



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2015/2016  
Convocatoria Junio

**Modalidad:** Estudio de caso.

**Título:** Intervención psicológica en una paciente adicta a fármacos opioides.

**Autor:** Verónica Vidal Arenas.

**Tutor:** José Luis Carballo Crespo.

Elche a 17 de Junio de 2016

## Índice

Resumen .....	3
Introducción .....	4
Método.....	6
Participante.....	6
Variables instrumentos.....	6
Procedimiento.....	7
Resultados.....	7
Propuesta de intervención .....	11
Estrategias de evaluación durante el tratamiento.....	12
Descripción de las sesiones.....	12
Sesión 1- Movilización al cambio y establecimiento del objetivo.....	14
Sesión 2: Detonantes del mal uso del fármaco y planes de acción .....	14
Sesión 3: La abstinencia y el craving en consumo de fármacos opioides.....	15
Sesión 4: Actividad diaria y dolor percibido .....	16
Sesión 5: Salud Comportamental y aceptación del dolor.....	17
Sesión 6: Valorando el cambio y previniendo recaídas .....	18
Sesiones seguimiento .....	19
Discusión .....	20
Referencias.....	21
Tabla 1.....	8
Tabla 2.....	9
Tabla 3.....	9
Tabla 4.....	10
Cuadro 1.....	8
Cuadro 2.....	11
Cuadro 3.....	12
Cuadro 4.....	13
Cuadro 5.....	13

## Resumen

El abuso y dependencia a fármacos opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico (DCNO) es un hecho contrastado a nivel internacional. Sin embargo, son escasos los datos sobre intervenciones psicológicas eficaces en esta problemática, e inexistentes en población española. Por lo que el objetivo del trabajo fue diseñar un programa multidisciplinar, desde un enfoque motivacional (EM), en una paciente con adicción a analgésicos opioides, asistida en la Unidad del Dolor del Hospital General Universitario de Elche por lumbalgia crónica. La intervención se compone de 6 sesiones de tratamiento y tres de seguimiento, de una duración de 90 minutos y de frecuencia semanal. Los objetivos del programa se basaron en la evaluación de variables relacionadas con la adicción y el dolor, así como la pauta de consumo de fármacos para el mismo. Para la reducción del consumo se propone el cambio de opioide, uso de fármacos sustitutivos y cambio de vía de administración. Para la consecución del objetivo terapéutico se plantean técnicas y ejercicios basadas en el EM para crear discrepancia, motivar al cambio y potenciar la autoeficacia. Además de estrategias cognitivo-conductuales, utilizando las técnicas de psicoeducación, respiración y relajación muscular progresiva, técnicas de aceptación, planteamiento progresivo de objetivos y desarrollo de planes de acción ante detonantes de consumo y de prevención de recaídas.

Palabras clave: estudio de caso único, adicción a fármacos opioides, intervención breve motivacional, tratamiento multidisciplinar- multicomponente.

## Introducción

El uso de analgésicos opioides para el abordaje terapéutico del dolor crónico no oncológico (DCNO) ha aumentado considerablemente en los últimos años (Chou, Fanciullo, Fine, Adler, et al., 2009; Rosenblum, Marsch, Joseph, & Portenoy, 2008). Esta tendencia ha ido acompañada de un notable incremento en las prescripciones de opioides, tanto a nivel internacional (Edlund et al., 2010; Gomes, Mamdani, Dhalla, Paterson, & Juurlink, 2011; Langley, 2011), como a nivel nacional (García del Pozo, Carvajal, Vilorio, Velasco, & García del Pozo, 2008), habiéndose multiplicado por 14 en las últimas décadas (Simó Miñana, 2012). Aunque son pocos los datos disponibles sobre el uso de estos fármacos en España, se estima que el 34,4% de los fármacos prescritos para el DCNO son opioides, y que en general, son consumidos a largo plazo (Langley, Ruiz-Iban, Molina, De Andres, & Castellón, 2011).

Paralelamente al aumento de las prescripciones de estos fármacos, las consecuencias negativas asociadas a su uso han aumentado en los últimos años (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Según el último informe europeo sobre drogas en 2014 se produjeron alrededor de 6.800 muertes por sobredosis, relacionadas principalmente con el consumo de heroína y otros opioides, en los que se incluyen los medicamentos (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2016). Además, en Estados Unidos por ejemplo, la tasa de admisión para el tratamiento por abuso a estos fármacos se ha incrementado por 300% desde 2001 (SAMHSA, 2013).

En consecuencia, el abuso de analgésicos opioides se ha convertido en un problema clínico sustancial a nivel internacional (Cheatle, 2015; Fredheim, 2014; Vowles et al., 2015), donde la realización de un protocolo de evaluación multidisciplinar del riesgo de desarrollar dependencia a estos fármacos en DCNO se ha convertido en una estrategia central en las recomendaciones de las principales organizaciones sanitarias (Chou, Fanciullo, Fine, Miaskowski, et al., 2009; Dowell, Haegerich, & Chou, 2016). Así, la literatura científica disponible sobre las variables psicológicas relacionadas con esta problemática ha crecido considerablemente en los últimos años.

La comorbilidad psicopatológica es uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de abuso y dependencia a fármacos opioides (Chou, Fanciullo, Fine, Miaskowski, et al., 2009). Al respecto, estudios muestran que alrededor del 40% de los pacientes con DCNO presenta algún tipo de trastorno relacionado con el estado de ánimo (Smith et al., 2015), pudiéndose agravar tras un consumo a largo plazo de opioides (Scherrer et al., 2016).

Igualmente, el grado de dolor percibido, tanto al inicio como a lo largo del tratamiento, es otro de los factores de riesgo identificados (Griffin et al., 2016). Los pacientes que abusan del fármaco, presentan alta tolerancia e hiperalgesia inducida por el consumo de opioides

(Jamison & Mao, 2015), por lo que refieren más intensidad de dolor y, en consecuencia, más interferencia en su actividad general (Benyamin et al., 2008; Cheatle, 2015).

En esta línea, el dolor crónico se presenta de dos a seis veces más en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias (Jamison et al., 2010), los cuales presentan, a su vez, un alto riesgo de abuso y dependencia en el tratamiento con opioides (Morasco, Turk, Donovan, & Dobscha, 2013). Esto, junto a otras variables como la historia familiar de abuso de alcohol u otras drogas, o presentar historia personal de abuso sexual y/o físico y de depresión, constituyen otro grupo de predictores considerados fiables del abuso a fármacos opioides (Morasco et al., 2013; Sehgal, Manchikanti, & Smith, 2012).

