



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 11/11/2017. Aceptado: 22/02/2018

# INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE OPIÁCEOS CON SÍNDROME DE DEPENDENCIA EN UN PROFESIONAL SANITARIO

## COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION IN OPIOID CONSUMPTION DISORDER WITH DEPENDENCE SYNDROME IN A HEALTHCARE PROFESSIONAL

D. Chávez\*, T. Pujol Culleré, M.D. Braquehais Conesa

Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo, Clínica Galatea, Barcelona, España.

\*Dña. Daniela Sofía Chávez Zambrano llevó a cabo el presente trabajo mientras cursaba las prácticas en la Clínica Galatea como parte del curso de posgrado del Máster de Medicina Conductual de la Universitat de Barcelona (UAB).

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;4:9-17.



## RESUMEN

Los profesionales sanitarios pueden presentar problemas de salud mental o adicciones que pueden influir negativamente en un adecuado ejercicio profesional. En España se viene desarrollando, desde hace más de 20 años, programas específicos para profesionales de la salud con trastornos mentales. El objetivo de este estudio es presentar una propuesta de una intervención cognitivo-conductual en un caso de un profesional de la salud tratado en dicho programa por un trastorno por consumo de opiáceos con síndrome de dependencia. El abordaje psicoterapéutico individual tuvo lugar durante el ingreso a lo largo de 4 semanas en la sede clínica del dispositivo asistencial del programa RETORN para Enfermería. Los objetivos del ingreso fueron la desintoxicación y el inicio de la deshabitación para favorecer, en último término, la posterior reincorporación al ejercicio profesional de forma segura. Tras el abordaje cognitivo-conductual, se consiguió el mantenimiento de la abstinencia a la sustancia, disminución del malestar subjetivo y mejoría en el funcionamiento personal. Sin embargo, a los meses del alta se produjo una recaída en el consumo de fentanilo que fue tratada con eficacia a nivel ambulatorio.

**Palabras clave:** Adicción; Dependencia a opiáceos; Profesional sanitario; Intervención cognitivo-conductual; Estudio de caso

## ABSTRACT

Health professionals can present mental health problems or addictions that can negatively influence an adequate professional practice. In Spain specific programs for health professionals with mental disorders have been developing for more than 20 years. The objective of this study is to present a proposal of a cognitive-behavioral intervention in a case of a health professional treated in said program for an opioid consumption disorder with dependency syndrome. The individual psychotherapeutic approach took place during the 4-week admission in the clinical headquarters of RETORN, the program for nursing professionals. The objectives of the admission were the detoxification and the beginning of the detoxification to favor, in last term, the later reincorporation to the professional exercise of sure form. After the cognitive-behavioral approach, maintenance of abstinence to the substance was achieved, subjective discomfort decreased and personal functioning improved. However, after the months of discharge, there was a relapse in the consumption of fentanyl, which was treated effectively at the outpatient level.

**Keywords:** Addiction; Opioid dependence; Health professional; Cognitive-behavioral intervention; Case study

## INTRODUCCIÓN

La drogodependencia es un trastorno con tendencia a la cronicidad y recidivante (Fernández Miranda y Pereiro, 2007). Conlleva a una búsqueda compulsiva de la droga, incapacidad de controlar o interrumpir el consumo a pesar de los efectos perjudiciales físicos, psicológicos o sociales del mismo así como fenómenos de recaída incluso tras largos periodos de abstinencia. Esta situación conduce al individuo

a una progresiva desestructuración de todas sus actividades debido al excesivo tiempo que se emplea en la obtención, consumo o recuperación de los efectos de la sustancia. Según el DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2002). En el caso de los opiáceos, el consumo prolongado produce cambios moleculares y de la expresión génica que finalmente son los responsables de los fenómenos típicos de la adicción. La tolerancia usualmente ocurre luego de tres semanas de uso



diario. En cambio, los síntomas del síndrome de abstinencia típicamente alcanzan su pico entre las 24 y 48 horas de su inicio. El síndrome de abstinencia a opiáceos se caracteriza por disforia, inquietud, angustia, desesperación, rinorrea, epífora, mialgias y artralgias, náusea, vómito y diarrea (Sandí y Sandí, 2016).

En cuanto a la intervención, según Secades Villa y Fernández Hermida (2001), el panorama actual de las terapias psicológicas para el tratamiento de la adicción a los opiáceos se centra especialmente en la heroína presenta, que a comparación con otras sustancias existe relativa escasez de trabajos empíricos bien controlados y con seguimientos a largo plazo.

