



**FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE**

TRABAJO FIN DE GRADO

**CRITERIOS PSICOTERAPÉUTICOS SOBRE
PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN
TRASTORNOS ADICTIVOS**

Autores: Catalina Florit Mendoza y Patricia Fuentes-Pila López

Fecha: Julio 2020

Tutor: ClaraVictoria Rueda de Lecea

ÍNDICE

1. Resumen/Abstract
2. Introducción
 - 2.1. Contextualización
 - 2.2. Conceptos básicos
 - 2.3. Aspectos neurobiológicos básicos
 - 2.4. Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente
 - 2.5. Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon y Teoría del aprendizaje social de Bandura
 - 2.6. Uso de fármacos para el tratamiento de trastornos adictivos
3. Objetivos
4. Material y métodos
5. Resultados y discusión
6. Conclusión
7. Bibliografía

1. RESUMEN

El tratamiento de los trastornos adictivos ha evolucionado en España de forma dispar a las necesidades y demandas de los usuarios a lo largo de los años. En la actualidad, el tratamiento de los trastornos adictivos es uno de los retos más importantes en el contexto de la salud mental. Consideraciones relevantes, como el modelo de tratamiento psicoterapéutico, así como el papel que deben jugar fármacos de referencia en el proceso de tratamiento, son aspectos determinantes para la gestión del síndrome de abstinencia o la prevención de recaídas de las distintas patologías adictivas. La revisión de una serie de casos de tratamiento en un centro especializado de trastornos adictivos con el objeto de analizar el uso de la farmacología en el marco del proceso terapéutico permite evaluar la importancia de la indicación, el efecto farmacológico, el tiempo de prescripción, así como las expectativas subjetivas del paciente, como parte de la intervención y del éxito del tratamiento en términos de alta terapéutica.

Palabras clave: Trastorno adictivo, adicción, Modelo transteórico de Cambio, Prevención de recaídas –Marlatt y Gordon-, drogodependencia, síndrome de abstinencia, cocaína, alcohol, heroína, nicotina, champix®, varinecline, antabús®, disulfiram, naltrexona, buprenorfina

ABSTRACT

The treatment of addictive disorders has evolved in Spain in a way that has not matched the needs and demands of users over the years. At present, the treatment of addictive disorders is one of the most important challenges in the context of mental health. Relevant considerations such as the model of psychotherapeutic treatment, as well as the role that reference drugs should play in the treatment process, are determining aspects for the management of the abstinence syndrome or the prevention of relapses of the different addictive pathologies. The review of a series of treatment

cases in a specialized center for addictive disorders with the aim of analyzing the use of pharmacology within the framework of the therapeutic process, allows us to evaluate the importance of the indication, the pharmacological effect, the prescription time, as well as the subjective expectations of the patient, as part of the intervention and the success of the treatment in terms of therapeutic discharge.

Key words: Addictive disorder, addiction, Trans-theoretical model of change, relapse prevention -Marlatt and Gordon-, drug dependence, abstinence syndrome, cocaine, alcohol, heroin, nicotine, champix®, varinecline, antabuse®, disulfiram, naltrexone, buprenorphine

2.INTRODUCCIÓN

2.1.Contextualización

El consumo de drogas ilícitas en la mayor parte de Europa sufrió una fase de expansión durante los años 60 y 70. En España, las condiciones políticas y culturales actuaron de barrera frente a ese “boom”. Sin embargo, con la llegada de la democracia se produjo una rápida propagación del consumo en nuestro país(1). Inicialmente, el consumo se atribuía a determinados grupos sociales, en general, a élites económicas, actuando como componente integrador (2).

La primera epidemia de droga en España fue debida al consumo de heroína en forma de inyección. Este hecho, produjo un aumento de mortalidad juvenil importante, y a su vez, hizo que las drogas pasasen a percibirse como uno de los principales problemas de la población (3). Las grandes consecuencias derivadas de su consumo, tanto de carácter social como sanitario, produjeron la aparición de los primeros servicios asistenciales a finales de los 70. En principio, esos servicios fueron esencialmente organizaciones no gubernamentales, debido a la falta de políticas nacionales. A mitad de los años 80 pudo observarse el gran impacto de esa epidemia, la mortalidad subió de manera exponencial y el consumo de drogas llegó a ser la primera causa de muerte entre jóvenes españoles (3).

Así, en 1985, se aprobó el Plan Nacional Sobre Drogas, y con él llegaron redes de atención más diversificadas y profesionalizadas, principalmente dedicadas al tratamiento de problemas de abuso y dependencia (asociados mayoritariamente a la heroína, que en ese momento se asociaba con “el problema de la droga”)(1).

A principios de los 90 apareció un nuevo panorama en el ámbito asistencial, debido a diferentes cambios producidos en la población drogodependiente. La población heroinómana envejeció, aparecieron nuevas sustancias, nuevos patrones de consumo de drogas ya conocidas, problemas de exclusión social y patologías orgánicas y psiquiátricas asociadas al consumo de esas drogas. Así, surgió la necesidad de adaptar los servicios asistenciales a las nuevas necesidades que demandaba la población drogodependiente, lo que obligó a modificar y ofrecer nuevas alternativas de tratamiento(1).

A mediados de los 90 se pudo ver una reducción progresiva en la tasa de mortalidad por sobredosis, en parte, gracias a tratamientos de mantenimiento con metadona (TMM). Por otra parte, también se produjo un declive en diagnósticos de casos de VIH en consumidores por vía intravenosa, gracias a programas como el intercambio de jeringas (PIJ). No obstante, todo apuntaba a que esa evolución favorable se había dado por la reducción de consumo de heroína vía intravenosa (se sustituyó el patrón de consumo y pasó a consumirse fumada)(3).

Con el tiempo, el panorama social cambió debido a la aparición de otras drogas y nuevos grupos de consumo, como adolescentes y mujeres, lo que hizo que progresivamente se normalizara el uso de estas, y a su vez, se percibiera una menor peligrosidad asociada a ese consumo por parte de la población drogodependiente. Así, se produjo un declive en el uso de drogas como la heroína pero también una fuerte expansión de drogas como el alcohol y cannabis, y progresivamente, se integraron la cocaína y las drogas de síntesis (2).

Actualmente, es importante prestar atención al consumo de cocaína (principalmente vía intranasal), ya que ha ido en aumento progresivo estos últimos años. Hoy en día, el consumo de esta droga conlleva consecuencias y problemas sanitarios muy graves (problemas psiquiátricos, intoxicaciones agudas, y principalmente, accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares). Sin embargo, el consumo de cannabis o psicoestimulantes sintéticos, a pesar de su expansión de uso (sobretudo entre jóvenes), no representan un problema de salud tan grave como las anteriores drogas “más peligrosas”, aunque eso no significa que no tengan consecuencias con distintos niveles de gravedad (por ejemplo, en policonsumidores) (3).

2.2. Conceptos básicos

La *adicción*, según la OMS, se define como “Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo, y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio” (4).

En los trastornos adictivos, el concepto de *dependencia* también es muy importante. Según la OMS se define como “Necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien”(4).

- La dependencia psíquica se aplica a la pérdida de control sobre el consumo (4).
 - *Ansia de droga o “craving”*: “Deseo incoercible de consumir muy difícil de controlar por el paciente y que propicia la búsqueda de las sustancias apetecidas” (5).
- La dependencia física, por otra parte, hace referencia a la tolerancia y al síndrome de abstinencia (4).
 - *Síndrome de abstinencia*: “Conjunto de signos y síntomas que aparecen al dejar de consumir una sustancia de la que un sujeto es adicto”(5).
 - *Tolerancia*: “Proceso que obliga a aumentar progresivamente la cantidad de sustancia consumida con el fin de mantener un determinado efecto gratificante” (5).

