

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Terapia de aceptación y compromiso grupal aplicada a pacientes adictos a los opioides con el manejo de los síntomas de abstinencia junto con la terapia farmacológica para evitar recaídas a futuro

Proyecto de Investigación

María Belén Chico Jiménez

Licenciatura en Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Psicología

Quito, 25 de abril de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Terapia de aceptación y compromiso grupal aplicada a pacientes adictos a los opioides con el manejo de los síntomas de abstinencia junto con la terapia farmacológica para evitar recaídas a futuro

María Belén Chico Jiménez

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Rodrigo Carillo, PhD.

Firma del profesor

Quito, 25 de abril de 2019

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María Belén Chico Jiménez

Código: 00131321

Cédula de Identidad: 1722488911

Lugar y fecha: Quito, 25 de abril de 2019

RESUMEN

La adicción es entendida como una enfermedad crónica que se caracteriza por el abuso de una o varias sustancias por los efectos que esta produce a nivel físico o psicológico. Por otro lado los opioides como la heroína, morfina, codeína, entre otras, son sustancias utilizadas comúnmente por los efectos analgésicos para aliviar el dolor. En este trabajo se propone la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (TAC) para controlar los síntomas de la abstinencia y prevenir recaídas a futuro.

Palabras clave: terapia de aceptación y compromiso, abuso de sustancias, abstinencia, opioides, adicciones.

ABSTRACT

Addiction is understood as a chronic disease characterized by the abuse of one or several substances due to the effects they produce at a physical or psychological level. On the other hand, opioids such as heroin, morphine, codeine, among other substances, are used for their analgesic effects to relieve pain. In this work, the application of acceptance and commitment therapy (ACT) is proposed to control the symptoms of abstinence and prevent relapses in the future.

Key words: Acceptance and commitment therapy, substance abuse, withdrawal, opioids, addictions.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	7
Planteamiento del problema	7
Objetivos y pregunta de investigación	7
Justificación	8
Revisión de la literatura	9
Opioides	9
Reseña histórica.....	9
Composición y vías de administración.....	11
Sintomatología de la intoxicación aguda por opioides.....	13
Tipos de opioides	15
Morfina.....	15
Heroína (diacilmorfina).....	16
Codeína (metil-morfina).....	17
Opioides sintéticos	17
Antagonistas	18
Receptores opiáceos y péptidos opioides endógenos.....	19
Adicción y dependencia a los opioides	20
Tratamientos utilizados para la adicción a los opioides	22
Terapia de aceptación y compromiso.....	22
Terapia de aceptación y compromiso aplicada a la adicción de opioides.....	24
Metodología y diseño de la investigación	27
Diseño	27
Población	28
Instrumentos o materiales	30
Procedimiento de recolección de datos	31
Análisis de los datos	32
Consideraciones éticas	33
Discusión	34
Fortalezas y limitaciones de la propuesta	34
Recomendaciones para futuros estudios	35
Referencias	37
Anexo A: Instrumentos	40
Clinical Opiate Withdrawal Scale	40
Escala de ansiedad de Hamilton	42
Anexo B: Formulario de consentimiento informado	45

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Aunque el tema de adicciones y abuso de sustancias como los opioides ha sido estudiado a profundidad durante muchos años, en la actualidad no existen estudios ni experimentos realizados sobre la aplicación y resultados de la terapia de aceptación y compromiso en individuos adictos a los opioides con síntomas de abstinencia que se encuentran en un período de desintoxicación. Es posible que exista una falta de literatura sobre este tema en específico dado que la terapia de aceptación y compromiso no es la intervención comúnmente utilizada para el tratamiento de adicciones.

Además, es posible que teóricos, médicos, psicólogos y psiquiatras consideren que la adicción a los opioides, sus compulsiones y síntomas de abstinencia pueden ser tratados únicamente con terapias conductuales y farmacológicas. Es por esto que en la actualidad se cree que únicamente el tratamiento farmacológico es el que tiene mejores resultados para que el paciente pueda manejar los síntomas de abstinencia. Es probable que la incorporación de la terapia de aceptación y compromiso pueda ayudar a la persona con estos síntomas. La terapia de aceptación y compromiso propone herramientas que puedan ayudar a los pacientes adictos a opioides como por ejemplo el cambio del lenguaje que la persona utiliza, la identificación y finalmente el uso de valores personales para que pueda sobrellevar los síntomas de la abstinencia durante el período de desintoxicación (Luoma, Hayes, & Walser, 2007).

Objetivos y pregunta de investigación

El propósito de este estudio es identificar hasta qué punto la terapia de aceptación y compromiso podría ser incorporada al tratamiento de la adicción a los opioides junto con el

tratamiento farmacológico. Se espera que después de la realización de este trabajo se promueva nuevas investigaciones y experimentos para mejorar y aumentar la eficacia del tratamiento para adicciones.

Justificación

Este estudio puede resultar útil a nivel local puesto que, aunque no existan datos concretos, la adicción a los opioides afecta a algunos sectores de la población ecuatoriana, llegando a causar muerte por sobredosis. En la actualidad no existen estudios similares en Ecuador. Este trabajo ofrece una nueva perspectiva en el tratamiento de la adicción a los opioides.

A continuación se presenta la revisión de la literatura sobre la adicción a los opioides y también sobre la terapia de aceptación y compromiso. Esta se encuentra dividida en cuatro partes, en las cuales se explicará los conceptos más relevantes del tema. Finalmente se detalla la metodología de investigación y la discusión y recomendaciones a futuro.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

El diseño de la revisión de literatura de este trabajo se realizará por temas de importancia como lo son los opioides y la terapia de aceptación y compromiso. Finalmente, se unirá la información de los dos temas para explicar la propuesta de investigación de este trabajo. Se utilizará en su mayoría libros reconocidos sobre opioides y la terapia de aceptación y compromiso e investigaciones de *journals* que contengan información relevante.

Opioides

Reseña histórica.

El opio es una resina que se obtiene de las cápsulas de la planta *Papaver somniferum*, conocida comúnmente como adormidera. Inicialmente, esta sustancia fue utilizada por las cualidades analgésicas que ejercía sobre los individuos. Aunque no esté documentado de manera detallada, se sabe que los antiguos romanos y griegos hacían uso del opio puesto que eran conocedores de las propiedades eufóricas y narcóticas de esta sustancia y la consumían para aliviar el dolor y la disentería (Van Ree, Gerrits, & Vanderschuren, 1999). Sus efectos analgésicos fueron descritos por conocidos personajes como el médico Hipócrates (siglo III a. C) que detallaba con claridad sus efectos sedantes; Avicena (siglo IX d. C) quien utilizaba el opio para tratar los síntomas de la diarrea, Paracelso quien desarrolló la tintura de opio también conocida como láudano (siglo XIX) y Thomas Sydenham (1660) quien fue el personaje que creó el Láudano de Sydenham.

El opio como medicamento era comúnmente consumido de manera recurrente por la clase trabajadora y las capas populares, puesto que el acceso al cuidado médico se encontraba fuera del alcance del presupuesto de este grupo de personas. Es por esto que solían recurrir a la automedicación con opioides, ya sea en forma de pastillas/píldoras o como láudano (una

mezcla bastante común de opio, alcohol y agua destilada). Esta tintura de opio se llegó a utilizar incluso en los niños para tranquilizarlos y mantenerlos calmados, puesto que las madres que trabajaban en casa no querían ser molestadas durante sus labores (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009). Además, el consumo de estas sustancias era común entre escritores, artistas y poetas durante su período creativo.