Así, una revisión sobre las principales recomendaciones e instrumentos para la evaluación del abuso a fármacos opioides en DCNO (Carballo et al., 2016) establece dos fases o momentos a lo largo del tratamiento; una evaluación inicial para determinar el riesgo potencial de abuso a fármacos opioides y una evaluación de control y seguimiento de la respuesta al tratamiento. A grandes rasgos, se evalúan variables relacionadas con el abuso y dependencia a fármacos opioides (p.ej.: craving, abstinencia, etc.), consumo de otras sustancias psicoactivas, salud general, estado psicológico, dolor percibido y cumplimiento de la pauta médica.

Por su parte, organismos como el Centers for Disease Control and Prevention (Dowell et al., 2016), basándose en las evidencias del Grading of Recommendations Assessment (GRADE), recomiendan la inclusión de terapias psicológicas para el cumplimiento del tratamiento e intervención en casos de abuso al fármaco. En este sentido, estudios han demostrado la utilidad de la intervención breve (IB) desde un enfoque motivacional (EM) en la disminución del riesgo de abuso (Jamison et al., 2010), ampliamente demostrado como un enfoque eficaz en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (Carroll et al., 2006; DiClemente, Nidecker, & Bellack, 2008).

Con todo, y pese al papel fundamental de las variables psicológicas en el desarrollo de dependencia a fármacos opioides y el acuerdo generalizado entre las principales instituciones sobre la importancia de su evaluación y consideración en todo el proceso terapéutico, hay escasos datos sobre intervenciones psicológicas eficaces en esta problemática, y ningún estudio en población española.

Por todo ello, el presente trabajo tiene como finalidad diseñar un programa de intervención breve de carácter multidisciplinar, desde un enfoque motivacional, en un caso de dependencia a fármacos opioides en DCNO, asistido en la Unidad de Dolor del Hospital General Universitario de Elche.

## Método

### *Participante*

Mujer de 51 años, divorciada y con un hijo, estudió hasta el segundo ciclo de primaria y posteriormente comenzó a trabajar en la industria del calzado. Actualmente vive con sus padres, está de baja laboral e informa ser la principal fuente de ingresos de la unidad familiar.

Es asistida en la Unidad del Dolor (UD) del Hospital General Universitario de Elche (HGUE) por dolor lumbar crónico desde hace 21 años. Actualmente visita a seis especialistas sanitarios; anestesiólogo/a, neurólogo/a, reumatólogo/a, traumatólogo/a, psiquiatra y oftalmólogo/a. Para el tratamiento del dolor informa estar solo bajo tratamiento farmacológico.

### *Variables instrumentos*

Por un lado, se evaluó el patrón de consumo de fármacos y la percepción de dolor y, por otro, las variables relacionadas con el abuso y dependencia a los mismos.

- *Uso de fármacos*, evaluado mediante un cuestionario elaborado ad hoc que recoge número de tomas al día, tipo y número de fármacos opioides, posibles efectos secundarios, si lo toma de forma regular o esporádicamente (uso de rescate), tiempo total de consumo y si lo toma bajo supervisión médica.

- *Dependencia y abuso* medidos a través del *Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities: Interview Schedule-IV (AUDADIS)* (Canino et al., 1999) AUDADIS, una check list que incluye los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) para el trastorno de dependencia y abuso a sustancias psicoactivas.

Asimismo, se evaluaron características relacionadas con el uso del fármaco (p.ej.: sensación de euforia y/o placer después del consumo, búsqueda de más medicación, etc.) mediante el *Prescription Opioid Misuse Index (POMI)* (Knisely, Wunsch, Cropsey, & Campbell, 2008b). Es un autoinforme compuesto por 6 ítems de respuesta dicotómica (Si/No), que presenta una alta sensibilidad y especificidad del 82% y 92,3%, respectivamente, y una consistencia interna de *alfa* igual a 0,85 (Knisely et al., 2008).

Por otro lado, se evaluó el craving (ansia de consumo) mediante el *Cuestionario de Craving de Weiss*, compuesta por 5 ítems puntuados de 0 a 9 (Weiss, Griffin, & Hufford, 1995), adaptada en estudios previos para el uso de fármacos para el dolor (McHugh et al., 2013). Además, se aplicó la escala unidimensional *Adjective Rating Scale for Withdrawal (ARSW)* (Amass, Kamien, & Mikulich, 2000) compuesta por 16 ítems, donde se recogen los principales síntomas de abstinencia a opioides puntuados de 0 (*ningún síntoma*) a 9 (*malestar rave*) por el paciente.

- *Factores de riesgo*, donde se incluye la sintomatología ansioso-depresiva y el consumo de otras sustancias, evaluado mediante un cuestionario retrospectivo basado en la encuesta del Plan Nacional Sobre Drogas, EDADES (PNSD, 2010), donde se evalúa el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en diferentes momentos temporales: alguna vez en la vida,

en el último año, mes, semana y en las últimas 12 horas. Además evalúa el consumo medio de cigarrillos al día, el consumo promedio de bebidas alcohólicas en días laborales y festivos de los últimos treinta días y si el sujeto ha notado los efectos del alcohol (p.ej.: borracheras) en el último año, mes o semana.

Finalmente, se aplicó la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS; Quintana et al., 2003), que se compone de dos sub-escalas que evalúan ansiedad y depresión, de 7 ítems cada una, puntuados de 0 a 3. La escala tiene una alta consistencia interna con un *alfa* de 0,86 para ambas sub-escalas y una elevada fiabilidad test-retest con un coeficiente de correlación superior a 0,85 (Quintana et al., 2003).

- *Dolor percibido*. El *Brief Pain Inventory-Short Form* (BPI-SF) es un cuestionario autoadministrado que evalúa dos dimensiones: intensidad e interferencia percibida de dolor, mediante 11 ítems con escalas de respuesta de 0 (*ningún dolor/ no interfiere*) a 10 (*peor dolor imaginable/ interfiere por completo*). Además incluye 4 ítems que evalúan localización del dolor y tipo y efectividad del tratamiento para el dolor en las últimas 24 horas. Los análisis de fiabilidad muestra un coeficiente de *alfa* superior a 0,80 en ambas escalas (de Andrés Ares et al., 2015).