2.3. Aspectos neurobiológicos básicos

Las sustancias denominadas “drogas” producen modificaciones en los sistemas de neurotransmisión y los circuitos cerebrales del organismo. La administración puntual o aguda da lugar a cambios transitorios, es decir, que revierten cuando finaliza el efecto de la sustancia administrada en el organismo. Al contrario, la administración crónica, da lugar a cambios que persisten y dejan secuelas que pueden producir alteraciones permanentes en los sistemas de transmisión y vías neuronales (5).

En este punto, es importante hablar del sistema o circuito de recompensa cerebral, que está compuesto por parte del sistema límbico (sistema amíglada-accumbens y hipocampo). Su activación se produce cuando el sujeto consume la droga, que va a actuar como agua o comida, utilizando los mismos mecanismos que estos reforzadores naturales (5).

Existen evidencias de que los efectos reforzadores de las sustancias adictivas se deben a la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, por la activación fásica de las neuronas dopaminérgicas. Los estímulos que se liberan cuando a una persona drogodependiente le apetece consumir cierta droga “estímulos apetitivos” actúan como activadores dopaminérgicos en todo momento. El resto de reforzadores naturales, como agua y comida, en cambio, cuentan con el fenómeno de “saciedad”. Este hecho hace que el consumo de drogas pueda producir la inducción de un deseo aumentado, lo que da lugar a un deterioro de control cuando se produce una sensibilización del sistema dopaminérgico (5).

Dicho esto, los efectos reforzadores de las drogas pueden dividirse en:

- **Positivos:** efecto traducido en deseo de obtener el bienestar que da la sustancia adictiva (por la aparición de un estímulo apetitivo), lo que conlleva un aumento en la probabilidad de que se produzca una respuesta (un incremento en la frecuencia de consumo) (5).
- **Negativos:** efecto traducido en intento de evitar o aliviar cualquier consecuencia negativa que produce la ausencia de consumo de la droga (por ejemplo, un síndrome de abstinencia o lo que se conoce como “craving), que a su vez, también conllevan una elevación de la probabilidad de que se produzca la misma respuesta (5).

2.4. Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente

Varios estudios han demostrado que las personas pueden cambiar con éxito con la ayuda de tratamiento psicoterapéutico profesional(6).

En base a este hecho, los investigadores Prochaska y DiClemente establecieron un modelo de conducta en el que los pacientes, durante su tratamiento, se mueven por diferentes etapas de manera cíclica:

- **Precontemplación:** el sujeto no es consciente de que tiene un problema y no espera cambiar su conducta en un futuro próximo (6).
- **Contemplación:** el sujeto es consciente de su problema pero no está preparado para afrontarlo, aunque muestra intenciones de hacerlo (6).
- **Preparación:** el sujeto comienza a introducir pequeños cambios en su conducta, tales como disminuir la frecuencia o la cantidad de consumo, pero sin llegar a la abstinencia (6).

- **Acción:** el sujeto realiza acciones visibles en todos los aspectos de su vida para conseguir modificar con éxito su comportamiento adictivo y lograr la abstinencia completa (6).
- **Mantenimiento:** el sujeto gira en torno a la prevención de una recaída, condición que se integra de manera intrínseca en el ciclo de superación de la adicción (6).

Así, este modelo propone una transición entre etapas siguiendo un patrón espiral de cambio, y no lineal, formando una “*rueda del cambio*”, en la que los pacientes pasan por todas estas fases repetidas veces hasta llegar a la de *terminación*, pudiendo estancarse en alguna de ellas, o sufrir recaídas que les lleven de nuevo a etapas anteriores(6).



Figura 1: Modelo espiral de las etapas de cambio. Extraído de Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994 (6).

2.5. Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon y Teoría del aprendizaje social de Bandura

Uno de los principales problemas que se da en el tratamiento de las adicciones es la aparición de recaídas, en las cuales el paciente puede detenerse, abandonando el tratamiento sin éxito.

Por este motivo, surge un modelo para la Prevención de Recaídas (PR), sugerido por Marlatt y Gordon, entre otros investigadores, en el que se analizan estrategias para reconocer y afrontar las situaciones de alto riesgo que pueden llevar al paciente al reinicio de su consumo (7).

Marlatt define la recaída como “un proceso transitorio, una serie de acontecimientos que pueden o no, estar seguidos por el regreso a los niveles de línea de base de la conducta objetiva observable antes del tratamiento” (8).

Este programa, se integra así en el “Modelo Transteórico del Cambio” ya explicado, siendo la recaída o consumo puntual una etapa más del proceso que no tiene por que ser irreversible, constituyendo una fase más de la “*rueda del cambio*” en torno a la que gira el tratamiento. La PR es por tanto un programa que forma al paciente en el autocontrol para anticiparse a una posible recaída (8).

El desarrollo de este modelo se basa en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1993), que sostiene que la adquisición de habilidades se fundamenta en la observación e imitación, así como en la percepción que tienen las personas de valorar su propia eficacia para la consecución de sus objetivos (9).

El concepto de autoeficacia de Bandura, aplicado a la PR, considera que aunque el paciente aumenta la sensación de control de la situación a medida que pasa más tiempo en periodo de abstinencia, esta percepción puede peligrar si aparece una situación de alto riesgo en la que el paciente pierde la certeza de que puede mantenerse en este periodo sin recaer, disminuyendo el sentimiento de autocontrol del que gozaba (9).

Estos investigadores identificaron tres clases de situaciones de riesgo que se relacionan con las recaídas, aplicables a toda clase de adicción: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales o presión social (8).

Cuando las personas adictas recaen, les sobrevienen emociones de frustración o decepción que disminuyen su valoración de autoeficacia. Esta fase se designó como “efecto de violación de abstinencia” o EVA, que se basa en los sentimientos de culpabilidad que la persona experimenta al recaer en la adicción (8).

La siguiente imagen propone de una manera esquemática las dos vías que puede tomar un paciente que se enfrenta a una situación de alto riesgo:

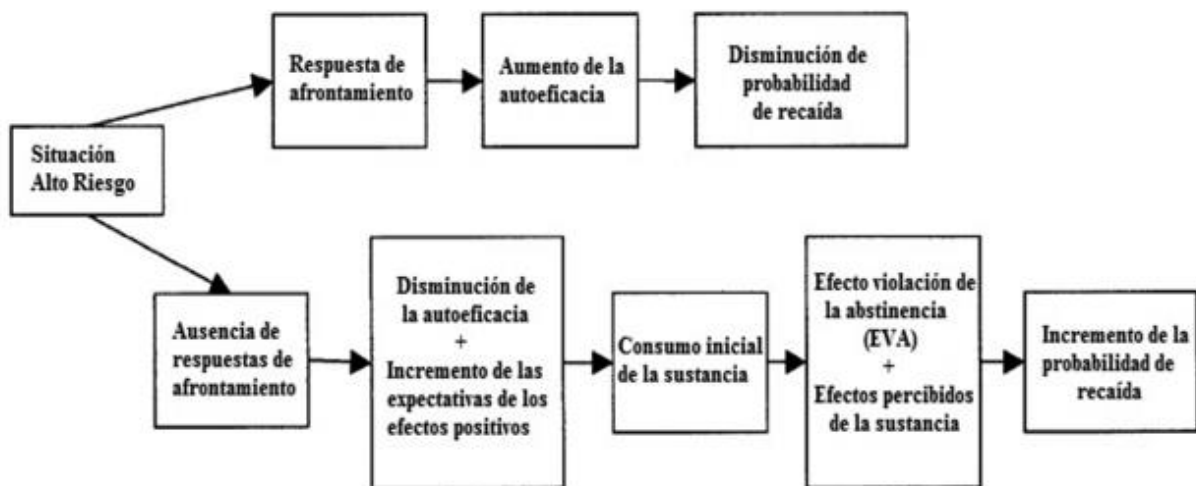


Figura 2. Modelo cognitivo-conductual de recaída. Extraído de Castilla Carramiñana, 2016 (8).