Un hito importante en el abuso y dependencia de los opioides sucedió en 1803 cuando el farmacéutico alemán Friedrich Sertürner aisló lo que actualmente se conoce como morfina y estudió los efectos que producía su consumo. Pudo observar que esta sustancia, a la que él denominó como *morphium*, causaba un estado de sopor en las personas que la consumían, además de vómitos y un rubor en la piel (Lorenzo et al., 2009). Con el descubrimiento de la jeringa hipodérmica en 1885 comenzó el abuso de los opioides y se pudo observar más casos de adicción a estas sustancias. Esto se debe al hecho de que la sustancia entra directamente al torrente sanguíneo de la persona y por ende sus efectos son inmediatos y con mayor intensidad. Además, el abuso y dependencia a los opioides siguió aumentando en gran medida cuando, en 1898, comenzó la comercialización medicinal de la heroína. Esta sustancia fue sintetizada por Charles Romley Alder Wright y a su vez nombrada y comercializada por la empresa Bayer como un sustituto para combatir la adicción a la morfina que existía durante el siglo XIX y también para el tratamiento de la tos.

Con la comercialización a nivel mundial de los opioides, el consumo y la adicción a esta sustancia y sus derivados aumentó significativamente. Según Lorenzo et al. (2009), el desarrollo de la dependencia a los opioides a niveles alarmantes se dio durante la expansión del Imperio Británico durante el siglo XIX puesto que el comercio con Europa y algunos países de Asia aumentó significativamente. El incremento de la demanda de opioides llevó a que en el año 1840 se diera la famosa Guerra del Opio entre Gran Bretaña y China dado que

constituía para los ingleses una fuente de ingreso significativa y el impedimento de su comercialización hacia China afectaría significativamente a su economía (Celaya, Valdez, & Ochoa, s/f). Por estos factores y otros como el cambio de actitud por parte de la sociedad hacia el consumo de estas sustancias, en la actualidad existen abundantes casos de adicción a opioides que llegan incluso hasta la muerte de los consumidores (Lorenzo et al., 2009).

Composición y vías de administración.

Como ya se indicó anteriormente, el opio se obtiene de la extracción y el secado de los frutos de la planta conocida como adormidera (*Papaver somniferum*). Esta resina de opio contiene dos tipos de compuesto que se dividen en las sustancias inactivas y los alcaloides de la droga, que son los que producen las alteraciones dentro del organismo. Según Lorenzo et al., el 75 a 80% de la composición del opio son sustancias inactivas como “ácidos orgánicos, resinas, gomas, azúcares, sales minerales, etc.”. Mientras que el 20% a 25% está compuesto aproximadamente 20 alcaloides o sustancias activas, aunque 6 son las más investigadas que, a su vez, se dividen en dos grupos: los derivados fenantrénicos como lo son la morfina, codeína y tebaína; y los derivados bencilisoquinolínicos como por ejemplo la papaverina, narcotina y narceína (2009).

Estos grupos tienen características farmacológicas diferentes dentro del organismo. Los derivados fenantrénicos tienen efectos analgésicos, son consideradas bases fuertes, tienen la capacidad de estimular el músculo liso y principalmente son estas las sustancias capaces de generar dependencia en los consumidores. Por otro lado, los derivados bencilisoquinolínicos son considerados bases débiles, que producen espasmos musculares o calambres, no tienen efecto analgésico en el organismo y, a diferencia de los derivados fenantrénicos, estos no producen dependencia en los consumidores (Lorenzo et al., 2009).

Existen varias vías de administración para el consumo de los opioides y todos sus derivados, ya sean sintéticos o semi sintéticos. Según Martin Booth, históricamente las vías de consumo de opio más tradicionales han sido la vía oral y la vía pulmonar. En la primera se suele ingerir la sustancia en forma de pastillas o disueltas en diferentes líquidos como el vino, mientras que en la vía pulmonar el opio o sus derivados son inhalados o fumados haciendo uso de pipas especiales y, en ciertas ocasiones, la heroína suele ser mezclada con otras sustancias como tabaco para ser fumada en forma de porro o cigarrillo (2013). En la actualidad se conoce que todos los tipos opioides pueden ser consumidos por otras vías como lo son la nasal, que implica esnifar o aspirar directamente la sustancia pulverizada; la vía parenteral, en la cual, con la ayuda de una aguja hipodérmica, se introduce la sustancia disuelta de manera subcutánea, intravenosa o intramuscular; y por último la vía rectal o genital, que se caracteriza por la aplicación de una sustancia en un algodón u otra material para ser insertada en el recto o los genitales para que sea absorbida por la mucosa de estos sitios (Lorenzo et al., 2009).

Dependiendo de la vía de administración de la que haga uso la persona, va a variar la cantidad de la sustancia que debe ingresar a su organismo puesto que si se excede el gramaje puede llegar a tener una sobredosis e incluso morir si no es tratado inmediatamente. La cantidad de opio o sus derivados que se consume a través de la vía oral o pulmonar es mucho mayor a la que se debe utilizar en la vía parenteral. Además, el tiempo que se demora en producir los efectos la sustancia varía dependiendo de la vía de administración. En la vía oral la sustancia debe ser descompuesta por otros órganos y por ende se demora mucho más tiempo en llegar al cerebro y actuar, por otro lado en la vía parenteral la sustancia llega de manera inmediata al cerebro y ejerce sus efectos.

Finalmente, la vía de administración influye en gran medida en la intensidad de la dependencia que va a desarrollar la persona. En la vía parenteral la persona siente los efectos de la sustancia de manera más intensa, creando en el organismo la necesidad física y psicológica de consumirla de manera continua y en dosis más elevadas, llevando así a que el individuo desarrolle una dependencia más grave que si fuera consumida de manera oral o pulmonar. Es crucial establecer que todos los tipos de opioides crean una dependencia severa en sus consumidores, la cual debe ser tratada para evitar las alteraciones en el cerebro, salud y conducta de la persona, ya que puede llegar a tener una sobredosis y morir.

Sintomatología de la intoxicación aguda por opioides.

Es importante conocer los síntomas que presentan los individuos adictos a los opioides al tener una intoxicación aguda puesto que se puede dar un diagnóstico y tratamiento inmediato que pueden llegar a salvar la vida del paciente. La intoxicación aguda se puede producir por una sobredosis causada en hospitales o clínicas en pacientes que se encuentran bajo el efecto de anestesia general luego de cirugías. Este tipo de sobredosis es causada por médicos o anesestesiólogos que administran al paciente un gramaje mayor de la dosis sugerida (40-60 mg metadona y 120 mg morfina, si es por intravenosa debe ser 30 mg) (Lorenzo et al., 2009). Por otro lado, la sobredosis en individuos adictos a los opioides se produce por error en la dosis inyectada en el organismo. También se puede producir por la mezcla con otros opioides o por habituación a la droga puesto que se consume más del gramaje que soporta el cuerpo. La sobredosis más frecuente es la de la heroína, aunque también existen casos que se han presentado con metadona. De acuerdo a las características detalladas a continuación se podrá indicar claramente cuando un individuo ha consumido más opioide de lo que su cuerpo puede soportar.

Según Lorenzo et al. (2009), existen varios síntomas que se producen por la intoxicación con opioides y se presentan en dos etapas, la fase de excitación y la fase de depresión. Durante cada una de estas fases se presentan síntomas completamente diferentes que pueden ayudar al diagnóstico del cuadro clínico y que deben ser tratados inmediatamente. Durante la fase de excitación, la persona experimenta síntomas como intranquilidad, exaltación, nerviosismo, zumbido en los oídos, sed exagerada, aumento de la actividad sensorial y, también una alteración en el ritmo y profundidad de la respiración, entre otros síntomas. Por otro lado, durante la fase de depresión, el individuo suele presentar síntomas graves como hipotermia, contracción intensa y anormal de la pupila del ojo (miosis), depresión respiratoria, puede dejar de orinar (anuria), e incluso puede colapsar o entrar en un estado de coma.