El entorno en el que se atiende este caso es en el de un programa específico para profesionales sanitarios que presentan conductas problemáticas relacionadas con problemas de salud mental o adicciones. Esta situación puede influir en un adecuado ejercicio profesional y propiciar un riesgo para la praxis que puede afectar a la salud de los pacientes, traer consecuencias para la vida y la carrera para el profesional y una carga económica sobre el sistema sanitario (Angres, McGovern, Shaw y Rawal; 2003). Por ejemplo, en el caso de los médicos se ha estimado que la prevalencia de los trastornos mentales y/o adicciones es similar, y en el caso de los trastornos de ansiedad o suicidio es incluso mayor, que en la población general (Braquehais, Tolchinsky y Bruguera; 2016). Por otro lado, según Raab (2014), los profesionales sanitarios están más expuestos al estrés, lo que reduce la atención y la concentración, las habilidades de toma de decisiones, la eficacia en la comunicación, así como contribuir a diversos problemas de salud física como fatiga, insomnio, enfermedades del corazón, depresión y obesidad.

Según Braquehais, Bel, Montejo, Arteman, Bruguera y Casas (2012), el objetivo del modelo de atención al profesional sanitario enfermo español es el proceso de rehabilitación supervisada y control del ejercicio profesional, lo cual se logra a través de una atención especializada, multidisciplinar e integral al médico. Además, se define como un método no persecutorio y no punitivo que promueve el acceso voluntario al tratamiento ambulatorio u hospitalario, siendo obligatorio sólo cuando hay evidencia o riesgo de mala praxis. De este modo, Padrós et al. (2013), se da énfasis a características y necesidades propias de esta población como la demora en la petición de ayuda, por causas como el temor a la pérdida de su credibilidad profesional, la fantasía de control y la

sensación de invulnerabilidad; o el mayor estigma en este colectivo específico asociado a la enfermedad mental que otras enfermedades médicas.

El presente caso corresponde a una paciente con diagnóstico trastorno por consumo de opiáceos con síndrome de dependencia tratada en la Unidad de Hospitalización de la Clínica Galatea por una recaída en el consumo 1 año posterior a su anterior ingreso.

## MÉTODO

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

La paciente es una mujer de 47 años, divorciada y con 1 hija, con quien reside actualmente. Trabaja desde hace 20 años como enfermera de paliativos en una unidad oncológica. Asiste a consulta para ser ingresada en el Programa de Adicciones luego de recaer en el consumo de opiodes como el fentanilo y la codeína desde 3 meses antes. De la primera sustancia llega a consumir hasta 10 comprimidos de 200 mg ya que rápidamente desarrolla tolerancia y consumía codeína cuando no le era posible acceder a ésta. Refiere como motores de consumo sensación asténica y de menor rendimiento en general así como reactivación del dolor musculoesquelético debido a la retirada completa de gabapentina. Durante el último periodo de consumo manifiesta abandono de las actividades habituales, desorganización en el patrón de sueño y alimenticio así como descuido de su higiene personal, aseo de su hogar y cuidado de su hija y repercusión en su ámbito laboral con ILT esporádicas y sustracción en el puesto de trabajo. Por otro lado, refiere un tono subdepresivo con tendencia a la minusvaloración, baja autoestima, e ideas de culpa, autorreproches y vergüenza con respecto a la recaída.

### VALORACIÓN DEL CASO

#### Exploración psicopatológica

Inicio episodio actual (Mes/año): Mayo 2016

#### Descripción general

- Aspecto físico: Paciente de género femenino con un adecuado aliño e higiene. No se evidencia síndrome de abstinencia a opiodes pero sí signo leves de intoxicación.
- Nivel de conciencia: Se encuentra lúcida y orientada en per-



sona, tiempo y espacio.

- Alimentación: Hiporexia en épocas de consumo e hiperexia en situaciones de mayor ansiedad durante el ingreso.
- Conducta motora: Enlentecimiento psicomotriz.
- Atención: Hipoprosexia
- Memoria: Defectos en memoria reciente y remota.
- Lenguaje: Discurso coherente y estructurado. Muestra iniciativa en la conversación y sus respuestas son elaboradas, con buena jerarquización y orden en las ideas. Asimismo, habla de forma lenta pero con un adecuado volumen.
- Actitud con entrevistador: Colaboradora.
- Sueño: Insomnio global con mayor dificultad para conciliar el sueño.