Por tanto, el desarrollo del programa de Prevención de Recaídas se centra en cinco puntos críticos:

- **Autorregistros:** formularios utilizados al inicio de la terapia, en los cuales el paciente proporciona información detallada acerca de su patrón de consumo, tales como el tipo de droga, la cantidad consumida o su estado emocional (7)(10).
- **Informes autobiográficos de recaídas:** el paciente explica detalladamente su experiencia con recaídas sufridas antes del inicio del tratamiento (7)(10).
- **Fantasías de recaída:** concepto sugerido por Marlatt y Gordon (1985), descrito como un ejercicio en el que el paciente debe imaginar sin ayuda del terapeuta, como cree que podría desarrollarse un nuevo proceso de recaída, definiendo su comportamiento ante esta (7)(10).
- **Observación directa:** consiste en un seguimiento de la situación real del sujeto, aunque es algo limitada en ciertos tipos de adicciones en las cuales los pacientes no consienten ser observados de manera continuada. Se propone como alternativa

a esta observación natural la observación simulada, especialmente efectiva cuando se utiliza con grupos de pacientes que pueden compartir ciertas conductas o experiencias relacionadas con su adicción (7)(10).

- *Autoinformes*: cuestionarios en los que se valoran distintos procesos implicados en las recaídas, así como recaídas experimentadas anteriormente, tácticas para enfrentar situaciones de alto riesgo de consumo o las expectativas de autoeficacia del paciente (7)(10).

2.6. Uso de fármacos para el tratamiento de trastornos adictivos

Tratamiento de dependencia a nicotina

Por una parte, tenemos los parches de nicotina, sistemas que permiten la administración continua de nicotina en nuestro organismo vía dérmica, y los comprimidos dispersables vía oral (11).

Por otra parte, el Champix®, nombre comercial del principio activo vareniclina, es el único medicamento en el mercado específico para el tratamiento del tabaquismo.

Se trata de un agonista parcial de los receptores nicotínicos de la acetilcolina $\alpha 4\beta 2$. La nicotina ejerce sus efectos al unirse a estos receptores, aumentando, como la mayoría de sustancias adictivas, los niveles de dopamina, neurotransmisor que produce los efectos placenteros que generan la dependencia. Así, la vareniclina, al ser un agonista parcial de estos receptores, permite una liberación moderada de dopamina (menor que la que produce la nicotina), disminuyendo de esta manera los “craving” producidos por la abstinencia. Además, al ocupar los sitios de unión de la nicotina con mayor afinidad que esta, este fármaco bloquea los efectos reforzadores positivos que produce su consumo, en caso de que el paciente recaiga durante el tratamiento (12).

Tratamiento de dependencia a alcohol

El Disulfiram, conocido comercialmente como Antabús®, está indicado en pacientes que sufren alcoholismo crónico. Algo particular del uso de este fármaco es que su administración no produce efectos en las personas que lo ingieren, aunque el tratamiento se mantenga durante varios meses. El principio activo únicamente manifiesta su presencia en el organismo cuando el paciente tratado ingiere alcohol, provocando molestias tan intensas que disuaden el consumo en dependientes que las han sufrido alguna vez y se encuentran bajo tratamiento (13).

El mecanismo de acción del disulfiram se basa en la inhibición irreversible de la enzima aldehído deshidrogenasa (ALDH), cuya función es transformar el acetaldehído en acetato. Cuando el paciente consume alcohol, se acumula en su organismo acetaldehído, por lo que bajo tratamiento, se inhibe la enzima, produciendo una acumulación de acetaldehído en sangre, que da lugar a un cuadro clínico con efectos fisiológicos desagradables (náuseas, vómitos, cefalea, enrojecimiento...) (14).

Cabe destacar que a medida que avanza el tratamiento se produce una sensibilización y una intolerancia del organismo al alcohol, por lo que la sintomatología es más intensa cada vez que se consume (y pueden presentarse con la ingestión de dosis muy bajas) (13).

Por otra parte, también se ha demostrado en una serie de estudios que la naltrexona (antagonista opiáceo) sirve para la reducción del craving y el mantenimiento de la abstinencia en alcohólicos (15).

Tratamiento de dependencia a opiáceos

- Programa de mantenimiento con metadona (PMM)

La metadona es un agonista opiáceo sintético con alta biodisponibilidad vía oral que actúa mayoritariamente sobre receptores opioides μ y que tiene efectos cualitativamente similares a la morfina (opiáceo natural) en seres humanos (16). Los PMM en pacientes con dependencia a opiáceos se basan en la administración de este agonista de manera continuada como “sustitutivo” de la sustancia adictiva. Estos PMM se han utilizado a lo largo de muchos años en pacientes con dependencia a heroína (sustancia inyectada generalmente vía intravenosa), con el objetivo de, a parte de sustituir la droga, disuadir el uso de la vía intravenosa, y reducir los riesgos y daños asociados (17).

Existen evidencias de que estos programas tienen bajo porcentaje de éxito cuando no se dan integrados con psicoterapia o programas de reinserción (16). En general, se recomienda que el paciente siga el mantenimiento con metadona un mínimo de 1-2 años, y que la supresión del fármaco sea de manera paulatina, es decir, reduciendo progresivamente la dosis (5).

- Programa de mantenimiento con buprenorfina

La buprenorfina es un agonista opiáceo sintético parcial de los receptores μ , con baja biodisponibilidad vía oral por su elevado metabolismo de primer paso (5). La administración de este fármaco, al ser vía intravenosa, puede suponer un riesgo, lo que ha propiciado el desarrollo de un fármaco en el que se combinan la buprenorfina y una pequeña dosis de naloxona (Suboxone®) y que se administra vía sublingual, por lo que cuyo objetivo es omitir el uso de la vía intravenosa, y por tanto, reducir esos riesgos asociados (17).

La naloxona es un antagonista de receptores opiáceos de vida media corta, con baja biodisponibilidad vía oral y vía sublingual, por lo que su capacidad terapéutica se manifiesta, generalmente, vía parenteral (5). La asociación de estos dos fármacos se da en comprimidos sublinguales (Suboxone®), ya que la naloxona vía sublingual se absorbe en muy bajas cantidades, no ejerce su acción antagonista, y por lo tanto, no se desencadena el síndrome de abstinencia en dependiente a opiáceos (que sí se produciría con la administración de la combinación vía intravenosa).

- Tratamiento con antagonistas de receptores opiáceos: Naltrexona

La naltrexona es un antagonista opiáceo de vida media larga y con nula actividad agonista. Su acción se basa fundamentalmente en un mecanismo competitivo. El fármaco se fija a los receptores opiáceos, impidiendo así la unión de agonistas, desplazándolos de su sitio de unión debido a su mayor afinidad por el receptor, y bloqueando, por tanto, los efectos farmacológicos de los opiáceos (18). Este fármaco, administrado vía oral, tiene gran eficacia a corto plazo y cuenta con limitados efectos secundarios y contraindicaciones (5). Además, carece de capacidad de generar dependencia y adicción (18). Uno de los criterios para la instauración de este tratamiento es que el paciente esté desintoxicado físicamente, ya que es importante tener en cuenta que el consumo de dosis elevadas de agonistas opiáceos durante el tratamiento con naltrexona (que bloquea sus efectos farmacológicos) puede dar lugar

a síndrome de abstinencia, y en casos graves, a sobredosis (5). En general, este tratamiento suele complementarse con medidas psicoterapéuticas y programas de reinserción para favorecer la adherencia al tratamiento (18).