Además de los síntomas indicados con anterioridad, también existen otros más específicos que se presentan a nivel neurológico, respiratorio y cardiovascular. Dentro de los síntomas neurológicos la persona puede experimentar somnolencia, en la cual los pacientes se encuentran en un coma superficial y pueden responder o despertarse ante estímulos verbales mas no ante aquellos que producen dolor físico. Durante este cuadro el individuo puede presentar convulsiones y se puede observar claramente que sus pupilas están contraídas (miosis) de manera puntiforme y simétrica. Finalmente, el paciente puede presentar un daño de la materia blanca del cerebro (leucoencefalopatía espongiiforme) que produce temblores, retraso psicomotor y dificultad para articular y producir palabras y movimientos (Lorenzo et al., 2009).

Tipos de opioides.

Morfina.

La morfina es un alcaloide del opio que fue aislado en 1803 por el farmacéutico alemán Friedrich Sertürner. La propiedad más importante y por la cual es conocida la morfina es su acción analgésica puesto que suprime el dolor sin importar la intensidad o el lugar donde se produzca. El dolor que una persona experimentar tiene dos componentes: dolor físico que se presenta como una sensación de malestar y el dolor psicológico que es una forma de sufrimiento que involucra un componente afectivo. El hecho de que la morfina suprima el componente afectivo del dolor hace que el individuo sea más propenso a desarrollar una dependencia puesto que desea evitar a toda costa la sensación desagradable y la angustia que experimenta (Lorenzo et al., 2009).

Según Pedro Lorenzo, et al., “la morfina se absorbe con facilidad en el tracto gastrointestinal, pero, debido al efecto de primer paso hepático, sólo alcanza una biodisponibilidad de un 20-25%” (2009). Además, una de las vías de administración con mejor absorción de la morfina es la vía parenteral, en especial la subcutánea y la intramuscular. El efecto que tiene esta droga en el organismo llega a su máximo potencial aproximadamente una hora después del consumo y dura de tres a cinco horas. El efecto analgésico se produce por la afinidad que la morfina tiene para unirse a los receptores sobre los que normalmente actúan los opioides endógenos (Schiff, 2002).

El efecto que este opioide tiene sobre el sistema nervioso central va a depender completamente del individuo, la dosis que se consuma y la sensibilidad del organismo a la droga. Es por esto que en ciertos individuos una dosis de 10 mg puede producir efectos depresores en el sistema nervioso central y reducir el dolor físico junto con sensaciones no placenteras para el cuerpo e incluso producir sedación. Al contrario, en aquellas personas que

no experimentan dolor dicho momento, el consumo de morfina produce efectos de excitación sobre el sistema nervioso central. Ellos experimentan disforia junto con náuseas y vómitos (Lorenzo et al., 2009).

Heroína (diacetilmorfina).

La heroína es un derivado semisintético del opio que, según lo indica Schiff (2002), fue creado por Alder Wright en 1874 en un intento para encontrar una sustancia similar al opio que no resulte adictiva para el consumidor. Este derivado resulta de la mezcla de morfina con anhídrido acético que pasa a ser calentada. Schiff también indica que a esta sustancia se la denominó heroína por las supuestas cualidades heroicas que tiene como un analgésico en el cuerpo (2002). Eventualmente la heroína fue puesta de venta al público como un remedio contra la tos en el año 1898 por la conocida farmacéutica Bayer.

Esta sustancia se caracteriza por tener una alta liposolubilidad, lo que permite que sea absorbida de manera más rápida y fácil por el cerebro (Lorenzo et al., 2009). Después de ser inyectada en el organismo, los efectos eufóricos de la heroína aparecen en un período de tres minutos. Este es seguido por un período de tranquilidad o de sedación que puede durar aproximadamente una hora (Schiff, 2002). Los efectos analgésicos y eufóricos de la heroína suelen manifestarse por un período de tres a cuatro horas. Esta droga produce un mayor nivel de dependencia en los consumidores puesto que se absorbe más rápido que la morfina y tiene efectos más intensos. Esto conlleva que los síntomas que experimentan durante la abstinencia sean insoportables y conduzcan a las personas a consumir heroína en mayores cantidades y con más frecuencia. Los adictos a la heroína suelen morir por sobredosis de la misma, de igual manera por mezclar heroína con otros opioides o drogas y, en casos extremos, por los síntomas que se producen durante la abstinencia.

Codeína (metil-morfina).

La codeína es un derivado del opio que se encuentra en una concentración muy baja (de 0.7 a 2.5%), por lo que debe ser mezclado con otros químicos para que produzca un efecto analgésico en el organismo. Esta sustancia fue aislada del opio en 1833 por Robiquet. La vía más eficaz para el consumo de la codeína es la oral, puesto que al ingerirse se descompone en morfina pero tiene efectos de menor intensidad. Los usos comunes de esta sustancia son para el tratamiento de dolor leve y moderado, y también para tratar la tos en ciertos casos (Schiff, 2002).

Opioides sintéticos.

En la actualidad existe una gran cantidad de opioides sintéticos que han sido desarrollados durante varios años para obtener sustancias que tengan efectos similares a los opioides naturales pero sin algunos de los efectos secundarios que tienen como lo son la depresión respiratoria y su gran capacidad para crear adicción en los consumidores. Pero, a pesar de estos intentos, muchos de los opioides sintéticos que existen tienen la misma capacidad de provocar dependencia y también depresión respiratoria, sin embargo suelen ser utilizados por sus ventajas terapéuticas (Lorenzo et al., 2009).

Los opioides sintéticos pueden dividirse en cuatro grupos: los pertenecientes al grupo de la meperidina, los de la metadona, los de benzomorfanos y por último los pertenecientes al grupo del morfano. Todas estas sustancias sintéticas tienen diferentes grados de efecto analgésico en el organismo y además eliminan algunos efectos secundarios y producen otros deseados de acuerdo a su composición.

Antagonistas.

Los fármacos antagonistas de los opioides tienen afinidad sobre los receptores de estos en el cerebro. Estas sustancias producen su efecto bloqueando la acción de los agonistas opioides sobre el organismo. Los antagonistas más conocidos y utilizados son la naloxona y naltrexona, estos dos compuestos tienen estructuras similares a los opioides pero producen efectos completamente diferentes.

La naloxona es uno de los antagonistas más utilizados ya que, según Lorenzo et al., “se une específicamente y de manera competitiva a los receptores (...), de tal forma que antagoniza de manera más o menos inmediata todos los efectos de los agonistas opioides” (2009). Los efectos de la naloxona sobre el organismo se producen a los dos o tres minutos luego de ingresar al organismo, aunque se recomienda que no sea consumido por vía oral puesto que es digerido rápidamente y desaparece del organismo a los 25 o 60 minutos sin causar cambio alguno y requiriendo que se vuelva a administrar otra dosis.

Pedro Lorenzo et al., indica claramente que la naloxona no tiene efectos en personas que no son adictas pero para aquellos individuos dependientes suele causar un síndrome de abstinencia. Esto provoca que el individuo experimente náuseas y vómitos que deben ser tratados con precaución si el paciente se encuentra inconsciente puesto que puede aspirar su propio vómito y morir. Además, establece claramente que “1 mg de naloxona bloquea los efectos de 25 mg de heroína (sólo durante unos minutos), pero se precisan dosis mayores de naloxona para antagonizar los efectos de otros agonistas opioides, como metadona, buprenorfina o pentazocina” (2009). Se debe tomar en cuenta que el uso principal para de antagonista es tratar a pacientes de manera urgente cuando presentan sobredosis por heroína o morfina puesto que contrarresta la depresión respiratoria que suelen tener por dicha intoxicación.