#### *Procedimiento*

Para la identificación y evaluación del caso se siguió un protocolo de trabajo multidisciplinar. Primero, el equipo médico identificó que la paciente presentaba un consumo superior a tres meses de analgésicos opioides, considerado de riesgo, y, posteriormente, se realizó una evaluación de las variables relacionadas con el abuso/dependencia a los mismos.

La evaluación se llevó a cabo en una sala acondicionada en la UD, con una duración aproximada de 30 minutos, realizada por la autora del trabajo. Se le informó a la paciente del objetivo de la evaluación y se pidió su consentimiento informado para la utilización de los resultados en el desarrollo del trabajo.

### Resultados

#### *Uso de fármacos*

La paciente se encuentra bajo tratamiento farmacológico para el dolor desde hace 21 años y tomando analgésicos opioides desde hace 3 años. Actualmente consume un total de siete fármacos para el dolor por vía oral. Realiza cuatro tomas diarias de analgésicos opioides, cinco de ansiolíticos, tres de antidepresivos, una de analgésico no opioide y otra de antipsicóticos. Consume un total de 1040 mg al día de medicación, de los cuales 1/3 son opioides. Además, informa haber notado efectos secundarios relacionados con estos (sequedad de boca, piel y ojos y desorientación).

Cuadro 1. Pauta consumo de fármacos para el dolor

Tipo de fármaco*	Pauta diaria (nº de tomas x dosis)	Tiempo consumo	Vía administración
N02A- Analgésicos opioides			
- <i>Palexia (Tramadol)</i>	2 x 150 mg	3 años	
- <i>Codeína</i>	2 x 30 mg		
N06A- Antidepresivos			
- <i>Valdoxan (Agomelatina)</i>	1 x 25 mg	3 años	
- <i>Escitalopram (ISRS 5-HT)</i>	2 x 30 mg	5 años	
N05A- Antipsicóticos			Oral
- <i>Sinogan (Levomepromazina)</i>	1 x 20 mg	13 años	
N05B- Ansiolíticos			
- <i>Valium (Diazepam)</i>	5 x 5 mg	21 años	
N02B- Otros analgésicos			
- <i>Nolotil (Metamizol magnésico)</i>	1 x 575 mg	21 años	
<i>Total dosis diaria fármacos</i>	1040 mg		

\*Sistema Internacional ATC (Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system).

#### Dependencia y abuso a fármacos opioides

La paciente cumplió con los criterios de dependencia y abuso a fármacos opioides (Tabla 3). Respeto al uso que realiza de los opioides, refirió haber aumentado la dosis, acortado el tiempo entre tomas, haber sentido placer y euforia tras su consumo y visitado a otros especialistas sanitarios para obtener más dosis del fármaco. Además, informó haber tenido problemas legales y personales relacionados con el consumo que realiza del fármaco opioide.

Tabla 1. Resultados sobre el uso/ abuso y dependencia a fármacos opioides

	Puntuación Total
Criterios Dependencia (DSM-IV-TR) <sup>1</sup>	7
Criterios Abuso (DSM-IV-TR) <sup>2</sup>	2
Abuso de fármacos opioides (POMI) <sup>3</sup>	4

<sup>1</sup> Puntuación  $\geq 3$  = dependencia al fármaco opioide.

<sup>2</sup> Puntuación  $\geq 1$  = abuso del fármaco opioide.

<sup>3</sup> Puntuación  $> 1$  = presencia de abuso del fármaco opioide.

En relación al craving, en el momento de la evaluación y en las últimas 24 horas presentó un alto deseo de consumo. También informó que su ansia y deseo aumenta ante estímulos físicos asociados al fármaco opioide (p.ej.: caja de medicamentos, recetas, etc.) y en contextos y/o situaciones habituales donde toma la medicación (p.ej.: habitación donde guarda los medicamentos).

Por otro lado, se obtuvo una alta puntuación en abstinencia igual a 90, indicando una abstinencia grave, donde los síntomas principales fueron: sueños irregulares, ojos

llorosos, tensión o nervios debilidad en las rodillas, moqueo, irritabilidad, insomnio y depresión o tristeza.

Tabla 2. *Resultados sobre los factores de riesgo para el abuso/dependencia a fármacos opioides*

	Puntuación
<i>Craving (WEISS)<sup>1</sup>:</i>	
Intensidad actual	6
Intensidad últimas 24 horas	6
Frecuencia últimas 24 horas	6
Intensidad ante estímulos relacionados con el fármaco	6
Intensidad ante situaciones/contextos relacionados con el fármaco	9
<i>Puntuación total = 33</i>	
<i>Síntomas de abstinencia (ARSW)<sup>2</sup>:</i>	
Calambres musculares	<b>8</b>
Depresión o tristeza	<b>8</b>
Dolor en articulaciones	<b>9</b>
Bostezos frecuentes	0
Sofocos o escalofríos	7
Insomnio	<b>9</b>
Náuseas	0
Irritabilidad	<b>9</b>
Moqueo	5
Falta de apetito	<b>9</b>
Debilidad en rodillas	0
Estornudos frecuentes	7
Tensión, nervios	7
Ojos llorosos	6
Calambres abdominales	<b>9</b>
Sueños irregulares	<b>8</b>
<i>Puntuación total = 90</i>	

<sup>1</sup> Rango: 0 – 45.

<sup>2</sup> Rango: 0 – 144.

### *Factores de riesgo*

Respecto al consumo de otras sustancias, consume mensualmente alcohol y una media de 6 cigarros al día. Finalmente, se obtuvieron altas tasas de ansiedad y depresión, siendo ligeramente más elevada esta última.

Tabla 3. *Resultados del HADS*

<i>Sintomatología ansioso-depresiva (HADS) <sup>1*</sup>:</i>	
Ansiedad	12
Depresión	14

<sup>1</sup> Rango puntuación total escalas: 0 – 21.

\* Puntuación  $\geq 11$ = presencia de ansiedad/depresión.

### *Dolor percibido*

El dolor más grave percibido se sitúa en la parte superior del tronco corporal (cuello/ hombros). En las últimas 24 horas y en el momento de la evaluación, la intensidad de dolor media fue moderada. Además, los resultados mostraron una alta interferencia en las todas las variables evaluadas, donde la paciente refirió máxima interferencia en su actividad en general, estado de ánimo, capacidad para caminar, en el ritmo de sueño y ámbito social (*Tabla 2*). Finalmente, informó que la eficacia percibida del tratamiento es de un 40% en la reducción del dolor.

