

Benzodiazepinas en toxicómanos: ¿Problema o solución?

LLIGOÑA, A.

Unitat Alcohologia de la Generalitat de Catalunya. Institut de Malalties Digestives. Hospital Clínic de Barcelona.

Enviar correspondencia:

Dra. Anna Lligoña. Unitat d'Alcohologia de la Generalitat de Catalunya. Hospital Clínic. Villarroel 170. 08036 Barcelona.

RESUMEN

El artículo pretende provocar una reflexión acerca de la actitud del profesional frente al uso de benzodiazepinas siendo conciente de la dificultad que este tema conlleva. El cese del uso de estos fármacos acarrea dificultades importantes como son la falta de demanda explícita de tratamiento, la aparición de alteraciones a medio y largo plazo y la falta de recursos específicos. Mantener el consumo nos lleva a varias consideraciones como son la aparición de reacciones paradójicas, de síndrome de abstinencia o de aumento de dosis. Se nos plantea pues un difícil elección, que no siempre podremos resolver, pero que en todo caso debemos reflexionar.

Palabras clave: benzodiazepina, abuso, sintomatología, tratamiento.

ABSTRACT

The main aim of this paper is to induce to a reflection on the professional's attitude in front of the use of benzodiazepines even being conscious of the difficulties that this subject involves. The ceasing of the use of these drugs carries great problems as the lack of an explicit request for treatment, the appearance of changes that extend to a half and to a long term and the lack of specific resources. To keep on with the consumption lead us to different considerations as the appearance of paradoxal reactions, of the syndrome of abstinence or the increase of the dose. So that, we have to face up to a very difficult choice that we will not always be able to solve but that, in any case, we have to think about it.

Key words: benzodiazepine, abuse, symptomatology, treatment.

El tratamiento de los pacientes con síndrome de dependencia a las benzodiazepinas es, a la vez que apasionante, complicado y difícil. Esta dificultad aparece desde el inicio, tanto en el momento de establecer un buen contacto con el paciente como posteriormente a la hora de efectuar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Parece altamente difícil establecer cuándo termina el uso para convertirse en abuso, y aún más, cuándo se inicia la dependencia. A pesar de que el DSM IV (1) define los criterios de dependencia, parece que entre los profesionales no siempre existe acuerdo. El problema es menor cuando se trata de una ingesta de altas dosis de fármaco puesto que, en este caso, el consenso es fácil al existir unos síntomas y signos claros de impregnación y toxicidad. La duda aparece cuando estamos ante un paciente adicto a benzodiazepinas a dosis terapéuticas. En este caso no solo nos encontramos ante la dificultad de establecer el diagnóstico sino que también nos cuesta plantearnos si debemos actuar, y cómo debemos hacerlo. En múltiples ocasiones estos

pacientes acuden a los servicios especializados en drogodependencias por existir algún otro tipo de adicción, en especial al alcohol, y no se han planteado tan siquiera su consumo de benzodiazepinas. Así, se trata de abordar un tema para el cual no ha existido una petición explícita. Dada esta poca importancia otorgada al fármaco por parte del paciente, podríamos pensar que retirarlo o sustituirlo va a ser tarea fácil. En la práctica diaria vemos, sin embargo, que esto está lejos de la realidad y que el objetivo es, a menudo, muy complicado. Llegados a este punto nos preguntamos si realmente éste es, o debe ser, parte del objetivo en el tratamiento del drogodependiente. Las dificultades para la retirada del fármaco y los pocos beneficios inmediatos son suficiente para abandonar o posponer la decisión. A continuación intentaré esgrimir argumentos suficientes que permitan sopesar la necesidad o no de iniciar un tratamiento de deshabituación de las benzodiazepinas en el politoxicómano abstinente a la droga "principal".

Ciertos estudios consideran a las benzodiazepinas como *hilo conductor* de la dependencia, pudiendo facilitar una recaída, en especial al alcohol. Así, Sellers (2) describe, en uno de sus trabajos, que los varones alcohólicos que se mantienen abstinentes relatan un aumento de su deseo de beber alcohol después de una sola dosis de alprazolam.

Otro de los puntos a tener en cuenta es la posible aparición de *reacciones paradójicas* de las bzd a largo plazo, incluyendo agitación, irritabilidad, ataques de ira y alucinaciones (3,4). El triazolam es la bzd que se apareja con una mayor incidencia de reacciones paradójicas aunque no se conocen las causas (5). Rickels y colaboradores (6) demostraron que puede aparecer ansiedad de rebote tan sólo 4 semanas después de iniciado un tratamiento con benzodiazepinas.

Así mismo la *eficacia a largo plazo* del tratamiento con BZD no ha sido establecida. Rodrigo et al. (7), utilizando el Symptom Rating Test, confirmaron la asociación entre el consumo a largo plazo de tranquilizantes y los niveles mayores de angustia o fatiga emocional.

