Universidad de Valencia, con la Universidad Católica de Valencia, con la Universidad Cardenal Herrera-CEU, con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). También colaboramos con sociedades científicas, como en este caso, la Sociedad Española de Toxicomanías (SET). El objetivo fundamental que tenemos es hacer actividades de prevención de las adicciones ya sean con sustancia o sin sustancia, además de actividades de promoción de la salud dirigidas a toda la ciudad de Valencia.

Evidentemente, una sociedad como la actual está muy sesgada. La preocupación de los españoles por las drogas ocupaba el décimo lugar en el año 2007, según la encuesta del CIS, ahora ocupa el lugar veintiuno; hay por tanto mucha tolerancia social. La tarea nuestra es informar, en la medida de lo posible, a todos los estamentos sociales, ya sean colegios, centros juveniles, centros deportivos, centros sociales, asociaciones de vecinos, etc., sobre cuáles son las actividades que se desarrollan y, cada vez más, los colegios piden actuaciones. Para nosotros es importante que haya, a través de los colegios, mucho interés en potenciar esas alternativas de ocio y tiempo libre, porque la incidencia del consumo de drogas no es tan grande como se dice: el problema es que se hace mucho ruido. Tenemos una juventud cada vez más sana, más consciente, con más valores personales, eso sí que hay que reconocerlo. Pero también tenemos una grandísima presión social, unas tendencias que, obligatoriamente, hay que seguir y quien no lo hace está fuera del grupo. Hay muchísima gente que no sale a divertirse, sale directamente a colocarse, que hace botellón por afiliación, por estar con el grupo de amigos y a lo mejor se han tomado dos cubatas en toda la noche. Estos fenómenos tienen muchas aristas, son multifactoriales, son multisectoriales y, lo más importante, como el saber no ocupa lugar, lo más importante es que seáis críticos ante la información que nos bombardea permanentemente a través de los múltiples medios de comunicación social.

Tendremos la ocasión de escuchar a excelentes ponentes como el profesor Yifrah Kaminer, que me comentaba ayer una cosa importante. En Estados Unidos la legalización del consumo de cannabis está presente en varios Estados, cuando se sabe de sobra, como explicará después, que no sólo no aporta ningún tipo de beneficio para la salud su consumo, sino que aporta muchísimos prejuicios. Hay que hacerse por tanto varias preguntas:

¿Por qué hay una legalización del consumo?

¿Por qué se pretende continuar con la legalización?

¿Por qué en España están proliferando los clubs de fumadores de cannabis?

Por una razón muy sencilla, delante, detrás o dentro de estas preguntas y de sus respuestas hay muchísimos intereses económicos. Y los jóvenes son un caldo de cultivo perfectamente preparado para ello. Pero hay que decir la verdad. Otra cosa es que, responsablemente, cada uno haga con su cuerpo y con su vida lo que quiera, pero lo que hay en este tema tan de actualidad son intereses económicos.

Hemos incluido en las carpetas un tríptico de cada una de las actividades que hacemos en el Plan Municipal de Drogodependencias, así como las diferentes páginas web y redes sociales que utilizamos.

Os aconsejo en primer lugar que acudáis a esas fuentes para recibir información, porque si tenéis información veraz de un tema tan complejo con las adicciones, seguro que tomáis decisiones en vuestra vida bastante objetivas y bastante sensatas.

En segundo lugar, que no os engañen: cuando os digan que el cannabis es terapéutico, pues tendríais que conocer que el tetrahidrocannabinol (THC), evidentemente tiene una serie de ventajas desde el punto de vista químico y farmacológico que luego os explicarán, pero eso no significa que en los hospitales, los enfermos estén fumando canutos por los pasillos. Que el tetrahidrocannabinol, como cualquier sustancia química, pueda tener efectos positivos y negativos y se pueda utilizar como sustancia para hacer un tipo de tratamientos es una cosa que está registrada y usada en algunos países como fármaco-, pero de ahí a decir públicamente que el cannabis es principalmente terapéutico, media un abismo, lamentablemente lleno de intereses.

En nombre de Doña Lourdes Bernal Sanchis, Concejala de Sanidad del Ayuntamiento de Valencia, queda inaugurado este Primer Foro SET.

Muchas gracias a todos ustedes por su asistencia.



Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Dra. Dña. Carmen Puerta García

Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET).

Gracias, la verdad es que es un placer volver a Valencia. La Sociedad Española de Toxicomanías está íntimamente vinculada a esta comunidad y a este ayuntamiento. El Plan Municipal de Drogodependencias siempre nos ha acogido en su seno durante todos los años que presido la Sociedad, siempre haciendo unas jornadas extraordinarias con su apoyo. Gracias por esta acogida.

Algo que ha caracterizado siempre a la SET es la investigación y la formación y estar en la vanguardia es complicado. Por ello cuando organizamos actividades formativas, elegimos cuidadosamente a todos los ponentes, buscando la excelencia en la materia sobre la que van a hablar para que nos puedan aportar cosas nuevas.

En drogodependencias, desde los años noventa estoy escuchando muchas veces, en muchos foros, siempre lo mismo, pero afortunadamente con la SET siempre hemos traído gente muy especial que nos puede aportar muchísimo. Habrá además espacios de networking para poder debatir con todos los ponentes del día. Yo espero que lo aprovechéis a conciencia, que exprimáis a todos los ponentes, que les preguntéis todas las dudas que tengáis y que esto pueda servir de formación en este ámbito.

Muchas gracias por todo.



Carmen Puerta García



José Miñarro y Richard Rawson



José Miñarro y Richard Rawson

CONFERENCIA INAUGURAL

PRESENTACIÓN:

Prof. Dr. D. José Miñarro López

Catedrático de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

TRATAMIENTO CENTRADO EN LA PERSONA: UN CONCEPTO CLAVE EN EL TRATAMIENTO DE CONSUMIDORES DE ESTIMULANTES

Prof. Dr. D. Richard Rawson

Profesor y Co-Director de UCLA Integrated Substance Abuse Programs. University of California at Los Ángeles.



Richard Rawson

PRESENTACIÓN:

Prof. Dr. D. José Miñarro López

Catedrático de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Buenos días.

En primer lugar quería agradecer a los organizadores del foro que me hayan invitado a la presentación de un excelente profesional como es el Profesor Richard Rawson, creador e impulsor del programa Matrix para el tratamiento de las adicciones.

El profesor Rawson es doctor en psicología experimental por la Universidad de Vermont y, actualmente, es codirector del Instituto de Programas Integrados de Abuso de Sustancias de la Universidad de California en Los Ángeles. Es profesor del departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Universidad de California en Los Ángeles, ha sido y es investigador principal de diferentes proyectos financiados por el National Institute on Drug Abuse (NIDA), es decir, el equivalente estadounidense de la Delegación del Gobierno para la Plan Nacional sobre Drogas, más o menos.

Ha desarrollado proyectos en programa de investigación, planificación, formación e intervención en Naciones Unidas, en la Organización Mundial de la Salud, en diferentes países. Está muy involucrado en los temas de desarrollo de formación y de intervención en México, Tailandia, Israel, Egipto, África del Sur, Palestina, Irak, Arabia Saudita, Líbano, etc. Actualmente, dirige el programa de formación de la Red Internacional de Tratamiento de Drogas y de los Centros de Recursos de Rehabilitación de Naciones Unidas. En la actualidad es investigador principal de un proyecto de capacitación del National Institute of Health (NIH) en su Universidad y en la Universidad del Cairo. Colabora también con países árabes y es investigador principal del Centro de Transferencia de Tecnología del Pacífico Sudeste y del Grupo de ensayos clínicos de la metanfetamina del NIDA. De hecho, es un especialista de reconocimiento internacional en estudios de la metanfetamina que, como sabéis, es un problema que existe en Estados Unidos y bastante importante.

Cuenta, además, con más de 240 artículos publicados, capítulos de libros, manuales de entrenamiento, etc. Sus investigaciones se han centrado tanto en aspectos farmacológicos como con intervenciones psicosociales, como es el ejemplo del programa Matrix mencionado anteriormente. El profesor Rawson es una autoridad internacional en el estudio de las adicciones y creo que sus aportaciones están siendo de un avance decisivo en el tratamiento de esta enfermedad.

TRATAMIENTO CENTRADO EN LA PERSONA: UN CONCEPTO CLAVE EN EL TRATAMIENTO DE CONSUMIDORES DE ESTIMULANTES

Prof. Dr. D. Richard Rawson

Profesor y Co-Director de UCLA Integrated Substance Abuse Programs. University of California at Los Angeles.

Buenos días.

Hace ya cuarenta años que trabajo en adicciones, desde los años 70, coincidiendo con el primer año de funcionamiento del National Institute on Drug Abuse, cuando empecé a realizar estudios sobre la adicción a la heroína. En aquel momento estábamos intentando descubrir cómo debía ser un tratamiento para la drogadicción. De hecho, mis estudios habían sido sobre investigación básica en animales, ratas, ratones, palomas, monos, siempre desde una perspectiva biológica. En 1974, no había muchos trabajos en el área de la investigación básica, así que fui a trabajar a la Universidad de California donde hicimos los primeros ensayos con una medicación que se llamaba Naltrexona para la adicción a la heroína. Desde entonces he trabajado en el desarrollo de tratamientos específicos para distintas poblaciones y he pasado gran parte de mi tiempo debatiendo resultados de investigación alrededor del mundo.

En los últimos años estoy trabajando con la Organización Mundial de la Salud en Oriente Medio y en el sudeste de Asia y China para enseñar habilidades científicas sobre cómo hacer investigación en adicciones y su posterior traslación a la clínica.

Ahora estamos construyendo una base de conocimientos sobre cuáles son los elementos necesarios en un tratamiento, con el objeto de ayudar a la gente a cambiar sus conductas.

Un ejemplo muy rápido, en Vietnam hasta hace cinco años no existían tratamientos para la adicción, no tenían psicólogos ni trabajadores sociales, solo médicos y enfermeras. Y, entonces, desarrollaron un conjunto de clínicas para tratamiento de la adicción a la heroína con metadona; en el transcurso de diez años han abierto unas doscientas clínicas donde hemos formado a más de trescientos médicos y varios cientos de enfermeras, donde tratan a unos 25.000 heroínómanos cada día. No obstante, tienen 500.000 heroínómanos probablemente, razón por la que el gobierno pretende trasladar esta actividad asistencial a los servicios del área general. Y entonces, ¿qué pueden hacer para poder integrar este tipo de asistencia especializada en la atención primaria?

Uno de los principios que hemos aprendido es que lo que hacemos en la atención especializada no siempre se traduce eficazmente en el sistema de sanidad. Es importante tener en cuenta el punto de vista de los pacientes; al paciente lo que le interesa es una parte importante de cómo los comprometemos en el tratamiento. Cuando empecé y cuando se desarrolló nuestro sistema, teníamos las clínicas de metadona y las de asesoramiento

contra la adicción. Después los pacientes entraban por la puerta, cogíamos nuestras técnicas de libro y se las aplicábamos. No les preguntamos tanto a los pacientes que querían, les hacíamos cosas simplemente. Tratamos de imponer nuestros tratamientos a los pacientes. Nunca había ninguna sensación de que debíamos preguntar al paciente “¿Qué es exactamente lo que podemos hacer para ayudarle?”.

En los últimos diez años, la Organización Mundial de la Salud y muchos sistemas de salud han estado trabajando en un conjunto de técnicas llamadas “**Atención centrada en la persona**”. Se trata de un sistema que introduce a la persona dentro del marco de toma de decisiones, de cómo debe ser el tratamiento. Y esto es un principio muy importante conforme vamos introduciendo las técnicas contra las adicciones en el sistema sanitario general.

De lo que voy hablar hoy, es de lo que hemos hecho, y con determinados tratamientos contra las anfetaminas y otros estimulantes de tipo anfetamínico (ATS). Aquí es donde hemos hecho más trabajo sobre cómo los países pueden desarrollar tratamientos para pacientes con trastornos por consumo de anfetaminas, metanfetaminas, etc. Uno de nuestros retos más importantes es que muchos de los sistemas de tratamiento en muchas partes del mundo están llenos de pacientes que vienen con estimulantes de tipo anfetamínico y los médicos no saben qué hacer con ellos. Teníamos que empezar a enseñar que nose trata de sacar una cosa de un libro de texto y lo pones en tu clínica, porque no va a funcionar. Hay que escoger tratamientos que hayan demostrado su eficacia y con los que participe y comprometa el paciente. Un gran problema en el tratamiento de pacientes anfetamínicos es que no conseguimos que continúe con el tratamiento, es decir, tras la evaluación no vuelven. Entonces teníamos como gran reto intentar que estos consumidores de anfetamina participaran en el tratamiento y que se comprometieran con él. Con ello observamos una mejoría importante al dedicar más tiempo a escuchar a los pacientes. Ahora estamos tratando de mezclar estos planteamientos.

Yo vengo de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), donde el principio central del sistema de salud es **la asistencia centrada en el paciente**, es decir, comprometer a los pacientes en el diseño de su propia atención y, lo que es más importante, ayudarles a entenderla. Y esto es transversal en todas las líneas de la medicina. Tratamos de promover una mayor participación de los pacientes, porque hay evidencia de que si puedes escucharles, si puedes comprometerles, si puedes conseguir que entiendan su enfermedad y que participen en el diseño de su tratamiento, siguen mejor el tratamiento y se consiguen muchos mejores resultados.

Estos principios son similares a los que ha desarrollado la OMS, en cuanto a que la asistencia centrada en el paciente o en la persona es proporcional a una asistencia que respete y responda a las preferencias individuales del paciente, a sus necesidades y valores, así como garantizar que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas, aunque éste parece un enunciado muy idealista: que los pacientes se hagan cargo de su propia salud. La primera vez que lo oyeron, la mayoría de mis colegas tuvieron la misma reacción, yo también, y dijeron fantástico, esto es estupendo si lo haces en un hospital médico. Pero para tratar adicciones, de verdad podemos preguntar a los pacientes, ¿qué quieren hacer?

Lo que estamos haciendo es pensar de una nueva manera, con términos como la asistencia centrada en el paciente, en la persona, en el cliente, en el consumidor, en el receptor de servicios. Todo ello implica asistencia individualizada y autodirigida. Necesitamos hablar con los pacientes sobre cómo quieren afrontar sus adicciones. Tenemos que respetar los

valores de los pacientes, sus preferencias y necesidades. La adicción forma parte del resto de su cuidado sanitario, de su asistencia sanitaria. No tenemos que separarlo del sistema, sino que forma parte de su salud.

Uno de los elementos más grandes de la asistencia centrada en el paciente es educar a los pacientes respecto a su enfermedad y ayudarles a tomar buenas decisiones sobre su salud, incluyendo el abuso de sustancias. El tratamiento se tiene que hacer de una manera que cree la mínima disrupción posible al paciente, que pueda quedarse en casa, si es posible, que el tratamiento les ayude a reducir la ansiedad. Asimismo les tenemos que dar educación y conocimiento de tal manera que entiendan mejor de qué trata este sistema y que impliquemos a su familia. Estas son algunas dimensiones de la asistencia centrada en el paciente.

Cuando se va al médico, te va a dar una lista de cosas que hay que hacer, una lista de medicinas y te las tomas. Sin embargo, ahora hay mucho más diálogo con respecto a cuál debe ser el tratamiento y por qué están recomendando lo que recomiendan.

Entonces, tratamos de activar al paciente y animarle a que se responsabilice de su propia salud. Utilizamos entrevistas motivacionales, una técnica absolutamente fundamental que ayuda a comprometer a los pacientes y les invita a tomar medidas, aunque a veces sean resistentes, ambivalentes, aunque lo rechacen, pero siempre se intenta que los pacientes participen más. Y esta es una habilidad fundamental, no sólo en adicciones, sino para cualquier médico en sistema general.

Y existe una razón para que sea así: los resultados son mejores. Cuanto más comprometes al paciente como participante en su propia asistencia, mejor funciona. Independientemente del área de conocimiento, no importa que estamos hablando de tratar la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, cuanto más se compromete al paciente para que participe en su tratamiento y sea una parte activa, no sólo un receptor, no sólo alguien que se toma las pastillas, sino alguien que entiende como participar en la mejora de su salud, mejores son los resultados.

Entonces, el término de comunicación es muy importante: cómo nos comunicamos con ellos respecto a su salud. Este es el tipo de comunicación que promueve el interés y la comprensión, de manera que la toma de decisiones es mutua entre el paciente y médico.

Los estudios científicos han evidenciado la existencia de asociaciones entre la comunicación y la satisfacción del paciente: puedes tener los mejores conocimientos del mundo, pero si quieres introducir estos tratamientos y no lo puedes hacer de manera que comprometas al paciente, tendrás un tratamiento fantástico que no utiliza nadie. La toma de decisiones mutua, se refiere tanto al médico como al paciente y ayuda al paciente a entender la necesidad de tratamiento, ayuda a informar al paciente sobre los beneficios y los efectos adversos del tratamiento y apoyar al paciente en su proceso de toma de decisiones.

Además, al comprometer a los pacientes en el tratamiento, participan al 100% y, de la misma manera, tratamos de comprometer a los miembros de la familia en la asistencia, dedicando un enorme esfuerzo en educación e información para los pacientes. Y eso no significa darles artículos de revistas médicas, sino crear materiales que hagan que la información sea comprensible para los pacientes y sus familiares.

Algunas veces hemos tenido discusiones en la UCLA sobre la asistencia centrada en los pacientes y muchos de los colegas decían, bueno, parece que digáis que los pacientes pueden hacer lo que les dé la gana, pero no es así. Aquí tú tomas la decisión. Durante el proceso

utilizamos técnicas conductuales, tratamientos, formación para el paciente y hacemos todo lo posible por comprometer al paciente para que tome las decisiones correctas. Eso no significa que por decir asistencia centrada en el paciente hagamos cualquier cosa, pero sí que hay una mezcla de la perspectiva del paciente con la perspectiva del tratamiento. A veces, hay que ponerse de acuerdo sobre las decisiones del tratamiento y como la gente conforma sus objetivos, qué es lo que quieren del sistema de salud y todo ello se introduce en la toma de decisiones.

En la última década, la OMS ha finalizado un estudio en ocho países sobre asistencia centrada en el paciente para la toma de decisiones en enfermedades cardiovasculares, donde se ha visto un efecto positivo muy importante. Se trata de un estudio observacional con 39 médicos y 315 de sus pacientes y rellenando distintos cuestionarios con los pacientes sobre sus percepciones sobre la asistencia y la medida en la que el tratamiento se consideraba centrado en el paciente o no. Se dieron cuenta de que cuando se utiliza un planteamiento centrado en el paciente donde te comunicas con los pacientes, los formas o los implicas en la toma de decisiones, los resultados incluyen niveles más bajos de incomodidad y preocupación, así como una mejor salud mental y un aumento de la eficiencia reflejado en menos pruebas de diagnóstico y una reducción de las remisiones al especialista.

En otro estudio aleatorio controlado de 248 pacientes se visualizaron y puntuaron unos videos donde se podían observar diferentes estilos de comunicación de un médico con su paciente. Las puntuaciones sobre los videos apoyaban la idea de que una atención centrada en el paciente mejoraba los resultados del tratamiento, ya que se percibía al doctor como alguien que entiende su adicción, que es competente y que tiene buena información, y si piensas así, es mucho más probable que sigas el plan del tratamiento.

Asimismo, otro ensayo controlado aleatorio valoró la satisfacción del médico con este tipo de enfoque, dando como resultados un mayor grado de satisfacción con la comunicación entre el paciente y su familia, así como un mayor conocimiento de las características clínicas del paciente.

Además, otro ensayo puso de manifiesto que la asistencia centrada en el paciente propició que la asistencia sanitaria redujera su coste y se produjera una menor necesidad de asistencia especializada.

Entonces, como un tema prioritario en Estados Unidos, se acaba de implantar la llamada "Asistencia Obama" y espero que tenga continuidad. Se trata de un seguro nacional en los Estados Unidos y, en principio, está presente en todo el sistema sanitario.

La asistencia centrada en el paciente es intrínsecamente buena, independientemente de si cumple otras metas pragmáticas o instrumentales, tales como una mejora de la calidad, bienestar del paciente o una distribución equitativa de recursos. Desde la perspectiva de la ética médica, la asistencia centrada en el paciente incluye la obligación de los profesionales sanitarios de poner los intereses de los pacientes por encima de cualquier otra cosa y que respeten la autonomía personal de los pacientes. Este es un conjunto de principios que se están desplegando en Estados Unidos y en todo el mundo por parte de la OMS.

¿Estos principios pueden ser aplicados en el área de tratamiento de adicciones? ¿Cómo podemos pensar esto en términos de tratamiento de las adicciones? El sistema de tratamiento asistencial en Estados Unidos, no está centrado en el paciente. Nuestros programas de tratamiento nunca han preguntado a los pacientes lo que quieren, o lo que piensan. De hecho, cuando empecé a trabajar en medicina te criticaban en un programa de tratamiento

si el paciente pedía alguna modificación en el tratamiento, de manera que ni siquiera lo considerabas. Te decían, que tú lo que tenías que hacer era decir lo que tenía que hacer, y si no hacía lo que tú le decías entonces lo dejabas sin tratamiento. A todo el mundo se trataba por igual, en una clínica de metadona te dan metadona, en un programa de recuperación en 12 pasos te daban eso... No había individualización de tratamiento, a todo el mundo se le daba lo mismo, café para todos.

Al sistema no le interesaba lo que pensaba el paciente, si vienes aquí, nosotros tenemos un programa y no hay discusión posible sobre cambios, o probar otra cosa diferente para este paciente, es decir, había que encajar en el programa existente. Y si el paciente dice: "no quiero, eso no me interesa", entonces decían, "bueno pues entonces, te estás negando a recibir el tratamiento. No estás dispuesto a hacer lo que nosotros te decimos que hagas". Y entonces le echamos la culpa a la adicción. Decían, "si tú haces lo que yo te digo, entonces no serás adicto, si no, estás negando tu adicción". Tenían que decir, "vale doctor, haré lo que usted me diga", porque la idea de debatir no formaba parte la consideración.

En general, en los Estados Unidos la abstinencia era el único tratamiento aceptable. Yo sé que en España hacéis mucho más trabajo en el área de reducción no solo de la cantidad sino de la variedad de las sustancias.

Eso tradicionalmente, en el sistema de tratamiento en Estados Unidos era lo contrario al diálogo. Si tenían una adicción no podían tomar buenas decisiones, entonces, no se consideraba su perspectiva, algo que se entendía que formaba parte de la enfermedad.

"Traditional" US View of Patients in Substance Use Disorder Treatment

- Addicts and alcoholics are incapable of making good decisions about their substance use
- Denial and dishonesty are part of the disease
- "The way I got sober is the only way"
- Treatment = "breaking through denial"
- Group therapy is the necessary format
- AA is essential and non-negotiable

Todo esto está cambiando y este planteamiento centrado en el paciente nos está llevando de este modelo de, él medico es el experto y el paciente solo tiene que hacer lo que le indique el médico, a un papel más colaborador, y de hecho tenemos mucha mejor participación en el tratamiento. Cuando hablamos con gente de Estados Unidos sobre la asistencia centrada en el paciente en las adicciones, hay mucha gente que diría "lo que hacemos es asistencia centrada en el paciente", cuando, no es verdad.

A medida que se fueron impulsando tratamientos para consumidores de ATS, uno de los mayores retos fue encontrar la manera de mantener a esta gente en tratamiento, por lo que había que desarrollar maneras de comprometer al paciente, cómo hacerle participar en el tratamiento

Se ha necesitado cierto tiempo para empezar a desarrollar todo este tema de los aspectos de asistencia centrada con el paciente. En California, donde vivo, ha habido un problema muy importante de metanfetaminas durante los últimos tres años y, en muchas de las clínicas donde actuamos, más de la mitad de los pacientes son usuarios de ATS. En muchas otras áreas del mundo, la anfetamina va después del cannabis en cuanto la prevalencia de consumo.

Hay que considerar que la población que consume ATS en su mayor parte ha tenido empleo y viven en su casa. Por tanto, este programa no se ha hecho con pacientes de muy bajo nivel económico, la mayoría de estos pacientes son de nivel medio que cuando vienen dicen que quieren dejar de consumir drogas. Vienen a tratamiento por toda clase de razones: su mujer, su marido, el policía, sus padres, están enfadados con ellos, siempre hay alguien enfadado, entonces, ellos llaman a la puerta y vienen diciendo, tengo que hacer algo. Esto es la norma general, no es una excepción. En realidad no siempre quieren dejar las drogas, hay que ser capaces de tratar con gente ambivalente.

Hay una dinámica diferente cuando trabajas con usuarios de anfetamina y de otras drogas. Los usuarios de anfetaminas no tienen que consumir la droga cada día. Un heroinómano cuando es adicto y deja de consumirla se pone enfermo. No pasa lo mismo con las anfetaminas, pueden parar y volver a recaer varias veces y no entienden porque lo hacen. Nosotros tampoco lo entendíamos al principio. Cuando empezamos a trabajar con los usuarios de anfetamina nos dimos cuenta de que la tipología de la adicción es diferente respecto al caso de la heroína. Los consumidores de ATS no entienden lo que les pasa es muy común que nos diga “no soy adicto porque puedo parar cuando quiera, pero vuelvo a utilizarlo, no entiendo porqué lo hago, debo de estar loco o idiota o degenerado, me pasa algo, porque yo puedo parar pero luego vuelvo”. Sin embargo, los adictos a la heroína si lo entienden.