Tratamiento de otras dependencias:

La dependencia a cannabis o a estimulantes como la cocaína o la metanfetamina no cuentan en la actualidad con tratamientos específicos. No obstante, en caso de intoxicaciones, se instaurarán tratamientos sintomáticos y de apoyo.

El abordaje de elección para este tipo de trastornos adictivos es el tratamiento integrado (farmacoterapia y psicoterapia).

En el caso de dependencia a cannabis cabe señalar que es importante el tratamiento de cuadros psicopatológicos producidos por su consumo crónico, por ejemplo, la psicosis, que podrá tratarse con neurolépticos como la risperidona o la olanzapina (19).

Por otra parte, en la dependencia a estimulantes es frecuente el uso de benzodiacepinas (si el paciente presenta agitación psicomotora), antidepresivos (si el paciente presenta depresión), psicofármacos (como topiramato y gabapentina) o litio (si el paciente presenta trastorno bipolar) (20).

3.OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo consiste en una aproximación acerca de una serie de casos que cursan con patologías adictivas, llevados a cabo en un centro especializado de adicciones. El estudio consta de 92 casos, de los cuales hemos seleccionado 5, debido a la extensión limitada del trabajo. El análisis se realiza con objeto de estudiar el papel de la prescripción farmacológica en el tratamiento de cada adicción, así como la eficacia en el resultado final unido al proceso terapéutico, y la sinergia entre ambos efectos. La selección de los casos se ha realizado teniendo en cuenta que todos ellos se agrupan en diferentes grupos de demanda, vinculados así al tabaco, alcohol, opiáceos y drogas estimulantes. Se selecciona un caso diferente en función de cada trastorno adictivo, analizando el papel que juegan los distintos medicamentos en los procesos terapéuticos de estos pacientes.

Así, los 5 casos son representativos de cada grupo de demanda, optando por dos que representan la dependencia nicotina-tabaco, altamente demandada en la actualidad.

El abordaje de los siguientes casos nos permitirá evaluar el significado terapéutico de la prescripción farmacológica en un contexto complejo en el que se ponen en juego la familia, el paciente identificado, el papel del equipo terapéutico y objetivos farmacológicos en el marco de la intervención.

Es imprescindible considerar la base de los objetivos del estudio, los cuales se aplican a cualquier modelo de tratamiento:

1. No existe un único tratamiento adecuado para todas las personas. El consumo de sustancias comienza a representarse en el sujeto, en el contexto familiar y/o en el ambiente social (21).

2. Debe poder disponerse inmediatamente de tratamiento. Debe considerarse pormenorizadamente la demanda que, en buena medida, determinará el éxito o no del tratamiento (22).
3. Un tratamiento efectivo contempla las múltiples necesidades del sujeto, no solo su consumo de drogas. Explorar la organización familiar del paciente, permite establecer un posible diagnóstico de disfuncionalidad latente en el seno de la estructura familiar (23).
4. El tratamiento individualizado y el plan de asistencia han de evaluarse continuamente y modificarse, si es necesario, para garantizar que el plan cubre las necesidades cambiantes de la persona (24).
5. Para determinar la eficacia de un tratamiento es decisivo seguirlo durante un tiempo adecuado. Es importante establecer criterios de seguimiento posteriores al alta terapéutica para conocer el impacto real de las intervenciones terapéuticas.
6. Los consejos y otras formas de terapia comportamental son aspectos fundamentales para la eficacia de un tratamiento de adicción. Pero también debemos considerar la complejidad de la demanda a través de todo aquello que se expresa y lo que no se expresa, que esconde el poder del síntoma adictivo. No basta, a la vista del trabajo realizado por el dispositivo que hemos analizado, el consejo sobre la conducta. Cuestionar los constructos cognitivos es importante en las primeras fases del trabajo terapéutico, siempre que no descalifiquemos la realidad del propio sujeto (25).
7. Para muchos pacientes, los medicamentos son un elemento importante del tratamiento, especialmente si se combina con otras terapias comportamentales. Este punto es el aspecto central del análisis del presente trabajo. Porque, efectivamente, las prescripciones farmacológicas tienen una correlación positiva con las expectativas iniciales de tratamiento.
8. Aquellos sujetos adictos o con abuso de drogas y que presentan simultáneamente una enfermedad mental, deben someterse a un tratamiento integral de dicha comorbilidad. El término "patología dual" está más próximo al concepto de vulnerabilidad genética y biológica, en la que la existencia de alteraciones hace a las sustancias más placenteras que para el resto de los individuos generando una tendencia a la automedicación (26).
9. La desintoxicación médica es solo el primer paso del tratamiento de la adicción y, por sí sola, contribuye muy poco a cambiar a largo plazo la tendencia al consumo.
10. Un tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo. De hecho, en el dispositivo analizado en este trabajo, de 92 pacientes activos en programa, 14 están derivados del estamento judicial como consecuencia del diagnóstico de dependencia a sustancias. Los 14 casos, tienen un pronóstico favorable (24).
11. Hay que controlar la posibilidad de que exista un consumo de drogas durante el tratamiento.
12. Los programas deben incluir propuestas de detección de enfermedades infecciosas, además de favorecer la educación para la salud e integrar los principios de autocuidado en los pacientes.
13. La recuperación de la adicción a una droga puede ser un proceso muy largo y suele requerir de varios períodos de tratamiento.

4.MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar la introducción y contextualización del trabajo hemos realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar...).

Los 5 casos clínicos que vamos a analizar son de pacientes que acudieron a un centro de conductas adictivas, recibiendo psicoterapia y prescripción farmacológica, para conseguir una adecuada adherencia al tratamiento de su adicción. El centro, Instituto Cántabro de Conductas Adictivas, fue fundado en el año 2000 por tres expertos en drogodependencias: José M^o Fuentes-Pila (Farmacéutico, Máster en Drogodependencias, Especialista en Drogas Tóxicas y estupefacientes y terapeuta de Familia), el Dr. Miguel Marset (Médico psiquiatra especialista en drogodependencias) y el Dr. Pedro Calatayud (Especialista en Drogodependencias). En la actualidad el equipo está formado por dos psicólogos clínicos, un terapeuta experto en adicciones y terapeuta de familia, un médico experto en adicciones y un médico psiquiatra supervisor.

Los programas de tratamiento llevados a cabo en el centro tienen una serie de características comunes:

- Duración de 9 meses a un año de tratamiento
- Criterios de alta: no existir consumo en los seis meses anteriores a la fecha de alta, no tener indicado ningún tratamiento farmacológico para el proceso adictivo, así como la no presencia de craving y evaluación de la normalización de la abstinencia.
- Seguimiento: se realiza durante los dos años siguientes al alta terapéutica.
- Modelo terapéutico: se utiliza el modelo sistémico-relacional, con intervención individual y familiar, además de intervenciones cognitivo conductuales y soporte farmacológico complementario.

Seguidamente exponemos una breve descripción del modelo de intervención terapéutica que, unido a la prescripción farmacológica, demuestra un efecto sinérgico entre fármaco y terapia, así como una mayor adherencia al tratamiento por parte del paciente:

- Demanda: ficha telefónica y primera consulta
- Fase de abstinencia: los tres primeros meses se establece lo que puede definirse como la fase crítica que supone el cese del consumo y la tendencia a la normalización de la abstinencia.