Tabla 4. *Resultados del Brief Pain Inventory- SF*

	<i>Puntuación *</i>
Escala para la intensidad percibida	
- <i>Ítems de intensidad</i>	
Dolor máximo en las últimas 24 horas	10
Dolor mínimo en las últimas 24 horas	1
Dolor medio en las últimas 24 horas	7
Dolor actual	6
- <i>Puntuación media de intensidad (DT)</i>	6(3,24)
Escala para la interferencia percibida	
- <i>Ítems de la escala</i>	
Actividad general	10
Estado anímico	10
Capacidad de caminar	10
Trabajo normal (en casa o fuera)	9
Relaciones con otras personas	10
Sueño	10
Capacidad de diversión	9
- <i>Puntuación media de interferencia (DT)</i>	9,7(0,45)

\* Rango puntuación = 0-10; donde de 1-4= dolor leve/baja interferencia, 5-7= dolor moderado/ interferencia media, 8-10= dolor severo/ alta interferencia.

### *Análisis funcional del caso*

Los antecedentes del consumo del fármaco opioide son de tipo ambiental y físicos (EA). En este caso, relacionados con el aumento de la intensidad de dolor, la presencia de síntomas de abstinencia (p.ej.: calambres abdominales o musculares) y con objetos o lugares relacionado con el fármaco (p.ej.: recetas o habitación donde guarda la medicación). Las principales consecuencias (EC) que mantienen el problema es el alivio del dolor y eliminación del síndrome de abstinencia, actuando como refuerzo negativo. Además, tras la emisión de la conducta problema (R), se presenta un reforzador positivo, placer y euforia (EC), lo que contribuye al mantenimiento de la misma, resultando un aprendizaje de las respuestas emitidas por condicionamiento operante.

Sin embargo, la paciente presenta preocupación (EC) por el consumo que realiza del fármaco. Esta discrepancia entre consecuencias de valencia positiva y negativa que adquiere el consumo del fármaco opioide denota el estado de ambivalencia en el que se encuentra la paciente.

*Cuadro 2. Análisis funcional del problema*

<i>Estímulos Antecedentes (EA)</i>	<i>Respuestas (R)</i>	<i>Estímulos Consecuentes (EC)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de dolor.</li> <li>- Aparición de síntomas de abstinencia (calambres musculares o abdominales, dolor en articulaciones, etc.).</li> <li>- Ver la receta del fármaco.</li> <li>- Estar en la cocina donde toma el fármaco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumir el fármaco opioide.</li> </ul>	<p><i>Refuerzo negativo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alivio del dolor.</li> <li>- Eliminación síntomas abstinencia.</li> </ul> <p><i>Refuerzo positivo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Placer/euforia tras el consumo.</li> </ul> <p><i>Castigo positivo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupación por el consumo.</li> </ul>

#### Propuesta de intervención

En base a los resultados obtenidos en la evaluación inicial, se propone como objetivo principal la abstinencia, dada la gravedad de la dependencia tanto física como psicológica que presenta la paciente.

El programa se ha desarrollado desde un enfoque motivacional, como una intervención breve que pretende 1) movilizar al cambio y motivar a la abstinencia, 2) dotar de estrategias de afrontamiento para las situaciones de riesgo de uso problemático del fármaco y en el manejo del dolor, 3) aumentar la actividad general y, así, incrementar la probabilidad de que se presenten reforzadores positivos y 4) psicoeducar en aspectos como la importancia de llevar una vida ordenada o la aceptación del dolor, así como ayudar a comprender el análisis funcional del problema y, finalmente, 5) prevenir recaídas en el uso inadecuado del fármaco. Para la consecución de los objetivos, en general, se aplicarán técnicas como la entrevista motivacional o se trabajará la autoeficacia percibida en todas las sesiones.

Además, el programa es de carácter multidisciplinar, dado el necesario control y planificación de la retirada del fármaco. Para su realización, se propone, o bien el cambio de fármaco opioide al fentanilo inyectado, por ejemplo, o el uso de terapias sustitutivas, recomendadas por la *National Institute on Drug Abuse* (2016) para la adicción a opioides de preinscripción, con fármacos agonistas parciales como la buprenorfina, en este caso, en su formato de administración transdérmica. Además, dada la considerable dependencia psicológica, el cambio de vía de administración sería útil para dificultar la respuesta de

consumo condicionada. Este procedimiento será valorado y aplicado por un profesional sanitario especializado, donde seleccionará el método más adecuado para el caso.

**Cuadro 3. Objetivos terapéuticos y técnicas de intervención**

<i>Objetivos específicos</i>	<i>Técnicas/ Ejercicios específicos</i>
Conocer la explicación funcional del problema.	- Psicoeducación.
Reducción progresiva del consumo	- Terapia de sustitución farmacológica o cambio de fármaco opioide. - Cambio de vía de administración.
Motivar al cambio y disminuir ambivalencia.	- Balance decisional.
Dotar de estrategias de afrontamiento para las situaciones de riesgo y manejo del dolor	- Identificación de detonantes de consumo. - Planes de acción. - Técnicas relajación muscular progresiva (RMP). - Técnicas de respiración abdominal.
Aumentar actividad general.	- Planteamiento progresivo de objetivos. - Psicoeducación.
Prevención de recaídas.	- Montaña recaída. - Fantasía de recaída.

#### *Estrategias de evaluación durante el tratamiento*

Consistirán en la cumplimentación de un autorregistro diseñado para recoger el número de tomas diarias que realiza de los fármacos sustitutivos, la situación y el nivel de dolor percibido. Por otro lado, se evaluará la autoeficacia percibida mediante una escala visual al finalizar cada sesión. Finalmente, para la evaluación de la efectividad de tratamiento se establecerán las siguientes estrategias:

- 1- Aplicación de los instrumentos de la evaluación inicial al término del programa.
- 2- Sesiones de seguimiento un mes y seis meses después de finalizar la intervención.

#### *Descripción de las sesiones*

El programa de intervención se compondrá de un total de 6 sesiones, de frecuencia semanal y duración aproximada de 90 minutos (*Cuadro 5*), donde se seguirá una procedimiento común en todas ellas (*Cuadro 4*).