Muchas veces utilizan ATS para funcionar, no solamente para irse de fiesta o para pasárselo bien, sino porque les ayuda. Vemos muchos pacientes que consumen ATS en el puesto de trabajo, o que las utilizan también para sus actividades sexuales. Esto ocurre en todo el mundo y es una de las razones por las que la OMS está interesada en el consumo de anfetaminas, dado que en las zonas donde hay VIH, el consumo de ATS aumenta las posibilidades de transmisión de la infección. Por esta razón hay que tratar a los usuarios de ATS de una manera un poco distinta. Y nos dimos cuenta de que ahora tenemos que aprender a utilizar estos principios en el desarrollo de los tratamientos específicos para usuarios de ATS.

Person-centered Aspects of Development of Treatment for ATS Users

- **ATS user perception of their ATS “problem”**
 - Not like heroin addiction, they could stop use
 - But they continued to relapse
 - They didn’t understand their own behavior
 - They used ATS to function
 - Many were aware that ATS created paranoia
 - ATS useful for sexual activities
 - They aren’t “addicts”
 - Among methadone patients, ATS viewed as useful to reduce sedation and not problematic

Tenemos mucha información plasmada en materiales informativos, dirigidos a los pacientes y sus familias sobre lo que es la adicción a las anfetaminas, qué significa ser adicto, ya que hay que cambiar tu percepción y la de ellos con respecto a lo que les está ocurriendo. Deben entender cómo producen adicción los ATS, de forma diferente a lo que ocurre con la heroína. Hemos elaborado mucho material, grabamos videos para ayudar a la gente a entender su adicción a los ATS y mucho material gráfico, dado que no suelen leer. No entendían lo que era la abstinencia de drogas. Ellos decían “esto simplemente es como cuando te levantas y te apetece un café o un donut”. No entendían qué es esta ansiedad y como los ATS cambian su cerebro y producen este estado que nosotros le llamamos “condicionamiento clásico”, que es la base de esta ansiedad por las drogas.

Entonces, utilizamos muchas técnicas de empatía con el paciente, utilizando a iguales para apoyar el tratamiento, pruebas de orina para comprobar si realmente no había habido recaída, etc. También se comprobó que las personas que venían periodos cortos a tratamiento, solían recaer. Entonces constatamos que el tratamiento debía durar meses.

Nuestra manera de medir la capacidad de centrarnos en el paciente era ver si podíamos comprometerle, es decir, en el caso de que vinieran 100 pacientes con un problema con los ATS, ¿cuántos de ellos vendrían una segunda vez? ¿A cuántos de ellos podríamos comprometer en su tratamiento? Esta era la primera medida. Por tanto, los terapeutas y doctores no tenían como objetivo en la primera sesión curar la adicción, sino comprometer al paciente para que asista a una segunda sesión y hay todo un conjunto de técnicas para hacerlo.

Después de treinta años trabajando con pacientes de ATS, hemos visto que necesitamos mantenerlos en tratamiento al menos 90 días, para que puedan aprender y para que se desacondicione su cerebro.

Pasamos mucho tiempo hablando con los pacientes sobre qué elementos del tratamiento pensaban que eran útiles. Y hacíamos cuestionarios con ellos por lo menos una vez al mes, dentro del tratamiento; cuáles son los elementos del tratamiento que te gustan, que consideras útiles, qué cosas piensas que no te ayudan, cómo se deben presentar los resultados de los análisis de orina... Hemos utilizado esta información a lo largo de los años para diseñar las estrategias que los mismos pacientes consideran útiles. Una de las técnicas que hemos utilizado últimamente es medir la calidad de vida, es decir, cuánto ha mejorado su vida como consecuencia del tratamiento.

Person-centered Aspects of Development of Treatment for ATS Users

- **Person-centered measures of usefulness**
 - Did they return for service (engagement)?
 - Were they retained over time (retention)?
 - How did they rate specific elements of care?
 - How did they rate specific topics?
 - What did they dislike?
 - Urinalysis results
 - Improvements in quality of life

Tenemos toda una serie de herramientas esenciales, como el manejo de contingencias, entrevistas motivacionales, nuevos fármacos, etc., aunque siempre tratamos de buscar herramientas adicionales basadas en la evidencia científica.

¿Cuáles de estas cosas podemos utilizar para que comprometan mejor al paciente? Vamos a publicar un par de estudios, dentro de unos seis meses sobre el uso del ejercicio físico ya que, por distintas razones, tiene mucho que ver con la recuperación del cerebro. El ejercicio físico ya tiene unas ventajas muy importantes en la gente se está recuperando del consumo de ATS. Por otro lado, el la atención plena o mindfulness es muy importante; es una de las cosas que más les gusta a los pacientes y es algo que ellos encuentran motivador. Para los pacientes más jóvenes hay cosas de este tipo que son muy interesantes, entonces, tratamos de desarrollar estrategias que nos permitan ayudar al paciente a cumplir su tratamiento.



Potential Evidence-supported ATS Treatment Elements as Patient Options

- Harm reduction tools
- Patient and family education in engaging media
- Physical exercise (Rawson et al)
- Mindfulness meditation (Glasner-Edwards)
- m-Health Tools (Gonzales, Reback and Glasner-Edwards)
- Importance of patient feedback

El concepto de tratamiento centrado en la persona les da a los pacientes una voz para determinar sus problemas con el tratamiento, sus métodos preferidos y los resultados deseados. La asistencia centrada en el paciente y los tratamientos basados en la evidencia son compatibles, los principios de asistencia centrada en la persona para desarrollar un protocolo, para tratar pacientes de anfetaminas es algo que se puede desarrollar. Y es muy importante ver como los comprometemos, como los retenemos y, por esta razón, es importante mostrarles nuestra empatía con ellos.

Muchas gracias por su atención.

Referencias:

Institute of Medicine. 2001. Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press.

Gerteis, M, Edgman-Levitan, S, & Daley, J. 1993. Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-centered Care. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

“Health Policy Brief: Patient Engagement”. Health Affairs, February 14, 2013.

Bradley, KA., & Kivlahan, DR. 2014. Bringing patient-centered care to patients with alcohol use disorders. JAMA, 311(18):1861-2.

Institute of Medicine, Committee on Crossing the Quality Chasm: Adaptation to Mental Health and Addictive Disorders. 2006. Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions. Washington, DC: National Academy Press.

Oates, J., Weston, W.W., & Jordan, J. 2000. The impact of patient-centered care on outcomes. *FamPract*, 49, 796-804.

Saha, S., & Beach, M. C. 2011. The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: A randomized study using video vignettes. *Patient education and counseling*, 84(3), 386-392

Marsteller, J. A., Hsu, Y. J., Reider, L., et al. 2010. Physician satisfaction with chronic care processes: a cluster-randomized trial of guided care. *Annals of Fam Medicine*, 8(4), 308-315.

Bertakis, K. D., & Azari, R. 2011. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239.

Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. 2010. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29(8), 1489-1495.

SAMHSA-HSA CIHS. 2012. Behavioral health homes for people with mental health and substance use disorder conditions: The core clinical features. http://www.integration.samhsa.gov/clinicalpractice/cihs_health_homes_core_clinical_features.pdf

Shared Decision-Making in Mental Health Care: Practice, Research, and Future Directions. 2010. HHS Publication No. SMA-09-4371. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.



Lara Grau López, José Carlos Pérez de los Cobos, Álvaro Olivar Arroyo y Francisco-Jesús Bueno Cañigral

MESA REDONDA:

PRÁCTICAS PROFESIONALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

MODERA:

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia). Concejalía de Sanidad. Ayuntamiento de Valencia.

EL ABORDAJE DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE LA PSIQUIATRÍA: LA PATOLOGÍA DUAL.

Dra. Dña. Lara Grau López

Psiquiatra. Programa de Patología Dual
Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN INFECTADOS POR VIH.

Dr. D. José Carlos Pérez de los Cobos

Director de la Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE LOS RECURSOS DE PREVENCIÓN.

Dr. D. Álvaro Olivar Arroyo

Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad
Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.

MESA REDONDA:

PRÁCTICAS PROFESIONALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

MODERA:

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia). Concejalía de Sanidad. Ayuntamiento de Valencia.

Vamos a empezar esta primera mesa redonda “Prácticas profesionales en el tratamiento de las drogodependencias”, donde va a participar, en primer lugar, la Dra. Dña. Lara Grau López, psiquiatra del Programa de Patología Dual del Hospital Vall d’Hebrón de Barcelona, que es una persona que tiene una amplia experiencia profesional, que ha publicado diferentes artículos sobre factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes y desintoxicación hospitalaria, tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapias cognitivo conductuales emocional, etc. Asimismo ha participado en diferentes congresos, jornadas y su actividad, como reza el título de su intervención, se centra en la actividad profesional de la patología dual.

A continuación, para hablarnos del tratamiento de las drogodependencias en infectados por VIH, tenemos al Dr. D. José Carlos Pérez de los Cobos Peris, que es director de la Unidad de Conductas Adictivas del servicio de psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Evidentemente es un profesional de un amplísimo recorrido que ha publicado una infinidad de artículos en revistas, además de libros y colaboraciones con obras colectivas. Tiene también una amplísima experiencia, no solamente en la parte concreta del tratamiento en este caso de infectados por el VIH, sino en el campo de la psiquiatría en general y el campo de la drogodependencias y las adicciones en particular.

Por último, D. Álvaro Olivar Arroyo nos hablará del tratamiento de las drogodependencias desde los recursos de prevención. Es diplomado en Educación Social, licenciado en Pedagogía y tiene una experiencia amplia en tratamientos como en actividades de prevención. Actualmente es profesor técnico de Servicios a la Comunidad dentro de los equipos del departamento de orientación de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid. Ha publicado diferentes artículos y a mí me llamo la atención en su momento y por eso me permito recogerlo aquí, un artículo publicado en el 2003, que hace referencia a los riesgos de etiquetar a los consumidores de drogas. Porque como decía el poeta, la poesía es una arma cargada de futuro y, muchas veces, las palabras que se han ido utilizando en el trascurso de la historia han sido un sesgo y ha sido un problema que todavía hoy en día

afectan a las personas con un problema de adicción desde un punto de vista peyorativo: toxicómano, drogadicto, etc.

Creo que se ha conseguido, en el transcurso del tiempo, permitir que ese desecho social que era el toxicómano, esa persona desarraigada, tenga una percepción más positiva por parte de los profesionales. El normalizar la asistencia sanitaria al drogodependiente, al toxicómano, al drogadicto, creo que ha sido un hecho importantísimo en nuestro país y, por mi parte, estoy satisfecho con el trabajo realizado en la Comunidad Valenciana, donde tenemos específicamente unidades de conductas adictivas entroncadas en atención primaria. Álvaro Olivar fue uno de los pioneros en darles a las palabras el significado adecuado y, por supuesto, las etiquetas negativas no son muy buenas.

Muchas gracias a estos extraordinarios integrantes de la Mesa Redonda.



Francisco-Jesús Bueno Cañigral



Lara Grau López

EL ABORDAJE DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE LA PSIQUIATRÍA: LA PATOLOGÍA DUAL.

Dra. Dña. Lara Grau López

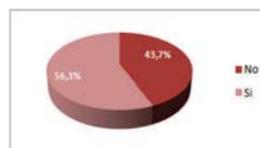
Psiquiatra. Programa de Patología Dual
Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

En esta presentación hablaré sobre la patología dual y su abordaje desde la psiquiatría. La patología dual es la comorbilidad entre un trastorno por dependencia de sustancias y/o el trastorno psiquiátrico tanto del eje I como del eje 2. Existen diferentes estudios que han descrito la prevalencia de los trastornos psiquiátricos con el trastorno por dependencia de sustancia. Un estudio ya clásico, publicado en los años 90, es un ensayo clínico aleatorizado en el que describieron que las personas con trastorno por dependencias de sustancias tenían diagnósticos tanto del trastorno del eje 2 como el eje I, siendo los más frecuentes el trastorno antisocial, seguidos de los trastornos bipolares, esquizofrenia, trastornos por angustia y, por lo último, los trastornos depresivos.

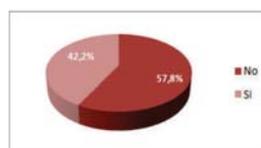
Se han realizado estudios epidemiológicos también en nuestro ámbito, en España, los más recientes publicados en el 2013, entre los que cabe destacar un estudio realizado por el equipo de César Pereiro Gómez en Galicia, el estudio COPSAD, que describía que en pacientes en seguimiento en centros de drogodependencias, el diagnóstico de patología dual se daba en más de 50% de los pacientes, siendo la comorbilidad del eje I de casi del 60% de los pacientes y la comorbilidad en el eje 2 de cerca del 80%.

EPIDEMIOLOGÍA

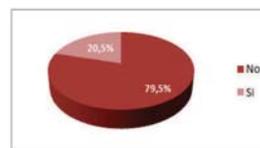
COMORBILIDAD GLOBAL



COMORBILIDAD EJE I



COMORBILIDAD EJE II



Pereiro et al., 2013

También cabe destacar un estudio, publicado en la revista *Adicciones* en el 2013, que fue realizado en Madrid sobre las prevalencias y las características de 837 pacientes con patología dual que realizaban tratamiento, tanto en la red de drogodependencia como en la red de salud mental. Se observó que la patología dual estaba presente en más de 60% de los casos, siendo diagnosticada en la red de salud mental en cerca de un 30% de los casos y en la red de drogodependencias en el 70% de los pacientes aproximadamente. Respecto a las características de estos pacientes, eran mayoritariamente mujeres que tenían una peor situación laboral que los pacientes con un único diagnóstico psiquiátrico. Respecto al trastorno por uso de sustancias, eran mayoritariamente pacientes que tenían un trastorno por dependencia de alcohol o de cannabis y, respecto a los diagnósticos comórbidos al trastorno por dependencia de sustancias, eran mayoritariamente el diagnóstico de trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad, especialmente agorafobia, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno por estrés postraumático. También eran pacientes que tenían distintos trastornos de personalidad y tenían mayor riesgo de suicidio.

Respecto a la tipología de la patología dual, se ha hablado de diferentes teorías. Esta la teoría de la droga-inducción, que se fundamenta en el que el consumo de sustancias realizaría un efecto neurotóxico en diferentes sistemas neurobiológicos y provocarían el trastorno psiquiátrico. También está la teoría de la vulnerabilidad biológica, que se fundamenta en que habría un déficit de algunos sistemas neurobiológicos que se compartirían entre el trastorno por uso de sustancias y el trastorno psiquiátrico. También la teoría de la automedicación, muy apoyada en el Hospital de Vall d'Hebron en el que refiere que los pacientes con trastorno psiquiátrico consumirían las sustancias como una manera de automedicarse para aliviar algunos de los síntomas de los trastornos psiquiátricos comórbidos. Y, luego, también se habla de que hay una independencia entre ambos trastornos, aunque esa teoría es menos aceptada actualmente.

Respecto a la clínica de los pacientes duales, los pacientes duales han sido descritos en diferentes estudios, pues son pacientes más graves porque tienen una peor evolución, y también se describe un patrón de consumo diferente al de otros pacientes, al tratarse de un consumo más intermitente, que varía según la gravedad de la sintomatología psiquiátrica. También hay estudios que describen que los pacientes con patología dual tienen una mayor presencia de conductas destructivas, son más impulsivos, más agresivos, con conductas de alto riesgo y un mayor riesgo de infección, tanto del VIH como de la hepatitis C y B. También a nivel social tienen una mayor tasa de paro y marginación. Asimismo tienen más clínica depresiva y tasas de suicidio más elevadas. Todas estas características clínicas provocan que estos pacientes duales utilicen más recursos con mayor número de urgencias e ingresos psiquiátricos.

También se han realizado estudios sobre diferencias de género en pacientes con patología dual y se ha visto que las mujeres tienen mayor facilidad para intoxicarse y desarrollar una adicción que los varones. Además, tienen una mayor vulnerabilidad general a los efectos secundarios del consumo. Las mujeres cuando no consumen drogas tienen un factor protector para la psicosis, pero en pacientes duales este factor protector desaparece y pueden desarrollar más precozmente una sintomatología psicótica inducida. Las mujeres también tienen casi cuatro veces más riesgo de contraer el VIH que los varones. Respecto a la distribución de los diagnósticos psiquiátricos, es igual que en pacientes que no consumen drogas. Así, las mujeres tienen mayor probabilidad de trastornos de ansiedad y depresivos y, los varones, mayor prevalencia de trastornos psicóticos y bipolares.

Respecto al diagnóstico de la patología dual, habría que indicar que el diagnóstico es muy complejo porque los criterios en general son poco específicos y, de hecho, el efecto de las drogas puede mimetizar y confundir los síntomas de otros trastornos psiquiátricos. Por esta razón es fundamental realizar una buena historia clínica en que se incluya la historia del consumo de sustancias, se describa bien la relación temporal del consumo con la sintomatología psiquiátrica, recoja los tratamientos previos realizados y los antecedentes familiares, tanto del consumo como de otros trastornos psiquiátricos comórbidos.

Existen varias pruebas de diagnóstico de apoyo, aunque el diagnóstico es fundamentalmente clínico: está la entrevista mini que es una entrevista diagnóstica breve para trastornos del eje I, también se utiliza la SCID I y II, que son entrevistas que se basan en criterios diagnósticos del DSM-IV para diagnosticar los trastornos, tanto del trastorno del eje I como del eje 2. Por otro lado, se ha desarrollado la PRISM, que está validada por el grupo de Marta Torrens en el Hospital del Mar de Barcelona y que es una entrevista específica para diagnosticar trastornos psiquiátricos comórbidos de la patología dual, pero, sobre todo, esta entrevista es muy específica para trastornos depresivos aunque no tanto para otros diagnósticos.

Respecto al tratamiento de la patología dual, cabría hablar de diferentes cosas. En primer lugar, de los recursos existentes, sobre todo los que tenemos en Cataluña, a continuación, los tipos de tratamiento y, finalmente, unos breves datos sobre el tratamiento psicoterapéutico farmacológico.

Sobre los recursos existentes en Cataluña pues tenemos los centros de atención a drogodependencias que los llamamos los CAS (Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias), también tenemos unidades hospitalarias de desintoxicación, que son de duración breve, entre 10 y 15 días, existen unidades hospitalarias de patología dual, que tratan pacientes con una adicción adictiva y un trastorno psiquiátrico comórbido, trastornos mentales graves y también trastornos de conducta. Existen las comunidades, centros de integración social, así como centros de día, hospitales de día o pisos de inserción.

A las unidades de patología dual se llega a través de las diferentes redes. Está la red de drogodependencias (unidades de desintoxicación hospitalarias, ambulatorios y comunidades terapéuticas) y la red de salud mental, donde los pacientes pueden ingresar directamente desde unidades de ingreso de agudos o desde centros de salud mental.

Desde la Sociedad Española de Patología Dual se realizaron dos estudios en Madrid, Barcelona y Valencia. En uno de ellos, se administraron unas encuestas online a los diferentes profesionales de la salud para conocer los recursos de patología dual que había en España. Se recogieron 659 encuestas donde se preguntaba la opinión sobre los recursos de patología dual y sobre la formación. Más de los 90% de los encuestados referían que se necesitaban más recursos de patología dual, sobre todo a nivel ambulatorio y a nivel de comunidad terapéutica, porque no hay programas a niveles ambulatorios y que se necesitaba más formación en patología dual.

En el otro artículo publicado con la misma muestra de pacientes, en el que también se valoraba el conocimiento de los profesionales sobre los recursos que hay en las diferentes comunidades, los profesionales no conocen todos estos recursos en sus respectivas comunidades, sobre todo centros de rehabilitación ocupacional, hospitales y centros de día y programas de patología dual de todas las comunidades terapéuticas. Por eso es importante dar a conocer todos estos recursos.

Respecto a los tipos de tratamiento, tradicionalmente se ha orientado hacia el tratamiento en serie o en paralelo. Últimamente hay muchos estudios que evidencian que el tratamiento de la patología dual debe ser un tratamiento integrado. En un tratamiento en serie, el paciente es recibido en un centro de drogodependencias o en un centro de salud mental, se trata el problema de la drogodependencia o de salud mental y, una vez resuelto, se deriva al otro servicio. El tratamiento en paralelo consiste en que el paciente acude simultáneamente a los dos centros, al centro de salud mental y al centro de drogodependencias y, desde cada servicio, se aborda uno solo de los trastornos, intentando coordinar la atención. En estos tratamientos se vio pues que había muchos problemas por la comunicación, porque podía haber cierta polimedicación, abuso de los medicamentos y escasa adherencia terapéutica. Entonces se habló de iniciar un tratamiento integrado en la patología dual, donde se trata al paciente desde un único equipo terapéutico formado por personas especialistas en esta patología. Se aborda conjuntamente el consumo de las sustancias con los otros trastornos psiquiátricos comórbidos. La ventaja principal de este tratamiento es que se disminuía la posibilidad de un mal uso de los psicofármacos y se reducía la tasa de abandono. En general tiene mejor pronóstico porque se controla también la recaída en el consumo de sustancias y la estabilización de la psicopatología, consiguiendo por tanto una mejor adherencia y unos seguimientos más continuados.

Existen serias dificultades porque se necesita tener unas condiciones mínimas en los programas en cuanto a la logística, el espacio físico y de seguridad y un equipo bien formado de médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores/as sociales, para poder desarrollar este programa, algo que no en todos los centros se puede desarrollar.

Respecto al tratamiento psicoterapéutico, ya se ha hablado de que se debe elaborar un programa terapéutico individualizado para cada paciente, en que los objetivos sean establecer y mantener la alianza terapéutica, algo que puede favorecer la decisión terapéutica, el complemento farmacológico, las tendencias o la reducción del consumo. Ya no hablamos tanto de abstinencia sino también reducción del consumo. Otro objetivo será el de aumentar la conciencia de enfermedad respecto a ambos trastornos, tanto el consumo de drogas como el trastorno psicológico comórbido, así como poder realizar una psico-educación, no sólo del paciente, sino también de la familia para poder así mejorar el funcionamiento tanto interpersonal del paciente como social y familiar.

Se han descrito diferentes estudios sobre qué tratamiento psicoterapéutico es mejor, técnicas cognitivo-conductuales, entrevista motivacional, técnicas sobre la familia o entrevistas dinámicas. Los tratamientos que han mostrado más eficacia en los pacientes con patología dual son los cognitivos conductuales y motivacionales. De hecho, se realizó un estudio en que se establecían técnicas cognitivo-conductuales y motivacionales durante 18 semanas, mostrándose eficaces. Sin embargo, hay una revisión publicada en 2008 en la que no queda muy claro cuál es el tratamiento psicoterapéutico más eficaz.

Respecto al tratamiento farmacológico, cabe describir que los pacientes duales tienen mucha complejidad terapéutica porque son pacientes que abandonan más frecuentemente el tratamiento y en los que debido a la poli-medicación, puede existir más ineficacia de los fármacos. Estos pacientes reciben mucha prescripción fuera de ficha técnicas, lo que llamamos prescripción off label.

Nosotros realizamos un estudio, que ha sido publicado en 2014, en el centro de drogodependencias del Hospital de Vall d'Hebrón. Tenemos un programa de patología dual en el que tratamos trastornos por dependencia de sustancias, psicóticos graves, depresivos

graves y trastornos de ansiedad graves, incluyendo los trastornos obsesivos compulsivos, trastornos graves de angustia, fobia social, etc. Entonces seleccionamos una muestra de 107 pacientes y describimos los fármacos que tomaban en el momento y al mes de seguimiento de estar incluidos en estos programas. Se observó que la media de fármacos de los pacientes duales era de cuatro. Los pacientes con un trastorno psicótico dual eran los que más fármacos tomaban, entre cuatro y seis, los trastornos afectivos duales (depresivos y bipolares) tres, los depresivos más de tres y los ansiosos cerca de tres.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ORIGINAL RESEARCH

Observational Study on Medications Prescribed to Dual-Diagnosis Outpatients

Lara Grau-López, MD, Carlos Roncero, PhD, Constanza Daigre, MS, Laia Miquel, MD, Carmen Barral, MD, Begoña Gonzalvo, MD, Francisco Collazos, MD, and Miquel Casas, PhD

(J Addict Med 2014;8: 84-89)

n = 107

- Media fármacos 4.0 ± 1.8
 - Trastornos psicóticos duales 4.4 ± 2.1
 - Trastornos afectivos duales 3.7 ± 1.3
 - Trastornos ansiosos duales 2.9 ± 1.2

También se realizó un estudio sobre la prescripción fuera de ficha técnica en pacientes duales, al tratarse más de una norma que de una excepción, debido a que no hay fármacos específicos para dicha patología. Realizando una revisión vimos que el 20% de los fármacos prescritos están fuera de indicación y, dentro de éstos, casi un 80% con poca evidencia científica. Dentro del ámbito psiquiátrico, los que más se prescriben fuera de ficha técnica son los antipsicóticos, porque se utilizan en dosis bajas como sedativos o para tratar el insomnio.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



- Práctica clínica habitual
- 21% de los fármacos prescritos están fuera de indicación y hasta un 78% de ellos con poca evidencia científica
- Ámbito psiquiátrico:
 - 23.3% antidepressivos
 - 60.7% antipsicóticos
 - 50.2% estabilizadores ánimo
- Patología Dual es la norma, más que la excepción

La evidencia científica muestra que a los pacientes con esquizofrenia dual, se les pueden prescribir antipsicóticos intramusculares, ya que mejora la adherencia. Respecto a los antipsicóticos orales, es mejor utilizar los de segunda generación, porque los de primera generación aumentan el deseo del consumo de las drogas y tiene más efectos secundarios, sobre todo piramidales. Y, dentro de los de segunda generación, los que más evidencia científica tienen son los más antiguos, como la olanzapina seguida de la risperidona y la quetiapina. Pero los fármacos nuevos, como el aripiprazol y la paliperidona, están dando buenos resultados en estos pacientes.