#### Afectividad

- Estado de ánimo: Ligeramente disminuido con sentimientos de tristeza. Muestra hipobulia e hipodinamia. En ocasiones se muestra disfórica y apática. El temple depresivo vira de tras la primera semana de ingreso, con tendencia a la eutimia.

#### Pensamiento

- Curso del pensamiento: Bradipsiquia o enlentecimiento del pensamiento; sin embargo, el discurso es coherente.
- Contenido del pensamiento: Ideas de culpabilidad asociadas a la recaída del consumo. Pensamientos automáticos negativos e ideas sobrevaloradas relacionadas a la visión empobrecida de ella misma. Juicio de la realidad conservado y existe conciencia de enfermedad.
- Sensopercepción: No se evidencian alteraciones.

#### Ansiedad

- Síntomas fisiológicos: Cefalea ocasional.
- Síntomas cognitivos: Tensión subjetiva relacionada a objetivos vitales tras el alta o estímulos que generen craving; y miedo de que pase algo malo, a volver al consumo, de regresar al trabajo y a la rutina diaria.
- Miedo/evitación: Estímulos o situaciones asociados al consumo previo.

#### Estudio psicométrico

Tras una entrevista clínica inicial, la paciente cumplimentó las siguientes medidas de evaluación psicológica:

- *Maslach Burnout Inventory* (MBI; Maslach, Jackson y Leiter,

1996), adaptación española de Seisdedos (1997). Consta de 22 ítems que según señala el manual se distribuye en tres escalas denominadas realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems) y despersonalización (5 ítems).

- *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA; McConnaughy, Prochaska y Velicer, 1983), adaptación española de Rojas y Espinoza (2008). Evalúa el grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio. Mide cuatro estadios de cambio: Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento con 32 ítems.
- *Inventory of Drug-taking Situations: Drug Questionnaire* (IDTS; Annis y Graham, 1992), adaptación española de Tejero, Trujols y Avellanas (1991). Cuenta con 50 ítems que sirve para identificar las situaciones en las que un paciente adicto consumió drogas en el último año, las cuales se agrupan en 8 subescalas, obteniéndose 8 puntuaciones que proporcionan el Perfil de Situaciones de Riesgo para el Consumo de Drogas.
- *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1994), adaptación española de Casullo (2008). Instrumento de cuantificación sintomática en población clínica y normal, que valora la presencia de 90 síntomas psicológicos y psicopatológicos y determina su intensidad en una escala que va desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad (4).
- *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-II; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1970), adaptación española de Seisdedos (2008). Evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad, cada uno con 20 ítems: ansiedad como estado (A/E), estado emocional transitorio con sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo; y ansiedad como rasgo (A/R), propensión ansiosa, relativamente estable con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.
- *Beck Depression Inventory-Second Edition* (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), adaptación española de Sánz, Perdigón y Vásquez (2003). Autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert que detecta y evalúa la gravedad de la depresión describiendo los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión.
- *Wender UTAH Rating Scale* (WURS; Wender, 1995), adaptación española de Rodríguez-Jiménez et al. (2001). Éste es un cuestionario autoadministrado que sirve para evaluar el TDAH de manera retrospectiva en adultos. Consta de 61 ítems con una puntuación que va de 0 a 4. Los 42 primeros ítems recogen información sobre conductas, estado de



**TABLA I. Objetivos del tratamiento.**

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO A CORTO PLAZO	OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desintoxicación y abstinencia.</li> <li>Desarrollar la alianza terapéutica.</li> <li>Adherencia al tratamiento farmacológico.</li> <li>Reducir el impacto y malestar de la abstinencia.</li> <li>Explicar el modelo cognitivo, el modelo transteórico de Cambio de Conducta de Prochaska y DiClemente.</li> <li>Identificación del craving y las situaciones y estímulos asociados.</li> <li>Identificar y corregir las valoraciones del paciente respecto al consumo y a recaída.</li> <li>Brindar estrategias de afrontamiento frente a las crisis y recaídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener la abstinencia a la sustancia.</li> <li>Reincorporación al ejercicio profesional de una forma segura.</li> <li>Instaurar estrategias de afrontamiento en la paciente.</li> <li>Incrementar la funcionalidad en diferentes áreas psicosociales.</li> <li>Disminuir las posibles caídas y recaídas.</li> <li>Incrementar hábitos de autocuidado.</li> <li>Mejorar las habilidades sociales.</li> <li>Mejorar baja autoestima</li> <li>Reducir posibles síntomas de depresión y ansiedad.</li> </ul>

ánimo, problemas de relación con familiares, compañeros y figuras de autoridad; los 7 ítems siguientes recogen información sobre problemas médicos; y los últimos 12, problemas escolares y académicos.