**Cuadro 4. Procedimiento estándar de las sesiones**

1- Inicio de sesión
2- Revisión y transferencia de los datos del autorregistro de consumo
3- Realización de los ejercicios específicos de la sesión ( <i>Cuadro 5</i> )
4- Puntuación de la escala de autoeficacia percibida
5- Entrega de materiales
6- Cierre de la sesión

Cuadro 5. Sesiones y tareas establecidas en el tratamiento

<i>Semana</i>	<i>Sesión</i>	<i>Contenido/técnicas específicas</i>	<i>Tareas para casa</i>
1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedback consumo</li> <li>• Balance decisional sobre el consumo del fármaco</li> <li>• Analizar cómo influye en la familia el consumo</li> <li>• Establecimiento de objetivo</li> </ul>	<p>Autoregistro</p> <p>Lectura materiales y realización ejercicios</p>
2	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación del análisis funcional de la conducta de consumo</li> <li>• Identificación de detonantes y planes de acción</li> <li>• Técnica de respiración abdominal</li> </ul>	<p>Autoregistro</p> <p>Lectura materiales y realización ejercicios</p>
3	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase I relajación muscular progresiva (RMP)</li> <li>• Psicoeducación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstinencia, craving y uso del fármaco.</li> <li>- Tolerancia y dolor percibido.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Autoregistro</p> <p>Lectura materiales y realización ejercicios</p>
4	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase II RMP</li> <li>• Psicoeducación: Relación entre la actividad diaria y el dolor percibido.</li> </ul>	<p>Autoregistro</p> <p>Lectura materiales y realización ejercicios</p>
5	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase III RMP</li> <li>• Psicoeducación: Salud Comportamental.</li> <li>• Técnicas aceptación</li> </ul>	<p>Autoregistro</p> <p>Lectura materiales y realización ejercicios</p>
6	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de recaídas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de situaciones de riesgo y planes de acción</li> <li>- Balance sobre el cambio realizado</li> <li>- Feedback evolución</li> <li>- Autoeficacia</li> </ul> </li> <li>• Evaluación post-tratamiento</li> </ul>	
9 y 30		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimientos</li> </ul>	

### *Sesión 1- Movilización al cambio y establecimiento del objetivo*

#### Objetivos

- Movilizar el cambio de conducta sobre el consumo del fármaco.
- Revisar/discutir el objetivo de la paciente motivando a la abstinencia.

#### Tareas

- Feedback del uso que realiza del fármaco opiode.
- Balance decisional sobre el consumo del fármaco.
- Analizar cómo afecta a la familia el consumo del fármaco.

#### Descripción

Se recordará el desarrollo y estructura del programa y se dejará claro que el objetivo del programa es dotarle de estrategias y herramientas útiles para que aplique en la consecución de su objetivo en relación al consumo de opioides. Luego se resolverán las dudas que tenga sobre la cumplimentación del autorregistro.

Seguidamente, se le dará feedback visual sobre el consumo realizado en comparación al pautado en base al autorregistro realizado, con el objetivo de que la paciente valore y nombre su consumo como problemático.

Una vez hecho esto, se pasará a trabajar la ambivalencia observada en el análisis de los resultados mediante la realización de un balance de cosas buenas y menos buenas de consumir para crear discrepancia y movilizar al cambio. Todo ello con apoyo de una tarea realizada con anterioridad por la paciente en casa, la cual consistía en realizar el balance con apoyo informativo sobre los beneficios de no consumir el fármaco. Seguidamente se le preguntará cómo está afectando a su familia el consumo realizado y cómo podría influir su cambio en este aspecto, dado que refería tener problemas familiares en relación al uso que realizaba del fármaco.

Finalmente, para el establecimiento del objetivo respecto al consumo del fármaco. Posteriormente se hará un balance de las cosas buenas y menos buenas que tiene ese objetivo para ella haciendo referencia a los ejercicios realizados con anterioridad. Si elige la reducción se puede preguntar qué haría falta para que se plantee la abstinencia, e ir movilizándola a ese objetivo.

#### Tareas para casa

- Cumplimentar autorregistro semanal.
- Leer materiales y hacer ejercicios de la Sesión 2.

### *Sesión 2: Detonantes del mal uso del fármaco y planes de acción*

#### Objetivos

- Conocer y discutir el análisis funcional del consumo.

- Identificar el dolor, el síndrome de abstinencia y los estímulos ambientales y físicos como detonantes del consumo.
- Aprender a identificar y desarrollar planes de acción en situaciones de riesgo.

#### Tareas

- Análisis visual de la explicación funcional de su consumo.
- Identificación de detonantes y desarrollo de planes de acción.
- Técnicas de respiración abdominal.

#### Descripción

Se le enseñará el análisis funcional de su consumo mediante una figura diseñada para facilitar su comprensión, ayudándole a interpretarlo y posteriormente preguntando qué le llama la atención. El objetivo fundamental es que reconozca el papel de la abstinencia y el resto de estímulos antecedentes como detonante del consumo, y no solo el dolor. Y comprenda la relación entre el consumo y el mantenimiento de los detonantes.

Posteriormente, se le preguntará por el ejercicio que ha realizado en casa sobre las situaciones de riesgo que ha identificado y lo que haría para evitarlos. Si no los hubiera identificado, se utilizaría el análisis funcional para trabajar sobre los detonantes principales, como estar en la habitación donde toma los fármacos o ver las recetas de los mismos. Se recalcará la importancia de que cuando se planifica algo, es esencial ir paso a paso y especificar los detalles de cómo se hará, previniendo posibles contratiempos, y facilitando la consecución de su objetivo.

Para finalizar se le explicará la técnica de respiración abdominal como una posible estrategia para manejar la ansiedad de consumo o situaciones de estrés como detonantes, lo cual es muy probable que suceda las primeras semanas dadas las altas tasas de ansiedad y gravedad de los síntomas de abstinencia que presenta. Pero sin dejar de insistir que es algo pasajero y que la intensidad de los síntomas remitirán.

#### Tareas para casa

- Cumplimentar autorregistro semanal.
- Leer materiales y hacer ejercicios de la Sesión 3.

### *Sesión 3: La abstinencia y el craving en consumo de fármacos opioides*

#### Objetivos

- Conocer qué es la abstinencia y el craving y su implicación en el consumo del fármaco.
- Conocer la relación entre abstinencia, craving y dolor percibido.
- Iniciar entrenamiento en relajación muscular progresiva (RMP).