En pacientes con una esquizofrenia y trastorno por dependencia de alcohol, hay que tener cuidado con la indicación de los interdictores, como el antabus, porque se ha descrito que el antabus puede desarrollar o producir una desestabilización de los síntomas psicóticos. Por lo tanto, el fármaco de primera elección en estos pacientes sería la naltrexona y de segunda elección los interdictores. Los pacientes diagnosticados con una esquizofrenia y un trastorno por dependencia de opiáceos, deberían tomar opiáceos, como la metadona o la buprenorfina ya que, además de tratar la dependencia de opiáceos, se ha descrito en algunos estudios que los agonistas opiáceos como la metadona pueden tener efectos antipsicóticos o modular la sintomatología psicótica.

En todos los pacientes duales hay que evitar las benzodiacepinas, es algo que predicamos debido al riesgo de desarrollo de adicción a estas sustancias. En pacientes con un trastorno bipolar dual, el fármaco de primera elección se considera el valproato y el litio, debido a sus interacciones, sería el fármaco de segunda elección o de primera elección en las fases iniciales de la enfermedad o cuando hay antecedentes familiares de bipolaridad.

En pacientes dependientes de alcohol se ha visto que añadir naltrexona al valproato es eficaz y también hay otros fármacos estabilizadores como la lamotrigina, que ha demostrado eficacia en pacientes bipolares duales en fases depresivas y la gabapentina en aquellos pacientes bipolares duales con síntomas de ansiedad. También en estos pacientes hay que utilizar antipsicóticos de segunda generación, más que de primera generación, siendo los más eficaces la quetiapina y la olanzapina, sobre todo en las fases depresivas. En los pacientes con trastorno bipolar hay que evitar los antidepresivos en los duales también, sobre todo en los pacientes cicladores rápidos.

Respecto a los pacientes con un trastorno depresivo dual, se han hecho varias revisiones y un meta-análisis donde se ha visto que los antidepresivos mejoran la sintomatología depresiva, pero en muy pocos disminuye el consumo de la sustancia. Se ha descrito que, los antidepresivos más eficaces son no inhibidores de recaptación de la serotonina (ISRS), no la venlafaxina, bupropion, sobre todo en pacientes dependientes al alcohol esto son eficaces. Hay una revisión que comenta que los antidepresivos no ISRS se produce el consumo de los pacientes dependientes de opiáceos y también de la nicotina como buprobion.

En los pacientes con trastornos ansiosos duales, los fármacos de elección serían los antidepresivos ISRS, por el menor riesgo de interacciones y mejor tolerancia; también se pueden utilizar antiepilépticos de carácter sedativo, como la gabapentina o la pregabalina y antipsicóticos de segunda generación a dosis bajas, también con perfil sedativo, como la quetiapina o la olanzapina.

Como conclusión, hay que destacar que la patología dual es muy frecuente tanto en los dispositivos de salud mental como de adicciones, el diagnóstico es complejo, por lo que es importante realizar una buena historia clínica y que nos podamos apoyar en las pruebas diagnósticas que han sido validadas actualmente y tener en cuenta que los pacientes duales

son más graves debido a que tienen una mayor gravedad social, una peor evolución tanto del consumo de drogas como del trastorno psiquiátrico tanto en el eje I como en el eje 2 y hay que utilizar más recursos sanitarios para su abordaje.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ESQUIZOFRENIA DUAL	TRASTORNO BIPOLAR DUAL	TRASTORNO DEPRESIVO DUAL	TRASTORNO ANSIOSO DUAL
Antipsicóticos im	Valproato	No ISRS	ISRS
Antipsicóticos 2º generación (olanzapina)	Valproato + Naltrexona (alcohol)	Mejoran sintomatología depresiva en alcohol	Gabapentina y Pregabalina
Naltrexona (alcohol)	Lamotrigina y Gabapentina	Opiáceos y Nicotina reducen consumo	Antipsicóticos 2º generación perfil sedativo a dosis bajas
Agonistas opiáceos (heroína)	Antipsicóticos 2º generación (quetiapina)	Tratamiento concomitante TUS	Evitar benzodiacepinas
Evitar benzodiacepinas	Evitar benzodiacepinas y antidepresivos	Evitar benzodiacepinas	

Se considera que se deberían realizar más investigaciones y formación en patología dual para que se puedan conocer todos esos recursos existentes y poder mejorar el abordaje de dichos pacientes, tanto a nivel psicoterapéutico como farmacológico, para que haya más evidencias sobre los fármacos y, sobre todo, realizar el abordaje integral de ambos trastornos y poder desarrollar programas en los que hayan psicólogos, enfermeras y psiquiatras bien entrenados en esta patología, ya que la complejidad terapéutica de estos pacientes.

Referencias:

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones* 2013;25(2):118-27

Miquel L, Roncero C, García-García G, Barral C, Daigre C, Grau-López L, Bachiller D, Casas M. Gender differences in dually diagnosed outpatients. *Subst Abus.* 2013;34(1):78-80

Roncero C, Vega P, Martínez-Raga J, Barral C, Basurte-Villamor I, Rodríguez-Cintas L, Mesías B, Grau-López L, Casas M, Szerman N. Professionals' perceptions about healthcare resources for co-occurring disorders in Spain. *Int J Ment Health Syst.* 2014 Aug 28;8(1):35

Szerman N, Vega P, Grau-López L, Barral C, Basurte-Villamor I, Mesías B, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Raga J, Casas M, Roncero C. Dual diagnosis resource needs in Spain: a national survey of professionals. *J Dual Diagn.* 2014;10(2):84-90



José Carlos Pérez de los Cobos

EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN INFECTADOS POR VIH.

Dr. D. José Carlos Pérez de los Cobos

Director de la Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Buenos días. Soy psiquiatra, tengo 35 años de experiencia en clínicas psiquiátricas y voy a comentarles mi experiencia en el campo del tratamiento de personas que, además de una adicción, sufren una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Antes de los antirretrovirales, empezamos a ver que las adicciones y la infección por el VIH, desgraciadamente, se presentaban de manera conjunta y no solamente teníamos que atender a personas que tenían una adicción a la heroína, sino que había llegado un momento en que, además de la adicción a la heroína, teníamos que atender a las personas que habían contraído una infección por este virus.

¿Cómo repercute la adicción? Pues la repercusión de la adicción sobre la infección es enorme, es decir, era realmente el motor generador de la adquisición de la infección, sea por consumo parenteral de sustancias o sea por conductas sexuales de riesgo. Y, luego, también influye de una manera muy importante el descuido del tratamiento, porque realmente había una negligencia enorme con respecto a su propio auto-cuidado y se acababa deteriorando el resto de motivaciones básicas de una persona. ¿Y cómo influye la infección del VIH en la adicción? Pues en el ámbito individual, la infección de VIH muchas veces era un factor de abandono de tratamiento en esta época, es decir, la persona se enteraba de que tenía una infección por el VIH y decía, mira, ya me da todo igual, lo siento, adiós, yo seguiré mi camino y aquí dejo el tratamiento. Era un tiempo en el cual veíamos con muchísima frecuencia trastornos neurocognitivos debidos a la infección del virus en cerebro, porque es un virus enormemente neurotrófico que acababa creando muchos cuadros de tipo neurocognitivo, por ejemplo de tipo afectivo, así como cuadros de manía, que aparecían frecuentemente en el hospital en el que entonces trabajaba.

Esto llevó a los profesionales a considerar que nuestro objetivo prioritario era el tratamiento del VIH y a poner todo nuestro esfuerzo y todos nuestros recursos, más que en el tratamiento de la adicción, en el tratamiento de la infección, dado que era realmente el factor que le podía costar la vida al paciente en un plazo no demasiado largo.

Teníamos otro problema muy importante, que era la doble estigmatización, o sea, ya no solamente era una persona con dependencia a la heroína, sino que, además, era una persona con una infección de VIH y era realmente una situación muy complicada para ellos.

A nosotros los profesionales, aquel tiempo cambió muchísimo nuestra práctica profesional, empezamos a pedirles el análisis rutinariamente, igual que pedíamos una valoración de

bioquímica, pues se pedía siempre una analítica de enfermedades infecciosas de manera sistemática. Luego vivíamos unas situaciones muy complicadas, como comunicar a un paciente que había adquirido una infección de consecuencias fatales, así como la experiencia de la muerte inevitable del paciente atendido. Había una muerte o dos muertes por semana y en la unidad había un ambiente enormemente desmoralizador y muy duro. Hubo una enorme capacidad de reacción para desarrollar los antirretrovirales y la cosa ha cambiado muchísimo.

Les voy a mostrar cinco casos clínicos. El primer caso que les presento es la paciente Elite controller, una mujer de 59 años que, realmente, nos ha supuesto un desafío durante una larga temporada, sin poder entender bien lo que le estaba pasando y ha sido una enorme lección para nosotros. Es una mujer que atendemos desde el año 2004, por adicción a diferentes sustancias, heroína y cocaína por vía intravenosa y luego también nicotina y benzodiacepinas. Sigue un tratamiento de mantenimiento con metadona con 40 mg/día y, desde el principio, se le diagnosticó un trastorno histriónico de la personalidad, ya que empieza a haber tantas evidencias y es todo tan claro, que incluso en el ámbito del consumo de sustancias, te atreves hacer un diagnóstico del eje 2, lo cual siempre es un poco arriesgado. La persona tenía alteraciones perceptivas visuales, que nosotros atribuíamos al histrionismo, alucinaciones muy corpóreas de figuras humanas que se paseaban por la habitación, generalmente varones. Ella había recibido tratamiento antidepresivo ocasional por cuadros depresivos que nunca acababan de remitir, es decir, que eran más bien cuadros distímicos en los que no había nunca remisión completa. Sufre una infección por VHC y VIH y, respecto a esta última infección, su internista le considera una controladora élite, que es un término que se aplica al raro grupo de individuos que teniendo la infección mantiene una carga viral indetectable en ausencia del tratamiento antirretroviral. Es decir, esta persona no tenía carga viral ni recibía antirretrovirales, aunque todos sabíamos que tenía la infección por VIH.

El problema se nos plantea en los últimos cinco años, porque empieza a cambiar de una manera insidiosa, aparecen cuadros de hipomanía ocasional que llevan a pensar en un trastorno bipolar que no hemos sabido detectar, está muy clinofílica, mucha tendencia a estar en la cama, una marcada bradipsiquia, ideas autorreferenciales, fallos subjetivos de memoria, alteraciones perceptivas que ya no son sólo visuales, sino también auditivas. Empiezan a aparecer cursos que hablan de rasgos esquizotípicos de personalidad y los trastornos perceptivos son mucho más frecuentes que antes, no responde a la risperidona y, además, cada vez que le damos un antipsicótico hay mucho piramidalismo y no únicamente con risperidona y todo ello nos llama la atención y nos desconcierta. El TAC y el electroencefalograma son normales en 2011. A principios del presente año, 2015, la paciente ingresa de nuevo para realizar una desintoxicación y empieza a experimentar cuadros de delirium evidentes. Una sintomatología de este tipo no se puede explicar ni por cuadros psicóticos, ni por cuadros de personalidad, ni por nada. Nos vamos inmediatamente a la exploración a través de neuroimagen y la resonancia magnética nuclear muestra reducción del volumen cerebral, hiperintensidad de la sustancia blanca absolutamente sugerente de aceptación del sistema nervioso central por el virus y la punción lumbar es fallida, lo cual habría sido muy importante según los internistas, porque hay veces que la carga viral en flujos sanguíneos es baja y, sin embargo, en líquidos cefalorraquídeos es muy elevada. Se cambia totalmente a la orientación diagnóstica y se considera una encefalopatía por VIH. Se inicia el tratamiento antiviral con Eviplera y la respuesta psicopatológica es muy positiva. Se produce el alta del ingreso, ha disminuido la bradipsiquia, los problemas para nombrar

objetos, no presenta episodios de desorientación y persiste el deterioro cognitivo de características subcorticales y quejas de bajo estado de ánimo con ansiedad e insomnio.

En el hospital de día anexo a la sala de hospitalización, que nos permite tratar la prevención de recaídas durante ocho semanas después de la interrupción de sustancias, empieza a tener un funcionamiento de personalidad que nos recuerda a la paciente que conocimos al inicio. Esta respuesta al tratamiento hace pensar que la implicación del virus en los cuadros que habían cambiado en los cinco últimos años es enormemente importante. Esto nos ha enseñado a no descartar nunca la implicación del virus, incluso en estos casos, en la psicopatología que vemos.

El paciente antirretrovirales, es un varón de 31 años, atendido desde principios del 2003, cuando tenía 20 años de edad. Sufre adicción a heroína y cocaína por vía intravenosa, cannabis y tabaco. Este paciente aceptó bastante de entrada el tratamiento con metadona y, en la actualidad, está recibiendo 75 mgs. diarios de metadona, una dosis bastante buena para lo que nos gusta a los médicos, no para lo que les suele gustar a los pacientes.

El inicio del tratamiento coincide con una situación personal y familiar especialmente difícil. El paciente, ha decidido pasar a residir a una casa okupa. El paciente entonces vivía con su madre, los padres están separados y la madre, que es una persona normativa y con un trabajo fijo, vive este cambio del estilo de vida del paciente como una auténtica tragedia familiar, aunque el paciente lo toma como la cosa más natural del mundo y como algo que forma parte de la lógica, de su vida.

En 2004, detectamos infección por el VIH y por el virus de la Hepatitis C también, ya que la coinfección en nuestros pacientes es habitual y se debe fundamentalmente al consumo endovenoso. Una vez que se detecta la infección, el internista le propone tratamiento antirretroviral a medida que le va haciendo controles y observa que la carga viral va subiendo y que la población de CD4 va reduciéndose y, entonces, el paciente dice que no va a tomar antirretrovirales, que en absoluto, que no los toma.

Es necesario tener una visión mucho más amplia del problema y no únicamente centrarse en el tema de la adicción, sino seguir un esquema muchísimo más amplio, teniendo en cuenta todos los ejes de funcionamiento personal, que están muy bien definidos en el índice de la severidad de la adicción de McLellan (ASI), es decir salud física, salud psicológica, funcionamiento social, funcionamiento laboral-económico, complicaciones legales, además de otros problemas que pueda haber relacionados al consumo de sustancias. Y si ves que en alguno de estos ejes hay problemas, como el caso de la salud física, hay que intentar actuar y, en el caso una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, hay que optar por los antirretrovirales, hacer todo lo posible para que el paciente se los tome.

Los antirretrovirales son un mito, tienen más inconvenientes que ventajas porque pueden tener importantes efectos secundarios, pero realmente en el balance hay un beneficio para el paciente fuera de toda duda, mientras que éste dice que en realidad sólo sirve para tener identificadas a todas las personas infectadas por el VIH.

A mediados de 2012, el paciente inicia una relación de pareja de varios meses con una enfermera. Entonces, imagino que lo que ella pueda decir tiene más fuerza que lo que le podamos decir todos los médicos. En enero de 2013 se inicia el tratamiento, con una reducción marcada de carga viral, indetectable a los meses de estar tomándolo y, claro, yo ya no he vuelto nunca más hablar del tema porque está funcionando.

El paciente no está bien, está con consumo endovenoso de heroína y cocaína, tiene una enorme adicción a la cocaína y consume una o dos veces por semana. Mi intervención, ahora, se centra sobre todo en prevenir sobredosis, que es un tema fundamental en alguien que está consumiendo por vía endovenosa, además de los riesgos de reinfección, ya que es una idea que tienen algunos pacientes, que una vez has contraído la infección ya no tiene mucho valor que te vuelvas a re infectar y hay que intentar desmontar eso también. Realmente la intervención no está resultando fácil.

Bueno el paciente con dolor, es una mujer de 51 años que llevo atendiendo desde hace 13 años, con adicción a diferentes sustancias, fundamentalmente heroína, alcohol y nicotina. Sigue tratamiento con metadona con una dosis absolutamente simbólica, 10 mg. Intento dar una dosis de metadona que sea la que el paciente quiere tomar e intento que tome las que a mí me gustaría que tomase que, evidentemente, no son 10 mg., sino mucho más elevadas.

En este caso hay una remisión completa de la adicción a la heroína. Saben ustedes que en el DSM-IV, cuando alguien está en un programa de mantenimiento con agonistas opiáceos, no se puede hablar de remisión completa de la adicción. Sin embargo, el DSM-V lo admite y creo que ha sido una muy buena decisión, porque muchas veces lo vemos en clínica, es decir, la persona tiene una remisión completa de la adicción a la heroína, es decir, no tiene craving, no tiene sesgo atencional, no tiene ideas intrusivas respecto a la heroína continuamente y los fenómenos cognitivos de la adicción no están activos. No únicamente no está consumiendo, sino que aparte no está consumiendo con absoluta tranquilidad, porque no tiene que hacer un esfuerzo de autocontrol, porque los aspectos cognitivos de la adicción, como decía, han remitido, están bajo control. La paciente lleva así mucho tiempo, no quiere dejar la metadona totalmente y nosotros pensamos que es un buen motivo de adherencia y, por tanto, continuamos.

¿Cuál es el problema con esta persona? Ella sufre infección por el virus de la hepatitis C y sufre también infección por el VIH, toma tratamiento con antirretrovirales desde 2004 y no hay ningún problema, es una persona en la que no detectamos rasgos patológicos de personalidad, tiene un manejo muy fácil, hay una relación muy buena con ella desde hace mucho tiempo. Bueno, el problema con ella es algo que nos encontramos muchas veces en el campo del tratamiento de dependencia de heroína. Aunque la persona viene con una sustancia problema, la heroína, nosotros vemos que hay otras sustancias problema que la persona no identifica como tales. En este caso es el alcohol. La persona sufre una dependencia del alcohol gravísima. Aun habiendo superado la dependencia de heroína, hay que insistir en el tratamiento de dependencia del alcohol, de manera bastante infructuosa. Ha hecho algún ingreso para interrumpir el consumo de alcohol porque experimenta síntomas de abstinencia matutinos importantes, pero luego realmente, vuelve otra vez a beber y es casi una cosa más nuestra que de ella. Entonces, respecto al tratamiento de alcohol, como digo, se muestra muy ambivalente, se ha producido una cirrosis que evidentemente es el fruto de una conjunción de la exposición al alcohol y también del virus de la hepatitis C y en este tema de la cirrosis ella ha reducido algo del consumo de alcohol, pero realmente, para el problema que tiene, tendría que estar totalmente abstinente y esto no hay manera de conseguirlo.

El pasado verano se produjo un empeoramiento muy grave del estado general, se ha detectado una masa abdominal y la paciente ingreso por una trombosis portal en el servicio de medicina interna del hospital. Se le ha detectado un hepatocarcinoma gravísimo,

que realmente no es susceptible ni de tratamiento quirúrgico ni de quimioterapia, y los especialistas comentan algo que ya me ha pasado varias veces, el debut de un cáncer de una manera explosiva. O sea, la instauración, la clínica, la aparición se produce de manera muy acelerada y nos encontramos con un cáncer gravísimo en muy poco tiempo y con muchas dificultades para tratarlo. El dolor es insoportable, comenta que no saldrá de esta y es consciente de que se va a morir debido a la enfermedad y que si el dolor que está sufriendo no va ser controlable, que hay plantearse la eutanasia.

Los médicos de cuidados paliativos, han tratado el problema con fentanilo y morfina, mantienen la metadona, luego deciden retirar las dos sustancias opioides de nueva instauración y aumentar y fraccionar la dosis de metadona. Me he coordinado con los médicos de cuidados paliativos para mantener la dispensación de metadona en nuestro servicio, les comento que la adicción a los opioides está en remisión y que seguiremos la pauta que ellos nos indiquen y, de alguna manera, en estos casos de dolor plenamente consistentes con hallazgos patológicos y pronóstico fatal, la coordinación ha sido muy fácil, siendo que muchas veces las cosas no son tan fáciles. Cuando el dolor y la adicción se entremezclan como determinantes de los comportamientos de búsqueda de opioides, la coordinación ha resultado muy difícil. Creo que el manejo de este tema es algo que debemos solucionar, porque es un problema muy importante en nuestro país. Ocurre también cuando hay personas que no provienen de la dependencia de heroína y que, por su trayectoria médica, en un momento determinado reciben opioides y desarrollan una adicción a los opioides. Entonces, ¿cómo se maneja esto, cuando es muy difícil de diferenciar si está buscando opioides por dolor o por la adicción?

El siguiente paciente, *una paciente con abstinencia de opioides por antirretrovirales*, es una mujer de 29 años que atendemos desde el 2011 por adicción a diferentes sustancias, heroína, alcohol y nicotina. Está en tratamiento con metadona con 90 mg. al día, que se asocia con una revisión total sostenida a la adicción a la heroína. Tiene una elevada ansiedad de expectación respecto a sufrir abstinencia a opioides que, como saben, es muy frecuente en la clínica de dependencia de heroína. La paciente está continuamente temiendo que va a sufrir una abstinencia de opioides muy desagradable para ella, pero los 90 mg. de metadona han conseguido controlar totalmente este problema y no hay síntomas subjetivos en el momento actual.

Hace cuatro años se le detectó la infección, ahora su médico de enfermedades infecciosas por el seguimiento le recomienda tomar Tenofovir Emtricitabina y Etravirina y la paciente teme que la ingesta de retrovirales resulte en la aparición de las desagradables molestias de abstinencia. Realmente, aquí tenemos bastante literatura al respecto, porque antes, cuando hablaban de qué fármacos pueden producir abstinencia, pues salían listados en los que hay que hacer una interpretación clínica porque farmacológicamente el antiviral baja los niveles de metadona, pero no tiene significación clínica, es decir, se trata de hallazgos puramente farmacológicos de medición de los niveles plasmáticos sin significación clínica. En algunos casos existen salvedades, como por ejemplo el Lopinavir que, como también ocurre con la Rifampicina, cuando aparece hay que modificar totalmente la dosis de metadona. Pero ahora combinan antivirales y la cosa se complica, ya que ¿qué pasa cuando se toman varios antivirales a la vez? Creo que existe una solución bastante sencilla.

Primero la tranquilizamos respecto a que la toma de antirretrovirales recomendados no se asocia con molestias de abstinencia significativas. Pedimos unos niveles plasmáticos de metadona basales. Entonces, antes de tomar la medicación, se mide cuáles son los niveles

plasmáticos de metadona y, tras comenzar a tomar los antivirales, si la persona al cabo de un tiempo tiene molestias subjetivas de abstinencia, como era el caso, los volvemos a pedir para comparar el antes y el después. Es algo muy sencillo que a nosotros nos puede guiar clínicamente. Es posible que la toma de antivirales haya aumentado la ansiedad de expectación, que hayan aparecido síntomas de ansiedad que son difíciles de diferenciar de la abstinencia de opioides y que, en realidad, estos síntomas de ansiedad no sean debidos a la abstinencia de opioides y los podamos manejar bien sin tener que hacer cosas equivocadas..

Interacciones entre ARV y metadona: abstinencia

ARV	Interacción: ↑ del metabolismo de metadona
Abacavir	Sin datos suficientes
Amprenavir	Dudosa significación clínica respecto abstinencia
Darunavir	Abstinencia leve
Efavirenz	Probable significación clínica
Lopinavir	Clínicamente muy significativa
Nelfinavir	Dudosa significación clínica respecto abstinencia
Nevirapina	Abstinencia leve
Ritonavir	Probable significación clínica
Zidovudina	'Abstinencia' por aumento de niveles de zidovudina

En este caso, de acuerdo con el criterio de la paciente, se subió un poco la dosis de metadona, pero convencidos de que los antivirales no estaban bajando estos niveles y que los síntomas que estaban apareciendo no eran por abstinencia de metadona. Bueno, hay algunas figuras que nos permiten tener una aproximación sobre qué niveles plasmáticos le corresponde a la mayoría de la población, según qué dosis.

Para acabar, respecto a la posibilidad de que los antirretrovirales sean sustancias de abuso, hay registros de desviación para uso con fines numéricos, especialmente en el sur de Florida, de utilización de antirretrovirales que pasan al mercado negro y evidentemente no con fines de tratamiento de la infección. Hay registros de consumos combinados de sustancias de abuso para potenciar el efecto de estas sustancias. La sustancia que parece ser que tiene por sí misma más importancia es el Efavirenz, porque puede tener efectos alucinógenos. El uso inadecuado de Ritonavir también se ha registrado para potenciar el efecto de otra sustancia de abuso y lo que buscan es combinarlo. Hacen un resumen de lo que puede pasar y dicen que, por ejemplo, el Efavirenz o el Ritonavir pueden potenciar los efectos del cannabis, del gamma-hidroxitirato, del éxtasis, de la ketamina o de la oxicodona que, por suerte, en nuestro país no es un problema, pero en Estados Unidos sabemos que el uso de los painkillers está siendo un problema muy importante, espero que no nos llegue (Davis et al., 2014).