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II; Millon, 1987), adaptación española de Millon (1998).* De uso clínico, consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso y mide los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidas en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad; 3 escalas de personalidad patológica; 6 síndromes clínicos de gravedad moderada; y 3 síndromes clínicos de gravedad severa.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

*Diagnóstico DSM V (American Psychiatric Association, 2014)*

304.00 Trastorno por consumo de opiáceos

Diagnóstico diferencial:

- 292.0 Abstinencia de opiáceos
- 292.9 Trastorno relacionado con los opiáceos no especificado

*Objetivos del tratamiento. (Tabla I)*

## TRATAMIENTO

### FARMACOTERAPIA (TABLA II)

**TABLA II. Farmacoterapia.**

MEDICAMENTO	DOSIS	PRESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
Naltrexona	50 mg	1-0-0	
Gabapentina	300 mg	1-1-2	
Trazodona	100 mg	0-0-1	Aumentar ½ comprimido si hay insomnio.

## PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

El análisis funcional de la conducta se resume en la Tabla III.

### Conductas problema

- Consumo de sustancias: codeína y fentanilo. (Diario)
- Aumento de la carga laboral realizando horas extras.
- Descuido y desorden en la preparación de sus alimentos: No preparar comida en casa, saltarse las comidas.
- Mentir u ocultar hechos a su hija y familia.
- Aislamiento en casa: estar sola la mayor parte del tiempo, evitar salir a la calle, evitar salir con amigos.
- Sustracción de la sustancia en el ambiente laboral. (En 1 ocasión).
- Abandono de las sesiones de seguimiento.
- Ideas de infravaloración de sí misma y culpabilidad frente a la recaída.

## PSICOTERAPIA GRUPAL

**1. Fase intensiva:** Hospitalización durante 4 semanas de 16 sesiones de terapia grupal, aparte de psicoterapia individual y tratamiento psiquiátrico farmacológico para la desintoxicación de la sustancia. Estando la paciente hospitalizada en sala se mantiene una monitorización permanente por parte de Enfermería.

- Entrega de resultados de la evaluación.
- Establecimiento de la alianza terapéutica (Psicoterapia individual).
- Psicoeducación: Sesiones teóricas conducidas por dos psicólogos, en las que se trabaja a partir de un calendario de trabajo, los aspectos relacionados con la adicción (etapas del cambio, prevención de recaídas y de riesgos, estrategias de afrontamiento de caídas y recaídas y para manejar el craving, motores de consumo, mecanismos de defensa,



**TABLA III. Análisis funcional del caso.**

ESTÍMULO ANTECEDENTE	CONDUCTA	ESTIMULO CONSECUENTE
- Ir a trabajar.	- "Necesito hacer perfectamente todo lo que me propongo." - "No me alcanza el tiempo para nada." - "Los demás no hacen las cosas tan bien como yo las hago."	- Hacer horas extras en el trabajo. - Consumo de sustancias.
- Su hija le pregunta cómo se siente.	- "Soy una carga para mi hija." - "Es mejor que ella no sepa nada." - "Ella no se da cuenta del consumo."	- Mentir a su hija. - Alejarse de su hija. - Gritarle a su hija.
- Recaída en el consumo.	- "Soy una mala persona." - "Le he fallado a los demás." - "No puedo controlar mi vida." - "Mi hija no merece una madre así."	- Seguir consumiendo fentanilo.
- Consumo ocasional. - Tener grupo de seguimiento pautado.	- "Yo puedo controlar mi consumo." - "No pasa nada si consumo una vez."	- Abandono de las sesiones de seguimiento.

cambio de estilo de vida, habilidades sociales, reestructuración cognitiva y relaciones de ayuda).