Por otro lado, la naltrexona es un antagonista cuyos efectos se pueden evidenciar de manera inmediata al ser consumido por vía oral, además que su semivida dentro del organismo es más prolongada que la de la naloxona, llegando a durar de 10 a 24 horas e incluso más (Lorenzo et al., 2009). Este compuesto es de gran ayuda durante el tratamiento farmacológico de aquellos individuos dependientes a los opioides para combatir su dependencia. Al igual que la naloxona, este antagonista produce síndrome de abstinencia en los consumidores de opioides pero en individuos normales no tiene efecto alguno. Ciertos síntomas o efectos secundarios que puede tener en drogodependientes son “dificultad para conciliar el sueño, ansiedad, nerviosismo, espasmos musculares y dolores articulares, cefalea, pérdida del apetito, alteraciones gastrointestinales leves (diarrea o estreñimiento), escalofríos, disminución de la libido, congestión nasal y linfocitosis” (Lorenzo et al., 2009).

Receptores opiáceos y péptidos opioides endógenos.

Los péptidos opioides endógenos son sustancias que se producen naturalmente en el cerebro humano ante situaciones de dolor físico o emocional. Estos neurotransmisores fueron descubiertos por John Hughes y Hans Kosterlitz en 1975 (Florentino, 2010). Se pudo demostrar que existen receptores específicos para los opioides en el cerebro, sean estos endógenos o exógenos, puesto que estos sitios reconocen únicamente a estas sustancias y su estructura. El hecho de que existan estos sitios específicos de reconocimiento de esta droga produce que los efectos farmacológicos de los opioides sean de gran potencia (Akil et al., 1984). Además, Florentino indica que, “ya que los neuropéptidos son más potentes que los [neurotransmisores] clásicos, las concentraciones necesarias para activar a sus receptores son menores y así cantidades muy pequeñas de neuropéptidos pueden ser eficaces” (2010).

Dentro del organismo se producen específicamente tres familias endógenas: las encefalinas, endorfinas y dinorfinas. Estas son captadas por receptores específicos, tal y como

lo indica Pasternak en su artículo, las encefalinas tienen los receptores delta, las dinorfinas son reconocidas por los receptores kappa₁; y, por último, las endorfinas tienen afinidad a los receptores específicos delta y Mu (2014). Todos estos péptidos opioides endógenos ejercen características similares a la morfina al unirse a sus receptores específicos.

Adicción y dependencia a los opioides.

La adicción es entendida como una enfermedad crónica que se caracteriza por el abuso de una o varias sustancias por los efectos que estas producen a nivel físico o psicológico. Además, los individuos tienen comportamientos o patrones compulsivos para buscar, conseguir y consumir la sustancia, dejando de lado muchas de las actividades cotidianas como el trabajo, los estudios, la familia y amigos, entre otros (Robinson & Berridge, 2003). La Asociación Americana de Psicología indica que dentro de este trastorno existen varios factores biológicos, sociales, ambientales y psicológicos que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de una adicción (s/f). La genética es el factor de riesgo de mayor importancia para el desarrollo del abuso y dependencia a una sustancia. Según la American Psychological Association, “los genes afectan el grado de recompensa que los individuos experimentan cuando utilizan sustancias inicialmente (ej. drogas) o se involucran en ciertas conductas (...), al igual que la manera en la que el cuerpo procesa el alcohol u otras drogas” (s/f).

La dependencia a los opioides puede ser física y/o psicológica, todo esto lleva a que exista una dificultad de controlar el consumo de una sustancia, convirtiéndose en un problema para la persona. La dependencia psicológica se caracteriza por un deseo irresistible (también conocido como *craving*) de volver a consumir una droga para que, dentro del organismo, se produzcan los efectos analgésicos de los opioides y también para evitar la sensación de malestar que se producen los efectos de la abstinencia (Lorenzo et al., 2009). Por otro lado, la dependencia física se caracteriza por dos fenómenos: la tolerancia y la

abstinencia. La tolerancia conlleva que el individuo necesite aumentar progresivamente la cantidad de administración de una sustancia para poder obtener los efectos deseados. La tolerancia a los efectos analgésicos de los opioides se desarrolla lentamente, mientras que las alteraciones al estado de ánimo se producen después de días del consumo inicial (Kahan, Srivastava, Gourlay, & Midmer, 2006).

Finalmente, la abstinencia a los opioides puede ser descrita como un estado de alteraciones físicas y psicológicas que se producen en el organismo cuando desaparecen los efectos de la sustancia. Esto se produce puesto que existe una adaptación neuronal en el cerebro cuando hay una exposición crónica a los opioides y se crea un nuevo equilibrio en las neuronas receptoras (Lorenzo et al., 2009). Cuando se interrumpe el consumo de manera brusca se altera este supuesto equilibrio, provocando un malestar en el organismo en el que la persona siente que necesita volver a administrarse la droga para disminuir esta sensación. En la fase inicial de la abstinencia los pacientes presentan síntomas como bostezo, lagrimeo, escalofríos, rinitis, sudoración entre otros síntomas que suelen presentarse después de ocho a 12 horas del último consumo (Lorenzo et al., 2009). Después, según Kahan, aparecen otros síntomas de la abstinencia de opioides como dolores y calambres musculares, diarrea y taquicardia; mientras que algunos de los síntomas psicológicos son ansiedad, deseo irresistible por consumir la sustancia (*craving*), irritabilidad y dificultades para dormir que pueden desencadenar en insomnio (2006). Finalmente, después de un período prolongado de interrupción del consumo las personas presentan fiebre, náuseas, vómitos y diarrea que producen alteraciones hidroeléctricas en el organismo que, si no son tratadas, pueden llegar a un colapso cardiocirculatorio (Lorenzo et al., 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud, la adicción y dependencia a los opioides es un problema a nivel mundial, que afecta a más de 15 millones de personas y causa anualmente la muerte por sobredosis de más de 69 000 personas (2015). A pesar de la

existencia de tratamientos conductuales y terapias farmacológicas para combatir esta adicción, la cifra de muertes por sobredosis de opioides es alarmante. Es por esto que se propone a la terapia de aceptación y compromiso como un nuevo enfoque y tratamiento para combatir la adicción a los opioides.

Tratamientos utilizados para la adicción a los opioides.

La terapia más utilizada para el tratamiento de la adicción a los opioides es la farmacológica (Mattick, Ali, & Lintzeris, 2009). En esta se hace uso de medicamentos como la metadona, buprenorfina, naloxona y naltrexona, puesto que han dado resultados sólidos con el manejo de los síntomas de la abstinencia durante su período de desintoxicación (Lorenzo et al., 2009). Estos tratamientos están enfocados al cerebro del individuo, para manejar los síntomas físicos y psicológicos de la abstinencia que podrían llevar a una recaída en el consumo de opioides.

Además, según el National Institute of Health existen otras terapias como la cognitiva conductual y asesoramiento individual, en grupo y también con la familia o pareja del paciente para ayudar con el manejo de la depresión que se puede producir por la desintoxicación y para que el individuo aprenda a manejar su compulsión por consumir y evitar recaídas a futuro (2019). Este tipo de terapia psicológica está enfocada al individuo puesto que busca que la persona cree herramientas para evitar una recaída en el consumo. También intenta reconstruir y fortalecer vínculos con personas cercanas e importantes para el paciente para crear su red de apoyo.

Terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés), es una intervención psicológica que hace uso de técnicas como el *mindfulness* y la aceptación para

lograr cambios conductuales en el individuo (Hayes, s/f). Según Luoma, esta terapia está basada en un análisis analítico del lenguaje y la cognición denominada Teoría del Marco Relacional o RFT según sus siglas en inglés (2013). Utilizando como base esta teoría, la terapia de aceptación y compromiso explica claramente cómo el lenguaje lleva a las personas a realizar intentos inútiles de luchar contra sus vidas internas, es decir contra los pensamientos, recuerdos, experiencias, sentimientos y emociones negativas que han tenido que vivir (Hayes, s/f).

Según lo indica el Australian Institute of Professional Counsellors, el fin de esta intervención es incrementar la flexibilidad psicológica de la persona para que pueda vivir en el presente de manera consciente sin dejar que se vea afectado por emociones o pensamientos negativos que se presenten ante situaciones (2014). De igual manera se busca que el individuo practique los principios básicos de la terapia de aceptación y compromiso y se enfoque en sus valores personales para establecer metas a futuro que pueda seguir y que lo lleven a tener una vida plena.

La terapia de aceptación y compromiso establece seis principios básicos como lo son: la difusión cognitiva, que busca percibir los pensamientos solamente como bases del lenguaje y no como leyes que deben ser seguidas o que predicen el futuro. La aceptación, que implica hacer espacio para emociones, sentimientos y sensaciones negativas que experimenta la persona. La conexión con el presente, la cual busca que la persona sea completamente consiente de lo que está haciendo en el momento. Observarse a sí mismo, esto implica que el individuo puede ver sus pensamientos desde la tercera persona. Los valores, que son los principios más importantes que tiene la persona y que le dan significado a su vida. Finalmente, el Australian Institute of Professional Counsellors establece que el compromiso a la acción, va a permitir que la persona logre cambios significativos en su vida (2014).

Estos principios básicos son herramientas o habilidades que el individuo debe practicar a diario o ante circunstancias específicas para que se obtengan mejores resultados durante su proceso de cambio. Esta intervención psicológica busca que la persona aplique uno o varios de los principios antes establecidos para manejar de manera adecuada su sufrimiento ya sea este causado por emociones o pensamientos negativos.

Según Jason Luoma, en la terapia de aceptación y compromiso se entiende el sufrimiento como una experiencia normal e inevitable del ser humano (2013). Este se produce el momento en el que la persona busca controlar o evadir experiencias negativas que conllevan un sufrimiento a largo plazo que alteran significativamente su calidad de vida. Además, el objetivo final de la terapia no es que la persona deje de experimentar emociones, pensamientos o situaciones negativas durante el resto de su vida; el propósito es que aprenda a manejar de una manera más adecuada estas experiencias sin que se vuelvan una carga constante y que no interfieran con sus valores, metas y vitalidad (Luoma, 2013).

Terapia de aceptación y compromiso aplicada a la adicción de opioides

La terapia de aceptación y compromiso puede ser utilizada como uno de los varios tratamientos terapéuticos para ayudar a los pacientes que ingresen a clínicas o centros de desintoxicación y rehabilitación. El objetivo principal es que las personas adictas a los opioides puedan desarrollar herramientas para que aprendan a manejar sus síntomas de abstinencia para reducir el uso de medicamentos como la metadona, naloxona, naltrexona y buprenorfina. De esta manera los pacientes pueden ser más conscientes y aceptar lo que están sintiendo física y psicológicamente durante su proceso de desintoxicación, permitiéndoles que aprendan a manejar los fuertes síntomas de abstinencia que van a experimentar hasta que su cuerpo se adapte.

Todos los principios básicos utilizados en la terapia de aceptación y compromiso serán utilizados con los pacientes que experimenten abstinencia por la interrupción del consumo de opioides, pero los más importantes serán la difusión cognitiva, la aceptación, los valores y el compromiso a la acción. El primer principio de difusión cognitiva será aplicado para que la persona entienda que el lenguaje que utiliza no es una ley que predice su futuro, por lo que frases relacionadas con el consumo dejarán de tener influencia sobre su conducta para conseguir y consumir opioides. Los valores serán fundamentales para este proceso puesto que guiarán al paciente hasta sus metas, pudiendo ser una de estas la desintoxicación y les ayudarán a que el proceso sea más enfocado. Esto se logrará ayudando al paciente a identificar los valores personales más importantes para él haciendo uso de dinámicas o ejercicios que suelen ser utilizados en la terapia de aceptación y compromiso.

El compromiso a la acción será vital en este proceso puesto que implica que la persona encuentre una motivación para evitar que busque la sustancia y deje de consumirla no solamente durante su estadía en el centro o la clínica, sino también al finalizar la rehabilitación para evitar recaídas a futuro. El principio más importantes para la terapia grupal será el de la aceptación, puesto que con este se busca que el paciente acepte y cree espacio para todas las emociones, sensaciones y sentimientos negativos que va a experimentar durante la abstinencia, incluyendo los síntomas físicos que suelen presentar. Por lo que si se sienten mal, tienen ansiedad y/o *cravings* de la sustancia, van a tener que aceptar que eso es algo completamente normal dado el proceso por el que están atravesando y que eventualmente todas estas sensaciones pasarán y tendrán herramientas para manejarlo de una mejor manera.

Los temas que se tratarán dentro de las sesiones con las personas adictas a los opioides serán controlados por los psicólogos o médicos. En este espacio, los pacientes

podrán compartir experiencias en cuánto a su consumo, evitando causar el deseo en otros integrantes del grupo que los lleven a una recaída. También podrán hablar de consejos que tengan sobre cómo ellos han logrado manejar los síntomas de abstinencia y cómo han logrado aplicar los principios básicos de la terapia de aceptación y compromiso u otras recomendaciones que tengan para el resto del grupo. Podrán conversar de las mejoras o retrocesos que han tenido, como recaídas en el consumo de la droga pero teniendo cuidado de no motivar a los otros integrantes de la sesiones a volver al consumo de opioides.

Se recomienda que esta terapia sea aplicada de manera estacionaria dentro de un grupo de personas adictas a opioides para que puedan compartir experiencias similares y encontrar herramientas gracias a los consejos de otros pacientes que les puedan ayudar a manejar los síntomas de abstinencia. El grupo será abierto y todas las personas en desintoxicación que entren en tratamiento pueden formar parte de este en cualquier momento y salir cuando desee puesto que no tiene un final prefijado. Es importante que se establezcan reglas sobre los temas a tratar y lo que se puede decir durante las sesiones. Cada nuevo integrante que entre al grupo sea bienvenido e incluido de manera satisfactoria para mantener un vínculo entre todos los pacientes. Todas estas actividades y reuniones en grupo deberán realizarse bajo la supervisión de profesionales médicos y/o psicólogos que deberán tener conocimientos y experiencia sobre la terapia de aceptación y compromiso y terapia de grupo.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño.

El estudio detrás de este proyecto de investigación será cuantitativo con un enfoque experimental puesto que existirán dos variables y una de ellas será modificada para investigar los efectos que tiene la terapia de aceptación y compromiso en los pacientes adictos a opioides con síntomas de abstinencia. El tamaño de la población total para este estudio será de 40 personas ubicadas aleatoriamente en dos grupos, cada uno constará de 20 pacientes que participen de manera voluntaria. El grupo de personas adictas a opioides que ingresen a una clínica o centro de rehabilitación y cumplan con las características necesarias serán ubicadas en los dos grupos mencionados de manera aleatoria.