Relación aproximada entre dosis y niveles plasmáticos de metadona

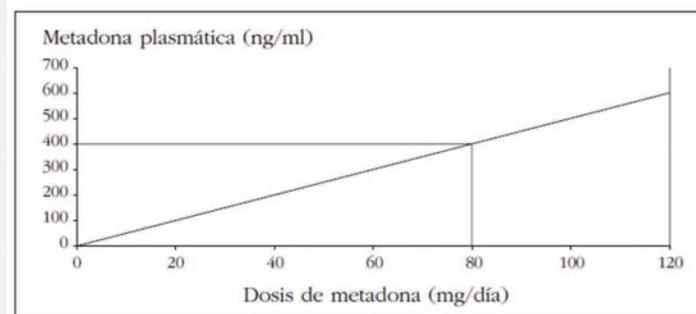


Figura 2. Dosis de metadona vs niveles plasmáticos medios. Adaptado de Wolff et al. (1991).

Para concluir, unas consideraciones finales. El motivo de haberles presentado el paciente Ellite Controller radica en que, incluso en la era de los antirretrovirales, no hay que olvidar la posible implicación biológica del virus en la clínica de los trastornos mentales. Respecto al caso del paciente Antirretrovirales, la razón de haberlo presentado reside en que la toma de antirretrovirales es un objetivo prioritario para todos los médicos, psiquiatras y todas las personas que forman parte de un equipo de tratamiento de adicciones. El caso de la paciente con dolor ha insistido en la importancia del dolor en la clínica del VIH y se podría añadir la importancia del dolor en la clínica de las adicciones como uno de los problemas más importantes que tenemos y muchas veces no es atendido. El caso de la paciente con abstinencia de opioides por antirretrovirales es una llamada para contar con los medios técnicos de que tal vez disfrutaran el resto de profesionales médicos, que están midiendo niveles plasmáticos de muchas cosas continuamente. Y respecto al artículo sobre los antirretrovirales como sustancias de abuso, creo que es importante que tengamos en cuenta que cualquier sustancia consumida por una persona vulnerable a las adicciones debe ser objeto de nuestra atención clínica.

Referencias:

Davis GP, Surratt HL, Levin FR, Blanco C. Antiretroviral medication: an emerging category of prescription drug misuse. *Am J Addict.* 2014 Nov-Dec; 23(6):519-25.



Álvaro Olivar Arroyo

EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE LOS RECURSOS DE PREVENCIÓN.

Dr. D. Álvaro Olivar Arroyo

Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad
Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.

En principio vengo a hablar del tratamiento desde la prevención, algo es difícil de hacer, de manera que hablaré sobre los vínculos que hay y de ciertas cosas que hay que tener presentes de cara al futuro más inmediato y, posiblemente, también a lo largo plazo. Hay que partir de la base de que el concepto de que la adicción es una enfermedad, a quienes hacemos prevención nos causa problemas porque, ¿cómo hacemos prevención de algo que, por un lado, está predeterminado genéticamente, según algunos? Y, según otros, además es una enfermedad crónica y recidivante; a ver cómo se le explica esto a un chaval que hace botellón a los 14 años, en su barrio.

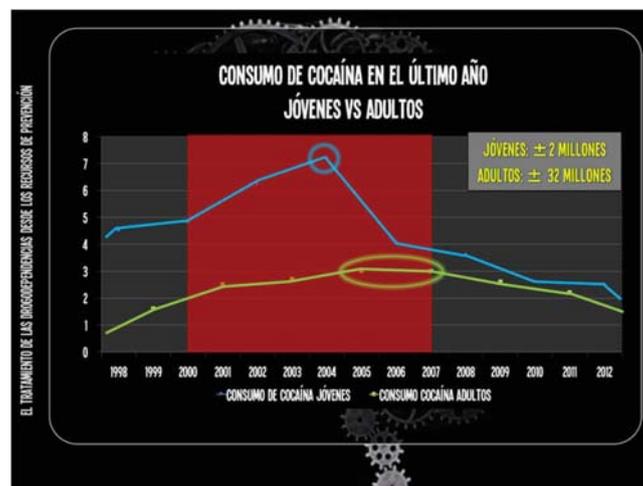
El modelo de enfermedad, ha sido muy útil para normalizar ciertas cuestiones, pero también ha tenido otras consecuencias que creo que debemos tener en cuenta. Lo primero es que el hablar de enfermedad, en muchos casos se genera una sensación de discapacidad o de incapacidad que hace que la persona se convierta en irresponsable, y hay que darle la persona la capacidad de tomar decisiones dentro de su proceso, porque eso es responsabilizarla, en lugar de todo lo contrario. Hay estudios que dicen que en Asturias el 80% de los consumidores de alcohol con problemas lo dejan solos, de manera que es difícil pensar que se trate de una enfermedad. Y luego las estrategias, evidentemente son asistencialistas, porque lo que se hace es atender a los enfermos. ¿Cuál es el problema? Pues que a veces el exceso de estrategias asistencialistas bloquea la utilización de otro tipo de estrategias orientadas a que la persona ponga en marcha cambios, que en principio es una de las cosas que también se percibe dentro del ámbito de las drogas. Todo ello, además, deriva en otras cosas: por un lado, la escasa confianza, ya no solamente de los profesionales, sino sobre todo los propios consumidores de sustancias, que tienen problemas en su posibilidad de cambio. Si soy un enfermo, no puedo hacer nada, a mí que me curen, que me curen utilizando en muchos casos farmacología, etc. Yo entiendo, cuando se habla de la capacidad de la gente para cuidar su salud, estamos hablando desde un planteamiento positivo y en prevención tenemos que hacer lo mismo, aunque en prevención desde las instancias políticas se genera miedo en vez de mensajes positivos sobre todo lo que se puede hacer o todo lo que se puede manejar. Y claro, el problema es que cuando el paciente está medicado de una determinada manera, que posiblemente hace que se controlen ciertos síntomas, esto le incapacita prácticamente para todo el trabajo que hacemos los demás.

Lo que quiero decir no es que los médicos dejen de ver a los drogodependientes como enfermos, sino que compartan esa visión con los que los vemos como gente con un

problema de relación social o de toma de decisiones. Entiendo que un psicólogo no ve un enfermo, ve otra cosa, un trabajador social ve otra cosa, un educador social ve otra cosa. Y lo que realmente necesita una persona que se pone en nuestras manos es que compartamos toda esa visión para poder darles la mejor solución posible.

La relación entre prevención y tratamiento creo que es algo inseparable para lo bueno para lo malo. La ventaja que tiene, por ejemplo, la prevención en cuánto y cómo influye en el tratamiento es que puede anticipar tendencias y, de hecho, en la parte final de la ponencia voy a plantear algunas cuestiones que se ven desde el trabajo con jóvenes. El tratamiento influye en la prevención porque alimenta la política de prevención, pero lo hace con retraso, es decir, lo que llega a los centros de tratamiento hoy es algo que se produjo hace 4-5 años dentro de la juventud, por lo que llegamos tarde; lo que se pone en marcha hoy llega con cinco años de retraso. Se podrían invertir los términos y que lo que nosotros vemos en la calle pueda orientar a los profesionales del tratamiento para poder ajustar su modelo de abordaje de una forma más afinada.

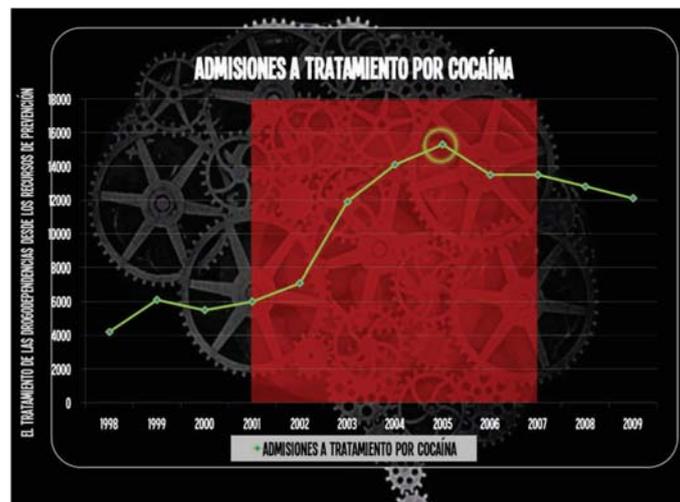
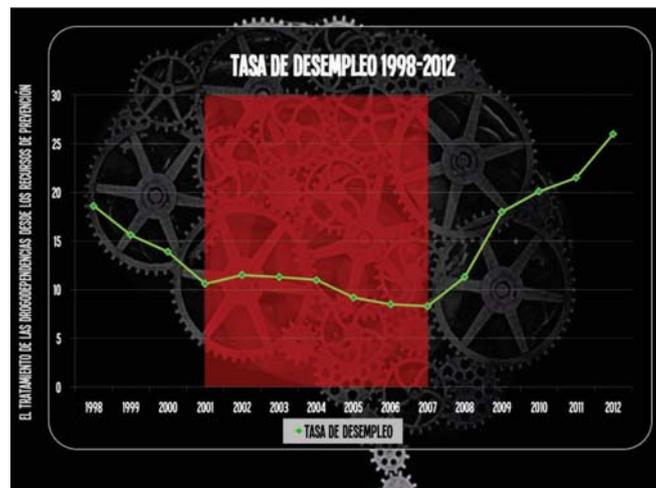
Hay que ser cuidadosos con la prevención específica básica porque estamos en un punto en el que nos preocupa el consumo de sustancias que pueda tener un chaval, pero nos preocupa también el uso de las nuevas tecnologías que hace, nos preocupa la conducta de riesgo sexual que tenga cuando está utilizando sustancias, nos preocupan una serie de cuestiones que están todas entroncadas en cuanto a la prevención específica. Hay que hacer prevención específica porque no sabemos cuál va ser exactamente el problema con que se va a encontrar, no está especificado todavía. Necesitamos, por tanto, que lo que hacemos se justifique a través de la evaluación relacionada con las drogas, para que así sigan funcionando los programas. Además, una de las consecuencias del cambio en la imagen de la persona que consume drogas dentro de la sociedad, ha sido el que la preocupación social sobre este tema haya bajado mucho, para bien y para mal, porque cuanto menos preocupa a la sociedad, menos dinero se invierte.



Os traigo cifras, sobre lo que se podría denominar el sexenio de la cocaína, más o menos entre 2001 y 2007, cuando hubo una escalada tremenda del consumo de cocaína según las encuestas del Plan Nacional de Drogodependencias. Los últimos datos a día de hoy son del 2012 y lo que se ve es que hubo un período en que hubo una escalada tremenda primero

en el caso de los chavales, después esa escalada se reproduce en la población general. Hay que tener en cuenta que los jóvenes más o menos son dos millones y los adultos 32 millones con lo cual la subida del porcentaje era significativa.

Y justamente esos seis años coinciden con los años en los que la tasa de desempleo estuvo más baja. Ahora no es lo mismo. Cuanto más dinero había, menos servía la prevención, porque la gente consumía más. De hecho, se observa que en el momento que empieza a subir la tasa de desempleo, el consumo de cocaína baja, pero las admisiones al tratamiento se mantienen altas. Los factores que influyen en la prevención son absolutamente impredecibles, incluso los factores que influyen en que la gente empiece a consumir sustancias. Los factores económicos son básicos y, en España, los factores geopolíticos son también lo son. Estamos justamente al norte de Marruecos y somos la entrada europea desde Colombia; no es raro, por tanto, que haya ciertos consumos que sean más frecuentes aquí que en Noruega, a lo que hay que sumar además las bebidas fermentadas.



En cuanto a la evolución del número de personas tratadas por abuso de dependencia de cocaína en los últimos años, los primeros tratamientos van descendiendo poco a poco y también aquellos con tratamiento previo. Ha subido mucho el tratamiento por cannabis, pero solamente los primeros tratamientos, de lo que podría deducirse que se trata de multas, es decir, no son necesidades reales de tratamiento, sino que son gente a quienes se les ha puesto una multa y han ido a ese tratamiento para que se la retiren. Así, hay 250.000 admisiones a tratamiento, pero que no vuelven nunca una vez se ha retirado la multa. Esto tiene la ventaja de que hay gente que se acerca a solicitar el tratamiento, pero tiene también el inconveniente de que hace un uso que realmente no sirve.

En cuanto a la evolución del número de tratados por consumo de alcohol, curiosamente hasta el año 2009 no se recogieron estos datos, cosa que a mí me dejó asombrado cuando lo estaba mirando porque, si hay algo que en España está establecido y además de la forma bastante abusiva, es el alcohol. Creo que tenemos un problema muy serio en términos de considerar el alcohol como droga, como una droga más e incluso a veces más dañina que otras en las que se está insistiendo mucho.

Ese primer año en que se recogen los datos, resulta que el alcohol es la droga que más admisiones a tratamiento ha producido, casi un tercio. En ese mismo año, hubo 80.000 admisiones al tratamiento y 3 millones de personas entre los 12 y 18 años. ¿Tiene sentido entonces que lo que se recibe en los centros de tratamiento sea lo que determine lo que se hace en prevención? O sea, ¿80.000 personas son las que tienen que determinar lo que se hace con 3 millones de chavales? Pues, si uno más o menos entiende de prevención sabe que no.

En prevención, desde una perspectiva teórica, hay tres niveles básicos de actuación, uno es el universal, que llega a toda la población donde no hay riesgo; digamos que sería el trabajo que se hace en general con un grupo de quinto de primaria, con chavales de 10-11 años, donde se transmite información que sirve para generar una postura ante las drogas. Luego está la prevención selectiva, dirigida a población donde, aunque no haya habido consumos, hay riesgos debido a la edad, condiciones sociales, etc. Y luego está la prevención indicada, dirigida a aquellas personas que ya han comenzado a consumir, donde se trabajan cuestiones mucho más concretas. Entre los 80.000 que decíamos que habían iniciado tratamiento, posiblemente el 99% correspondían a ese perfil de prevención indicada, por lo que no tiene sentido realizar prevención universal pensando en esos 80.000.

De un tiempo a esta parte, tengo la sensación a veces que los que hacemos prevención en contra de lo que nos dicen las instituciones porque yo esto lo he hecho, las instituciones siempre están muy preocupadas por todos los mensajes que tiene que ver con la prevención universal pero le da mucho miedo meterse a lo que era prevención indicada, sobre todo, porque es muy puñetera, porque es parte de admitir que el niño consume o que el chaval consume, esto es así.

Entonces, la prevención tiene que ser adaptada en cuanto a contenidos, metodología y, sobre todo, objetivos. Y aquí es donde está el mayor foco de conflicto. Se sigue planteando que el objetivo de la prevención tiene que ser la abstinencia, pero yo creo que es un planteamiento excesivamente médico. Quiero decir, a ver cómo hacemos que el objetivo sea la abstinencia cuando un 80% de los chavales de entre 14 y 18 años ya han consumido alcohol. No es realista este objetivo ya que les estamos pidiendo una condición que están incumpliendo el 80 y tanto por ciento de sus compañeros.

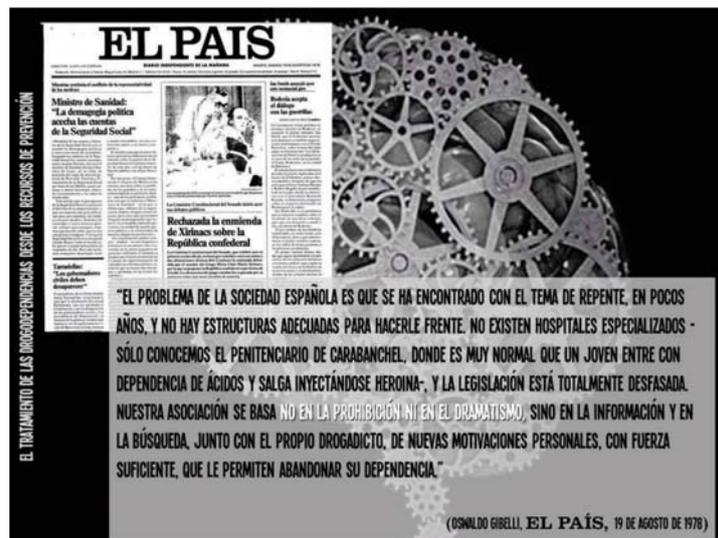
Hay una segunda posibilidad, que es retrasar el consumo, que sí que es válida y que algunos chavales sí que acceden a ello, que tiene que ver con esperar a ser un poco más mayor

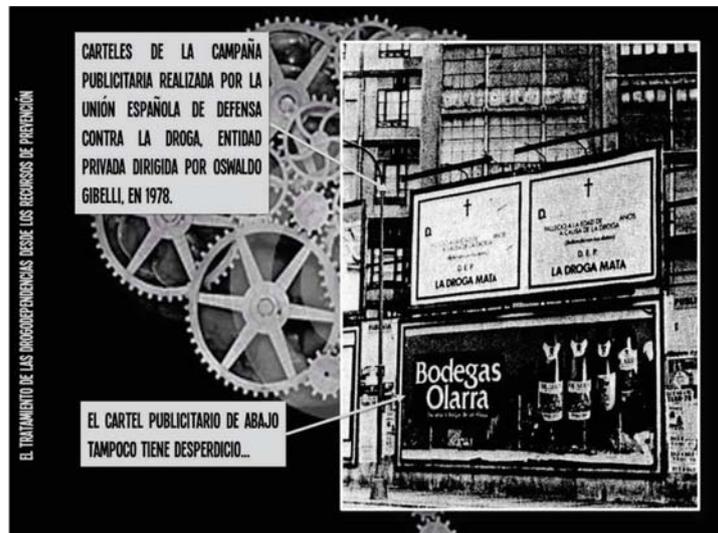
para hacerlo, porque es verdad que cuanto más desarrollados estén los órganos y cuanto más maduro es uno porque ha pasado más tiempo, pues tiene más posibilidades de tomar mejores decisiones.

Y luego está la tercera cuestión, que es la que da mucho miedo, pero creo que también tiene que ser algo que nosotros planteemos seriamente, la cuestión de riesgos y el consumo responsable. Si hablamos del consumo responsable de heroína pues es muy complicado, aunque en realidad el consumo de heroína tiene una prevalencia actualmente bastante baja en términos de iniciarse en ello. Sin embargo, tenemos un 30 y algo por ciento de chavales que tienen consumos abusivos de alcohol durante el fin de semana. Tal vez tengamos que hacer intervenciones dirigidas a la gestión de riesgos y trabajar en el consumo responsable con ese tipo de perfiles.

Desde el tratamiento, uno se encuentra con historias tan trágicas y tétricas que le entra una especie de inquietud tremenda para que esto no le suceda a otro, por lo que cuando hace prevención se pone a hacer prevención teniendo esto en cuenta, en lugar de hacer las cosas analizando cómo funcionan estos procesos; desde mi punto de vista, muchas veces la necesidad de hacer prevención se basa en el miedo.

Éste es un recorte del año 78, cuando empezaban a extenderse los consumos de heroína. Aparecía Oswaldo Gibelli, presidente de la Unión Española de Defensa contra la Droga y en una entrevista decía que su asociación no se basaba ni en la provisión ni en el dramatismo, sino en la información, un discurso estupendo. Pero, esa misma asociación es la que puso unos carteles publicitarios donde había una esquila que se rellenaba con el nombre que fuera y abajo ponía “la droga mata”. Hay historiadores que dicen que justamente este tipo de carteles y esta campaña diseminaron más información de la necesaria, con lo cual se incrementó el número de consumidores en las zonas marginales de una forma que no se esperaban. Por lo tanto, hay veces que por intentar hacer prevención metemos la pata. La gente necesita la información justa no más de la que tenía. Paradójicamente, el cartel de abajo muestra una compañía de bebidas alcohólicas.





Las campañas publicitarias son la cuarta acción que la gente valora como más importante para acabar con el problema de las drogas. La primera es la educación en las escuelas, porque se deposita allí la responsabilidad. Pero las campañas publicitarias tienen riesgos. Fijaos, os he traído aquí un par de ellas, del año 2012 y creo que hay que ser muy crítico con ciertas cosas. En la primera aparece una niña con cara de inocente y en el cartel de abajo hay un padre que recibe la información de que uno de cada tres menores de 14 y 18 se ha emborrachado el último fin de semana. Parece que su hija vaya a ser la siguiente, es decir, se está generando una cierta inquina. Además el alcohol puede causar a tus hijos daños cerebrales irreversibles, que es una información que también yo creo que también hay que plantearse hasta qué punto es veraz.

Con los padres este cartel puede ser efectivo, pero con los hijos lo que hace es generar efectos casi contraproducentes. Respecto al cartel de las balas, parece que el joven que consume se vaya a matar, pero su padre probablemente bebe, su madre probablemente fuma y su hermano posiblemente fuma canutos y ninguno se ha matado todavía. Entonces hay que tener cuidado también en plasmar una realidad demasiado dramática, porque al final eso se vuelve en contra al generar estrategias contrapreventivas en vez de preventivas.



¿Por qué vías de información recibe la gente la información sobre drogas? Pues básicamente a través de los medios de comunicación. Los medios informales son en general los que

trasmiten información sobre drogas a la gente. Los medios de comunicación nos hacen unos favores tremendos. Este verano ha triunfado la droga caníbal. ¿Cuántas demandas de tratamiento han llegado por droga caníbal? La gente ve todo esto en el periódico y piensa sé que están comiendo unos a otros o algo así. Es que esto no funciona así, quiero decir, ha habido unos pocos consumos puntuales de esta sustancia y ya parece que sea una costumbre que se hace todos los fines de semana.

También he traído un artículo de Alfonso Ramírez de Arellano en El País, donde escribía hace algo menos de dos años que la drogodependencia ya no interesa. Él reclamaba el que no llegaran los recursos económicos necesarios para poder mantener ciertos programas que sí que estaban funcionando antes, pero que estaban recortando. Es algo que hemos vivido en todas la comunidades autónomas desde hace unos cuantos años.



Pero es que, en realidad, la gente ya no percibe la droga como un problema. Desde mayo del 93 más o menos, que fue el punto álgido en que la mitad de la población en España pensaba que la droga era un problema, hasta la actualidad, con menos de un 1%. Y si no es un problema para la gente, no se invierte dinero.

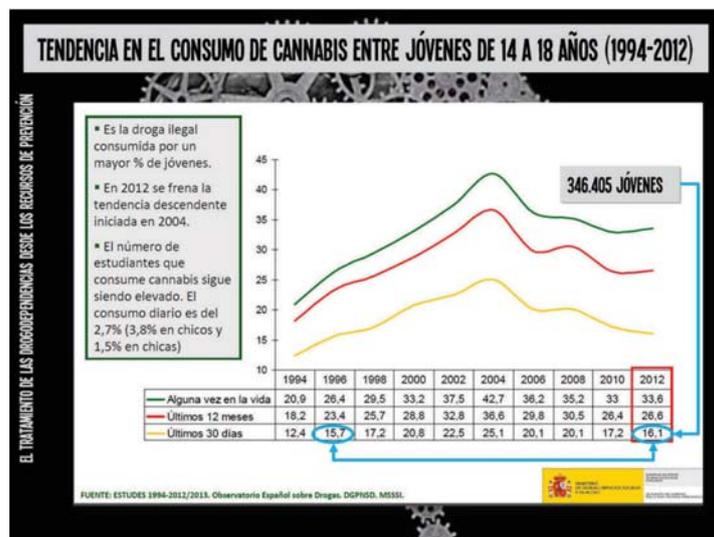
También influye el concepto o la visión del drogodependiente como enfermo. ¿Por qué? Porque cuando se le atiende a nivel sanitario, se empieza a tratar a las personas con VIH con retrovirales, empieza a controlarse el VIH con lo cual ya se genera menos alarma, el nivel de delincuencia empieza a bajar también a raíz de que además hay un cambio a otros niveles, entonces se juntan tres o cuatro factores que hacen que a la gente deje de parecerle un problema. Y si no les parece un problema, pues no le prestan atención, ni dinero. Sin embargo, sigue habiendo una demanda de tratamiento que excede la dotación profesional, aunque se está haciendo tan en silencio que la gente no lo sabe. Y, a lo mejor, eso es lo que hay que hacer, darle publicidad, no que a tu hijo pasado mañana vaya a pasarle esto, sino que siga habiendo mucha gente que sigue demandando tratamiento y a los que se les sigue atendiendo.

Los medios de comunicación también nos hacen favores tremendos a los profesionales de la prevención. Cuando aparece la noticia de que la marihuana es menos adictiva que el alcohol o la nicotina, es contraproducente cuando lo lee uno de mis chavales, tal y como ocurre con las noticias sobre el efecto terapéutico del cannabis que, para alguien que tenga

una serie de problemas a nivel cancerígeno seguramente es muy positivo, pero tú no tienes cáncer. También hay otro tipo de noticias, como una plaza de toros entera convertida en plantación de marihuana. Esto también lo leen mis chavales, porque tiene acceso a internet, leen el periódico y saben lo que hay. Encuentran cosas como éstas, que además hacen los adultos, lo que supone un problema.

Otra cuestión es el tema de los errores. Estoy haciendo una búsqueda en El País y durante 11 años, la última vez que apareció en un titular el concepto “drogas de diseño” fue en 2003. Durante 11 años se utilizó el término de drogas sintéticas, ya que el éxtasis es una droga de síntesis, como forma de referirse a estas sustancias. Hace poco, ha vuelto a aparecer otra vez el concepto de drogas de diseño. Hay pues trabajos de diferentes autores donde se critica el término de drogas de diseño por todas las connotaciones que tiene y que lo propio es hablar de drogas de síntesis, de manera que me sorprende mucho encontrarme en las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas el término setas mágicas. Además, creo que es la primera vez que he oído hablar de setas mágicas, ya que siempre se ha hablado de setas alucinógenas. Estamos siendo nosotros los que le atribuimos a una sustancia capacidades que además la hacen atractiva.