- Adherencia al tratamiento farmacológico: Ventajas de la terapia combinada, efectos secundarios.
- Monitorización de tóxicos: Controles de orina y en ocasiones, de cabello, si se considera necesario.
- Práctica de mindfulness guiado y autoaplicado: Sesiones dirigidas por un psicólogo o psiquiatra en donde se practican ejercicios basados en la respiración, la atención al cuerpo, la autocompasión, entre otros.
- Psicoterapia grupal: Espacio compartido por los pacientes que pernoctan en la unidad y los que no lo hacen. Aquí se presentan a las nuevas incorporaciones al grupo y se abordan aquellos aspectos del proceso de cambio que los pacientes van viviendo en su nueva cotidianeidad.
- Intervenciones de planificación diaria: Un psicólogo y una enfermera comentan al grupo ofertas culturales y de ocio con la finalidad de que los pacientes se organicen el fin de semana y promover el cambio de estilo de vida.
- Sesiones audiovisuales: En este espacio se complementa el trabajo realizado en las sesiones teóricas con la ayuda de soporte audiovisual (visionados de documentales, programas de televisión y películas).
- Promoción de hábitos saludables: Actividad dirigida por enfermería donde se hace un recordatorio sobre los hábitos saludables de sueño, alimentación, actividad física y sexualidad.
- Presentación y socialización del modelo cognitivo, modelo transteórico de Cambio de Conducta de Prochaska y DiClemente.

- Modificación de creencias y del diálogo interno.
- Elaboración del Contrato Terapéutico
- Establecimiento de objetivos de cara al alta.

**2. Fase Pre-Alta:** Sesiones de psicoterapia grupal 2 veces por semana por un mínimo de 2 semanas.

**3. Fase de Seguimiento:** 2 años de psicoterapia grupal semanal sesiones de refuerzo con monitorización individual de tóxicos y psicoterapia individual y farmacológica a determinar.

### EVOLUCIÓN DEL CASO

La paciente tiene un primer contacto con la codeína a los 22 años debido a una cefalea-sensación asténica, realizando un consumo diario de fentanilo desde el inicio y combinándolo con paracetamol, refiriendo que le permitía realizar competentemente todas las actividades que planificaba sin sentir cansancio y cumplir adecuadamente con las guardias nocturnas. Hubo un incremento progresivo hasta los 31 años (hasta 4 comprimidos al día), momento en el que cesa coincidiendo con el embarazo. Sin embargo, recae 6 meses después del parto, con incremento exponencial del consumo. La paciente se vincula con un servicio sanitario para el tratamiento de la problemática en por primera vez a los 34 años, y se pone en tratamiento en consultas externas del programa RETURN. De esta manera, se mantiene abstinentemente durante los 7 años posteriores pero realiza una segunda desintoxicación ambulatoria con un psiquiatra privado en la



cual se logra una reducción progresiva hasta el cese del consumo de codeína. Posteriormente recae en el consumo poco después de reincorporarse laboralmente en diciembre de 2014.

En Mayo del 2015 es ingresada durante 4 semanas para seguir un proceso de desintoxicación. La sintomatología fue remitiendo a lo largo del curso del internamiento. Al término se logró la abstinencia completa a opiáceos y a otros fármacos no prescritos. Se acordó que la paciente acudiría al centro para controles toxicológicos semanales y a visitas de seguimiento en consultas externas del programa a las que asistió periódicamente a la clínica y cumplió correctamente con las recomendaciones dadas pero se desvinculó en Diciembre del mismo año.

A finales del 2016 vuelve a ser ingresada debido a que en verano comienza a consumir de fentanilo y desarrolla una rápida tolerancia, por lo cual podía consumir hasta 2000 mg. día (10 comprimidos de 200 mg.) y cuando no podía acceder a éste consumía codeína. Esto le ocasionó una repercusión laboral con bajas esporádicas y sustracción en el puesto de trabajo. Asimismo, se encontraba más descuidada en cuanto a la higiene personal y la de su hogar, sueño y alimentación; permanece la mayor parte del tiempo dentro de su hogar exceptuando las horas de trabajo. El último consumo se realiza el día anterior y desarrolla clínica abstinencial a las 48 horas. Durante el ingreso la evolución psicopatológica resultó óptima. Al inicio de la hospitalización presenta clínica subdepresiva, la cual remite tras una semana de estancia en la sala. Realizó las 4 semanas de tratamiento programado, mostrándose participativa, comunicativa con el grupo y con mayor conciencia de enfermedad. Además, se esforzó en analizar su recaída de comportamientos previa al consumo e identificó su dificultad para gestionar emociones negativas y el estrés debido a la sobrecarga laboral. Se mantuvo vinculada con el centro y acudió a las visitas programadas con los especialistas que se le designaron así como a los grupos de seguimiento. A los meses del alta se produjo una recaída en el consumo de fentanilo que fue tratada con eficacia a nivel ambulatorio.