Las personas en el grupo control no recibirán la terapia de aceptación y compromiso pero sí recibirán la terapia farmacológica con la medicación que el personal médico decida utilizar en el paciente y también recibirán terapia cognitiva conductual. El grupo experimental recibirá sesiones de terapia de aceptación y compromiso de manera regular durante su estadía en el centro además de la terapia farmacológica y también de la terapia cognitiva conductual.

En total existirá un grupo de ocho profesionales, cuatro médicos y cuatro psicólogos capacitados que estén a cargo de los grupos y de las terapias que se realizarán. En este proyecto de investigación la variable dependiente serán las personas adictas a los opioides que se encuentran en la clínica o centro por desintoxicación y tratamiento de los síntomas de abstinencia. Y, por otro lado, la variable independiente será el tipo de terapia que reciban, ya sea solamente terapia farmacológica o esta terapia junto con la terapia de aceptación y compromiso.

Población.

La población para este proyecto de investigación serán hombres de la ciudad de Quito, Ecuador dentro del rango de edad de 18 a 50 años, puesto que esta es una de las poblaciones más vulnerables a ser dependientes del uso de opioides y a morir por sobredosis por el uso de estas sustancias.

Para que los pacientes puedan estar dentro del grupo de estudio deberán ser dependientes a algún tipo de opioides, para esto deben cumplir con los requerimientos del DSM 5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición), que, según la American Psychiatric Association establece los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno por consumo de opiáceos:

A. Un modelo problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consumen opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.
5. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.

7. El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un opiáceo.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los opiáceos (...).
 - b. Se consumen opiáceos (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (2013).

Es por esto que serán excluidos aquellos pacientes que sean dependientes a otras sustancias como el alcohol, la cocaína, la marihuana, el tabaco, entre otras que son igual de perjudiciales que los opioides pero no serán tomados en cuenta para este proyecto. Las mujeres que se encuentren en cualquier rango de edad, los jóvenes menores de 18 años y hombres mayores a 50 años serán excluidos de la población de este estudio puesto que no cumplen con criterios necesarios para ser investigados. Finalmente también serán excluidas las personas que tengan alguno de los siguientes trastornos mentales comórbidos con el consumo de opioides: trastornos del espectro esquizofrénico, trastornos de la ansiedad, depresión mayor, trastorno por estrés postraumático, trastornos alimentarios y trastorno de personalidad límite.

Instrumentos o materiales.

Para este proyecto de investigación se hará uso de dos escalas que serán aplicadas a los dos grupos de personas que se encuentren en proceso de desintoxicación y con síntomas de abstinencia dentro de la clínica o centro. Una de las escalas aplicadas a los pacientes será la Escala de Ansiedad de Hamilton, utilizada para evaluar la severidad de la ansiedad que presentan las personas. La versión que será aplicada será la española realizada en 1986 por Carrobes. Esta escala consta de 14 ítems, 13 de ellos evalúan los síntomas de ansiedad que presenta el paciente, ya sea ansiedad psíquica (siendo los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6) o somática (siendo los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y el 13). Además, el último ítem permitirá evaluar el comportamiento que tiene el paciente durante la aplicación de esta escala. Serán los médicos o psicólogos a cargo de los pacientes quienes aplicarán la escala de Hamilton a los pacientes.

Cada ítem puede ser calificado en una escala de 0 a 4, siendo 0 un indicador de que este síntoma no está presente en el individuo, 1 que existe una leve presencia de este síntoma o sentimiento en la persona, 2 una prevalencia moderada, 3 un indicador de prevalencia severa y finalmente la puntuación de 4 indica una muy severa prevalencia del sentimiento en el paciente. Para la puntuación de todos los ítems se sumará la calificación de cada uno y se ubicará el resultado dentro de una escala que debe estar dentro del rango de 0 a 56 que es la puntuación máxima que puede alcanzar un individuo. Si la puntuación de la persona se es menor o igual a 5 se establece que existe una ausencia de ansiedad, si se encuentra en un rango de 6 a 14 tendrá una severidad de leve de ansiedad, si es mayor o igual a 15 es posible que la persona tenga una ansiedad de moderada a grave.

La escala de Hamilton será utilizada puesto que su aplicación y calificación es rápida y sus resultados son concisos. Esta consta de una consistencia interna buena, ya que su alfa de Cronbach es de 0,79 a 0,6. Su confiabilidad en cuanto a test-retest en un día y una semana es

buena con un 0,96 y de un año es aceptable, con un 0,64. En cuanto a la validez de la escala de Hamilton se puede decir que sus valores son buenos ($r = 0,63 - 0,75$).

El otro instrumento utilizado será la escala *Clinical Opiate Withdrawal Scale* o como sus siglas en inglés lo indican la COWS. Esta escala está conformada por 11 ítems para evaluar y medir la severidad los síntomas de abstinencia que los pacientes adictos a los opioides tienen. Esto también permitirá que el psicólogo o médico tratante pueda identificar el nivel de dependencia física que la persona tiene a los opioides y buscar un tratamiento adecuado para manejarlo. Por el momento no existe una traducción y estandarización de esta escala en español para países de América Latina, pero se traducirá la escala al español lo más preciso posible. Esta escala consta con un buen coeficiente alfa de Cronbach de su consistencia interna (0,74), al igual que tiene un buen coeficiente de correlación (0,97).

En cuanto a la puntuación de esta escala se puede encontrar en el rango de 0 a 44 puntos. Si el individuo tiene una puntuación de 5 a 12 se establece que tiene síntomas leves de abstinencia del consumo de opioides. Si tiene de 13 a 24 puntos la persona tiene síntomas moderados, si tiene de 25 a 36 puntos en la escala tiene síntomas moderadamente severos de abstinencia. Finalmente si la persona tiene una puntuación mayor o igual a 36 tiene síntomas severos de abstinencia del uso de opioides.

Procedimiento de recolección de datos.

Las escalas indicadas anteriormente no serán utilizadas mientras el paciente se encuentre en la etapa inicial de su desintoxicación. Estas serán aplicadas a los dos grupos de este estudio aproximadamente un mes después de que los pacientes ingresen a la clínica o centro de rehabilitación. También a la mitad del tratamiento, el día en el que la persona sea dada de alta por parte de los médicos y psicólogos y, por último se aplicará seis meses después de la salida de la clínica o centro como parte del seguimiento. Las baterías serán aplicadas por los psicólogos o médicos encargados de realizar la terapia y sus respuestas

serán evaluadas de acuerdo a las escalas indicadas en el protocolo de calificación de cada escala, ya sea la de ansiedad de Hamilton o la *Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)*. Los datos obtenidos en cada test serán ingresados a una base de datos en donde puedan ser analizados estadísticamente con el programa SPSS. Aquí se podrá observar el progreso o retroceso de los pacientes en cuanto a la ansiedad y los síntomas de abstinencia que tienen durante su proceso de desintoxicación. Esto finalmente permitirá evaluar la eficacia de la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en el grupo experimental.

Análisis de los datos.

Los datos obtenidos de la aplicación de las escalas indicadas anteriormente serán ingresados a una base de datos y analizados con el uso de la aplicación SPSS. Dado que en este proyecto se tiene dos poblaciones se realizará un análisis de varianza, también conocido como prueba de ANOVA para poder observar si la terapia de aceptación y compromiso tiene un efecto significativo o no sobre la población experimental y si existe alguna diferencia con la población control. Esto es posible puesto que ambas poblaciones son normales y tienen una varianza igual.