Respecto al futuro, las estadísticas de las encuestas del PNSD a veces pueden ser discutibles o no, pero si las aceptamos cuando las cosas salen mal pues también hay que hacer lo propio cuando salen bien. Esta es la tendencia del consumo de cannabis entre 1994 y 2012.



En la última encuesta estamos en los mismos niveles que 1996 y bajando el consumo en el último mes. Quiero decir que podemos alármanos, preocuparnos, etc., pero debemos saber que ahora la tendencia del consumo de cannabis es descendente. Estamos hablando de 346.000 jóvenes, cuando el consumo de cannabis entre adultos era de 3.250.000, es decir, por cada joven que consume cannabis hay 10 adultos alrededor que lo hacen. Entonces, tal vez en lugar de hacer una campaña de publicidad, generando miedo al padre para que el hijo no lo haga, a lo mejor hay que hacer una campaña de publicidad para que el padre no lo haga y, así, el hijo deje de hacerlo. Se puede utilizar el modelado en las campañas de publicidad, tal y como ocurre en otros casos, como en el anuncio televisivo donde aparece

un padre en pijama rascándose según se levanta, ve que el niño lo hace también y se preocupa. A lo mejor ése es el tipo de campaña que hace falta también en drogas. Porque, luego, los primeros que se emborrachan en las fiestas son los adultos.

Sin embargo, en el caso del consumo de alcohol, la tendencia muestra que sube, además a una velocidad pasmosa. Estamos en los niveles de 1994, es decir, un porcentaje enorme, donde en los últimos 30 días, tres de cuatro chavales de 14 a 18 años ha bebido. Entonces, creo que tendremos que plantearnos hacia dónde tenemos que ir en los próximos años, y esto tiene que ver evidentemente con la crisis ya que, cuanto más cara es una droga, menos se consume. La tasa de consumo de alcohol entre adultos no cambia, sigue estable, oscilando entre un 60-80%.

Creo que lo primero que deberíamos hacer es prevención basada en el conocimiento de la población, hay que conocer a la gente antes de hacer la prevención, hay que preguntar a los chavales para poder conocer lo que saben, lo que no saben y lo que saben mal, y trabajar sobre ello. Hay que dar la información ajustada y útil, y hay que dársela a alguien que sea una buena referencia. Hay que cambiar el tema del miedo, hay que ser responsable ante los medios de comunicación, no se pueden lanzar mensajes alegres ni livianos, pero tampoco podemos estar mandando alarma social continuamente. Además siempre salen los mismos en la tele lanzando este tipo de mensajes.

Yo creo también en prevención hay que improvisar el desarrollo personal ante las adicciones. Una de las cuestiones que se van a abordar en los centros de tratamiento en los próximos años son las nuevas tecnologías. Allí sí que creo que hay un campo para trabajar adicciones, olvidarnos de las sustancias y hablar de adicciones de una forma bastante potente. Y va a haber un cambio en los perfiles relacionados con el alcohol, con las nuevas tecnologías, va haber un cambio cultural que tiene que ver con la inmigración de hace años bastante llamativo y habrá que conocer qué patrón de consumo de alcohol tiene mucha gente, ya que un eslavo no bebe igual que un chino y un chino no bebe igual que un sudamericano y un sudamericano no bebe igual que un español. Entonces todos estos perfiles suponen actividades asociadas y toda una serie de cuestiones que hay que conocer. Y se encontrarán también con situaciones económicas límite, desempleo y un empobrecimiento social importante. Si se quiere hacer bien, habrá que recuperar toda la parte social del tratamiento. Y eso supondrá posiblemente un replanteamiento del modelo de atención.



Álvaro Olivar Arroyo, Lara Grau López, José Carlos Pérez de los Cobos, y Francisco-Jesús Bueno Cañigral

CONFERENCIA

PRESENTACIÓN

Prof. Dr. D. Antonio Vidal Infer

Profesor Documentación y Metodología Científica. Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Valencia

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Prof. Dr. D. Yifrah Kaminer

Profesor de Psiquiatría. Alcohol Research Center & Injury Prevention Center. University of Connecticut Health Center.

CONFERENCIA

PRESENTACIÓN

Prof. Dr. D. Antonio Vidal Infer

Profesor Documentación y Metodología Científica. Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Valencia

Buenas tardes.

Hoy tenemos el gran honor y el placer de contar entre nosotros con el Prof. Yifrah Kaminer, que es una autoridad mundial en el estudio del abuso de sustancias, más concretamente, en población adolescente, abordajes de tratamiento, investigación sobre tratamiento, etc. Él es profesor de psiquiatría y pediatría de la Universidad de Connecticut. Es licenciado en Medicina por la Universidad de Tel Aviv (Israel) y psiquiatra de formación, aunque tiene también un MBA (Masters in Business Administration). Además, ha tenido la oportunidad de participar en diversos proyectos y en varios puestos de trabajo, por ejemplo, en el Planning Hospital de la Brown University, de la Universidad de Brown, en el Hospital McLean de la Universidad de Pittsburgh. Desde el año 94 pertenece a la Universidad de Connecticut.

Entre sus intereses están, sobre todo, la investigación clínica de la evaluación y tratamiento de las conductas de alto riesgo, especialmente el abuso de sustancias en jóvenes con trastornos psiquiátricos comórbidos. Asimismo ha contado diversos proyectos, también financiados por el Instituto de Alcoholismo norteamericano, el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Forma parte del comité editorial de diversas revistas de alto impacto, como el American Journal of Addiction, cuenta con más de 145 publicaciones científicas, uno de sus hitos más notables es la creación del Teen Addiction Severity Index, es decir el índice de severidad de la adicción para adolescentes, que ha sido traducido en más de diez idiomas, aparte de contar con manuales, libros, etc. Y, sobre todo, lo que más me gustaría destacar es una gran persona, con un trato muy afable, muy cercano y estoy muy contento de que haya aceptado estar entre nosotros.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Prof. Dr. D.Yifrah Kaminer

Profesor de Psiquiatría. Alcohol Research Center & Injury Prevention Center. University of Connecticut Health Center.

Lo que me gustaría hacer es proporcionarles una especie de hoja de ruta para el tratamiento, no quiero afrontar segmentos muy estrictos de tratamiento. Uno de los estudios más grande que se hayan hecho nunca sobre tratamiento para el consumo de cannabis entre adolescentes, con 600 participantes, fue realizado en un centro en Florida, uno en Chicago, uno en Philadelphia y, el cuarto, era nuestro centro en el pequeño estado de Connecticut. Hay muchos datos que todavía están siendo analizados 10 años después.

¿Cuáles son los objetivos de la presentación? En primer lugar, hablar sobre adolescentes, qué es un adolescente y cómo es su cerebro, porque voy hablar de la mente del adolescente durante toda la presentación desde un punto de vista evolutivo. Los jóvenes adolescentes se convierten en pacientes adultos y de manera que tenemos que intervenir con ellos lo más pronto posible y entender qué es lo que les ocurre. ¿Por qué hay tantos incidentes en adolescentes en conducción, homicidio, suicidio y otros tipos de eventos desafortunados?

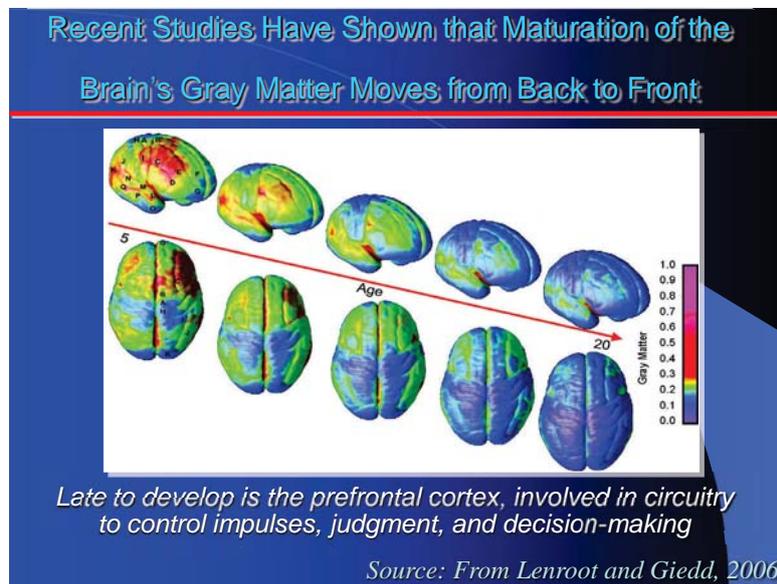
Una de las preguntas es ¿Cuándo empieza el tratamiento? Es muy importante la continuidad del tratamiento. Voy a hablar sobre el modelo SBIRT, detección, selección y la morbilidad psiquiátrica, en población adolescente. Recientemente nos han financiado para hacer un gran estudio para tratar adolescentes con consumo de sustancias y depresión suicida, de manera que hay que entender cómo puede ocurrir en el caso de los adolescentes. Me gustaría explorar de alguna manera el laberinto en que se puede convertir el tratamiento para los jóvenes, el entorno, la modalidad, la intensidad y la integración del tratamiento.

Para cada problema complejo hay una solución sencilla, que siempre es equivocada. Entonces no hay que buscar soluciones simples, aunque ésta sea la naturaleza humana, porque las cosas son muy complejas y tenemos que desglosarlas para poderlas entender, porque hay una gran heterogeneidad de la población con la que se trabaja y nosotros tratamos de desglosarla en grupos más homogéneos para tratar cada uno de ellos. Porque también hay planteamientos diferentes para personas diferentes y nosotros queremos encontrar muchas veces el Santo Grial, que a veces existe, a veces no existe y, si existe, ¿para quién y durante cuánto tiempo?

También, me gustaría ver los resultados antes, durante y después del tratamiento, y las implicaciones de los resultados o de futuras direcciones. Hay que entender qué es lo que ocurre según el concepto de la evolución. Los adolescentes no son mini-adultos, son un ser humano en evolución que todavía está desarrollándose en toda una variedad de aspectos,

desde los cambios hormonales, socioemocionales conductivo y conductual. Tenemos que verlo desde una perspectiva cognitiva determinada, hay una teoría de Piaget que habla sobre la evolución cognitiva y este tipo de trabajo conceptual y, por supuesto, conductual en términos de aceptación de riesgos, autorregulación, búsqueda de sensaciones, son las cosas que les hacen adolescentes, siempre hacen cosas que les meten en problemas. Y, entonces, hay que entender estas cosas, así es como se desarrolla el cerebro.

Generalmente, para mostrarles lo problemáticos que son los adolescentes, generalmente todo empieza por el principio y acaba al final, pero el desarrollo del cerebro no. Empieza a desarrollarse desde el final, en la parte de atrás y se desarrolla hacia la zona frontal del córtex, frontal y prefrontal, generalmente entre las edades de 15 a 24 ó 16 a 25 años. Por eso cognitivamente están muy bien desarrollados, pero emocionalmente no. Y ésta es la explicación de por qué tantos adolescentes se meten en problemas.



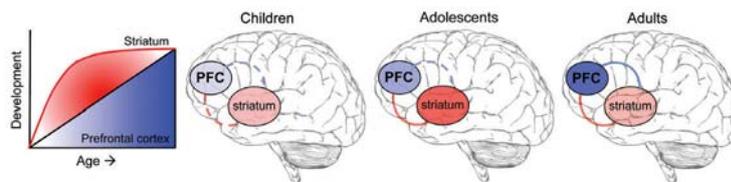
Les voy a dar un ejemplo de las estadísticas americanas. Hay 320 millones de habitantes en Estados Unidos, 7.500 niños mueren pero últimamente más de 33.000 jóvenes han muerto. Este es un factor muy frío, lo que significa que una ciudad entera de jóvenes muere en un año, más que todas las guerras de Irán y Afganistán, etc., y muchas veces son conductas prevenibles, accidentes, homicidios, suicidios. ¿Y por qué ocurre? Ocurre porque los adolescentes no son lo suficientemente maduros como para impedirse a sí mismos el meterse en situaciones de peligro y esto incluye también otras conductas, conducta sexual prematura de riesgo, violencia relacionada con las parejas, sexo sin protección, etc.

Hay muchos temas que son específicos de los adolescentes, no porque sean tontos, sino porque son inmaduros emocionalmente: primero hacen y luego piensan. La impulsividad y la búsqueda de sensaciones alrededor de los 16 años son los factores que les hacen ser así. Y ¿qué hacemos nosotros en Estados Unidos con ellos? Pues a los 16 años les damos el carnet de conducir. Entonces muchas de las decisiones políticas que se toman no se basan en un entono evolutivo. En España, ustedes pueden conducir realmente a los 18 años.

Debemos entender la perspectiva evolutiva para evitar conductas que no sean apropiadas para la edad.

Respecto al cerebro de los niños adolescentes y adultos, hay que considerar unas estructuras muy importantes. Una se llama el cuerpo estriado, conocido como la zona que nos impulsa a todas las criaturas que estamos dominadas y motivadas por la recompensa. La recompensa puede ser comida, puede ser diversión, puede ser sexo, pueden ser muchas cosas. El córtex prefrontal, a medida que se desarrolla, se produce un efecto llamado depresión del sistema de recompensa para conseguir respuestas. El córtex prefrontal dice: "un momento, cuenta hasta tres, retrásalo un poco, tu placer y tu recompensa vendrán después" y esto se hace también con la intensidad correspondiente. La presión es muy fuerte pero, no obstante, el córtex prefrontal en los adultos está maduro y entonces puede responder mejor diciendo: "para, pienso primero antes de hacerlo". ¿Cuál es el problema que tienen los adolescentes? Pues que el sistema protector no está bien desarrollado y, por eso, a los adolescentes nos les va muy bien en cuestiones de autoconservación, no porque sean tontos o cognitivamente estúpidos, sino porque no están preparados para asumir responsabilidades.

Vulnerability to SUD and Psychiatric Disorders



Casey, 2010; Safren et al 2005; Klingberg et al 2002

- Environment and activities during teenage years guide selective synapse elimination ("pruning") during critical period of adolescent development. "what teens do during their adolescent years - whether it's playing sports - video games - can affect how their brains develop. *J Giedd*

¿Qué pasa con el control? Los adolescentes no están suficientemente hechos, no están acabados de hacer y esto no se basa en ninguna patología. Es una conducta normativa de los adolescentes. Mi hija de 18 años un mes después de comenzar a conducir tuvo un accidente de tráfico. No conduce mal pero fue debido a una combinación de inmadurez e incapacidad de integrar todo el sistema con todos los estímulos que hay a su alrededor. No le pasó nada, bueno un poquito de su autoestima quedó dañada y el coche destrozado totalmente, pero es lo único que pasó. Entonces comenzó a preocuparse de muchas cosas y esto es muy importante para que desarrollen estas áreas y, cuanto antes se desarrollen, mejor.

Otro tema importante es que, incluso aunque no puedas enviar un mensaje de abstinencia, si eres capaz de retrasar el inicio de consumo de drogas y alcohol, esto ya está muy bien porque cuanto antes empiezas, mayor la probabilidad de que te conviertas en dependiente. Y antes de los 18 años hay más probabilidad de desarrollar el beber desordenadamente.

¿Qué pasa con el tratamiento, cuando empieza? El tratamiento empieza cuando empiezas a decir, quizás tengo un problema, o conduces y dices, bueno tienes un problema de alcohol, quizás lo tenga y, desde luego, cuando recibes una información que tiene valor terapéutico. El tratamiento empieza antes de lo que pensamos. Hay que pensar en la continuidad del tratamiento pero antes hay que aprender cosas sobre intervenciones familiares.

¿Cuál es el mecanismo que hace cambiar la conducta? Porque hay muchos elementos comunes que funcionan en los diferentes tratamientos, aunque ninguna de estas intervenciones es mejor que las demás, y hay gente a quien le gustan más unas intervenciones que otras y les inventan nombres. Pero eso no es totalmente preciso. Ocurre lo mismo cuando coges la comida y la divides y dices que todo es lo mismo, tienes proteínas, hidratos de carbono, vitaminas. Sí, los mecanismos son iguales, pero tenemos que entender los cambios en la conducta, la motivación y disponibilidad para el cambio y el compromiso. El compromiso es algo muy importante, como cuando te comprometes con una relación personal y eso lo haces cuando demuestras que estás comprometido con ello. Y nos interesa mucho el entender lo poderoso que es el compromiso y cómo podemos ayudar al paciente a comprometerse con el tratamiento.



Active Ingredients for Brief Intervention

- **F**-Feedback on personal risk or impairment
- **R**-Emphasis on personal Responsibility to change
- **A**-Clear Advice to change
- **M**-A Menu of alternatives
- **E**-Empathy as an intervention style
- **S**-Facilitate Self-Efficacy

Miller & Sanchez, (1994)

A principios de los 90, Miller y Sánchez desarrollaron este acrónimo que se llama FRAMES (Marcos), con ingredientes antiguos de la intervención breve. Esta intervención no sólo la proporcionan los terapeutas, también la madre, la abuela, el cura o cualquiera que te dé los siguientes componentes o algunos de ellos. Retroalimentación sobre el riesgo personal o incapacidad, es decir, cuando te dicen: “eso que estás haciendo no está bien”, hay que dar retroalimentación, aunque te respondan: “vete a hacer gárgaras”, o lo que sea, que es una cosa que oímos muy a menudo de los adolescentes. Énfasis sobre la responsabilidad personal de cambiar: “no te voy a decir lo que tienes que hacer, yo estoy aquí, intentando ver aquí como puedes hacer los cambios necesarios, vamos a colaborar juntos. Entonces les decimos, tú puedes tomar la decisión final, hay que dejar bien claro que es él quien toma la decisión e intentar que haga una decisión neutra. Y hay que escuchar mucho a los pacientes. Se puede firmar un contrato también con ellos y ya sabes lo que te van a decir.

La mayoría de los pacientes se quedan igual, sus caras cambian pero siguen utilizando los mismos planteamientos y el punto de resistencia es: "tengo derecho a cometer errores". Bueno, esto es algo que podríamos debatir, quizás no sea tan buena idea. Se les ofrece un claro consejo para cambiar y una serie de alternativas, hacer 12 pasos, terapia de grupo, terapia individual, un modelo híbrido integrando diversas terapias. La empatía es muy importante, aunque algunas veces se llama contratransferencia. Y se trata de facilitar la autoeficacia, induciendo pensamientos que les hagan sentir que pueden hacer los cambios necesarios creyendo lo que hacen. Porque muchos de los adolescentes que vemos sienten que fracasan porque han perdido la autoestima. Y si apoyas su idea de que esto no va a funcionar, refuerzas eso.

La mayoría de la gente no consigue permanecer abstinente antes de cumplir un año de tratamiento, y para ello se necesitan ocho años y cinco intentos de tratamiento. Si le dices eso al paciente, no lo vuelves a ver porque lo han probado muchas veces. Esto nos muestra lo difícil que es el proceso, pero cuando consigues que tenga al menos un año de estar libre de consumo, entonces el progreso en el tratamiento será enorme. "¿Cuál ha sido vuestro periodo de abstinencia más largo?" y entonces se quedan pensando y dicen: "pues el otro día estuve dos horas sin tomar nada de las ocho a las diez". Esa es la manera de pensar que tienen.

La proactividad es muy importante incluso si solo haces una evaluación, de hecho la evaluación puede ser terapéutica. La evaluación ha demostrado que la mayoría de estos adolescentes en dos o tres semanas ya experimentan mejoras. Pero sólo es parte de las buenas noticias, porque cuando participan en el tratamiento, en siete o diez sesiones siguen mejorando significativamente, no todos, estoy hablando sobre los jóvenes que mejoran.

¿Cómo predices si van a responder al tratamiento? Esto es difícil. Nos gustan los marcadores de tratamiento del consumo de sustancias. El más importante es la orina limpia. Después de controlar la orina limpia, la autoeficacia es el siguiente factor más importante.

¿Qué es lo siguiente que vamos a hacer? ¿Qué pasa con la detección? Cuando viene un joven a tu consulta y sabes qué consume, ya no hace falta hacer una detección precoz. Se pueden necesitar entre dos y cinco minutos online y se puede hacer en la escuela, el pediatra, el médico de familia, etc., porque son los que ven a los niños continuamente. No hace falta mucho tiempo y hay diferentes escalas, el CRAFFT se recomienda mucho, con seis ítems, si tienes dos o más respuestas positivas sabes que este niño tiene un problema, hay que ir al siguiente paso que es una evaluación multidimensional más compleja.

El consumo de sustancias es un problema multidimensional que tiene que ser abordado por un equipo multidisciplinar, porque tenemos otros problemas, no sólo consumo de sustancias, sino problemas familiares, legales, psiquiátricos, educativos... Entonces tenemos que afrontar la mayoría de ellos y el mejor planteamiento puede ser más caro, pero el mejor es la gestión del caso. Yo puedo ser un experto en consumo de sustancias pero conozco muy poco sobre el sistema legal y sobre el sistema escolar, entonces necesito en mi equipo gente que conozca mejor estos campos para que podamos trabajar conjuntamente con el equipo y, quizás, éste sea el secreto del éxito. Es costoso pero muy efectivo.

Después de la detección, hay que hacer una evaluación completa que comprenda todos estos factores y dimensiones, saber todo sobre las drogas, cuántas te tomas, cuántas veces, forma de administración, etc. Hace falta realizar una evaluación completa que permita desarrollar un plan de tratamiento y una selección para saber dónde se envía al chico y donde pueden desarrollar un tratamiento para conseguir un resultado positivo.

CRAFFT Screener

- C: Have you ridden in a Car driven by someone who was high or using AOD
- R: Do you use AOD to Relax, change mood, or fit in
- A: Do you ever use AOD while Alone
- F: Has a Friend, Family member ever thought you had a problem with AOD
- F: Do you ever Forget (or regret?) things you did while using
- T: Have you ever gotten into Trouble while using

Knight et al. (2002)

El DSM acaba de cambiar al DSM-V y yo estoy un poco preocupado por el nuevo porque, a partir de ahora, no hay dependencia de sustancias. Eso sólo está en el DSM-IV. Ahora hay reflejadas 14 sustancias, se hace un recuento de síntomas y, si el adolescente o el adulto cumplen dos de ellos, se considera que es un trastorno de adicción. Para mí es un problema, porque hay más pacientes que pueden ser catalogados como consumidores de sustancias o dependientes de sustancias de acuerdo con el DSM-IV. No tiene en cuenta la perspectiva evolutiva. Hay once síntomas y alguno de ellos se añadió aunque había mucha gente que pensaba que no se deberían haber añadido y, cuando hay un problema en la política o en la vida y si toman decisiones por parte de un comité, hay unos que están de acuerdo, otros en desacuerdo y después se van a casa, así que toman una decisión porque a las seis se van a casa. Pero el producto no es el mejor, así que las decisiones tomadas por comités no siempre son las mejores, pero éste es el resultado y vamos a tener que vivir con ello durante otros 20 ó 25 años, hasta que saquen el seis.

Youth (Un)Friendly DSM?

- Most DSM-IV diagnostic criterion items are valid for adolescents
- Tolerance and impaired control items are problematic
- Some adolescents with significant drug and alcohol problems were not identified by the DSM-IV
- A substantial proportion overcome their problems and transition to abstinence or normative drinking in adulthood
- DSM-V: Substance Related and Addictive Disorders.
- No more Abuse and Dependence categories
- A low threshold of 2/11 symptoms (e.g., craving, using in hazardous conditions) Kaminer & Winters, 2012

Yo creo que estos son los componentes más importantes que hay que tener, una buena evaluación y conciencia en tratamientos, un planteamiento integrado, la implicación de la familia y el entorno, porque después los chicos irán a parar a la comunidad, no se les pueden dejar en un vacío y la comunidad también puede ser muy tóxica, porque es de donde vienen. Entonces hay que ayudarles a volver a un entorno que les apoye, a una familia que les apoye y, aunque sabemos que muchas de las familias tienen problemas de consumo de sustancias y también económicos. La gente que trabaja con adolescentes tiene que saber cómo funcionan los adolescentes, no puede copiar y pegar componentes de programas dirigidos a adultos, porque no va a funcionar.

¿Cómo los retienes, cómo los mantienes en el tratamiento? Hay algunos que vienen y dicen: *“no voy a trabajar, no me gustas”*. Y yo les he dicho: *“tú no estás aquí para cumplir ninguna condena; si quieres estar fuera puedes encontrar otras maneras de trabajar con nosotros, no tienes una condena que te obligue a estar aquí”*. Hace falta tener personal cualificado. Y ¿quién decide quién es el cualificado? Porque no hay normas muy claras sobre quién puede estar empleado en una unidad de adicciones. Tienes que estar allí para ayudar a tus pacientes, para reducir el daño o para seguir un modelo de abstinencia.

¿Cuál es el conflicto en adolescencia? El conflicto en la adolescencia se presenta en la formación y difusión de la identidad. ¿Quién soy, qué soy, qué estoy haciendo, con quién tengo que ir, qué tengo que hacer con mi vida? Y todos hemos pasado por la adolescencia y algunos aún estamos allí. Y no estamos totalmente seguros de qué es lo que vamos a hacer cuando seamos mayores, pero tenemos que averiguar qué es lo que va a ocurrir. Y si les confundes más con una ideología mórbida y todas esas cosas, más vale que busques trabajo en otro sitio porque no estarás ayudando nada a los pacientes. Tienes que comprobar tu ideología y tus creencias antes de entrar, tú eres un profesional y debes tener competencias en materia de género y cultura, hay chicos y chicas, hay chicos que quieren ser chicos, chicos que quieren ser chicas, es un lío, pero hay que entender cómo tratar con ellos en un contexto de recuperación.