#### ÉTICA

La paciente aceptó, mediante consentimiento informado, la publicación de su caso.

#### DISCUSIÓN

La paciente mostró una significativa mejoría clínica, lográndose abstinencia total a la sustancia tras realizar el proceso de desintoxicación de opiáceos con un adecuado control de la clínica abstinencial y buen grado de confort. Asimismo, el nivel de craving ha sido bajo y luego de la primera semana de ingreso se evidenció una mejora del estado de ánimo, con tendencia natural a la eutimia y manteniendo capacidad de disfrute y motivación. Además, la paciente ha logrado la toma de conciencia de su enfermedad y ha reconocido la importancia de su implicancia y compromiso en el logro de sus objetivos. Sin embargo, a los meses del alta se produjo una recaída en el consumo de fentanilo que fue tratada ambulatoriamente. A nivel psicológico, se realizó un análisis de la recaída, trabajando las ideas de culpa y la vergüenza y se identificaron sus motores de consumo. Además, se plantearon nuevas estrategias de afrontamiento proponiendo un cambio de hábitos, especialmente en las relaciones interpersonales y un manejo mínimamente gratificante del tiempo libre.

El marco de intervención que se siguió con esta paciente se estructura dentro del programa RETORN, un programa asistencial específico para profesionales de Enfermería nacido a partir del ya existente PAIMM (Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt) a profesionales sanitarios como enfermeros, farmacéuticos, psicólogos y trabajadores sociales. Este tipo de programas persigue como objetivo el proceso de rehabilitación supervisada y control del ejercicio profesional, ofreciendo asistencia sanitaria, asesoría legal y laboral, atención social y formación complementaria y la prevención de problemas de salud mental (Braquehais, Bel, Montejo, Arteman, Bruguera y Casas, 2012).

Con la presentación de este caso se pretende demostrar la efectividad de los programas de atención específica para profesionales sanitarios en el tratamiento de las adicciones frente a intervenciones privadas externas, resaltando el seguimiento de la terapia cognitiva-conductual y no estrategias derivadas de Alcohólicos Anónimos. DuPont, McLellan, Carr, Gendel y Skipper (2009) refieren que los en los tratamientos especializados, los profesionales adictos presentan mejores resultados con intervenciones características especiales en cuanto a intensidad, duración y calidad de la atención que es raramente disponibles en la mayoría de los tratamientos estándar de adicción: tratamiento intensivo y prolongado residencial y ambulatorio, 5 años de apoyo y monitoreo ex-



tendidos con consecuencias significativas, y participación de la familia, colegas y empleadores en apoyo supervisión. Además, Gastfriend (2007) añade la necesidad de la participación, evaluación frecuente, pruebas de orina al azar con micción observada, pruebas de pelo para sustancias abusadas y vigilancia en el lugar de trabajo. Los procedimientos completos de tratamiento y la estrecha vigilancia adictos después del tratamiento han demostrado ser exitosos, ya que entre el 75% y el 85% de los médicos que entran en tratamiento regresan a su posición profesional (Connor y Spickard Jr., 1997).

Los resultados obtenidos, aunque positivos, deben ser tomados con cautela puesto que la presente investigación presenta evidentes limitaciones metodológicas. En primer lugar, al ser un caso un caso único no hubieron observaciones de otros participantes con el que se pudieran comparar los resultados y un solo caso habitualmente no es una muestra representativa. Además, existe un sesgo en cuanto a la selección de la muestra ya que este es intencionado (no probabilístico), realizado en función de los intereses y objetivos del proyecto de investigación que determinan la adecuación o no del caso elegido. Tampoco se elaboró un seguimiento que permita informar sobre la estabilidad de las mejoras obtenidas en el tiempo. Finalmente, este diseño no aísla el efecto de otras intervenciones que recibieron todos los pacientes concomitantemente durante la totalidad del ingreso como la farmacológica o la psicoterapia, por lo cual no se puede afirmar si esta intervención basada en mindfulness ha sido beneficiosa por sí misma. Por estos motivos, que