#### Tareas

- Psicoeducación.
- Técnica de RMP.

#### Descripción

Se explicará cómo se produce el síndrome de abstinencia, recalcando el papel que tiene en el uso inadecuado del fármaco. Se comentará, con ayuda de una pizarra y dibujando la curva del craving, la temporalidad de los síntomas y el beneficio de preparar planes de acción para manejarlos. Para finalizar se le pedirá que ponga algunos ejemplos de síntomas y se le ayudará a identificarlos con los resultados de la evaluación.

Seguidamente se pasará a tratar la relación entre la tolerancia, el consumo y el dolor percibido, y el concepto de hiperalgesia inducida por opioides. Posteriormente se le preguntará cómo cree que está influyendo el uso que realiza del fármaco en mantener el círculo entre el aumento del consumo y aumento del dolor. Luego se le pasa a preguntar cómo podría romper el círculo.

Para finalizar, se le expone la relajación muscular progresiva como un método que puede ayudarle a manejar la intensidad de dolor, relajarse en momentos con más ansiedad o estrés, incluyendo los picos de craving que se irán presentando, basados en los resultados obtenidos del BPI-SF y HADS, así como en el análisis funcional. Se inicia la Fase I y se le entrega el CD de auto guía para la RMP y las instrucciones para practicar en casa.

#### Tareas para casa

- Cumplimentar autorregistro semanal.
- Leer materiales y hacer ejercicios de la Sesión 4.

#### *Sesión 4: Actividad diaria y dolor percibido*

#### Objetivos

- Iniciar segunda fase en RMP.
- Conocer la implicación de realizar actividades y la percepción del dolor.
- Establecer objetivos a corto, medio y largo plazo para aumentar las actividades agradables y los reforzadores positivos.

#### Tareas

- Técnica de RMP.
- Psicoeducación
- Planteamiento progresivo de objetivos.

#### Descripción

Se revisará la práctica realizada en casa de la fase I en RMP, se resolverán las dudas, y se pasará a explicar la fase II. Posteriormente se le facilitará las instrucciones para la práctica

en casa. Se le preguntará qué cambios ha notado, buscando que verbalice cosas positivas de la técnica en relación al dolor y bienestar en general.

Se discutirá la relación entre la actividad general y el dolor percibido en base a la alta interferencia que presenta de dolor y en consecuencia baja actividad. Se le explicará que pese a que generalmente se piensa que no hacer nada puede ayudar a sentir menos dolor, produce el efecto contrario. Que estar distraído o activo, que no significa realizar un esfuerzo físico, ayuda a notar menos el dolor y, además, se obtienen cosas positivas como mejorar nuestro estado de ánimo. Se le expone que en su caso los resultados indican que presenta una alta intensidad de dolor y un bajo estado de ánimo y se le preguntará cómo cree que puede estar afectando el hecho de no realizar actividades sociales o estar de baja laboral en esto. Posteriormente se realizarán preguntas para que verbalice cómo podría ayudar a aumentar la actividad a disminuir el dolor y conseguir su objetivo, considerando el dolor como detonante.

Finalmente, y en relación al anterior ejercicio, se le propone iniciar un planteamiento progresivo de objetivos, con el fin de ir aumentando gradualmente la realización de actividades agradables y se le explica el proceso a seguir.

#### Tareas para casa

- Cumplimentar autorregistro semanal.
- Leer materiales y hacer ejercicios de la Sesión 5.

#### *Sesión 5: Salud Comportamental y aceptación del dolor*

#### Objetivos

- Entrenamiento en la fase III de la RMP.
- Conocer los beneficios de una vida ordenada para la percepción del dolor.
- Conocer la relación entre la aceptación del dolor y su implicación en el manejo del mismo.

#### Tareas

- Psicoeducación.
- Técnica de RMP.

#### Descripción

Se revisará la práctica realizada en casa de la fase II en RMP y se procederá como en la sesión 4. Luego se revisará la puesta en marcha de los objetivos progresivos y se le ayudará, si fuera necesario, a mejorar las estrategias para conseguirlo, reforzando su esfuerzo.

Dado que en la evaluación refirió tener problemas para iniciar y mantener el sueño o presentar falta de apetito, se discutirá la relación de una vida ordenada con el bienestar general, como dormir bien, dedicar unos minutos al día a practicar relajación, tener un horario de comidas, etc. Se pregunta cómo puede beneficiarle el hecho de organizar su día a día o

implementar hábitos de vida saludable en el manejo del dolor y o en los detonantes del consumo.

Finalmente, se discutirá cómo influye la aceptación del dolor en las expectativas que tenemos de la vida en general. Se le pone un ejemplo para que comprenda que aceptar las capacidades de uno mismo, y adaptar las expectativas a éstas, puede ayudar a mejorar nuestro estado de ánimo y sentirnos mejor y evitar la frustración. Posteriormente se le pregunta qué beneficios puede tener dedicar un tiempo a aceptar el dolor y su influencia en su actividad diaria. Luego se le pasaría a explicar el procedimiento de la técnica.

#### Tareas para casa

- Cumplimentar autorregistro semanal.
- Leer materiales y hacer ejercicios de la Sesión 6.

#### *Sesión 6: Valorando el cambio y previniendo recaídas*

##### Objetivos

- Revisar/discutir la puesta en práctica de las herramientas aprendidas y los progresos.
- Prevenir recaídas

##### Tareas

- Feedback visual del consumo actual.
- Balance decisional.
- Montaña de recaídas/Fantasía de recaída.
- Importancia y confianza.
- Escala intensidad de dolor.

##### Descripción

Se revisa la práctica de RMP y objetivos planteados y se ayuda a resolver las dificultades detectadas. Se le pregunta cómo cree que le ha ayudado en el logro de su objetivo.

Posteriormente, se le da feedback visual con el consumo actual del fármaco en comparación al de la primer sesión. Posteriormente se realizará una comparación sobre la intensidad/interferencia de dolor actual con el de la primera sesión. Se le realizarán preguntas para que verbalice el cambio realizado y a qué puede deberse para reforzar las estrategias utilizadas y su esfuerzo.

Con apoyo de una pizarra, se realizará un balance del cambio de cosas buenas y menos buenas del cambio.