Y hay que evaluar el resultado del tratamiento. Una de las mejores maneras de hacerlo es utilizando análisis de orina. En principio es una penalización, una manera legal de enviar a los chicos a la justicia de menores. Si les preguntas a tus pacientes y si les escuchas cara a cara, ellos te dirán que entienden que tienen que hacerse el análisis de orina. Por ejemplo, para el cannabis hay chicos que dicen: *“bueno, la semana pasada yo iba en un coche y todo el mundo fumaba pero yo no fume”*, o *“resulta que yo pasaba por la calle y uno del cuarto piso estaba fumando un porro y entonces, por eso me ha salido positivo”*. *“Hace falta tener respeto el uno por el otro”*. *“¿Tiene algún sentido si yo estuviera en tu lugar y te dijera algo así? No me voy a enfadar contigo pero si vienes la semana que viene, tienes la orina sucia y me cuentas lo mismo, entonces me voy a enfadar, porque esto no es serio. Así no es como tenemos que trabajar”*. Y reciben el mensaje, te ponen a prueba todo el rato. Yo sólo tengo una norma en el tratamiento, sólo una, que admita cuando haya consumido y así nos respetemos. Después ya veremos lo que pasa.

En terapia tengo pacientes que dicen tacsos todo el rato y, entonces, les dije: *“bueno, vamos a ver, esto lo tenemos que arreglar, no digáis tacsos ni insultéis, yo no digo tacsos ni insulto”*. La terapia tiene que ser un lugar seguro para el paciente y para el terapeuta. Tiene que protegerte a ti y tiene que proteger al paciente, o al grupo. Tiene que haber un contrato con el paciente y generalmente, tenemos un poster en la pared con todas las conductas que no se aceptan. Y les dices: *“bueno, habéis estado de acuerdo en no seguir estas conductas que hay en el poster,*

así que no os desviéis y yo no me desviaré, porque quiero que todo el mundo se sienta seguro para que podamos trabajar bien”.

Otro tema importante es la asistencia continuada. El trastorno de consumo de sustancias es un problema biopsicosocial en el que se recae, no muy diferente de la hipertensión, de la diabetes, etc. ¿Saben cuál es el índice de incumplimiento en diabetes o en programas de control de la hipertensión arterial? ¿Cuánta gente no sigue el tratamiento? Entre un 40% y un 60%. No es diferente en el consumo de sustancias, la diferencia es que en el caso de la diabetes, se dice que el paciente no ha seguido los consejos, mientras que en adicciones se dice que el paciente ha fracasado, es parte del estigma.

Y les voy a contar una historia personal. Cuando me convertí en psiquiatra de adolescentes mi padre me dijo: “¿Pero a ti qué te pasa, para eso has ido a la Facultad de Medicina? Tú tenías que ser cardiólogo o algo así”. Cuando averiguó que me estaba especializando en consumo de sustancias me dijo: “¿Pero tú vas a tratar a todos estos locos que me roban la radio del coche?” La reacción de mi padre no es diferente a la del resto de la gente. Los drogodependientes en ocasiones tienen una actitud que no gusta, o se comportan de una manera muy intimidante. Pero, detrás de esta fachada hay mucho dolor, mucho sufrimiento, muchos problemas.

Una vez había un terapeuta muy bueno que vino y me dijo: “Con este chico llevo tres sesiones y no ha dicho ni una palabra, no mantiene ni siquiera el contacto ocular. ¿Qué puedo hacer?” Hay gente que sufre de mutismo, no quiere estar allí y se comporta como si así fuera. Le dije que tenía mucha suerte. Me respondió: “¿De qué estás hablando?”. Y le dije: “Tienes mucha suerte porque recordarás a este chico el resto de tu vida, porque está probando los límites de tu capacidad como terapeuta y, entonces, si puedes romper esa resistencia, serás capaz de salvarlo”. Aunque seas un experto, aunque lleves muchos años, si te encuentras con un paciente así, pues va ser intimidante. Nadie dice que vaya a ser fácil. Yo tuve un paciente así y ahora no se calla, no hace más que hablar todo el rato, y es fantástico, es una sensación fantástica si eres capaz de afrontarlo. Para ello puedes elegir cualquier tipo de terapia, los 12 pasos, intervención motivacional; es muy interesante.

Otro tema importante respecto al análisis de orina. Hay gente que les dirá que es violación de la privacidad de la persona, etc., pero hay que mantener un control. De la misma manera que si no te pesas nunca perderás peso, si no te haces un análisis de orina no se puede saber si estás limpio o no. Esto también es muy importante para saber si tienes que ingresarlo y para realizar un programa de manejo de contingencias mediante contratos con los adolescentes y con los padres.

Uno de los problemas es que la mayoría de nuestros pacientes recaen. El 60% de los jóvenes recae después de 3 meses y el 80% después de un año. ¿Qué significa? ¿Qué no responde al tratamiento? No, no es así. Lo que significa es que hay que proporcionarles sesiones de refuerzo y asistencia posterior. Si tu nivel de glucosa en sangre no sabes cuál es, aunque te tomes la tensión y te salga bien, no tienes que dejar de tomarte la medicación, porque entonces vuelves a tener hipertensión. Esto es lo mismo. Necesitamos también tener en cuenta parte del coste, hay intervenciones más costosas que otras, por ejemplo si haces terapia familiar es más cara que si haces entrevista motivacional y terapia cognitivo-conductual.

Hay gente que dice que es mejor tratarlos en grupos, pero la intervención en grupo es relativamente más cara, si bien las intervenciones de grupo en las que yo he trabajado han sido eficaces.

Following a Course of Alcohol or Other Substance Use Treatment, Relapse is Common

- It is relatively easier to affect change during after treatment than to sustain those gains >3 months without continued care or aftercare.
- > 60% relapse at 3-12 month post treatment completion (Brown et al., 1989; Dennis et al.,2004; Kaminer et al., 2002)
- “Although improvement is obtained in Tx by a significant segment, pathways to adulthood rarely includes abstinence” (Winters, 2002).

Otro punto importante es que entre un 70%y un 80% de la gente con consumo de sustancias tiene una morbilidad médica que hay que afrontar. Pueden ser problemas mentales y, si sólo tratas la conducta adictiva, se deja de lado el trastorno psiquiátrico que pueda haber, que puede ser de ansiedad, depresión, trastornos alimentarios y otros. Es muy importante entenderlo y aprender afrontar estos temas, porque es una frontera relativamente nueva y es muy importante dedicar recursos.

Common Concerns in Mental Health and Substance Use Disordered Youth

- The majority of youth are dually diagnosed
- Chronic, recurrent course
- Poorer coping skills
- Fewer social resources
- Risk appraisal deficits
- Family disruption
- Exacerbate symptom severity
- Reduced compliance
- Tx should address problems simultaneously

Un último tema es la continuidad de la asistencia, qué se hace cuando el tratamiento termina, qué pasa también si el adolescente no responde bien, porque hay que tener un plan ya que, a veces, no puedes darle el tratamiento que necesitan sino el que puedes. En Estados Unidos el problema es que hay un 80% de la gente a quien le va mejor, pero ¿qué haces con el 20% que vienen y vienen y vienen y nos les va bien? Quizás necesiten tratamiento

adicional, un tratamiento diferente, un tratamiento integrado, quizás otros terapeutas, pero hace falta un cambio, no puedes seguir haciendo lo mismo una y otra vez. Quería darles un mapa sobre cómo afrontar los pacientes si decides iniciar un tratamiento o reevaluar tu programa y hacerlo lo más eficaz posible. Entonces, les voy a dejar unas transparencias sobre preocupaciones comunes en salud mental y trastornos de consumo de sustancias.

La mayoría de los jóvenes tienen un doble diagnóstico, un curso crónico recurrente, unas habilidades de afrontamiento pobres. Les voy a decir una cosa, hay tres tipos de preguntas en el mundo: el primer tipo de pregunta es aquel sobre el que ya se conoce la respuesta, el segundo tipo es más difícil y son aquellas preguntas sobre las que no se conoce la respuesta y, el tercer tipo, el más importante, son aquellas preguntas que ni siquiera se sospechaba que existieran. Las adicciones son un fenómeno muy cambiante y, por tanto, es necesario hacerse todo tipo de preguntas y tratar de obtener las respuestas fundamentalmente de los pacientes, ya que se aprende más de ellos que de los colegas de profesión.

Muchas gracias.

CONFERENCIA

PRESENTACIÓN

Prof. Dr. D. Bruno Ribeiro Do Couto

Profesor de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

AVANCES EN EDUCACIÓN MÉDICA SOBRE LA ADICCIÓN.

D. Joseph Skrajewski

Coordinador de Programas e Iniciativas de Educación Médica
Betty Ford Center. USA.

CONFERENCIA

PRESENTACIÓN

Prof. Dr. D. Bruno Ribeiro Do Couto

Profesor de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Es un placer presentar a D. Joseph Skrajewski. Una vez en la Universidad de California, en Los Ángeles, el Dr. Rawson me comentó: “Bruno, si quieres ver algo bien hecho en adicciones, tienes que irte al Center Betty Ford” y la verdad es que fue una experiencia increíble. Joseph Skrajewski es uno de los directivos del Center Betty Ford, considerado por muchas personas que trabajan en adicciones como uno de los centros de referencia a nivel mundial para el tratamiento de este tipo de trastornos.

Dirige el programa de formación médica, tienen un programa de formación para ciencias de la salud, donde aceptan psicólogos, médicos, trabajadores sociales, que son mezclados con los propios pacientes, sus familiares, para que tengan como terapeutas una experiencia muy similar a la que tienen las personas que reciben tratamiento.

Joseph Skrajewski inicio su carrera en el mundo laboral, en Wall Street, aunque después decidió cambiar el rumbo de su vida y especializarse en el área de la psicología de la salud, siendo también terapeuta familiar y matrimonial.

Después de conocer a Joseph, debo decir que es una persona muy cercana.

Muchas Gracias.

AVANCES EN EDUCACIÓN MÉDICA SOBRE LA ADICCIÓN.

D. Joseph Skrajewski

Coordinador de Programas e Iniciativas de Educación Médica
Betty Ford Center. USA.

Buenos días, quería darles una perspectiva general con respecto a cuál es mi visión del Betty Ford Center.

Teníamos un caso de un paciente que se llamaba David, que bebía desde hacía muchos años y era un hombre de negocios, de mucho éxito, que necesitaba ayuda y él, como otros adictos, quería hacer una investigación sobre a qué centro iba a ir. Entonces se puso delante del ordenador y empezó a mirar diferentes centros de tratamiento en la zona de Malibú, porque él es de Los Ángeles. Mientras hacía esta investigación, David llamo al primer centro y entonces, al otro lado de la línea le contestan en admisiones, le dicen cuánto cuesta y David dijo: “¿Y, entonces, qué te dan por esto?”, a lo que le contestan: “Señor, tiene una suite privada, tiene un chef privado de cuatro estrellas y tal y cual”. Y él dice: “Fantástico, esto suena genial, bueno pues me lo voy a pensar y se lo confirmo por la mañana”. Entonces, cuelga y llama a otro sitio, le contesta la recepcionista y David dice: “¿Y cuánto cuesta?”, y le dijeron otra vez lo que costaba, y él pregunta: “Y, entonces, ¿qué es lo que incluye esto?”. “Señor, tiene un chef privado de cuatro estrellas, sale de la villa y entra en el Océano Pacífico directamente”. Y dice: “Genial, esto suena también muy bien. Creo que voy hacer esta recuperación y voy a ir a desintoxicarme y que me dejen nuevo, pero bueno me lo voy a pensar esta noche, lo voy a consultar con mi almohada y les digo algo”. Entonces cuelga el teléfono y al mismo tiempo viene su madre andando y le dice: “David yo quiero que llames al Centro Betty Ford, he oído cosas muy buenas, han ayudado a los amigos, amigos de la familia” y David dice: “Vale mamá, vale, les voy a llamar, venga”. Entonces David, va esa noche como cualquier otra noche, David se toma muchas copas y llega a la mañana siguiente y se pone otra vez delante del ordenador y llama al Centro Betty Ford. Y entonces, en recepción le responden y él dice: “¿Cuánto cuesta?” y entonces le dicen lo que cuesta y pregunta: “¿Y qué incluye?” Hay un silencio al otro lado de la línea y, finalmente, después de 10 ó 15 segundos, la señora le dice: “sobriedad”.

El Centro Betty Ford es un hospital de tratamiento de dependencias en el Estado de California, donde hay 6.000 sitios denominados centros de tratamiento o de rehabilitación, aunque sólo hay 5, como es nuestro caso, que tienen licencia y acreditación por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Centros Sanitarios (JCAHO - Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations), que es la autoridad que concede la licencia de los hospitales. Tenemos médicos, psicólogos, asesores, tenemos 1.500 personas en plantilla y estamos presentes en 15 estados diferentes. Tenemos, por tanto, un entorno asistencial

bastante amplio y la gente viene y me dice: “Bueno Joseph, ¿cuál es el milagro del centro Betty Ford?”. “Pues, el conseguir estar limpio y sobrio”.

Yo fui asesor en el Centro Betty Ford y una mañana recibí una llamada de la unidad de desintoxicación y me dijeron: “Joseph, tenemos dos pacientes nuevos y queremos que vengas y los veas”. Entonces, me di un paseo hasta nuestra unidad y vi un señor de 80 años y otro de 83 años. Yo no sé ustedes, pero entonces pensé: “Y esta gente, ¿para qué se van a desintoxicar a los 80 años, para qué les hace falta desintoxicarse y no beber a los 80 años?”. Pero de todas maneras entré, les di la mano, me presenté y entonces nos reunimos y los siguientes 30 días hicieron el tratamiento.

En los tratamientos, la gente habla sobre las consecuencias de beber. Ellos dieron los primeros pasos de los 12 pasos y hablaron sobre periodos de su vida, incluido su historial de adicción. Uno de los dos señores está a punto de que le den el alta y el otro quería ampliar el tratamiento un poco. Entonces, yo estaba con el señor que iba a recibir el alta con la aprobación y dimos un paseo para recoger sus medicamentos antes de que le dieran el alta y le pregunté en ese momento: “¿Para qué merece la pena estar limpio y sobrio a los 80 años?” Y me dijo: “Joseph, esta es mi historia, he estado bebiendo 40, 50, 60 años de mi vida, voy a ser abuelo y quiero ir con el carrito porque tengo amigos que vienen con los carritos del niño, pero yo llevo bebiendo tantos años que ya no tengo amigos. Un día me levanté y pensé, voy a morir de alcoholismo y entonces me dije que esa no es la manera en la que yo me quiero ir”. Eso lo puedo entender y le aplaudí. A continuación, recogió las medicinas, luego fuimos delante de la unidad donde teníamos el coche y entonces se abrió la puerta del coche y salió un señor de 55-60 años con los brazos abiertos y abrazó a su padre con lágrimas en sus ojos. Recuerdo haber pensado en ese momento que ya sabía porque me había metido en medicina. Estaban abrazados y, en un momento determinado, sale un señor de unos 35 años con lágrimas en los ojos y le dice: “Papá, quería que conocieras a tu nieto por primera vez, nunca ha sido parte de tu vida porque has bebido demasiado tiempo para conocerlo”. Y ése es el milagro, es el milagro de la recuperación. La gente, la familia se vuelven a reunir tras la recuperación.

Tengo la suerte de haber podido dar charlas como ésta por todo el mundo y la primera pregunta que hago, sea donde sea, el sitio donde esté, lo he hecho en Asia, en China, en Norteamérica y en casi todos los sitios yo creo que el público me diga cuantos han estado afectados por adicciones, cuantos tienen un miembro de la familia, cuándo ha sido una recuperación personal, cuándo ha sido la de un amigo. Si miramos aquí en la sala, sea cual sea el sitio donde doy la charla, del 75 al 80% de las manos se levantan. Eso me recuerda que la adicción no discrimina, la adicción afecta a la gente en España, en Estados Unidos, en Asia, afecta a la gente, a la familia, a los niños, en todos los sitios.

Me gustaría poner la definición de la adicción. Es muy interesante, porque la razón por la que he puesto esta definición tan larga de adicción es porque la ha acordado National Institute on Drug Abuse (NIDA) y es tan larga que continúa en la segunda transparencia. Cubre cosas como la discapacidad o incapacidad de estar constantemente abstemio, pérdidas de control, reducción del reconocimiento, ansiedad por consumir algunas sustancias y tenemos toda esta cantidad de palabras, además de esta larguísima definición de alcoholismo, enfermedad crónica primaria con unos factores ambientales y psicosociales genéticos.

ADDICTION

- **A primary, chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry.**
- **Dysfunction in these circuits leads to characteristic biological, psychological, social and spiritual manifestations. This is reflected in an individual pathologically pursuing reward and/or relief by substance use and other behaviors.**

ADDICTION

- **Addiction is characterized by inability to consistently abstain, impairment in behavioral control, craving, diminished recognition of significant problems with one's behaviors and interpersonal relationships, and a dysfunctional emotional response. Like other chronic diseases, addiction involves cycles of relapse and remission. Without treatment or engagement in recovery activities, addiction is progressive and can result in disability or premature death.**

Pero, hay dos palabras que faltan y que son muy importantes, que son cantidad y frecuencia. La razón por la que digo esto, es porque cuando estás tratando pacientes, cuando evalúas pacientes, cuando ves pacientes en el tratamiento, no es una cuestión de estar bebiendo durante 10 años 10 cervezas al día, estar utilizando 2 gramos de cocaína todos los días durante los últimos 5 años, no es que yo me fumo 10 porros de marihuana. Muchas veces

lo minimizan, otros veces lo sobreestiman y, en definitiva, la única razón de que estas cosas sean importantes es el empezar a orquestar la desintoxicación. Cuando estás evaluando un paciente, especialmente si es alcohol, hay que ver las consecuencias sociales, cosas como no ser capaz de pasar un día de trabajo entero sin beber algo, perder el matrimonio, separación, conducir bajo la influencia de sustancias, perder la custodia de tus hijos, consecuencias vitales..., de eso estamos hablando.

Cuando vemos el diagnóstico del DMS-V, la gente puede tener tolerancia y puede ser un trastorno suave de consumo de sustancias, pero hay que ver el entorno social, los antecedentes y las consecuencias, como cuando se hacen en la consulta. Entonces, ¿qué es lo que cubre la enfermedad de la adicción, qué es la epidemiología? Vamos a ver las estadísticas, porque las estadísticas nos dicen mucho, porque si vemos el trastorno por consumo de sustancias, estamos hablando de un 35% de ingresos psiquiátricos, un 20% de ingresos hospitalarios, del 87 a 93% de víctimas de accidentes de trauma y un 80% de la población penitenciaria.

Pero, cuando entra alguien en el Centro Betty Ford, si quieren hablar con nuestro jefe de psiquiatría o nuestra enfermera jefe, le van a decir inmediatamente que muchos de ellos parece que tengan un trastorno depresivo importante. ¿Cuántos de nuestros pacientes parece que tengan un trastorno depresivo intenso? La mitad de nuestros pacientes parece que tengan un trastorno de depresión grave. Un mes después, si quitas la droga o las bebidas les rodeas de buen ejercicio, buenos alimentos, les haces desarrollar buenos amigos, entre ellos empiezan a conectar con otros ex-alcohólicos o con otros adictos, quitas la droga y 30 días después de entrar en tratamiento este 50% de nuestros pacientes que llegaron al tratamiento, parecían que tenían un trastorno depresivo grave, se baja al 15-20%, simplemente quitando la droga y proporcionándoles un estilo de vida sano. Es una reducción enorme, simplemente quitando la bebida y la droga y aplicando hábitos sanos a la vida.

Vemos que la dependencia de alcohol afecta más a los hombres que a las mujeres. El Centro Betty Ford es muy afortunado debido al nombre de Betty Ford y la mitad de nuestros pacientes son mujeres y la mitad hombres, algo poco habitual en la mayoría de los centros de tratamiento, donde el ratio es de tres hombres por cada mujer.

Un doctor en Colombia realizó un estudio enorme, financiado por la Fundación Princesa Anna de Gales y otros dos institutos, donde se recoge que el 16% de la población americana tiene un diagnóstico de trastorno de consumo de sustancias, es decir, uno de cada siete o seis. ¿Y por qué en los entonos de formación médica hay dos, tres, cuatro, cinco horas sólo de formación sobre el abuso de sustancias? Los profesionales sobre el terreno necesitan programas de 60 horas.

Si nos vamos al siguiente punto, un factor muy importante entre las principales causas de muerte del grupo de 25-44 años es el suicidio. ¿Le sorprende esto? El primero accidente, segundo suicidio, ¿tercero homicidio? El cuarto es el que me sorprendió muchísimo. La cirrosis es un factor muy importante y la cuarta causa de muertes. Y vemos muchos pacientes que entran en tratamiento con 27, 28, 29 años, con enfermedades del hígado. La gente cada vez se pone enferma más joven con respecto a las causas principales de muertes en grupos jóvenes de edad. Y hay muy poca financiación dedicada a las enfermedades de adicciones, mientras que el coste anual es de 300.000 millones de dólares.

Epidemiology

- Two times the death rate for men
- Three times the death rate for women
- Six times the suicide rate
- Major factor in the four leading causes of death in the 25 to 44 year age group- *i.e. accidents, suicide, homicide, cirrhosis*
- Annual cost – 300 billion dollars / year

La epidemiología también nos dice que hay otras enfermedades adictivas, hay siete veces más de posibilidades de tener un trastorno adictivo que otro tipo. Además, los trastornos de drogas pueden mezclarse con otros trastornos mentales en un 53% de los casos. Se han concedido diversas becas en las que estamos trabajando. Hay una beca de 1,2 millones de dólares para incorporar programas de educación en adicciones en muchas facultades de medicina del mundo, porque se necesita formación y ésta es una de las cosas más importantes, el saber sobre genética también. Lo que hacemos con mucha parte del dinero que recogemos, es dárselo a los expertos y lo gastamos en cumbres y conferencias y trabajamos constructivamente de forma conjunta, pasamos mucho tiempo debatiendo, colaborando, tratando de llegar a algún tipo de consenso o algún tipo de solución con respecto al por qué. Y eso es lo que estamos haciendo aquí hoy.

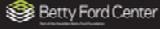
Hay diferentes estudios, estudios de adopción, de hijos de alcohólicos, estudios de gemelos, gemelos idénticos tienen un índice mayor de dependencia del alcohol, entonces ¿quién contrae la enfermedad y por qué?

Es interesante. Voy a contarles un poco de mi historia. Crecí en Trenton, New Jersey, una zona de nivel económico bajo y mi mujer en la costa oeste, en un sitio que se llama Agoura Hills, y entonces mi mujer y yo, estamos los dos aquí, y lo que es interesante es que si observo el componente genético, mis padres no son alcohólicos, pero mi abuelo era un alcohólico violento y horrible. Yo me acuerdo que mi abuelo bebía y, mientras mi abuelo seguía bebiendo, cada vez estaba más violento, desagradable y se metía con la gente del alrededor y eso yo lo veía como un niño de 4 ó 5 años, y me acuerdo muy claramente. Años más tarde, cuando empecé a beber, yo no era como mi abuelo, aunque fuera un alcohólico. Yo estaba aferrado a mi sistema de negación, a la imagen que yo tenía desde muy joven de lo que es un alcohólico. Entonces, tenía la genética que predispone a las adicciones, que decimos que afecta a entre el 50% y el 60% de la población, para que veamos lo importante

que es en cuanto a la adicción. Y, luego, tenemos también las comorbilidades, trastornos de comorbilidad que pueden aumentar la predisposición.

**WHO GETS THE DISEASE
AND WHY?**

- **A = P x E**
 - **Addiction = Predisposition x Exposure**
- **Predisposition**
 - **Genetics**
 - **Comorbid Disorders**
- **Exposure**
 - **Environment**
 - **Stressors**

 © 2009-2014 Betty Ford Center

Una cosa que enseñamos una y otra vez en el Centro Betty Ford y en otros muchos centros de tratamiento, es que una droga es una droga. Veo empezar grupos todas las semanas y veo cómo la gente se presenta, unos a otros y dicen: “yo estoy en un programa familiar y soy miembro de una familia de un adicto, me voy a presentar, me llamo Joseph estoy aquí porque mi mujer es alcohólica”. “Hola Joseph”. La siguiente persona se presenta: “Hola mi nombre es Sam, estoy aquí porque mi hijo es una adicto a la heroína”. “Hola Sam”. Tú ves la cara de Joseph que mira a Sam y piensa: “Uf, menos mal que mi mujer no es adicta a la heroína, solo es alcohólica”. Y, entonces, la gente empieza a compararse y todo el mundo piensa que el otro caso es mucho peor.

En definitiva, la gente puede buscar todas las diferencias del mundo, pero todos han acabado en un sitio donde buscan ayuda de una manera u otra. Estamos hablando que alguien que es alcohólico o adicto, puede ir a un grupo de apoyo, puede ir a una terapia de grupo a lo que funcione para cada persona, pero en definitiva, cuando es una enfermedad de adicción es fatal, no hay cura, aunque haya mucha gente que ha intentado hacer muy buenos trabajos con respecto a pruebas en ratones, ratas y humanos, pero ahora estamos hablando de algo que es incurable, pero que también es tratable. Estamos hablando de algo que es progresivo. Estamos hablando de la negación, estamos hablando de la pérdida de control y estamos hablando de la renuncia.