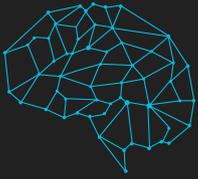
la efectividad y generabilidad deben seguir indagándose en futuras investigaciones con diseños controlados y aleatorizado. En los últimos años se han desarrollado pocos estudios de intervenciones en salud mental aplicadas al colectivo sanitario debido a que solamente algunos países ofrecen programas especializados de acuerdo a las características de estos profesionales, siguiendo estrategias derivadas de los 12 pasos utilizadas en Alcohólicos Anónimos. De esta manera, la principal fortaleza de la presente investigación es que es pionera no sólo en cuanto al colectivo sobre el cual se aplica sino también en cuanto al modelo terapéutico utilizado; es decir, la terapia cognitiva conductual. Se espera que a futuro se siga esta línea de investigación; por ejemplo, valorando la eficacia en profesionales sanitarios de la terapia cognitiva-conductual frente a intervenciones que siguen el modelo de Alcohólicos Anónimos y a quienes no reciben ningún tipo de tratamiento. Es así que se podrán aportar datos útiles al tratamiento y mejora de la calidad de vida de aquellos cuya profesión se centra en cuidar al otro puesto que ello reportaría una mejora al sistema sanitario y consecuentemente a la población general.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este artículo manifiestan no tener ningún afiliación relevantes o intereses económicos con ninguna organización o entidad con interés económico o conflicto económico con el tema o materiales discutidos en el manuscrito, aparte de los descritos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2014) (5 ed.). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Madrid, España: Panamericana.
2. Annis, H. & Graham, J. (1992). Inventory of Drugtaking Situations: (IDTS) User's Guide, Adolescent Version. Toronto: Addiction Research Foundation.
3. Braquehais, M. D.; Bel, M. J.; Montejo, J. E.; Arteman, A.; Bruguera, E & Casas, M. (2012). El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de Barcelona: salud mental para una buena praxis. Revista Española de Medicina Legal, 38 (3), 107-112.
4. DuPont, R.L.; McLellan, A.T.; Carr, G.; Gendel, M. & Skipper, G. E. (2009). How are addicted physicians treated? A national survey of physician health programs. Journal of Substance Abuse Treatment, 37: 1-7.
5. Fernández Hermida, J. R.; Carballo, J. L., Secades-Villa, R. & García-Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. Papeles del Psicólogo, 28(1): 2-10.
6. Fernández Miranda, J. J. & Pereiro, C. (2007). Guía clínica: Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Valencia, España: Sociodrogalcohol.
7. Gastfriend, D.R. (2005). Physician Substance Abuse and Recovery: What Does It Mean for Physicians—and Everyone Else? Journal of the American Medical Association, 293(12):1513-1515.
8. López-Ibor, J. J. & Valdés, M. (2002). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Barcelona, España: Masson.



9. Maslach, C. y Jackson, S. (1986). Maslach Burnout Inventory (2ª ed, 1981 1ª ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
10. McCaughy, E., Prochaska, J. & Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375.
11. O'Connor, P.G. & Spickard Jr., A. (1997). Physician impairment by substance abuse. *Medical Clinics of North America*, 81(4):1037-1052.
12. Padrós, J. et al. (2013). El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo y el control del ejercicio profesional: La experiencia del Colegio de Médicos de Barcelona. Barcelona, España: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y Fundación Galatea.
13. Pérez del Río, F. (2011) Estudios sobre adicciones: Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. Burgos, España: Imprenta Provincial
14. Rodríguez-Jiménez, R. et al. (2001). Validation in the adult Spanish population of the Wender Utah Rating Scale for the retrospective evaluation in adults of attention deficit/hyperactivity disorder in childhood. *Revista de Neurología*, 33: 138-144.
15. Rojas, M. J. & Espinoza, L. S. (2008). Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa "Lugar de Escucha". *Adicciones*, 20, 185-196.
16. Sandí, S. & Sandí, L. (2016). Dependencia a opioides y su tratamiento. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*. 1(1): 87-92.
17. Sández, J., Perdigón, L. A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3): 249-280.
18. Secades Villa, R. & Fernández Hermida, J. R. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, (13)3, 365-380.
19. Seisdedos, N. (1997). MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual. Madrid: TEA.
20. Tejero, A., Trujols, J. y Avellanas, L. (1991). Abordaje cognitivo-conductual del tratamiento de la adicción a opiáceos: Presentación y estudio de seguimiento a un año del programa SANT PAU-CITRAN. III Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías. Valencia.