Consiste en abordar los siguientes aspectos:

- Explorar la organización del sistema familiar del paciente para establecer un posible diagnóstico de disfuncionalidad en el seno de la estructura familiar (23).
- Preguntas abiertas mostrando interés por las construcciones cognitivas que las personas con un trastorno adictivo realizan de su relación con las sustancias: “Estoy muy interesado en los beneficios que obtiene del consumo”; “¿Qué cree que piensa su familia de su decisión de dejar el consumo?”
- Utilización del genograma: se trata de una representación gráfica del microcosmos familiar. Un instrumento clínico/diagnóstico con carácter

evaluativo, configurando un mapa de personas, relaciones o sucesos, entre los que en ocasiones se incluyen pautas de conducta relacionadas con el consumo de diferentes sustancias (27) (28).

- Fase de consolidación: Terapia centrada en las soluciones.
Los elementos que permiten enfatizar sobre las soluciones en un paciente con un trastorno adictivo son:
 - Prestar atención sobre las capacidades de los pacientes para gestionar sus problemas, trabajando sobre la idea de “salud mental”, disminuyendo el impacto de la patología, de la enfermedad mental (29).
 - La extracción de las capacidades y recursos del paciente para resolver el conflicto en proceso.
 - Atender a la percepción que tiene el propio paciente del problema.
 - Parquedad. Concepto que De Shazer desarrolla citando las palabras de Guillermo de Ockham: “Lo que se puede hacer con pocos medios falla si se hace con muchos” (30).
 - Pregunta del milagro (31), por ejemplo: *“Imagine que esta noche, mientras duerme, se produce un milagro y el problema que le ha traído aquí se resuelve. ¿Cómo se daría cuenta? ¿Qué sería diferente? ¿Cómo lo sabrían las personas con las que convive sin que usted les dijera una sola palabra sobre el asunto?”*
 - Preguntas de escala (32), cuyo objetivo es la deconstrucción de la idea de placer asociado al consumo, por ejemplo: *“Es muy interesante la intensa percepción de placer que expresa respecto al hecho de fumar. Me gustaría que durante unos minutos pensara en las conductas, acontecimientos, que le generan un intenso placer”*

5.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez conocemos los aspectos diferenciadores del modelo de abordaje de los trastornos adictivos en el centro de tratamiento que nos ocupa, pasamos a describir brevemente 5 casos clínicos con el objeto de centrar el foco en las prescripciones farmacológicas en el marco de la complejidad del tratamiento. Nuestro interés se centra en el papel que juegan los fármacos como parte del proceso terapéutico, así como los aspectos relacionados con:

- La prescripción: objetivo terapéutico. Más allá del efecto farmacológico del fármaco.
- Las indicaciones sobre el tratamiento farmacológico y el momento en el que se procede a la prescripción.
- La adherencia al tratamiento
- Las expectativas del paciente vs. los objetivos del terapeuta
- La retirada del fármaco

CASO CLÍNICO 1: Dependencia a nicotina

Paciente de 48 años cuando acudió al servicio de adicciones. Fumador de 60 cigarrillos diarios, trabajaba en una fábrica a turnos, haciendo además horas extras por necesidades económicas de la familia. Se sentía querido por su mujer y él creía ser un buen marido. Sin embargo, se sentía muy frustrado. Contó que su mayor regalo era haber mantenido durante años una liturgia relacional con su hijo de 17 años que le hacía sentirse bien. Cada domingo, hasta hace 3 meses, se levantaban juntos muy

temprano, cogían sus bicicletas y recorrían 8 Km cuesta arriba, hasta llegar a un bello paraje desde donde se veía el mar en toda su extensión. En el pequeño chiringuito desayunaban juntos y charlaban durante una hora de lo ocurrido durante la semana, de sus preocupaciones, de cualquier cosa. Después, volvían a casa para unirse al resto de la familia en el día de descanso. Pero un día, nada más comenzar la empinada cuesta, el paciente se sintió muy mal. No podía con las piernas. Se cayó de la bicicleta y comenzó a vomitar. Su hijo se asustó. Se volvieron a casa. Desde entonces, su hijo nunca le ha pedido que le acompañe en bici por miedo a su pésimo estado de forma, y su padre no se ha atrevido a acompañarle, consciente de sus limitaciones, ocasionadas principalmente por su consumo de cigarrillos.

Después de 6 meses de abstinencia, su mayor felicidad fue volver a recuperar aquel espacio relacional con su hijo. Y éste, le agradeció efusivamente el esfuerzo que había hecho por compartir ese momento. El reencuentro fue el motor de cambio de este paciente.

Prescripción farmacológica

Paciente con alta dependencia a nicotina y angustia asociada a su dificultad para dejar de fumar. En un contexto de angustia, el objetivo terapéutico inicial es limitar las dificultades asociadas al síndrome de abstinencia a nicotina, lo cual ha hecho que el tiempo máximo de abstinencia en el caso del paciente haya sido de 48 horas, con una alta percepción de dependencia que se valida mediante criterios de test de Fargestrom de dependencia a nicotina (33) y DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales) (34).

La prescripción farmacológica se realiza con terapia combinada de parches de nicotina y comprimidos de nicotina dispersables de 1 mg.

El paciente es reticente a utilizar nicotina para dejar de fumar. Se le explica que realmente estamos utilizando el componente adictivo para evitar el consumo de cigarrillos, pues la inhalación es la vía de administración que más potencial adictivo genera. Por otra parte, se evita la toxicidad de los componentes del tabaco, así como del monóxido de carbono.

La terapia nicotínica combinada tiene dos objetivos, por una parte, el uso de parches de nicotina de 21 mg/24 horas, favorece la administración dérmica de nicotina, limitando la velocidad de absorción del propio cigarrillo. Además, los comprimidos de nicotina permiten identificar el craving, el deseo de consumo de nicotina. Se explica la forma de uso de los comprimidos que tienen como objeto la absorción de nicotina a través de la mucosa oro faríngea, a mayor velocidad que el parche de nicotina, pero siempre de manera más lenta que el propio cigarrillo.

Hay que explicar al paciente una serie de pautas clave que debe seguir.

En referencia al parche, el paciente se lo pondrá el primer día por la noche. A la mañana siguiente al despertar, se lo quitará y se pondrá otro con la piel limpia y seca. El objetivo es que el paciente comience la abstinencia al acostarse, de manera que, al despertar no se enfrente con la decisión de dejar de fumar, al tener ya el parche puesto (esta manera de implantar el tratamiento se basa más en un ejercicio terapéutico que en mejorar la labor del fármaco como tal). A partir de entonces, se lo pondrá siempre por la mañana. Además, hay que destacar que no deberá quitarse el parche bajo ningún concepto, incluso aunque llegado un momento de ansia fumara un cigarrillo. Solo se quitará el parche si decide renunciar al proceso y volver a fumar. Por otra parte, se establece una pauta de 21 mg (durante 15 días), seguidamente se pasa a 14 mg, y finalmente, a 7 mg. La reducción de dosis en los parches de nicotina

se realiza de una manera muy interesante, puesto que se establece a partir del día 15 de abstinencia, de forma que para pasar a 14 mg, la primera semana se propone la alternancia de 21 mg y 14 mg en días alternos. Esto permite al paciente evaluar la existencia de diferencias o no entre 21 mg y 14mg y, posteriormente, se hace lo mismo con la reducción de 14mg a 7mg, para finalmente constatar que el paciente no nota diferencia entre llevar un parche de 7 mg y no llevarlo. Esto favorece la percepción del paciente de una vuelta a la normalidad, en la que la apetencia no es craving.