Consideraciones éticas

Este proyecto de investigación sobre la terapia de aceptación y compromiso aplicada a pacientes adictos a los opioides para el manejo de los síntomas de abstinencia respetará todas las consideraciones éticas implicadas en un estudio con individuos. Es por esto que este estudio será enviado previamente al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito para ser aprobado. Todos los pacientes que vayan a formar parte de este estudio firmarán un consentimiento informado (revisar Anexo B) previo a su participación en las terapias y a la aplicación de las escalas utilizadas en el proyecto. En este consentimiento informado se especificará el objetivo del estudio, cómo se llevará a cabo, los riesgos y beneficios y se aclarará que la participación debe ser totalmente voluntaria. No existirán consecuencias negativas en el ámbito laboral o personal para las personas que decidan no formar parte del estudio.

Los datos de los participantes de este estudio serán mantenidos en anonimato, por lo que se aplicarán las medidas necesarias para mantener y asegurar su privacidad. A cada persona se le será asignado un número al azar, reemplazando su nombre y datos personales durante la duración del estudio. Ninguna persona ajena al proyecto de investigación podrá acceder a la información personal de los pacientes. Posteriormente, si cada participante está de acuerdo se publicarán los datos numéricos obtenidos en la aplicación de las escalas para que puedan ser utilizados a futuro. En caso de que exista alguna consecuencia negativa por la participación en el estudio se asegurará que el paciente reciba el tratamiento y los recursos necesarios para tratar cualquier tipo de daño.

DISCUSIÓN

Fortalezas y limitaciones de la propuesta.

Existen algunas limitaciones que pueden llegar a sesgar los resultados obtenidos en este proyecto de investigación. En primer lugar, la población para este estudio es un número bastante reducido de personas adictas a los opioides, además que se encuentran en un rango de edad específico. Adicionalmente, no se tomó en cuenta a otros segmentos importantes de la población como lo son las mujeres, los adolescentes y las personas mayores de 50 años. Es por esto que los resultados obtenidos en el proyecto de investigación no pueden ser generalizados a una población más amplia, sino solamente a un grupo limitado de personas en Quito. En segundo lugar, aunque ambos temas mencionados en este proyecto (la terapia de aceptación y compromiso y la adicción a los opioides junto con los síntomas de abstinencia que se produce) han sido ampliamente estudiados a lo largo de los años, en realidad no existe abundante literatura, experimentos o investigaciones de la relación que puede existir entre ellos. Esta limitación impide que el proyecto pueda tomar como base otros estudios y modificar la metodología o alguna otra propuesta, mejorarla y controlar la eficacia para obtener resultados más concisos y que sean representativos de la población ecuatoriana.

Otras limitaciones metodológicas que pueden darse en este estudio se presentan con las escalas utilizadas para medir los síntomas de abstinencia y ansiedad en los pacientes. Es posible que sea necesario hacer uso de otras escalas, tests o baterías que puedan medir otros síntomas que se produzcan durante la desintoxicación de los pacientes. De esta manera se podrá medir de una forma más precisa la eficacia que tiene la terapia de aceptación y compromiso y de qué manera previene recaídas a futuro. Finalmente, otra limitación importante es que en este proyecto no se tomó en cuenta la comorbilidad que existe en los

pacientes adictos a los opioides con otras enfermedades mentales como lo son los trastornos del estado de ánimo, trastornos de la alimentación, entre otros.

Una de las fortalezas de este proyecto de investigación es que no existen otros estudios similares que hayan realizado investigaciones sobre estos temas. Es por esto que sería una investigación pionera que permita buscar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso para ayudar con los síntomas de abstinencia en ciertos pacientes adictos a cualquier tipo de opioides y prevenir recaídas a futuro. Además, al ser aplicada de manera grupal, se reduce el costo de forma significativa. Finalmente, se puede mejorar e implementar programas de terapia de aceptación y compromiso en clínicas y centros de rehabilitación de la ciudad de Quito.

Recomendaciones para futuros estudios.

En este proyecto de investigación se propone utilizar los principios básicos de la terapia de aceptación y compromiso (difusión cognitiva, aceptación, conexión con el presente, observarse a sí mismo, valores y compromiso a la acción) para ser aplicados en pacientes adictos a los opioides que se encuentran en clínicas o centros de rehabilitación/desintoxicación para tratar los síntomas de abstinencia que se producen cuando se suspende el consumo de la droga. Estos pueden ser físicos y psicológicos, incluyendo un malestar generalizado junto con náuseas, diarrea, taquicardia, escalofríos, ansiedad dificultad para dormir, entre otros. Todos estos síntomas deben ser tratados con fármacos agonistas o antagonistas de los opioides pero lo que se propone es disminuir el uso de estos aplicando la terapia de aceptación y compromiso en terapias grupales dentro de los centros o clínicas. Además, se podrá evitar recaídas a futuro puesto que la persona tendrá una flexibilidad psicológica junto con algunos valores importantes para sí mismo y un compromiso al cambio que lo llevará a mantener una vida sin consumo después de la terapia.

Se recomienda a futuro que se estudie a profundidad la comorbilidad con otros trastornos mentales que existe con las adicciones. También se recomienda que se haga uso de más escalas, baterías o pruebas que midan de manera más precisa la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso con los síntomas de abstinencia por el consumo de opioides. Finalmente, se recomienda hacer uso de una muestra de personas adictas a los opioides más grande y de igual manera incluir a mujeres y a personas de un rango de edad más amplio para que sea más representativa y pueda ser generalizada a un mayor número de individuos de Ecuador.

REFERENCIAS

- Akil, H., Watson, S. J., Young, E., Lewis, M. E., Khachaturian, H., & Walker, J. M. (1984). Endogenous Opioids: Biology and Function. *Annual Review of Neuroscience*, 7(1), 223-255. doi: 10.1146/annurev.neuro.7.1.223
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psicología. (s/f). *Addictions*. Recuperado el 28 de noviembre de 2018 de <https://www.apa.org/topics/addiction/index.aspx>
- Australian Institute of Professional Counsellors. (2014). *Six Principles of Acceptance and Commitment Therapy*. Recuperado el 3 de febrero de 2019 de <https://www.aipc.net.au/articles/six-principles-of-acceptance-and-commitment-therapy/>
- Booth, M. (2013). *Opium: A History*. New York: St. Martin's Griffin.
- Celaya, R., Valdez, D. I., & Ochoa, B. (s/f). *China y la guerra del opio*. Recuperado el 3 de enero de 2019 de https://www.itson.mx/publicaciones/pacioli/documents/no57/guerra_opio.pdf
- Florentino, E. J. (2010). Péptidos Opioides Endógenos, Dolor y Adicción. *BUN Synapsis*, 3(1), 33-39.
- Hayes, S. (s/f). *The Six Core Processes of ACT*. Recuperado el 3 de febrero de 2019 de https://contextualscience.org/the_six_core_processes_of_act
- Kahan, M., Srivastava, A., Wilson, L., Gourlay, D., & Midmer, D. (2006). Misuse of and dependence on opioids: Study of chronic pain patients. *Canadian Family Physician*, 52, 1081-1087.

- Lorenzo, P. F., Ladero, J. M., Leza, J. C., y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Luoma, J. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. Recuperado el 9 de diciembre de 2018 de <https://www.drluoma.com/ACT.html>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Mattick, R. P., Ali, R., & Lintzeris, N. (2009). *Pharmacotherapies for the treatment of opioid dependence. Efficacy, Cost-Effectiveness, and Implementation Guidelines*. New York: Informa Healthcare USA, Inc.
- National Institute of Health. (2019). *Treatment Approaches for Drug Addiction*. Recuperado el 26 de enero de 2019 de <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Información sobre la sobredosis de opioides*. Recuperado el 9 de diciembre de 2018 de https://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/es/
- Pasternak, G. W. (2014). Opioids and their receptors: Are we there yet? *Neuropharmacology*, 76, 198-203. doi: 10.1016/j.neuropharm.2013.03.039
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145237
- Schiff, P. L. (2002). Opium and Its Alkaloids. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 66, 186-194.