Luego se comentará que todo proceso de cambio es lento, y que puede ser que en algún momento consuma puntualmente, explicándolo sobre una imagen con la metáfora de la montaña de recaída. Se enfatiza en que no es un fracaso, sino una situación para aprender

y mejorar el plan de acción. Seguidamente se le propondrá que imagine una situación de mucho riesgo y se le pedirá que diseñe un plan de acción.

Se le pedirá que comente los resultados que ha obtenido en la tarea realizada en casa sobre su autoeficacia, reforzando en todo momento su cambio.

Finalmente se pasa a rellenar los cuestionarios para la evaluación post-tratamiento y se le recordará la finalidad y fecha de las sesiones de seguimiento.

### *Sesiones seguimiento*

#### Objetivos

- Realizar una valoración de las técnicas aplicadas por la paciente (planes de acción, técnicas de relajación y/o respiración, etc.).
- Identificar posibles recaídas y ayudarle a modificar o diseñar planes de acción.
- Valorar su estado general en relación al dolor y a la reducción del consumo.
- Reforzar cambios realizados y motivar a su mantenimiento.

#### Tareas

- Entrevista motivacional
- Valoración autoeficacia
- Balance decisional

#### Descripción

Se realizarán tres sesiones a los 3, 6 y 12 meses posteriores a la finalización de la intervención, donde la primera de ellas se realizará de forma presencial, y las dos restantes por vía telefónica.

El primer seguimiento tendrá una duración aproximada de 60 minutos, donde se comenzará preguntando a la paciente cómo ha evolucionado sobre su objetivo, qué cambios se han producido y a qué se pueden deber. Del mismo modo se le preguntarán las dificultades que ha encontrado, y se le ayudará a mejorar los planes y técnicas empleadas. Se realizará un balance sobre las cosas buenas y menos buenas sobre su cambio. Se valorará su autoeficacia y se le reforzará comparándolo con los resultados de las primeras sesiones. En esta línea, se le dará un feedback visual de los resultados de la pre y post-evaluación para que valore los resultados obtenidos de forma positiva. En caso de recaída, se normalizará y se pasará a planificar conjuntamente un plan de acción para esa situación. Finalmente, si se considera oportuno, se le propondrá las opciones de iniciar un proceso de reincorporación laboral o búsqueda de otro empleo, además de grupos de apoyo para reforzar su red interpersonal.

La segunda y tercera sesión de seguimiento se realizará por vía telefónica, donde el objetivo será evaluar su consumo del fármaco opioide para, o bien reforzar su estado de abstinencia, o bien motivar a conseguirla. Se evaluará su autoeficacia, posibles recaídas para

ayudarle a realizar planes de acción y, para finalizar, se le preguntará si quiere tratar algo en especial.

### Discusión

La finalidad del trabajo es plantear una intervención psicológica en un caso de adicción a fármacos opioides basada en el enfoque motivacional (EM) en combinación de técnicas cognitivo-conductuales (TCC), con el fin de ayudar a reducir el consumo hasta llegar a la abstinencia, asegurando el mantenimiento posterior de la misma.

En este sentido, la inclusión de las TCC tiene un objetivo claro que abarca dos aspectos: el manejo del dolor como detonante del consumo y prevención de futuras recaídas. Las técnicas de aceptación y planteamiento progresivo de objetivos o de respiración y relajación, entre otras estrategias recomendadas para el dolor crónico, ampliamente evidenciadas como eficaces (Moix & Casado, 2011), ayudarían a disminuir la probabilidad de realizar un consumo inadecuado ante un aumento de la intensidad de dolor, implicando el aprendizaje de nuevas conductas de afrontamiento que a largo plazo asegurarían el mantenimiento de la abstinencia.

Con todo, el dolor no constituye un detonante único del consumo del fármaco, puesto que estímulos antecedentes como las situaciones de consumo del fármaco aumentan la probabilidad de su uso. Y otros antecedentes clásicos como es el estado de ánimo, problemas familiares o personales, la falta de estrategias para la resolución de problemas o gestión de emociones, o los propios síntomas de abstinencia característicos de la dependencia al fármaco, implican un riesgo claro para el abuso del fármaco. De hecho, en el caso evaluado se observa que tres de los cuatro detonantes de consumo no se relacionaban con el dolor.

Por ello, y atendiendo que la EM es considerada como un enfoque eficaz en la intervención de problemas conductuales tanto relacionados con la salud (Miller & Rollnick, 2012), como con el consumo de sustancias psicoactivas (Carroll et al., 2006; Miller, 1983; Miller, Yahne, & Tonigan, 2003), basar el enfoque interventivo en la EM ayudaría a romper la ambivalencia observada, promover mediante el aumento de concienciación del problema que la paciente identifique las situaciones de riesgo y ponga en acción planes eficaces que le ayuden a disminuir progresivamente su consumo, manteniendo los cambios a lo largo del tiempo a través de la potenciación de la autoeficacia.

Finalmente, las principales limitaciones detectadas fueron la ausencia de estudios de referencia en la intervención de la adicción a fármacos opioides. Por lo que el trabajo se considera pionero en esta área. Por otro lado, no se pudo aplicar el programa, por lo que no se cuentan con resultados para valorar la efectividad del mismo. Además, para mejorar la evaluación y posterior aplicación del programa, sería interesante evaluar el historial tanto personal como familiar de la paciente en relación al uso y abuso de otras drogas mediante una entrevista semi-estructurada, con el fin de recabar los datos que puedan estar influyendo

o influir en el pronóstico de la paciente, ya que se considera un factor de riesgo para el abuso y dependencia a fármacos opioides.