Con respecto al uso de comprimidos, la primera semana se indica que utilice los comprimidos a demanda, siempre que aparezca un deseo irrefrenable de consumo de cigarrillos. A partir de la primera semana se le indica un máximo de comprimidos al día, en función de la dependencia, que puede oscilar entre un máximo indicado (8 unidades/día) hasta ninguno. Es decir, tendrá que valorar el número de comprimidos utilizados, que por lo general siempre es menor al indicado. Con posterioridad a las dos primeras semanas se va reduciendo el número de comprimidos posibles. Aunque el paciente tome menos comprimidos que el máximo indicado en el intervalo de tiempo impuesto, se le mantiene la pauta para que, al bajarle la cantidad máxima durante las semanas siguientes, el propio paciente reduzca aún más el número de comprimidos diarios. La mayoría de los pacientes dejan de consumir comprimidos antes de que se indique definitivamente.

CASO CLÍNICO 2: Dependencia a la nicotina

Paciente que tenía 44 años cuando llegó al Centro de Adicciones derivado del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital. Fumador de 50 cigarrillos/día desde los 17 años, era director mecánico de un taller de automóviles. Casado con una mujer de 41 años (acudió al programa con ella y con dos de sus 3 hijas). La mayor de 17 años y la segunda, de 15. El paciente se presentó como un hombre afable, asertivo, simpático, si bien aquel día estaba asustado. Su claudicación de extremidades inferiores había llegado a un extremo tal que, después de haberle insistido desde hacía 3 años en la necesidad de dejar el tabaco, ahora no tenía más remedio que dejarlo para intentar salvar las piernas.

El paciente, en sus días libres, tocaba el piano en una orquesta que a partir de mayo amenizaba las bodas. Lo hacía porque le divertía. Le gustaba mucho la música y siempre había sido autodidacta. Tenía una alta percepción de dependencia que le hacía aceptar la posibilidad de perder las piernas.

Prescripción farmacológica

En este caso, se le indica vareniclina agonista parcial del receptor nicotínico de la acetilcolina (35). Así pues, se le explica al paciente el “doble efecto” del medicamento. Para el consumo de este medicamento es crucial que los pacientes conozcan su efecto farmacológico, de manera que no se creen falsas expectativas sobre la “píldora milagro”.

Las indicaciones y el seguimiento son importantes, ya que el efecto anti-craving no debe confundirse con la desaparición del deseo vinculado con la apetencia, es decir, el paciente debe ser consciente de que tomar el fármaco, no significa eliminar completamente el deseo adictivo, pues la apetencia es algo natural del organismo que puede ser contralada con ayuda de terapia.

Además, es importante la indicación de realizar la toma no más tarde de las 8 de la tarde, debido a su prevalencia en dificultades del sueño (35).

La psicoterapia es relevante sobre todo en lo referente a la cronicidad de la adicción, de manera que el paciente pueda elaborar su proceso de duelo a la pérdida del tabaco,

compañero de vida desde la adolescencia en contextos además normalizados de consumo. El paciente debe ser consciente de que el fármaco por si solo, no rompe definitivamente su relación con la adicción, puesto que es algo que le ha acompañado a lo largo de su vida. Es por esto que, tratarlo como una terapia de duelo, resulta efectivo en este tipo de pacientes crónicos.

Otro aspecto importante en lo referente al “relato del fármaco” está asociado a la gestión y decisión del día en el que el paciente deja de fumar, puesto que hasta el día 12 de tratamiento el paciente puede fumar, si bien debe entender que está fumando “para dejar de fumar”.

La pauta consiste en pasar de 0,5 mg (los primeros cuatro días) a 1 mg, para finalmente llegar a 2 mg/día, lo que supone asociar la ingesta del fármaco con una reducción del craving que le permita al paciente una reflexión previa al consumo que, hasta ese momento no era posible debido a la impulsividad asociada al propio craving.

CASO CLÍNICO 3: Dependencia a alcohol

Paciente de 43 años, acude al servicio después de solicitar información telefónica por un “problema de alcoholismo cronicado”. Se ha separado de su mujer con la que vivía desde hacía 10 años (pareja sin hijos) y en la actualidad ha vuelto a casa de sus padres con un sentimiento de fracaso vital y en consumo activo de 75 unidades de alcohol por semana (límite de riesgo según OMS, 35 unidades/semana en varones). En los últimos 5 años ha estado ingresado en clínicas especializadas, ha acudido a tratamientos ambulatorios y el tiempo máximo de abstinencia ha sido de 6 meses.

Aspectos relevantes:

- *Es el segundo de cinco hermanos. Tiene un hermano gemelo. Todos los hermanos tienen titulación universitaria y puestos laborales de prestigio. Además, todos están casados y tienen hijos.*
- *Su padre es veterinario jubilado, con 75 años, y su la madre, maestra jubilada, con 76 años.*
- *El paciente ha trabajado durante muchos años en mataderos y como tratante de ganado. Pasión por los animales. Su padre dice de él que hubiera sido un gran veterinario.*
- *Su padre controla su abstinencia desde hace tiempo con un alcoholímetro. Aunque el paciente se autodefine como alcohólico crónico, el padre lo define como un “díscolo”, un rebelde sin causa.*

Para este paciente se plantea un tratamiento diferenciado, individual, además de establecer sesiones de familia y con el subsistema filial.

Prescripción farmacológica

Una vez evaluado el trastorno según criterios DSM-V (34), CIE 10 (36), y cuestionario breve de alcoholismo, se establece una pauta farmacológica para disminuir el “craving” mediante tiapride (37) , un neuroléptico antagonista débil de receptores D2 que ha mostrado efectos en pacientes alcohólicos (38). Una vez que esta asegurada la abstinencia con tiapride (72h), ya se podría comenzar el tratamiento con Antabús®. El consumo de Antabús® (disulfiram) se realiza siempre de forma consensuada con el paciente y su familia. Este hecho determina que el paciente tome el medicamento delante de sus padres, con el objeto de establecer un efecto “ansiolítico” para ambos, que favorece la autonomía del paciente, definiendo su puente a la abstinencia sin un control extremo por parte de la familia.

Observamos, por tanto, que el efecto Antabús®, puede ofrecer algo más aparte del propio efecto farmacológico aislado, aunque no se trate de un fármaco con

propiedades ansiolíticas. Así pues, la idea de ofrecer al paciente tratamiento con Antabús® es poder hablar de asuntos más relevantes que del alcohol, como la relación causa-efecto, en la que el rol de enfermo retroalimenta el de padres cuidadores, abriendo el foco a aspectos importantes que podrían llegar incluso a revelar la causa de la adicción.

CASO CLÍNICO 4: Dependencia a cocaína

Paciente de 43 años, casada. Una hija de 8 años. Negocios de hostelería. Relación disarmónica con su pareja. Consumidora de cocaína desde hace 15 años. En los últimos dos años el consumo es diario, con una cantidad de 1-1,5 g. día. La demanda se produce como consecuencia de sangrados nasales, dolor del tabique nasal, episodios disfóricos y paranoides. Su consumo de cocaína siempre está asociado a consumo de alcohol en dosis bajas, favoreciendo un efecto euforizante de alcohol que activa el deseo de cocaína.

La paciente siempre tiene en casa cocaína porque no puede soportar la idea de quedarse sin ella. En el caso de la dependencia severa a cocaína, asociada al consumo de alcohol, debe indicarse la necesidad de cesar el consumo de alcohol.