A lo largo de los 32 años de historia, hemos visto muchas cifras. ¿Saben cuál es la causa de ataques más normal? Las benzodiazepinas. Hay gente que piensa que es el alcohol, que hubiera estado bien, pero el trabajo más grande que hemos hecho es con benzodiazepinas. Entonces te preguntas en lo que respecta a los médicos, ¿por qué han tenido tanta dificultad en diagnosticar este trastorno? Esta es la razón: nueve de cada diez médicos en Estados

Unidos no vieron el diagnóstico de adicción en sus pacientes. La razón que hay detrás de ello es que cuatro de cada cinco de estos médicos no creían que la adicción fuera una enfermedad tratable.

El alcoholismo es obvio para los profesionales, pero para la mayoría de los pacientes, es difícil darse cuenta de que son adictos al alcohol. Entonces te preguntas: “Bueno, ¿qué tipos de preguntas les hacemos a quienes están en tratamiento?” ¿Hay que preguntarles cuánto consumen, desde cuándo consumen, la sintomatología? Muchos pacientes le van a decir si tienen fiebre, otros minimizarán o maximizarán su consumo, pero aquí está la pregunta que hacemos. Hacemos esta primera pregunta: “Hábleme sobre las cosas que le ayuda a conseguir el alcohol” La respuesta típica que obtenemos es ésta: “Nada”. Entonces decimos: “Bueno, dígame las cosas que le impide hacer el alcohol”. Él tiene una lista enorme: “Ya no puedo ir a los recitales de danza de mi hija, ya no puedo practicar deportes, ya no puedo ir a mi trabajo, ya no puedo ser efectivo en la vida”. La siguiente pregunta: “Dígame por qué ha venido aquí de verdad”. Y hay respuestas como intervención familiar, el sistema judicial me envió aquí, pero, de verdad ¿por qué ha venido aquí? Es interesante, yo creo que razones como las intervenciones familiares y el sistema judicial tienen mucho que ver para que la gente entre en el tratamiento, pero, a veces, no sabemos cuáles son las razones por las que la gente decide seguir el tratamiento.

Addiction Focused Interview

- Tell me about the things alcohol helps you to accomplish.
- Tell me about the things alcohol prevents you from doing.
- Tell me why you really came here.
- Tell me about your first experience with alcohol.
- Tell me about your last experience with alcohol.
- Have you tried to stop on your own and how did that work out for you?

Y si hemos visto 100.000 pacientes a lo largo de estos 32 años, podemos decir que, en los últimos cinco años el 90% de ellos tuvieron alta con la aprobación de 30 días. El 10% se cogen el alta sin que sea aprobado por el médico.

Entonces, también le dices: “Háblame sobre la primera experiencia con el alcohol” y dice: “Yo me sentía parte de eso, era divertido, me sentí integrado, me sentía bien”. Y después seguimos diciendo: “Cuéntame cuál fue tu última experiencia con el alcohol”. “Bueno, doctor, he perdido a mi hijo, he perdido la custodia, estoy divorciado, la vida ya no tiene sentido para mí”. Hay una enorme diferencia entre la primera experiencia y la última cuando se ha perdido casi todo, que es, generalmente, lo que les hace venir.

Respecto a los alumnos, cuando se les hacen las recomendaciones, les decimos que gestionen a estos pacientes de una manera similar a lo que se suele hacer en cirugía. Piensen en su proceso, están aquí como médicos, la primera recomendación tendría que ser una opción sin coste, quizás los 12 pasos. Pero, en definitiva, estamos hablando de algo que no cuesta dinero a la agencia de salud. Si se recomienda un programa de atención ambulatoria, por ejemplo, sesiones de grupo con otras cinco personas, tres o cuatro tardes por semana, tres o cuatro horas, es más eficaz en costes que ingresarles. En caso de que el programa de atención ambulatoria no funcione, entonces le recomendamos que ingrese.

La cuestión es lo que hacen cuando salen del entorno terapéutico. Porque yo no sé qué es lo que ocurre con los médicos aquí, pero si yo le doy a alguien un plan de cuidado a largo plazo y sale del centro y lo tira directamente a la basura, entonces es que no he hecho mi trabajo bien. Hay que darle las recomendaciones al menos siete días antes de que reciba el alta para que pueda ya fijar ya la primera reunión, el asesoramiento familiar, la terapia del grupo, las intervenciones, los recursos, de manera que cuando vuelva a casa y al trabajo, tenga algo con lo que vivir.

Yo tenía a un profesor, Jim Golden, que me solía decir, cuando estaba trabajando con pacientes, que lo primero que hacía era preguntarles sobre su situación. Y decía: *“Yo no creo nada de lo que oigo y sólo la mitad de lo que veo. Hay gente que empieza a sudar, tiene las pupilas dilatadas y dice cosas como, yo ahora mismo estoy bien, no necesito una desintoxicación. Y entonces el médico le dice, bueno voy a mantenerle en un sitio seguro”*.

Cuando el paciente entra y ya no tiene pupilas dilatadas, no tiembla, no tiene síntomas, sino que tiene buen aspecto y dice que lleva un tiempo sin drogas o sin beber y viene y te pide desintoxicación, te pide algo para que le ayudes a sentirse cómodo. Entonces nosotros, como médicos, es cuando empezamos a hacer más preguntas, porque tenemos que hacer lo que es mejor en cada momento para nuestros pacientes. La terapia de adicción no es nada glamurosa; es un trabajo muy enriquecedor para las personas, pero también es un gran desafío, porque muchos de nosotros trabajamos con personas con las que nadie quiere trabajar. ¿Cómo podemos ayudarles a romper el estigma, el concepto equivocado de que el alcohol les ayuda a socializar con la gente y convencerles de que los alcohólicos son personas como ustedes y yo? Gente de negocios, de éxito que están esperando todo el día esa primera copa.

La razón por la que los 12 pasos son eficaces y el Centro Betty Ford es eficaz, es porque se trata de una institución sin ánimo de lucro que utiliza un modelo de abstinencia y ésta es la única manera de hacer tratamiento. A mí me gustan los tratamientos híbridos que se han mencionado hoy por parte de mis estimados colegas, los movimientos hacia la búsqueda de lo individual. Pero, irónicamente, hay diferencias en cómo funcionan los programas de 12 pasos, porque muchos grupos no tienen moderador ni planteamiento terapéutico, la asistencia al grupo varía, puedes tener 2 personas ó 200, no se necesita participación, no se exige la asistencia y no hay pruebas de drogas. Y, en definitiva, funciona. El único requisito es el deseo de dejar de beber.

Entonces, lo que haces es luchar por llevarlos de nuevo a un entorno social y éste es un proceso muy bonito. Siempre tratamos de que muchos de los alumnos de medicina participen en estas reuniones. Nos aseguramos de que hayan ido a una reunión de Alcohólicos Anónimos (AA), porque la primera recomendación es que hace falta saber cómo es. Si van a una reunión de AA y les resulta dura, les recomendamos que vayan a una segunda reunión.

Nuestro programa de educación médica consta de 60 horas donde los participantes lo completan como si ellos mismos fueran adictos. De hecho, están inmersos en el programa, sentados junto con otros alcohólicos y drogadictos y nos encanta tenerlos allí, porque durante esas semanas ellos son los profesores y van aprendiendo mientras actúan.

El año pasado, tuvimos 235 personas que pasaron por nuestro programa de educación médica y aprendieron sobre adicciones en un centro de tratamiento. El lunes por la mañana, cuando llegan al centro de tratamiento, les hacemos treinta preguntas antes del programa. El viernes, al final del programa, les pedimos que respondan a las mismas preguntas de manera anónima y, entonces, les hacemos preguntas adicionales, por qué nos interesa su actitud. Les hacemos preguntas como *“me siento cómodo hablando sobre las conductas de adicciones”*, *“conozco cuáles son los recursos comunitarios disponibles para estos programas de adicciones”*, etc. Hay unos cambios enormes en la actitud, las cosas avanzan en la dirección adecuada con respecto a la educación sobre adicciones.

Muchas gracias.

MESA REDONDA: EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS ADICCIONES DESDE EL SISTEMA PÚBLICO SANITARIO.

MODERA:

Prof. Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria-UISYS. Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia “López Piñero”.
Universitat de València-CSIC.

EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS.

Dr. D. Benjamín Climent Díaz

Jefe de Servicio de la Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria.
Hospital General Universitario de Valencia.

INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL.

Dr. D. Jesús Fernández Ochoa

Médico. Equipo de Salud Mental Alcalá de Guadaira. Sevilla.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROGRAMAS SUSTITUTIVOS DE SUSTANCIAS: METADONAY BUPRENORFINA.

Dra. Dña. Carmen Puerta García

Jefa de Sección. Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) San Blas. Madrid.

MESA REDONDA: EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS ADICCIONES DESDE EL SISTEMA PÚBLICO SANITARIO.

MODERA:

Prof. Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria-UISYS. Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia “López Piñero”.
Universitat de València-CSIC.

Buenas tardes, soy Rafael Aleixandre Benavent, investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y tengo el gusto de presentarles la mesa que lleva por título “El abordaje terapéutico de las adicciones desde el sistema público sanitario”.

Tenemos la suerte de contar con la participación de tres profesionales con amplia experiencia en este asunto, que son, el Dr. Benjamín Climent Díaz, coordinador de la Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria del Hospital General Universitario de Valencia, el Dr. D. Jesús Fernández Ochoa, médico del Equipo de Salud Mental Alcalá de Guadaira de Sevilla y también con la Dra. Dña. Carmen Puerta García, Jefa de la Sección del Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) San Blas de Madrid y presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías.

Así que, sin más dilación pues nos va a presentar el Dr. Benjamín Climent Díaz la ponencia “El tratamiento de las drogodependencias desde las urgencias hospitalarias.”

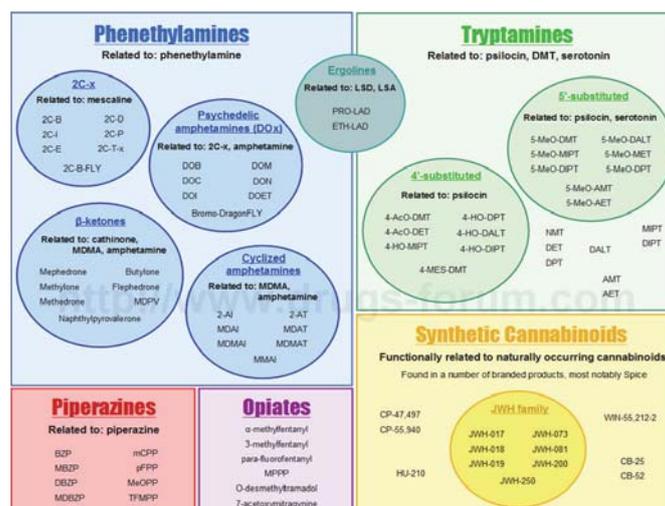
Muchas gracias.

EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS.

Dr. D. Benjamín Climent Díaz

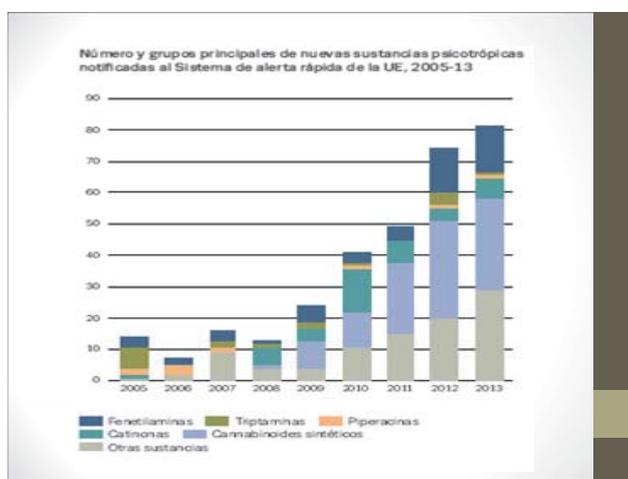
Jefe de Servicio de la Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria.
Hospital General Universitario de Valencia.

Voy a darles una visión más orgánica, del punto de vista de las urgencias hospitalarias. Debemos saber que el mundo de las drogodependencias está en continua evolución y junto a la presencia de las drogas clásicas, como la heroína y legales, como el alcohol, han surgido otras sustancias, sin olvidar el fenómeno del policonsumo. No olvidemos que los patrones de consumo son numerosos porque hay cientos de sustancias psicoactivas por las que vamos a ver a los pacientes en urgencias, así como múltiples formatos y vías de administración de estas sustancias. Por supuesto, la pureza es desconocida en la mayoría de todas ellas. Muchas sustancias están apareciendo en el mercado para sustituir sustancias ilegalizadas, por desabastecimiento de las materias primas para fabricar las sustancias o para crear nuevas expectativas. Nuestro conocimiento científico es muy limitado de todo esto. No hay estudios que puedan darnos información sobre la toxicidad de las diferentes sustancias y la clasificación también es muy complicada, es muy variopinta la cantidad de productos que se están consumiendo como sustancias de abuso. Este pequeño resumen sólo reflejan las sustancias de síntesis en el ámbito de la Unión Europea que se han detectado en los últimos años. Fijense que son los principales grupos de sustancias donde cada año aparecen nuevos componentes, por eso es muy complicado.



Se trata de un fenómeno dinámico, con continuos cambios en el mercado y, por supuesto, la administración tiene auténticas dificultades para la regulación. Además, está empezando a converger el mercado de las drogas ilegales clásicas con el mercado de sustancias psicoactivas modernas y cada vez hay más datos que evidencian que estas sustancias van a causar problemas graves para la salud.

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, el policonsumo de sustancias junto con alcohol es omnipresente en estos momentos, tanto en España como en la Unión y ésta es la pauta dominante en estos momentos. La evolución del mercado es preocupante por la aparición de este nuevo tipo de sustancias. Según el Informe Europeo de 2013 se aprecia la evolución de la aparición de nuevas sustancias en el mercado europeo, como las biperasidas, triptaminas, feniletilaminas, todos ellos derivados anfetamínicos, las catinonas, los cannabinoides sintéticos, etc.



Cuando yo era MIR, no había guardia en que no tuviéramos una sobredosis de heroína, muchas de ellas mortales. Ahora es mucho más difícil. Ha habido una disminución en las urgencias hospitalarias por heroína y, así como en otros países están teniendo verdaderos problemas como Estados Unidos por opiáceos sintéticos; en España los opiáceos sintéticos aún no están dando problemas. Respecto a la evolución de otras sustancias, el alcohol, por supuesto, se sigue manteniendo en unos niveles muy altos, al igual que el cannabis y la cocaína.

No existen datos estadísticos definitivos sobre el impacto que tienen en los sistemas de salud las drogas de abuso, tanto las clásicas como las nuevas que van apareciendo y el alcohol. Son costes enormes para la sociedad, a nivel sanitario y social. Las complicaciones son cada vez más variopintas. Tenemos que estar al tanto desde urgencias como desde las diferentes especialidades médicas sobre las diferentes complicaciones que aparecen con el uso de sustancias nuevas. Y no olvidemos un tema candente, que es el de la patología dual. Con el enfermo con patología dual las perspectivas son más difíciles en estos momentos en la asistencia sanitaria en urgencias.

Los servicios de urgencias constituyen muchas veces la puerta de entrada al Sistema Sanitario, algo que está poco reconocido por la Administración Pública, porque en muchas ocasiones no están acudiendo a las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) en la Comunitat Valenciana o en otros centros de drogodependencias. Y como estamos

hablando de sustancias recreativas psicoestimulantes, que no generan dependencia, a estos pacientes los vamos a ver casi siempre en urgencias cuando hay alguna incidencia, alguna intoxicación, algún efecto secundario de las sustancias. Por eso es muy importante que cualquier paciente con un problema relacionado con el alcohol u otra droga de abuso, deberíamos de ser capaces de remitirlo a la red asistencial en drogodependencias, para poder continuar con ese proceso. Es importante que se puedan hacer intervenciones breves en estos pacientes, en el caso de gente muy joven como, por ejemplo, con comas etílicos en urgencias en menores de edad; muchas veces es un buen momento de realizar una intervención breve.

Respecto al tema de la patología dual, aunque sea internista, trabajo mano a mano con los psiquiatras del Hospital General para el manejo de este tipo de pacientes. Por otro lado, es muy importante la valoración social; si no hacemos una valoración social en el paciente, en muchos casos que llegan a urgencias por un cuadro relacionado con el alcohol principalmente o por drogas, vamos a fracasar porque probablemente no vamos a poder manejarlo. Vamos a solucionar un problema puntual, pero la enfermedad no la vamos a poder arreglar, no vamos a poder ayudarlo. Es un trabajo multidisciplinar desde urgencias, a pesar de que en los servicios de urgencias no hay trabajadores sociales. Es muy importante que el tratamiento de un paciente que llega a urgencias empiece en urgencias. No hablamos de desintoxicar en urgencias a nadie, sino que allí empiece la intervención de la adicción y eso no es tan difícil. Un tema que yo veía antiguamente, el edema agudo de pulmón cardiogénico después de una sobredosis de heroína, ya es un tema que no se ve actualmente. Pero en otros países están teniendo verdaderos problemas con otros opioides sintéticos. Aunque en España no los tengamos aún con fines recreativos y, los que vemos que sí que nos llegan a urgencias son por cuestiones iatrogénicas en pacientes a quienes les han pautado este tipo de opioides, muchos de ellos se han hecho adictos y nos están creando muchas problemas. En otros países sí que se están viendo problemas de abuso, dependencia e incluso la mortalidad muy alta por opioides diferentes a la heroína o a la metadona.

Toxicidad específica

- **"KROKODIL" o "CROCODILE": DESOMORFINA.**
- Rusia y Este de Europa.
- Obtenido a partir de la codeína.
- Alta potencia y corta vida media.
- Contiene solventes orgánicos como gasolina. Además contiene yodo, fósforo rojo y ácido clorhídrico.
- Inyección subcutánea produce destrucción tejidos con úlceras, necrosis e infecciones.
- El nombre callejero de la droga deriva del aspecto de las lesiones cutáneas, probablemente secundarias a los componentes del preparado y no a la desomorfina.

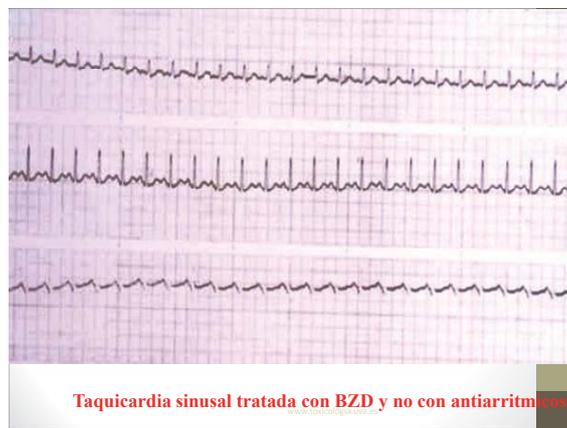


Los opioides siguen siendo la principal causa de muerte secundaria a drogas en Europa, pero ya van apareciendo otro tipo de sustancias acompañantes y, casi siempre, el fenómeno policonsumo. No debemos olvidar el tema del policonsumo. Las manifestaciones de las intoxicaciones agudas siguen siendo las mismas con los opioides sintéticos, aunque hay

algunas características específicas que los médicos debemos de saber cuándo estamos tratando pacientes con posible intoxicación de opioides sintéticos, por ejemplo en el caso de la desomorfinas que, aunque en España no se haya visto este tipo de fenómeno, en otros países sí que se usa, por ejemplo, en países del Este de Europa.

En Barcelona, por ejemplo, también se están usando nuevas sustancias por vía parenteral, algo que es un patrón poco usual. Esto ocurre, por ejemplo, con el uso de la ketamina, que es un fármaco anestésico que hasta ahora se está utilizando por vía oral en pequeñas dosis por su efecto euforizante asociado al alcohol para los episodios de fiesta, aunque ahora se está viendo su administración por vía intravenosa. Las catinonas, químicamente relacionadas con las anfetaminas, tienen la toxicidad parecida a la anfetamina y, hasta ahora, no se estaban utilizando por vía intravenosa, aunque ahora están apareciendo descripciones de uso parenteral con unos efectos bastante tóxicos. Se trata de un fenómeno muy cambiante y es muy difícil poderlo seguir.

Hubo unos años en que la cocaína era la sustancia principal por la que veíamos a gente en urgencias, con patología tanto psiquiátrica como orgánica. Es un potente estimulante para el sistema nervioso central con unos efectos simpático-miméticos, especialmente con patología cardiovascular. En la actualidad se sigue viendo patología por consumo de cocaína porque en España seguimos siendo uno de los primeros países en la Unión Europea en cuanto a prevalencia de uso. También es usual encontrar cuadros de taquicardias sinusales, que son tratadas con una benzodiacepina (diazepam) y no con ningún tipo de antiarrítmico. Hay que tener precaución al encontrar administraciones intravenosas de fármacos muy simpático-miméticos, como las catinonas.



También se han visto problemas relacionados con la adulteración de la cocaína como, por ejemplo, con levamisol, que es un fármaco inmunosupresor. Los problemas que hemos visto con la levamisol han sido dos: uno, una vasculitis, lesiones de vasculitis secundarias al uso de la cocaína con la levamisol, aunque la propia cocaína también pueda provocar vasculitis; dos, es un inmunosupresor: pacientes con una neumonía y un hemograma donde hay una leucopenia grave, con una baja de defensas graves, esto se debe a levamisol.

El alcohol está omnipresente en la mayor parte de las intoxicaciones y efectos tóxicos que vemos por drogas. Ya se ha comentado que el alcohol es una sustancia que genera una gran patología, tanto psicológica como orgánica. Además, vivimos en una sociedad en

la que hay una baja percepción del riesgo sobre esta sustancia, que provoca unos enormes costes sociosanitarios. También es importante reseñar el bingedrinking, que sí que se ha relacionado con un mayor daño orgánico provocado por el alcohol. En urgencias he llegado a ver a un adulto joven con parada cardíaca en las puertas de urgencias, tras haberlo traído después de un episodio de bingedrinking, con análisis toxicológicos negativos en todo tipo de sustancias.

LEVAMISOL Y COCAINA

Fármaco antihelmíntico con propiedades inmunomoduladoras.

Usado como inmunosupresor se retiró por su toxicidad: leucopenia y agranulocitosis, vasculitis cutánea.

Utilizado como adulterante cocaína desde 2003. EEUU en 2009, 70% de la cocaína lo contenía.

* Case Rep Emerg Med. 2013; 2013: 878903. p-ANCA-Associated Vasculitis Caused by Levamisole-Adulterated Cocaine: A Case Report. [Michelle R. Carter](#), and [Sorour Amirhaer](#)

Tenemos otro fenómeno en estos momentos en España que es el de las bebidas energizantes. Las están utilizando los mismos chicos que están haciendo el bingedrinking para hacer el combinado. Antes, usaban un refresco para hacer el combinado con alcohol, pero ahora están utilizando bebidas energizantes, con altas dosis de cafeína. Esto lo hacen normalmente para poder aumentar los efectos euforizantes y disminuir los efectos depresores de dosis altas de alcohol y, en muchas ocasiones, de otras drogas. La gente consume bebidas energizantes y toman muchas sustancias simpático-miméticas, manera que la toxicidad puede ser sumatoria y provocar un problema mucho más grave.

BEBIDAS ENERGIZANTES

- **Bebidas diseñadas para dar al consumidor un “impulso” de energía proporcionada por la combinación entre otros de:**
 - cafeína.
 - extractos herbales como guaraná y ginseng.
 - vitaminas grupo B y C.
 - aminoácidos como la taurina, derivados de aminoácidos como la carnitina.
 - azúcares como la glucuronolactona.
 - otros componentes.



Uno de los problemas que también son frecuentes en urgencias son los síndromes de privación, especialmente de alcohol y benzodiazepinas y estamos empezando a ver problemas con cannabinoides sintéticos. Los problemas de cánnabis que vemos habitualmente en urgencias se producen cuando la gente consume el cánnabis por vía oral, con lo cual se dan intoxicaciones muy frecuentemente. Sin embargo estamos empezando a ver episodios relacionados con el spice, que son yerbas a las que se les han añadido cannabinoides sintéticos y están provocando cuadros de intoxicación parecidos a los de la intoxicación por el cánnabis normal, pero aunque en ocasiones acompañados de cuadros psicóticos. Los que hemos visto en el hospital, han sido poquitos, por suerte se han resuelto con un neuroléptico y con un periodo de observación en urgencias.

Con respecto a nuevas sustancias y las intoxicaciones por drogas emergentes, es un tema complicado porque nos pueden dar todo tipo de problemas, es imposible conocer el contenido de las pastillas que la gente se está tomando; los vemos en urgencias y, por supuesto, también muchas veces los tenemos que ingresar.

La mayor parte de las sustancias nuevas no se detecta en ninguna analítica, entonces hay que identificarlas, pensarlas y buscar el “toxíndrome”, es decir, el conjunto de síntomas y signos que nos orientan a un producto tóxico. ¿Es necesario saber qué han tomado para tratarles en urgencias? Normalmente con estos “toxíndromes” se pueden identificar posibilidades de intoxicación, no van a existir antidotos y los tratamientos normalmente son sintomáticos, siguiendo las reglas básicas que se tienen que aplicar en la asistencia a un paciente en urgencias.

Para finalizar hay que recalcar que en el alcohol hay cada vez más problemas y menos medios y, como haya un problema social, entonces estamos perdidos. Estos pacientes siguen acudiendo a urgencias, los traen habitualmente por intoxicación, comas, traumatismos, patologías agudas y crónicas... son situaciones muy difíciles. A veces, cuando nos los dejan, están en urgencias esperando pruebas y no hacen privaciones de alcohol. Entonces es muy complicado si estos pacientes requieren una valoración. Hay que trabajar mano a mano con los servicios sociales para intentar ingresarlos y buscarles una salida. De lo contrario, solucionar un problema en unas horas en urgencias y volverlos a mandar a la calle, significa automáticamente recaída.

