

Hipnosedantes en toxicomanías: desde el uso clínico adecuado al tratamiento. Del abuso y dependencia

Marta Torrens Melich

Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías
Hospital del Mar

Introducción:

Los hipnosedantes constituyen uno de los grupos de medicamentos más prescritos en la práctica médica cuyo efecto farmacológico más característico es la inducción del sueño y la reducción de la ansiedad. La prevalencia estimada del consumo de estos fármacos en la población general varía mucho de un país a otro. En España, el 4.2 % de la población mayor de 16 años ha consumido sedantes e hipnóticos en alguna ocasión (Del Río et al 1996). El grupo de los hipnosedantes incluye distintos fármacos: los antihistamínicos, barbitúricos, benzodiazepinas, derivados del cloral, L-triptófano, meprobamato, metaqualona, azapironas, imidazopiridinas. Las indicaciones principales de estos medicamentos son el tratamiento de la ansiedad y del insomnio. A su vez, los síntomas de ansiedad e insomnio constituyen unas de las quejas más frecuentes de los pacientes toxicómanos y por las que hacen demanda de tratamiento. También se ha observado un elevado potencial de abuso y dependencia de los hipnosedantes entre los pacientes con abuso o dependencia del alcohol u otras drogas.

Ansiedad y toxicomanías:

Se ha descrito que entre el 50 y el 67 % de los pacientes con problemas de abuso o dependencia del alcohol u otras drogas manifiestan síntomas de ansiedad en algún momento de su enfermedad (John y Miller 1997). Además estas cifras pueden incrementarse hasta el 80 % durante los cuadros de intoxicación o abstinencia. Algunos investigadores han postulado que la ansiedad y los trastornos adictivos están relacionados genéticamente, mientras que otros opinan que las personas con ansiedad intentan automedicarse sus síntomas consumiendo alcohol u otras drogas. En general puede admitirse la existencia de diferentes modelos de causalidad entre el consumo de drogas y los trastornos de ansiedad. En el caso de los síntomas de ansiedad que aparecen relacionados con la intoxicación aguda de estimulantes (cocaína, anfetaminas) o durante la abstinencia de sedantes (alcohol, opiáceos),

es importante tener en cuenta que será necesario el uso de fármacos para el tratamiento de tales estados. En algunos casos, como la abstinencia del alcohol, deberán utilizarse sedantes del tipo benzodiazepínicos.

Cuando los síntomas de ansiedad coexisten con la patología adictiva, siempre deberá realizarse tratamiento de la patología ansiosa. En general el tratamiento de los trastornos de ansiedad es el mismo que en los casos en los que no hay problemas de drogas, aunque con algunos matices. En ocasiones es necesaria la prescripción de ansiolíticos, prefiriéndose el uso de benzodiazepinas durante períodos de tiempo cortos y bajo supervisión para evitar problemas de abuso y dependencia de estos fármacos. Se ha observado que algunas benzodiazepinas como el flunitrazepam y el alprazolam tienen un mayor riesgo de abuso en esta población, mientras que otras como el clonazepam y el lorazepam parecen tener menos potencial de abuso. Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina así como la bupiriona pueden utilizarse por períodos de tiempo más prolongados sin que se hayan descrito problemas de abuso o dependencia en estos pacientes.

Además se emplean las terapias cognitivo-conductuales en el tratamiento de los distintos trastornos de ansiedad. En el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada son útiles terapias como las exposiciones a estímulos, relajación y reestructuración cognitiva. En las fobias son efectivas las técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales. En los trastornos obsesivo-compulsivos suele combinarse el tratamiento con cloimipramina o un inhibidor selectivo de recaptación de la serotonina con técnicas conductuales específicas de exposición.

Uso de hiposedantes en pacientes toxicómanos:

Los toxicómanos pueden tomar benzodiazepinas para mejorar los efectos adversos de la cocaína, como automedicación del síndrome de abstinencia de la heroína o del alcohol, para aumentar los efectos de la metadona, y para "colocarse" cuando no disponen de otras drogas. En general, rara vez las benzodiazepinas son sus drogas preferidas. Incluso aunque el uso que realizan de las benzodiazepinas no pueda calificarse como "abuso" desde el punto de vista de los criterios del DSM-IV, suele decirse que estos individuos abusan de las benzodiazepinas, puesto que su consumo se realiza fuera del contexto del tratamiento médico y es parte del patrón de policonsumo de drogas. Además, las benzodiazepinas suelen obtenerse en el mercado ilegal.

En nuestro país, se ha observado que entre el 50 y el 70 % de los toxicómanos en tratamiento ambulatorio o que ingresan para desintoxicación, están consumiendo benzodiazepinas (San et al 1993 a, b). Así mismo se ha detectado una tasa de abuso de benzodiazepinas relativamente elevada entre los pacientes que están siguiendo un programa de mantenimiento con metadona (Iguchi et al 1993).

Los pacientes politoxicómanos que, entre otras drogas, toman también benzodiazepinas, con frecuencia las consumen con dosis muy superiores a las dosis terapéuticas habituales (por ejemplo, 20 mg/día de alprazolam). El consumo de benzodiazepinas a dosis altas tiene un riesgo elevado de aparición de síntomas de retirada que pueden ser graves como convulsiones, cuadro confusional y psicosis si se dejan de consumir de forma brusca, por lo que debe realizarse un tratamiento de desintoxicación. Habitualmente la desintoxicación debe realizarse en régimen de ingreso y sólo puede intentarse en régimen ambulatorio si hay suficientes garantías de contención y soporte externo. Habitualmente se sustituye la dosis de la benzodiazepina de abuso por una dosis equivalente de una benzodiazepina de vida media larga administrada en dosis fraccionada durante el primer día. Posteriormente, el segundo día, la dosis total administrada se disminuye en un 30 % y posteriormente, un 5 % en los siguientes días. Si durante la disminución aparece sudoración, temblor o hiperactividad vegetativa, deberá enlentecerse la disminución. También se han utilizado otros fármacos no benzodiazepínicos para tratar el síndrome de abstinencia con resultados variables en cuanto a eficacia. Entre estos fármacos destacan: buspirona, carbamazepina, clonidina, imipramina, luminal y propanolol.