Prescripción farmacológica

Cabe destacar en este punto que no se dispone de un tratamiento farmacológico específico para la dependencia a la cocaína, sin embargo, el uso de ciertos fármacos de manera conjunta hace que se aproxime a este de una manera eficaz.

En este caso, la prescripción farmacológica se asocia a la administración de naltrexona para reducir el deseo de consumo de alcohol (15), así como la prescripción de paroxetina de 20 mg para el crash emocional post consumo que puede generar cuadros depresivos subclínicos severos (39), y diazepam de 5 mg, cada 8 horas, cuyo efecto ansiolítico ayuda a gestionar el craving para cocaína, que es de carácter principalmente psicológico (40).

En este caso, el soporte farmacológico sintomático se centra, por una parte, en mejorar el estado anímico del paciente, y por otra, además, a favorecer la posibilidad de disminución de craving a alcohol con la naltrexona (15).

Es importante destacar que en este supuesto, las prescripciones farmacológicas se relacionan con la determinación de la paciente para enfrentar la acción según el modelo transteórico de cambio (6).

Así, para este tipo de cuadros mixtos, con sintomatología psiquiátrica asociada al consumo, la adherencia al tratamiento es un pilar fundamental, además de evitar cualquier tipo de automedicación con ansiolíticos que no sean los indicados por el equipo.

CASO 5: Dependencia a opiáceos

Paciente de 54 años dependiente a opiáceos que hace 20 años comenzó tratamiento ambulatorio de metadona como consecuencia de los intentos fallidos para dejar la heroína, siempre por administración intravenosa. La normalización de las unidades de metadona en oficina de farmacia y en centros de salud, le permitió también reconducir su vida. Se casó, tiene dos hijos de 11 y 7 años. Está jubilado del servicio de aduanas. Es un hombre atormentado por su relación con la heroína, así como con su pasado. Tiene los estudios completos de piano y es un excelente dibujante. Aún en tratamiento con metadona, ocasionalmente ha consumido heroína, motivo por el que en la unidad pública de drogodependencias vuelven a subirle la dosis de

metadona, estando en los últimos dos años en una dosis de 60 mg, siendo la metadona un opiáceo de acción prolongada.

La demanda se asocia con el deseo de intentar definitivamente desvincularse de la heroína y de la metadona.

Prescripción farmacológica

En estos casos, que se dan en pacientes que se mantienen desde hace muchos años en tratamientos con metadona, es necesaria una evaluación y seguimiento de la motivación, de la patología psiquiátrica (en caso de que el paciente la padezca) y, además, la supervisión diaria en caso de administrar Suboxone®.

El Suboxone® es un medicamento que combina un agonista parcial opiáceo (2mg de buprenorfina) y un antagonista opiáceo (0,5 mg de naloxona) (17).

Las especificidades de este fármaco se asocian por una parte al acomodo cerebral producido por la buprenorfina (40), así como al bloqueo de receptores opioides por parte de la naloxona (que desplaza al opiáceo y precipita la abstinencia) (17).

Este fármaco está favoreciendo el paso de programas de reducción de daños (administración de metadona sin más intervención) a programas libres de drogas basado en el cambio de patrones cognitivo-conductuales del paciente para el mantenimiento de la abstinencia.

Así, se plantea al paciente la posibilidad de abandonar la cronicidad del tratamiento al que lleva sometido años, para pasar a un tratamiento que le permita liberarse de la adicción de forma completa.

Para la sustitución del tratamiento con metadona el paciente debe estar en cantidades de 30 mg/día o menos, y la primera dosis de Suboxone® no debe administrarse hasta pasadas 24 horas de la última toma. Siempre debe realizarse la primera administración ante la aparición de los primeros síntomas de abstinencia, con el objeto de evitar la precipitación del síndrome de abstinencia por parte del antagonista. El malestar de los síntomas de abstinencia es uno de los aspectos claves a tratar, además de la redefinición del papel del fármaco, como puente a la abstinencia.

Así, el paciente ha estado con Suboxone® durante un año, incrementándose hasta 8 mg de buprenorfina, para después comenzar la reducción.

En este caso, la dependencia a opiáceos tiene un poderoso estigma que, mediante esta modalidad de tratamiento abre una puerta a la liberación definitiva de la adicción (tanto a heroína como a metadona).

6. CONCLUSIÓN

La farmacología tiene un papel relevante en el tratamiento de los trastornos adictivos, si bien todavía existen muchas lagunas para el abordaje de determinadas patologías adictivas donde la impulsividad es el eje central del consumo intensivo (por ejemplo, en la adicción a cocaína, ya que este trastorno produce un importante “crash” emocional). Sin embargo, la inclusión de pautas farmacológicas en el tratamiento de los trastornos adictivos parece convertirse en una poderosa herramienta terapéutica más allá de la acción farmacológica de cada principio activo, siempre y cuando las indicaciones y objetivos de las prescripciones se encaminen a los objetivos finales de tratamiento.

Debemos atender al “significado de los fármacos”, entendiendo esto como la forma en la que se integran estas sustancias en los procesos terapéuticos, y que complementan el trabajo psicoterapéutico. Los fármacos, en estos procesos, se convierten en un

andamiaje para poder reconstruir el edificio emocional del paciente, así como sus objetivos vitales.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta el “relato del fármaco”, es decir, el papel que juega el fármaco en el proceso terapéutico. Se debe pensar en la forma en la que interactúa cada fármaco con la experiencia personal de sufrimiento en cada paciente, sabedores de qué es finalmente lo que alivia y lo que nos permite trabajar en el contexto de la psicoterapia.

El “relato farmacológico”, entonces, no debe ser imperativo en los tratamientos de los trastornos adictivos, pero como hemos visto, su manejo especializado favorece acortar los tiempos de tratamiento, mejorar la adherencia al tratamiento y facilitar el trabajo psicoterapéutico.

Así, desde una perspectiva compleja, la combinación de la psicofarmacología con la terapia más allá del consejo individual o grupal, nos permite también hacer un seguimiento del interés del paciente por el fármaco en función de la remisión parcial o completa de los síntomas del trastorno adictivo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Martín González E, Sánchez Pardo L. Evolución de las demandas asistenciales en España. *Trastor adict* (Ed impr) [Internet]. 2001 [cited 2020 Jun 8];5–13. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-evolucion-demandas-asistenciales-espana-13012739>
2. Sánchez Pardo L. Situación actual y evolución de los consumos de drogas ilícitas en España. *Trastor Adict* [Internet]. 2001 [cited 2020 Jun 8];3(2):85–94. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-situacion-actual-evolucion-consumos-drogas-13015407>
3. Fuente L de la, Teresa Brugal M, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2006 [cited 2020 Jun 8];80(5):505–20. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000500009
4. Chakraborty A, Ghosh S, Mukhopadhyay P, Dinara SM, Bag A, Mahata MK, et al. Trapping effect analysis of AlGaN/InGaN/GaN Heterostructure by conductance frequency measurement. In: *MRS Proceedings* [Internet]. 2014. p. 81–7. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
5. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. *Manual de transtornos adictivos*. 2ª Edición. Enfoque Editorial. 2015. 500 p.
6. DiClemente CC, Prochaska JO, Norcross JC. Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Rev Toxicom* [Internet]. 1994 [cited 2020 Jun 10];1(1):3–14. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5528547>
7. Secades Villa R. Evaluación conductual de recaídas en la adicción a las drogas:

- estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*. 1997;9(2):259–70.
8. Castilla Carramiñana P. La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social [The prevention of relapses in the Marlatt model. Contributions from the field of social work]. *Trab Soc Hoy*. 2016 Jan 31;77(Primer Cuatrimestre):109–33.
 9. Pascual Lacal PL. Teorías De Bandura Aplicadas al Aprendizaje. *Innovación y Exp Educ*. 2009;1(22):1–8.
 10. Valverdi J, Celeste Alvarez M. Estrategias para la prevención de recaídas en el tratamiento de adicciones: El uso de los instrumentos de evaluación y la terapia Cognitiva-Conductual [Internet]. <http://www.terapia-ocupacional.com/>. [cited 2020 May 1]. Available from: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Prevencion_recaidas_tratamiento_adicciones_cognitivo_conductual_terapia_ocupacional_Valverdi_mayo13.pdf
 11. B.Vera F, Smith R, J.Videla A. Tabaquismo : epidemiología , neurobiología y tratamiento [Internet]. PROSAC (Programa de actualización continua de la Sociedad Argentina de Cardiología). 2010. p. 78–104. Available from: http://educacion.sac.org.ar/pluginfile.php/1757/mod_resource/content/1/pdf/prosac-5-10.pdf
 12. Lettieri CN, Medina RA, Ríos RR, Carla D, Inocente G, Medicina S De, et al. Uso de Vareniclina en la cesación del hábito tabáquico. *Rev Posgrado la Vía Cátedra Med*. 2007;13–6.
 13. Martí Granell A. El Antabús en el tratamiento del alcoholismo. *An Med Cir*. 1949;30(54):470–6.
 14. Oural L, París MV, Sullivan O, Polach M, Pavlovsky F, Capece J. Actualización del tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica. *VERTEX - Rev Argentina Psiquiatr*. 2008;19:512–21.
 15. Torres Hernandez MA, Arias Horcajadas F, Ochoa Mangado E. Efectividad de la Naltrexona entre pacientes alcohólicos. *Adicciones*. 2000 Jul 15;12(2):177–85.
 16. Vidal Casero MC. Deshabitación de opiáceos (I). *Offarm* [Internet]. 2002 Jan 1 [cited 2020 Jun 9];21(1):94–102. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-deshabitacion-opiaceos-i--13025051>
 17. Martínez B, Donat L, Soler E, Ferrando R, Perez N, Romero R. Revisiones Buprenorfina-naloxona en el tratamiento de la dependencia a opiáceos. *Rev española Drog* [Internet]. 2007 [cited 2020 Jun 8];149–61. Available from: https://www.aesed.com/descargas/revistas/v32n2_3.pdf
 18. Ochoa E, Agustín Madoz-Gúrpide); Situación actual de los programas con naltrexona en la dependencia de opiáceos. Revisión de su efectividad. *Adicciones* [Internet]. 2005 [cited 2020 Jun 8];17(2):223–34. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122022010.pdf>
 19. Solé Puig J. Tratamiento del paciente cannábico. *Adicciones* [Internet]. 2000 [cited 2020 Jun 8];12(5):301–14. Available from: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/686/674>
 20. Solé Puig J. Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia. *Adicciones*. 2001;13:209–25.

21. Stanton MD, Todd TC. The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction [Internet]. New York: Guilford Press; 1982. 474 p. (Family Therapy Series). Available from: <https://books.google.es/books?id=vg7Un9HkHHoC>
22. Abeijón J. Los sistemas en la demanda del toxicómano. Comunidad y Drog [Internet]. 1987 [cited 2020 Jun 10];1:21–33. Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/pndcomunidadmono1.pdf>
23. Minuchin S, Nichols MP. La recuperación de la familia: relatos de esperanza y renovación [Internet]. Barcelona: Paidós; 1994. 307 p. (Colección Terapia Familiar). Available from: <https://books.google.es/books?id=kLx4PQAACAAJ>
24. Fuentes-Pila JM, López E, Calatayud P, Castañeda B. Dificultades de normalización de la abstinencia nicotín-tabáquica. Los sín- tomas ocultos de la adicción. Prevención del Tab [Internet]. 2004 [cited 2020 Jun 9];6:138. Available from: <https://issuu.com/separ/docs/v6sup1>
25. Minuchin S, Fishman HC. Técnicas de terapia familiar [Internet]. Paidós; 1984. 286 p. (Colección Grupos e Instituciones). Available from: <https://books.google.es/books?id=UL7oQW6cF-8C>
26. Miller WR, Carroll KM. Genetic of Substance Use Disorders. In: Rethinking Substance Abuse [Internet]. Guilford Press; 2006. p. 61–77. Available from: https://books.google.es/books?id=CKU1b_HwzTsC
27. Bowen M. De la familia al individuo: La diferencia del sí mismo en el sistema familiar [Internet]. Barcelona: Paidós; 1991. 208 p. (Colección terapia familiar). Available from: <https://books.google.es/books?id=9veOhhhl6h4C>
28. Fuentes-Pila JM, López E, Calatayud P, Pereira R. El genograma. Uso clínico en el tratamiento de la dependencia nicotín-tabáquica. Prevención del Tab [Internet]. 2005;7:97–108. Available from: <https://issuu.com/separ/docs/v7n3>
29. Berg IK, Miller SD. Trabajando con el problema del alcohol: orientaciones y sugerencias para terapias de familia breves [Internet]. Barcelona: Editorial Gedisa; 2002. 286 p. (Colección terapia familiar). Available from: <https://books.google.es/books?id=OPNzuAAACAAJ>
30. de Shazer S. Claves en Psicoterapia breve: Una teoría de la solución [Internet]. Barcelona: Gedisa; 1992. 223 p. (Colección Psicología / Gedisa: Terapia familiar). Available from: <https://books.google.es/books?id=kMpqAAAACAAJ>
31. De Shazer S. Putting Difference to Work [Internet]. Nueva York: W.W. Norton; 1991. 182 p. (A Norton professional book). Available from: <https://books.google.es/books?id=5NJ5QgAACAAJ>
32. Friedman S. El nuevo lenguaje del cambio: La colaboración constructiva en psicoterapia. Barcelona: Gedisa; 2001. 368 p.
33. Roa-Cubaque MA, Parada-Sierra ZE, Albarracín-Guevara Y, Alba-Castro E, Aunta-Piracon M, Ortiz-León M. Validación del test de Fagerström para adicción a la nicotina (FTND). Rev Investig en Salud Univ Boyacá. 2016;3(2):161–75.
34. Fernando Muñoz L, Jaramillo LE. DSM-5: ¿Cambios significativos? Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2015 Mar;35(125):111–21.
35. Monografías Principio Activo: Vareniclina [Internet]. Vademecum. 2018 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.vademecum.es/principios-activos->

vareniclina-n07ba03

36. Ramos Martín-Vegue AJ, Vázquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S. CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Pápeles Médicos*. 2002;11(1):24–35.
37. Monografías Principio Activo: Tiapride [Internet]. *Vademecum*. 2015 [cited 2020 Jun 10]. Available from: https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-tiapride+sandoz+tablet+100+mg-francia-n05a103-fr_1
38. Balcells M, Gual A. Farmacoterapia de la deshabitación alcohólica. Nuevos fármacos, nuevos conceptos. *Adicciones* [Internet]. 2002 [cited 2020 Jun 10];14(5). Available from: <http://www.itesm.tol.teachhealth.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/537/529>
39. Luisa Celorrio Bustillo M. Atención al Paciente Cocainómano. *Rev Clínica Med Fam*. 2007;2(1):25–31.
40. Valderrama JC, Martínez-Raga J, Sancho A. La Buprenorfina. *Trastor Adict* [Internet]. 2000 May 1 [cited 2020 Jun 9];2(2):94–8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-la-buprenorfina-10017603>