Van Ree, J. M., Gerrits, M. F.M., & Vanderschuren, L. J. M. J. (1999). Opioids, Reward and Addiction: An Encounter of Biology, Psychology, and Medicine. *Pharmacological Reviews*, 51(2), 341-396.

I. ANEXO A: INSTRUMENTOS

Clinical Opiate Withdrawal Scale

Para cada ítem encierre el número que describa mejor los signos o síntomas de su paciente. Evalúe solamente basado en la aparente relación con la asistencia de opioides. Por ejemplo, si el ritmo cardíaco está elevado porque el paciente estuvo trotando antes de la valoración, el pulso elevado no sería añadido a la calificación.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ _____/_____/_____	
Motivo de la evaluación: _____	
Pulso cardíaco en reposo: _____ latidos/minuto <i>Medido después que paciente esté sentado o acostado por un minuto.</i> 0 pulso cardíaco de 80 o menos 1 pulso cardíaco 81 – 100 2 pulso cardíaco 101 – 120 4 pulso cardíaco mayor a 120	GI alterado: Durante última ½ hora. 0 no síntomas 1 retortijones 2 náusea o heces sueltas 3 vómito o diarrea 5 múltiples episodios de diarrea o vómito
Transpiración: Durante la última ½ hora sin tomar en cuenta la temperatura del lugar o la actividad del paciente. 0 no reporta escalofríos o enrojecimiento 1 reporte subjetivo de escalofríos o enrojecimiento 2 enrojecimiento o sudor en la cara 3 sudor en la frente 4 sudor corriendo por la cara	Temblores: Observación de las manos extendidas. 0 sin temblor 1 se puede sentir el temblor pero no se observa 2 temblor leve observable 4 temblores graves o contracciones musculares
Inquietud: Observación durante la evaluación. 0 capaz de quedarse quieto 1 reporta dificultad para quedarse quieto pero puede hacerlo 3 movimiento frecuente o extraño de piernas/brazos 5 incapaz de permanecer quieto por más de unos pocos segundos	Bostezo: Observación durante la evaluación. 0 no bostezo 1 bostezo una o dos veces durante la evaluación 2 bostezo tres o más veces durante la evaluación 4 bostezo varias veces/minuto
Tamaño de la pupila 0 pupilas fijas o de tamaño normal para la luz de la sala 1 pupilas posiblemente más grandes de lo normal para la luz de la sala 2 pupilas moderadamente dilatadas 5 pupilas tan dilatadas que sólo es visible el borde del iris	Ansiedad o irritabilidad 0 ninguna 1 paciente reporta un aumento de la irritabilidad o ansiedad 2 paciente está obviamente irritable o ansioso 4 paciente tan irritable o ansioso que la participación en la evaluación es difícil

<p>Dolores óseos o articulares: <i>Si el paciente tenía dolor anteriormente, sólo se puntúa el componente adicional atribuido a la abstinencia de opiáceos.</i></p> <p>0 no presente 1 leve malestar difuso 2 paciente reporta dolor severo y difuso de articulaciones/músculo 4 paciente se frota articulaciones o músculos y no puede quedarse quieto debido a la incomodidad</p>	<p>Piel de gallina</p> <p>0 piel suave 3 se puede sentir piloerecciones de la piel o pelos parados en los brazos 5 piloerecciones prominentes</p>
<p>Goteo nasal o lagrimeo: <i>No se debe a síntomas de resfriado o alergias.</i></p> <p>0 no presente 1 congestión nasal u ojos húmedos inusuales 2 goteo nasal presente 4 goteo nasal constante o lágrimas corriendo por las mejillas</p>	<p>Puntaje total: _____</p> <p>El puntaje total es la suma de los 11 ítems</p> <p>Iniciales de la persona que completaron la tarea: _____</p>
<p>Puntaje: 5-12 = leve; 13-24 = moderado; 25-36 = moderadamente severo; más de 36 = abstinencia severa</p>	

Escala de ansiedad de Hamilton

Nombre: _____

Fecha: _____

Evaluador: _____

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional: Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4

4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho,	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasarse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos	0	1	2	3	4

(proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					
--	--	--	--	--	--

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACION	

II. ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Terapia de aceptación y compromiso aplicada a los síntomas de la abstinencia de personas adictas a opioides.

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: María Belén Chico Jiménez

Datos de localización del investigador principal: 3554577, 0995417315,
 mbchicoj@estud.usfq.edu.ec

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Introducción	Este formulario que se le es entregado incluye en resumen del estudio y su propósito. Usted es libre de hacer todas las preguntas que le surjan para que pueda entender claramente su participación en este estudio y el investigador pueda despejar todas sus dudas. Para tomar la decisión de participar o no en el estudio puede tomarse todo el tiempo que necesite e incluso puede consultar con su familia o amigos si así lo desea. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la terapia de aceptación y compromiso aplicada a los síntomas de la abstinencia de personas adictas a opioides porque es un hombre adicto a algún tipo de opioide y se encuentra en el rango de edad de 18 a 50 años.
Propósito del estudio	Este estudio evaluará los niveles de ansiedad y la severidad de los síntomas de la abstinencia en personas que son adictas al consumo de opioides (morfina, heroína, codeína, etc.). Si acepta participar será ubicado en un grupo al azar y se le realizarán dos pruebas que las aplicará un psicólogo o médico que esté a cargo. En total serán dos grupos, cada uno constará de 20 personas. Estas pruebas le serán aplicadas al inicio del tratamiento, a la mitad del proceso, cuando sea dado de alta y seis meses después de que haya salido del centro o clínica en la que se encuentre.
Descripción de los procedimientos	La duración total de la aplicación de las escalas será de 40 minutos aproximadamente. Cada participante responderá de manera individual la Escala de Ansiedad de Hamilton siendo el médico o psicólogo quien lea las preguntas en voz alta y anote las respuestas en el papel. En cuanto a la escala COWS (<i>Clinical Opiate Withdrawal Scale</i>), el médico o psicólogo encargado será quien observe la conducta y los síntomas del paciente y seleccione la respuesta adecuada.

Riesgos y beneficios
La participación en este estudio no garantiza ningún tipo de beneficio para usted. Es posible que llegue a ser más consciente de sus niveles de ansiedad y la severidad de sus síntomas de la abstinencia del consumo de opioides. Además podrá adquirir cierto conocimiento de cómo se realiza este tipo de estudios y aprender un poco más sobre la terapia de aceptación y compromiso aplicada a los síntomas de abstinencia por opioides. Este proyecto está diseñado para reducir al mínimo la posibilidad de riesgos y experiencias negativas por su participación. Si por alguna razón llega a experimentar algún malestar por favor contactarse con María Belén Chico Jiménez a: mbchicoj@estud.usfq.edu.ec. Y en caso de alguna emergencia, comunicarse inmediatamente con el 911.
Confidencialidad de los datos
Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales: 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso. 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones. 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.
Derechos y opciones del participante
Usted puede decidir no participar, solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
Información de contacto
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0995417315 que pertenece a María Belén Chico Jiménez, o envíe un correo electrónico a mbchicoj@estud.usfq.edu.ec.
Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	