Así mismo se han descrito varias técnicas complementarias que facilitan que el individuo pueda reducir sus niveles de ansiedad utilizando sus propios recursos y que son especialmente interesantes en el caso de dependencia de benzodiazepinas. Estas técnicas incluyen la relajación muscular progresiva, la meditación, el entrenamiento autógeno, el biofeedback y la relajación inducida hipnóticamente.

El caso del flunitrazepam:

Se ha descrito el abuso del flunitrazepam entre los pacientes toxicómanos en distintos países en los que está comercializado (Navaratman y Foong 1990; San et al 1993 b). Ésta es la benzodiazepina más preferida entre los dependientes de opiáceos (Darke et al 1995; Barnas et al 1992). El flunitrazepam se abusa principalmente por vía oral, aunque también se ha descrito por vía esnifada (Bond et al 1994) y endovenosa (Darke et al 1995).

Las bases farmacológicas que pueden explicar la preferencia por el flunitrazepam no están dilucidadas. Se ha sugerido que el rápido inicio de sus efectos puede ser un factor que contribuye a su potencial de abuso (Farré y Camí, 1991). Además es un fármaco muy lipofílico que penetra rápidamente en el sistema nervioso central (Arendt et al 1993). El flunitrazepam y otras benzodiazepinas son usadas por los toxicómanos para aumentar o potenciar los efectos de la heroína, para obtener un mejor “colocón” y para prevenir o suprimir los síntomas de abstinencia (Navaratnam y Foong 1990; Torrens y San 1993). Estudios sobre el potencial de abuso clínico de este fármaco en sujetos voluntarios sanos han observado que el flunitrazepam inducía aumentos significativos en algunos efectos relacionados con el placer (“me gusta”, “efectos buenos”, “colocado”) que pueden estar

relacionados con su potencial de abuso (Farré y cols 1996). En la misma línea, recientemente en un estudio realizado para evaluar los efectos subjetivos y los psicomotores agudos del flunitrazepam en pacientes en mantenimiento con metadona, se ha observado que el flunitrazepam induce euforia en estos sujetos (Farré et al 1998) lo que explica, al menos en parte, su elevado abuso en esta población.

Bibliografía:

Arendt RM, Greenblatt DJ, deJong RH, Bonin JD, Abernathy DR, Ehrenberg BL, Giles HG, Sellers EM, Shader IR. In vitro correlates of benzodiazepine cerebrospinal fluid uptake, pharmacodynamic action and peripheral distribution. *J Pharmacol Exp Ther* 1993; 227: 98-106.

Barnas C, Rossmann M, Roessler H, Reimer Y, Fleischacker WW. Benzodiazepines and other psychotropic drug abused by patients in a methadone maintenance program: familiarity and preference. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12: 397-402.

Bond A, Seijas D, Dawling S, Lader M. Systemic absorption and abuse liability of snorted flunitrazepam. *Addiction* 1994; 89: 821-830.

Ciraulo DA, Sands BF, Shader RI, Greenblatt DJ. Anxiolytics. En: Ciraulo DA y Shader RI, eds. *Clinical Manual of Chemical dependence*. American Psychiatric Press, Inc, Washington 1991: 135-173.

Darke SG, Ross JE, Hall WD. Benzodiazepine use among injecting heroin users. *Med J Aust* 1995; 162: 645-647.

Del Río MC, Prada C, Alvarez FJ. The use of medication and alcohol among the Spanish population. *Br J Clin Pharmacol* 1996; 41: 253-255.

Farré M, Camí J. Pharmacokinetic considerations in abuse liability evaluation. *Br J Addict* 1991; 86: 1601-1606.

Farré M, Terán MT, Camí J. A comparison of the acute behavioral effects of flunitrazepam and triazolam in healthy volunteers. *Psychopharmacology* 1996; 125: 1-12.

Farré M, Terán MT, Roset PN, Mas M, Torrens M, Camí J. Abuse liability of flunitrazepam among methadone-maintained patients. *Psychopharmacology* 1998; 140: 486-495.

Iguchi MY, Handelsman L, Bickel WK, Griffiths RR. Benzodiazepine and sedative use/abuse by methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend* 1993; 32: 257-266.

John S, Miller NS. Anxiety disorders and addictions. In: Miller NS (ed). The principles and practice of addictions in psychiatry. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1997, pp: 249-254.

Navaratnam V, Foong K. Adjunctive drug use among opiate addicts. *Curr Med Res Opin* 1990; 11: 611-619.

San L, Tato J, Torrens M, Castillo C, Farré M, Camí J. Flunitrazepam consumption among heroin addicts admitted for inpatient detoxification. *Drug Alcohol Depend* 1993; 32: 281-286. (a).

San L, Torrens M, Castillo C, Porta M, De la Torre R. Consumption of buprenorphine and other drugs among heroin addicts under ambulatory treatment: results from cross-sectional studies in 1988-1990. *Addiction* 1993; 88: 1341-1349. (b).

Torrens M, San L. El abuso de flunitrazepam en población toxicómana. En: Casas M, Gutierrez M, San L (eds.). *Adicción a psicofármacos*. Ediciones en Neurociencias, Barcelona, 1993, pp: 185-192.