El siguiente punto a valorar es la aparición de un *síndrome de abstinencia* independientemente de las dosis consumidas, siendo éste, posiblemente, el motor del consumo continuado. Hallstrom (8) reveló que la severidad del síndrome de privación no mostraba diferencias entre pacientes tratados con diazepam a dosis de 135 mg/día y los tratados con 20 mg/día. Así la duración del tratamiento es el factor determinante para la aparición de dependencia. Por encima de los 3-4 meses de tratamiento, la dependencia está establecida en la mayoría de pacientes. Este punto es especialmente importante si tenemos en cuenta que la aparición del síndrome de abstinencia puede desencadenar una recurrencia del cuadro que se pretendía tratar con el fármaco (9).

Finalmente me gustaría destacar el riesgo de un *aumento en el consumo* de benzodiazepinas al retirar el otro tóxico, motivo de consulta. Ciraulo y col. (10) examinaron el abuso de alprazolam en enfermos alcohólicos abstinentes y en voluntarios sanos y los resultados sugirieron la existencia de un riesgo superior al abuso de alprazolam en alcohólicos que en los no alcohólicos. En la misma línea Ross (11) estima que en los paciente alcohólicos abstinentes el riesgo de abuso y dependencia de benzodiazepinas es muy alto. Estos datos serían probablemente argumentos a favor de intentar una retirada de las bzd conjuntamente con el tóxico principal puesto que todos ellos elevan el peligro de recaída.

Hasta ahora hemos partido del supuesto en el que un paciente no solicite tratamiento de desintoxicación a bzd y, por ello, sea el profesional quién deba plantearse. Existen sin embargo ocasiones en las que el paciente expresa la necesidad de dejar la medicación a pesar de haber seguido las pautas indicadas por su

médico, es decir, después de haberse mantenido en unos límites absolutamente terapéuticos, pero durante varios años. La motivación ante el tratamiento expresada por estos pacientes puede ayudar inicialmente, sin embargo la aparición de alteraciones a medio y largo plazo ante el abandono de la ingesta de bzd aparecerán con toda probabilidad. Así pues, en este punto convergen los dos grupos de pacientes: aquellos que solicitan tratamiento explícito y los que no lo solicitan para su dependencia a bzd pero que, según criterio médico, deben iniciarlo.

Una vez establecido el diagnóstico y la necesidad de tratamiento se inicia la desintoxicación. Esta etapa es la más controlable desde el punto de vista médico y la que debería dar menos problemas.

Después de la desintoxicación, comienza el proceso de deshabitación y, con él, las dificultades: el malestar por parte del enfermo y la falta de recursos por parte del terapeuta. Explicar la sintomatología de abstinencia que puede aparecer y la persistencia de ésta durante semanas e incluso meses es imprescindible. La introducción de técnicas psicoterapéuticas, en especial terapia de grupo específica y técnicas de relajación se ha mostrado eficaz (12,13). Por otra parte, la utilización de fármacos con actividad ansiolítica puede ser también de gran ayuda, en especial en las etapas iniciales de la deshabitación. Estamos, pues, ante un proceso lento que requiere tiempo tanto por parte del paciente como por parte del terapeuta, proceso que no terminará satisfactoriamente si no creamos una fuerte alianza terapéutica con el paciente (14).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Pp 267-276.
- (2) Sellers EM, Ciraulo DA, DuPont RL, Griffiths RR, Kosten TR, Romach MK et al. Alprazolam and benzodiazepine dependence. J Clin Psychiatry 1993; 54 (Supl. 10): 64-73.
- (3) Blandin PF: The use of clonazepam as an anticonvulsant: Clinical evaluation. Med J Aust 1973 1: 683-688.
- (4) Viscoot DS: Clordiazepoxide and hallucinations. Arch Gen Psychiatry 1968 19: 370-376.
- (5) Moldawsky RJ, Gottschalk LA: Adverse reactions, cardiotoxicity, and management of overdose. In Antianxiety Agents. Elsevier Science Publishers, New York, 1984 177-198.
- (6) Rickels K, Fox IL, Greenblatt DJ. Cloracepate and loracepam: clinical improvement and rebound anxiety. Am J Psychiatry 1988; 145: 312-317.
- (7) Rodrigo EK, King MB, Williams P. Health of long-

- term benzodiazepine users. Br Med J 1988; 296: 603-606.
- (8) Hallstrom C, Lader M. Benzodiazepine withdrawal phenomena. Int Pharmacopsychiatry 1981; 16: 235-244.
- (9.) Oliveros S, Hernández C, Baca E. Uso racional de las benzodiazepinas. En: Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1997 Vol 21 N° 5: 113-126
- (10) Ciraulo DA et al. Abuse liability and clinical pharmacokinetics of alprazolam in alcoholic men. J Clin Psychiatry 1988; 49: 333-337.
- (11) Ross HE. Benzodiazepine use and anxiolytic abuse and dependence in treated alcoholics. Addiction 1993; 88: 209-218.
- (12) Tyrer P, Murphy S, Oates G, Kingdom D. Psychological treatment for benzodiazepine dependence. Lancet 1985; 1:1042-1043.
- (13) Sanchez-Craig M, Kay G, Busto U, Cappell H. Cognitive behavioural therapy for benzodiazepine dependence. Lancet 1986; 1: 388.