Muchas gracias.

Referencias:

Arias V, Sanz N, Trenchs V, Curcoy A, Matalí J, Luaces C. Implicación de las sustancias psicoactivas en las consultas de adolescentes en urgencias. *Medicina Clínica* 2010;134(13):583-6.

Bronstein AC, Spyker DA, Cantilena LR Jr, Green JL, Rumack BH, Giffin SL. 2008 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 26th Annual Report. *Clin Toxicol (Phila)*. 2009 Dec;47(10):911-1084.

González-Zobl G, Carrillo-Santistevé P, Rodríguez-Martos A, Brugal MT. Urgencias en consumidores de cánnabis en Barcelona. *Medicina Clínica* 2011;136(7):309-15.

INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL.

Dr. D. Jesús Fernández Ochoa

Médico. Equipo de Salud Mental Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

Mi intervención va a tratar de un tema que no ha empezado hoy, sino que empezó hace unos 30 y tantos años, cuando el consumo de sustancias, fundamentalmente de heroína, era un problema real en este país. Había muchísimas personas que consumían heroína. La mayoría que estáis aquí no recordáis aquel tiempo. Los consumidores de heroína estaban totalmente apartados del sistema sanitario, porque no acudían. La heroína que se consumía en este país era intravenosa, con la cantidad de enfermedades de originaba esa vía de consumo. La vía inhalada también las origina, pero la vía intravenosa generaba una gran cantidad de infecciones y enfermedades de todo tipo. Y entonces, se creó el Plan Nacional sobre Drogas, como una estrategia para tratar esta enfermedad, esta plaga, esta pandemia que teníamos en el país, porque la gente joven se estaba muriendo. Las madres asustadas con las jeringas en los parques, se les hacía un círculo cuando se montaban en el autobús, es decir, muchos pacientes estaban en exclusión social. Entonces, a estos pacientes había que atenderlos en el sistema sanitario público. Pero cuál fue la sorpresa que nos llevamos cuando el sistema sanitario público dijo que ellos no atendían a estos pacientes porque son muy complicados, muy malos cumplidores, tienen una patología con morbilidad, como se ha podido ver, muy grande, creaban conflictos en las salas de espera de los centros de salud. Entonces se creó una red paralela que se encargó de la atención a estos pacientes, Diputaciones, Ayuntamientos, ONG, Cruz Roja, etc., cualquier organización que trabajaba en este campo era financiada, subvencionada y se ponía a tratar a estos pacientes.

El tiempo pasó y nos encontramos en el presente año con dos redes de atención a las adicciones en este país, una la Red de Drogas con todos sus servicios, comunidades terapéuticas, centros de atención, pisos de apoyo al tratamiento, pisos de reinserción, etc. Y tenemos otra red de atención a otros pacientes, que es la Red de Salud Mental, que tiene comunidades terapéuticas, consultas, pisos de apoyo al tratamiento, pisos de reinserción, comunidades, etc. Las dos redes tienen de todo, en todas las provincias.

Voy a hablar sobre cómo se aborda la patología dual desde la administración. Cuando aparecen dos enfermedades de un mismo paciente, recibe el nombre de comorbilidad y, en el caso de que se trate de una enfermedad mental y un trastorno por uso de sustancias, se llama patología dual. Cuando la visión del enfermo tiene que ser una visión integral, no podemos parcelarlo y en casi todos los países es igual, hay una red de atención a las drogas y una red de atención a la salud mental.

Como decíamos, éstos son pacientes difíciles, lo que requiere un esfuerzo por parte de todos, porque son enfermos que están en mucho riesgo, pues esta patología conlleva mayor

mortalidad, mayor número de hospitalizaciones, mayor consumo de servicios sanitarios, mayor rechazo por parte de todo el mundo.

Para atender a pacientes con patología dual debemos tener unos criterios que son comunes para las dos redes ya que, en caso contrario, la mayoría de los pacientes se nos quedan fuera, o por la patología mental o por la patología adictiva. Entonces, el abordaje de la patología dual debe tener unas premisas, unos criterios generales de abordaje, es decir la comorbilidad debe ser esperada y no una excepción. El enfermo que consume, que trae un trastorno por uso de sustancia frecuentemente presentará consumo de drogas y patología mental. Hay patología mental más o menos leve: trastorno de ansiedad, cuadro depresivo, etc., pero lo normal es que en el 100% de los casos se presenten las dos patologías, patología mental y patología por uso de sustancias.

Los programas deben de estar preparados para hacer un abordaje precoz y adecuado del paciente, en que ambos trastornos sean considerados primarios. No podemos decir que el consumo de drogas es primario y la patología mental secundario. No es primero el huevo y después la gallina, aquí vinieron los dos a la vez, tenemos el huevo y la gallina. Cada patología requiere un diagnóstico, un abordaje y un tratamiento específico. No se debe tratar de manera secuencial, es decir, primero vamos a tratar una y después la otra. Y el abordaje de este paciente debe de ser tan temprano como sea posible, sin periodo de abstinencia ni exigir estabilización psiquiátrica. Los criterios de admisión no deben de estar pensados para excluir a estos pacientes, para impedir, como está pasando ahora mismo, que estos pacientes sean atendidos.

Criterios generales, para el abordaje de la patología dual

- La comorbilidad debe ser esperada y no una excepción
- Los programas deben de estar preparados, para detectarla y abordarla precoz y adecuadamente
- Ambos trastornos deben ser considerados primarios cuando coexisten
- Cada uno de ellos requiere valoración, diagnóstico y tratamiento específico
- La valoración para ambos trastornos debe comenzar tan pronto como sea posible, sin periodos de espera o abstinencia y sin exigir la estabilización psiquiátrica

Se debe designar un responsable; se hace un protocolo individualizado de tratamiento y se nombra una persona que es la responsable de que se lleve a cabo todo ese tratamiento.

Se ha descrito una tipología de pacientes con patología dual. Se han dividido en cuatro grupos: A, B, C y D. El grupo A está compuesto por pacientes que tienen un trastorno adictivo grave con leve psicopatología (trastorno de ansiedad, ataques de pánico, depresión o trastorno de estrés postraumático, alguna tentativa de suicidio y trastorno de personalidad.

El grupo B, que presenta un trastorno mental grave junto al trastorno adictivo no complicado. Entre los trastornos mentales graves estaría la esquizofrenia, o trastornos bipolares con sintomatología psicótica.

El grupo C, trastorno mental grave junto a trastorno adictivo de difícil manejo clínico. Podemos decir que ésta es la población de la que estoy hablando, la población que tiene un trastorno por uso de sustancia grave y un trastorno mental grave. Ésta es la población que realmente está en riesgo de exclusión, los que realmente no llegan a los servicios de salud mental, son los que realmente nos deben de preocupar.

Y el último grupo, conformado por aquellos que tienen un trastorno adictivo leve, por ejemplo, el adolescente que consume hachís de una forma muy leve, junto a un trastorno mental leve, como puede ser la ansiedad.

<p>Tipología de trastornos y criterios de atención (modelo dimensional de Richard Ries)</p> <p>A) Adicción grave con leve psicopatología</p> <ul style="list-style-type: none">-trastorno por ansiedad-ataque de pánico-depresión o hipomanía-trastorno de estrés posttraumático-tentativa de suicidio-trastorno de personalidad	<p>Tipología de trastornos y criterios de atención (modelo dimensional de Richard Ries)</p> <p>B) Trastorno mental grave (TMG) junto a trastorno adictivo no complicado</p> <ul style="list-style-type: none">-esquizofrenia-TAB con psicosis
<p>Tipología de trastornos y criterios de atención (modelo dimensional de Richard Ries)</p> <p>● C) TMG junto a trastorno adictivo de difícil manejo clínico (podemos considerarlos la población diana)</p>	<p>Tipología de trastornos y criterios de atención (modelo dimensional de Richard Ries)</p> <p>● D) Trastorno adictivo no complicado junto a trastorno mental leve</p> <ul style="list-style-type: none">-esfera ansioso-depresiva-conflictos familiares

Estos son los cuatro tipos de pacientes con patología dual y los modelos terapéuticos que se han puesto sobre la mesa para poder abordar esta patología son tres. Primero, el tratamiento secuencial, el que históricamente se ha utilizado en el tratamiento de la patología dual. En este tratamiento los pacientes asisten a una de las unidades y, al finalizar el tratamiento, acuden posteriormente a la otra.

En el siguiente modelo, el paralelo, se trata el trastorno por adicción y, al mismo tiempo, se trata el trastorno mental, pero en redes distintas, no en la misma red, lo que exige un alto nivel de coordinación entre las dos redes. Es un tratamiento mucho más costoso, de manera que se escapan muchos pacientes al circular entre un centro y otro.

Y el tercer modelo de tratamiento, el tratamiento integrado, donde un mismo equipo trata la patología por uso de sustancia y el trastorno mental.

Modelo secuencial

- Es el utilizado con mas frecuencia
 - Primero en una red y después en otra
- Por:
- preferencia del clínico
 - magnitud de los trastornos
 - primacía en el tiempo y/o causalidad

Modelo paralelo

- Tratamiento simultaneo
- Suele ser doble
- Insuficiente
- Sin coordinación entre las redes
- Requiere un gran esfuerzo organizativo y de los profesionales

integrado

- Un único tratamiento
- Estrategias terapéuticas dirigidas a ambas patologías
- Lo aplica un único equipo terapéutico
- La mayor parte de los profesionales se muestran partidarios

El modelo secuencial es utilizado con más frecuencia en la gran mayoría del territorio español. El modelo en paralelo es el que se quiere poner en práctica. Es un modelo simultáneo, la red de adicciones y la de salud mental, tratando al paciente a la vez con un nivel de coordinación muy complejo entre las dos redes, suele ser un doble tratamiento, la red de drogas pone su tratamiento y la red de salud mental pone el suyo y, muchas veces, se dan informaciones contradictorias y tratamientossolapados. Es un modelo insuficiente ya que, actualmente, no existe un nivel suficiente de coordinación entre las redes para que funcione y requiere un gran esfuerzo organizativo de la administración y de los profesionales. Pero a pesar de ello es el modelo que se está implantando.

Con el modelo integrado no hay mensajes contradictorios, no hay duplicidad de tratamiento, no hay pérdida del paciente por el camino. El modelo integrado es el preferido por la mayoría de los profesionales dado que sería el mejor modelo para tratar a estos pacientes.

Los casos, ¿cómo se asignan? Suponiendo que la puerta de entrada de la patología adictiva o la patología mental sea la Atención Primaria, los pacientes de tipo D, trastorno por sustancia leve y la patología mental también leve se quedarían allí mismo, en atención primaria. Si es tipo A, donde el trastorno más importante es el uso de sustancias, iría la red de drogas. Si es tipo B, donde el trastorno que predomina es el mental, iría a la red de salud mental y, si es de tipo C, iría a ambas redes, con unas grandes dificultades de coordinación entre la red de salud mental y la red de adicciones, con pérdida de pacientes entre ambas redes, con duplicidad de tratamiento, con mensajes que se solapan.

Muchas gracias.

Circuito terapéutico

- Tipología A/Red de drogodependencias
- Tipología B/Red de salud mental
- Tipología C/ambas redes

-protocolo de interconsulta
-contacto inmediato
-diseño de objetivos e intervenciones
-modelo en paralelo

- Tipología D/Atención primaria

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROGRAMAS SUSTITUTIVOS DE SUSTANCIAS: METADONA Y BUPRENORFINA.

Dra. Dña. Carmen Puerta García

Jefa de Sección. Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) San Blas. Madrid.

Ya llevo 24 años en mi actual centro. Tradicionalmente he cambiado de trabajo cada 5 años, hasta que llegué a drogas en el año 90 y allí sigo. En los años 90 solo teníamos unas poquitas armas terapéuticas, éramos equipos ya biopsicosociales, médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales (una figura que aquí no se ha hablado pero que son fundamentales en el tratamiento y en la rehabilitación del drogodependiente), psicólogos obviamente y trabajadores sociales. Pero teníamos pocas herramientas y además conocíamos muy poco.

Las herramientas que teníamos para tratar la epidemia de la heroína eran muy poquitas, venían los pacientes extremadamente graves y les ofrecíamos unas pastillas para aliviar unos síndromes de abstinencia absolutamente increíbles y, tras esto, nos quedábamos sin armas.

En Madrid, la ciudad donde yo trabajo desde hace 24 años, teníamos que realizar programas libres de drogas para conseguir la abstinencia, no solamente en la administración pública, sino las ONG, que no querían que se diera metadona porque decían que era suplir una cosa por otra. Los profesionales empezábamos a reclamar la puesta en marcha de estos programas de sustitutivos opiáceos de forma inmediata, pero algunos que estuvimos luchando desde el año 90 hasta el año 98 que se pusieron en Madrid, fuimos incluso amenazados con la expulsión de nuestros centros de trabajo al pedir una droga para el tratamiento. En este momento los programas de tratamiento con metadona no se cuestionan, todo lo contrario, hay mucha evidencia científica de lo exitosos que pueden, pero aún nos quedan muchas dudas y muchos aspectos que mejorar.

Al margen de los resultados en términos de salud pública, de objetivos vinculados a la adicción, hay un terreno que no está suficientemente explorado aún. ¿Los pacientes que están en programas de mantenimiento con metadona están satisfechos? ¿Están satisfechos con la atención que reciben? ¿Se cumplen sus expectativas? ¿Mejora significativamente su calidad de vida? ¿Realmente es esto lo que necesitan? Hay otro estudio publicado en el 2005, donde se probaba la utilidad de la escala de Verona para valorar la satisfacción de los usuarios en los programas de sustitutivos. La mayor parte de los pacientes que participaron en este estudio se declararon levemente satisfechos y reclamaban, en buena parte, intervenciones complementarias que no recibían de manera habitual, como psicoterapia individual, actividades de ocio, intervenciones encaminadas a la inclusión en el mundo laboral, etc.

Un estudio muy similar se publicó en la Comunidad Valenciana hace dos años y replicaba casi todos los hallazgos que se hicieron en el estudio del año 2005. Debemos ser conscientes de un hecho, las personas que acceden a un programa de sustitutivos de opiáceos suelen hacerlo en el peor momento de su vida. Están con graves problemas vitales, físicos, mentales y sociales. La estabilización en el programa de sustitutivos habitualmente se traduce en un cambio muy importante en todos estos niveles. Se detectan y tratan problemas de salud, se mejoran hábitos como la alimentación y el sueño, se produce un cambio importante en la imagen que transmiten y se normalizan muchos de los proyectos convivenciales generados por el consumo. El riesgo es evidente. La remisión de la enfermedad o el trastorno sólo es el inicio de un proceso de recuperación global de la persona **(Trujols y Pérez, 2005; Pérez et al., 2012)**.

Un estudio del año 1999 mostraba que los pacientes incluidos en un programa de mantenimiento mostraban una calidad de vida moderada y tanto menor cuanto mayor hubiera sido la gravedad en su proceso adictivo. Estudios más recientes en otros países informaban también de moderados o bajos niveles de calidad de vida en estos pacientes **(Fernández-Miranda et al., 1999)**.

En un estudio realizado en mi centro en Madrid, donde hay un equipo de investigación formado en el año 2001, se realizó un cuestionario de calidad de vida, lo validamos y lo publicamos en la revista Trastornos Adictivos. Se lo pasamos a 50 pacientes del programa de metadona y sus respuestas se comparaban con las respuestas emitidas por una muestra de casi 300 personas de población no clínica. En mi centro, en un corte transversal, siempre llevamos mantenidos así durante muchos años unos 700, 750 pacientes activos. Aproximadamente pasan más de 1.000 personas al año. Cuando pasamos este test se controlaban los efectos de edad, sexo y nivel de estudios y se encontraba que existían diferencias significativas en todos los dominios y en la puntuación total de calidad de vida. Los pacientes estaban muy lejos de estimar un grado de calidad de vida comparable a sus iguales en la población no clínica de referencia **(Pedrero, Olivar y Chicharro, 2008)**.

Otra cuestión, aún no resuelta, es el tema de las dosis que deben prescribirse. Hay tres corrientes: una que sean de 50-60 mgs. de dosis más o menos normal, argumentando tres objetivos: que con 50-60 mgs. al día, la supresión de los síntomas de la retirada de opiáceos exógenos existe, la extinción del craving y un bloqueo farmacológico de la capacidad reforzante de la heroína por saturación de receptores opioides. Otros autores, defienden la necesidad de utilizar dosis mayores, de entre 116 y 780 mgs. al día, que consideran necesarias para garantizar que no van a presentar consumos adicionales de heroína **(Maremmani, Pacini, Lubrano y Lovrecic, 2003)**.

Desde la propia experiencia nuestra es verosímil que una persona que reciba dosis tan altas no tenga ganas de moverse para conseguir nuevas dosis de heroína. Sin embargo, se nos antoja bastante poco respetuoso que para conseguirlo deba aniquilarse a la persona o administrarle una camisa de fuerza química. No obstante, esta corriente de dosis descomunales no es la aceptada mayoritariamente en la bibliografía; la que se acepta es la dosis de 50-60 mgs. al día. Sin embargo, con estas dosis, o con dosis incluso más bajas, no podemos evitar ver que hay otros problemas asociados. Son complicaciones graves que también deben ser tenidas en cuenta, como son las complicaciones cardiovasculares y muertes súbitas. Ya estamos empezando a tener este tipo de problemas con pacientes que tenemos en tratamiento con metadona desde el año 98 **(Krantz et al., 2002; Chugh et al., 2008)**.

En otros estudios dicen que también estos problemas son independientes de las dosis administradas de metadona. Asimismo existe otra línea de investigación que aboga precisamente por programas de dosis muy bajas, de menos de 20 miligramos. Tenemos que seguir estudiando y tenemos que seguir trabajando sobre este tema (**Villeneuve et al., 2006; Van Ameijden, Langendam y Coutinho, 1999**).

Una tercera línea de tratamiento se caracteriza por focalizar su evaluación en la mejora de la calidad de vida, sin prestar atención especial a la dosis que está tomando. El éxito del tratamiento, en términos de incremento de calidad de vida percibida por los pacientes, depende de otros factores, por ejemplo, el empleo, las relaciones familiares, la disponibilidad de relaciones íntimas, una estructuración horaria, un cambio en las actividades de la vida cotidiana, en la alimentación, en el sueño, todo ello es fundamental para la recuperación de un individuo que está en programas de mantenimiento con metadona. Estos programas parten de la consideración de que la respuesta al tratamiento depende de diferencias individuales y no una mera función farmacológica, dosis-respuesta. Desde esta perspectiva, no cabe hablar de dosis altas o bajas, sino que tenemos que hablar y aprender sobre dosis ajustadas o adecuadas que eliminen la necesidad del individuo de consumos adicionales (**De Maeyer et al., 2011; He et al., 2011**).

Esta es la línea por la que apostamos en mi entorno clínico. El Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, ahora mismo liderado por uno de los miembros de mi equipo de investigación que es el Dr. Pedrero, plantea dosis individualizadas que se establecen en el marco de la relación médico-paciente, en función de objetivos muchos más ambiciosos. Ahora mismo estamos haciendo un estudio con los siete centros de atención a drogodependencias del Ayuntamiento de Madrid, los dos centros que tenemos concertados con Cáritas y Cruz Roja, toda la comunidad extremeña y queremos conseguir una muestra que sea representativa, con 800 pacientes.

Nuestros datos, ahora mismo provisionales, apuntan a una relación muy negativa entre la dosis prescrita y la calidad de vida auto-percibida. Pero, además de no ser posible conocer la causalidad de una sobre otra, el tamaño del efecto resulta despreciable, lo que sin duda puede ser explicado como que la dosis no es un elemento importante en la calidad de vida en nuestros pacientes cuando se ajusta a sus necesidades. El estudio es mucho más amplio y espero que al año que viene o en dos años podamos darles todos los resultados. En definitiva, lo que quedan son muy pocas dudas sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de la metadona para el tratamiento de la adicción a opiáceos. El balance entre riesgos y beneficios de la metadona siempre se inclina hacia el beneficio. Pero aún nos quedan muchos pasos que dar para conseguir que los usuarios de metadona disfruten de una calidad de vida similar a las personas de su entorno. Nos queda mucho camino que recorrer para normalizar los tratamientos. La prescripción en comprimidos, por ejemplo, dejar de dar esta imagen de personas que van delante de una ventanilla a tomarse un fármaco delante nuestro. Afortunadamente las dispensaciones en farmacias y las dosis “take-home” ya van en avance para los programas de tratamiento con metadona y, aunque todavía no han sido evaluadas en profundidad, facilitan a los pacientes la prosecución de su tratamiento en condiciones mucho menos onerosas (**Alho, Sinclair, Vuori y Holopainen, 2007**).

Nos queda, por ejemplo, contar con alternativas farmacológicas a la metadona, que permitan disminuir la dependencia temporal del paciente respecto de su tratamiento. Tras el fracaso que tuvimos con el LAAM (levo-alfa-acetilmétadol) por sus problemas colaterales, apareció como alternativa a estos tratamientos la buprenorfina con o sin naloxona. Los estudios que

tenemos ahora disponibles apuntan a la utilidad de la combinación de la agonista parcial con el antagonista, para evitar que el fármaco se derive a un consumo ilícito (**Bobes, Casas y Terán, 2010**).

Tenemos algún trabajo en nuestra experiencia, pagado por la industria farmacéutica, que habla de los beneficios que hay en el uso de estos fármacos. Nuestra experiencia es una alternativa útil para pacientes con una buena evolución en programa de metadona, consumidores de dosis bajas o reduciendo la metadona para que luego no haya un síndrome de abstinencia tan florido como ellos dicen, y que tengan una vida considerablemente normalizada y con una buena relación terapéutica con su médico y con el resto del equipo terapéutico. Su actual consideración legal y su coste económico dificultan su uso en dispositivos públicos y, además, se requieren muchos más estudios que permitan acreditar su efectividad a costa de su peor eficiencia, la relación coste-beneficio, para defender desde el conocimiento científico la necesidad de disponer del fármaco de manera más accesible. En conclusión, los tratamientos con sustitutivos funcionan muy bien, pero son susceptibles siempre de mejora. La mala imagen de los adictos y la consecución de objetivos inmediatos pueden llevarnos a admitir lo que nunca sería admisible en ningún otro ámbito de los cuidados de la salud. El respeto por nuestros pacientes nos obliga seguir investigando para mejorar en lo posible la atención que nosotros les damos.

Muchas gracias por su atención.

Referencias:

Alho H, Sinclair D, Vuori E, Holopainen A. Abuse liability of buprenorphine-naloxonetablets in untreated IV drugusers. *DrugAlcoholDepend.* 2007 Apr 17;88(1):75-8

Bobes J, Casas M, Terán A (eds.). Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona. Barcelona: Socidrogalcohol, 2010

Chugh SS, Socoteanu C, Reinier K, Waltz J, Jui J, Gunson K. A community-based evaluation of sudden death associated with therapeutic levels of methadone. *Am J Med.* 2008 Jan;121(1):66-71

De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, van Nieuwenhuizen C, Sabbe B, Broekaert E. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *QualLife Res.* 2011 Feb;20(1):139-50

Fernández-Miranda JJ, González-Portilla MP, Saiz PA, Gutiérrez E, Bobes J. Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones* 1999;11(1):43-52

He Q, Wang X, Xia Y, Mandel JS, Chen A, Zhao L, Han L, Ling L. New community-based methadone maintenance treatment programs in Guangdong, China, and their impact on patient quality of life. *Subst Use Misuse.* 2011;46(6):749-57

Krantz MJ, Lewkowiez L, Hays H, Woodroffe MA, Robertson AD, Mehler PS. Torsade de pointes associated with very-high-dose methadone. *Ann Intern Med.* 2002 Sep 17;137(6):501-4

Maremmanni I, Pacini M, Lubrano S, Lovrecic M. When "enough" is still not "enough". Effectiveness of high-dose methadone in the treatment of heroin addiction. *HeroinAdd&RelClinProbl* 2003;5(1):17-32

Pedrero EJ, Olivar A, Chicharro J. Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercebida en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos* 2008;10(1):17-31

Pérez J, Valderrama JC, Valero S, Sánchez N, Gich I, Trujols J. Encuesta sobre la satisfacción de los pacientes dependientes de heroína de la Comunidad de Valencia con los centros de tratamiento con metadona. *Trastornos Adictivos* 2012;14(3):66-72

Trujols J, Pérez J. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones* 2005;17(supl.2):181-204

VanAmeijden EJC, Langendam MW, Coutinho RA. Dose-Effect relationship between overdose mortality and prescribed methadone dosage in low threshold maintenance programs. *Addictive Behaviors* 1999;24(4):559-63

Villeneuve PJ, Challacombe L, Strike CJ, Myers T, Fischer B. Change in health-related quality of life of opiate users in low-threshold methadone programs. *Journal of Substance Use* 2006;11(2):137-49



**Yifrah Kaminer, Richard Rawson, Joseph Skrajewski y Sra.,
Bruno Ribeiro de Couto y José Miñarro López**



AJUNTAMENT DE VALENCIA
REGIDORIA DE SANITAT



PLA MUNICIPAL DE
DROGODEPENDENCIES

UPCCA
VALÈNCIA



 **UISYS**
Unidad de Información e
Investigación Social y Sanitaria