#### Referencias

- Benyamin, R., Trescot, A. M., Datta, S., Buenaventura, R., Adlaka, R., Sehgal, N., ... Vallejo, R. (2008). Opioid complications and side effects. *Pain Physician*, *11*(2 Suppl), S105-120.
- Carballo, J. L., Coloma Carmona, A., Mrozowicz Gaudyn, D., Vidal Arenas, V., van der Hofstadt Román, C. J., & Rodríguez-Marín, J. (2016). Evaluación psicológica del abuso de fármacos opioides. *Papeles Del Psicólogo*, *37*(1), 45–51.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., ... Woody, G. E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, *81*(3), 301–312. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.002>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Vital signs: overdoses of prescription opioid pain relievers and other drugs among women--United States, 1999-2010. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *62*(26), 537–542.
- Cheatle, M. D. (2015). Prescription Opioid Misuse, Abuse, Morbidity, and Mortality: Balancing Effective Pain Management and Safety. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*. <http://doi.org/10.1111/pme.12904>
- Chou, R., Fanciullo, G. J., Fine, P. G., Adler, J. A., Ballantyne, J. C., Davies, P., ... American Pain Society-American Academy of Pain Medicine Opioids Guidelines Panel. (2009). Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, *10*(2), 113–130. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.10.008>
- Chou, R., Fanciullo, G. J., Fine, P. G., Miaskowski, C., Passik, S. D., & Portenoy, R. K. (2009). Opioids for Chronic Noncancer Pain: Prediction and Identification of Aberrant Drug-Related Behaviors: A Review of the Evidence for an American Pain Society and

- American Academy of Pain Medicine Clinical Practice Guideline. *The Journal of Pain*, 10(2), 131–146.e5. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.10.009>
- de Andrés Ares, J., Cruces Prado, L. M., Canos Verdecho, M. A., Penide Villanueva, L., Del Valle Hoyos, M., Herdman, M., ... Velázquez Rivera, I. (2015). Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 15(7), 643–653. <http://doi.org/10.1111/papr.12219>
- Dowell, D., Haegerich, T. M., & Chou, R. (2016). CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016. *MMWR. Recommendations and Reports*, 65(1), 1–49. <http://doi.org/10.15585/mmwr.rr6501e1>
- Edlund, M. J., Martin, B. C., Fan, M.-Y., Braden, J. B., Devries, A., & Sullivan, M. D. (2010). An analysis of heavy utilizers of opioids for chronic noncancer pain in the TROUP study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 279–289. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.01.012>
- Fredheim, O. M. (2014). Increasing use of opioids for pain. *European Journal of Pain (London, England)*, 18(9), 1219–1220. <http://doi.org/10.1002/ejp.505>
- Garcia del Pozo, J., Carvajal, A., Vilorio, J. M., Velasco, A., & Garcia del Pozo, V. (2008). Trends in the consumption of opioid analgesics in Spain. Higher increases as fentanyl replaces morphine. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 64(4), 411–415. <http://doi.org/10.1007/s00228-007-0419-9>
- Gomes, T., Mamdani, M. M., Dhalla, I. A., Paterson, J. M., & Juurlink, D. N. (2011). Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain. *Archives of Internal Medicine*, 171(7), 686–691. <http://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.117>
- Griffin, M. L., McDermott, K. A., McHugh, R. K., Fitzmaurice, G. M., Jamison, R. N., & Weiss, R. D. (2016). Longitudinal association between pain severity and subsequent opioid use in prescription opioid dependent patients with chronic pain. *Drug and Alcohol Dependence*. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.023>

- Jamison, R. N., & Mao, J. (2015). Opioid Analgesics. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(7), 957–968. <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.04.010>
- Jamison, R. N., Ross, E. L., Michna, E., Chen, L. Q., Holcomb, C., & Wasan, A. D. (2010). Substance misuse treatment for high-risk chronic pain patients on opioid therapy: a randomized trial. *Pain*, 150(3), 390–400. <http://doi.org/10.1016/j.pain.2010.02.033>
- Langley, P. C. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 463–480. <http://doi.org/10.1185/03007995.2010.542136>
- Langley, P. C., Ruiz-Iban, M. A., Molina, J. T., De Andres, J., & Castellón, J. R. G.-E. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14(3), 367–380. <http://doi.org/10.3111/13696998.2011.583303>
- Matteliano, D., St Marie, B. J., Oliver, J., & Coggins, C. (2012). Adherence Monitoring with Chronic Opioid Therapy for Persistent Pain: A Biopsychosocial-Spiritual Approach to Mitigate Risk. *Pain Management Nursing*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904212001427>
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1–2), 127–133.
- Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 11(2), 147–172. <http://doi.org/10.1017/S0141347300006583>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Guilford Press.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 754–763.
- Moix, J., & Casado, M. <sup>a</sup> I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica Y Salud*, 22(1), 41–50.

- Morasco, B. J., Turk, D. C., Donovan, D. M., & Dobscha, S. K. (2013). Risk for prescription opioid misuse among patients with a history of substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 127(1–3), 193–199. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.032>
- National Institute on Drug Abuse (2016). *Cómo tratar la adicción a los opioides de preinscripción*. Recuperado en : <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/los-medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion/tratamiento-para-la-adiccion-los-medicamentos-de-prescripcion/como-tratar-la-adiccion-los-opioides-de-prescripcion>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2016). *Informe Europeo sobre Drogas 2016: Tendencias y novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Rosenblum, A., Marsch, L. A., Joseph, H., & Portenoy, R. K. (2008). Opioids and the treatment of chronic pain: controversies, current status, and future directions. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 405–416. <http://doi.org/10.1037/a0013628>
- SAMHSA. (2013). *Treatment Episode Data Set (TEDS): 2001-2011. State Admissions to Substance Abuse Treatment Services*. (BHSIS Series S-68, HHS Publication No. (SMA) 14-4832). Rockville, MD: Substances Abuse and Mental Health Services Administration.
- Scherrer, J. F., Salas, J., Copeland, L. A., Stock, E. M., Schneider, F. D., Sullivan, M., ... Lustman, P. J. (2016). Increased Risk of Depression Recurrence After Initiation of Prescription Opioids in Noncancer Pain Patients. *The Journal of Pain*, 17(4), 473–482. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.012>
- Sehgal, N., Manchikanti, L., & Smith, H. S. (2012). Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. *Pain Physician*, 15(3 Suppl), ES67-92.
- Simó Miñana, J. (2012). Utilización de medicamentos en España y en Europa. *Atención Primaria*, 44(6), 335–347. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.06.009>

- Smith, K., Mattick, R. P., Bruno, R., Nielsen, S., Cohen, M., Campbell, G., ... Degenhardt, L. (2015). Factors associated with the development of depression in chronic non-cancer pain patients following the onset of opioid treatment for pain. *Journal of Affective Disorders, 184*, 72–80. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.049>
- Vowles, K. E., McEntee, M. L., Julnes, P. S., Frohe, T., Ney, J. P., & van der Goes, D. N. (2015). Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain, 156*(4), 569–576. <http://doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460357.01998.f1>

