



## **FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INCIDEN EN EL ABUSO DEL TRAMADOL POR PARTE DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DOLOROSAS, ATENDIDAS EN EL CENTRO NACIONAL DE CONTROL DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

### **PSYCHOLOGICAL FACTORS WHO INCIDES IN THE UPDOSIS OF TRAMADOL, IN PERSONS WITH CRONIC DISSEASES, PATIENTS IN THE NATIONAL CENTER OF PAIN CONTROL AND PALIATIVE CARING**

\*Lc. JAVIER A. ROJAS ELIZONDO

#### **RESUMEN**

La investigación expone los resultados de factores que inciden particularmente en la conducta de uso del tramadol. Algunos reportes señalan al tramadol, analgésico muy efectivo en el dolor agudo y crónico, como sustancia objeto de abuso y dependencia. Dichos informes indican que el riesgo aumenta, si los usuarios manifiestan antecedentes de abuso a otras sustancias. Se hace énfasis en los factores psico-sociales relacionados con el abuso del medicamento. También se hace referencia a las pautas o a los lineamientos que podrían regular la utilización del producto como analgésico de control del dolor.

**Palabras claves:** abuso de prescripciones, tramadol, psicología.

#### **ABSTRACT**

Emphasis in the psycho-social factors related to in the abuse becomes of the medicine. Also, profit to conclude that the majority the criteria diagnoses of abuse of substances, allows to identify categories you diagnose of risk and of working like predicting of abuse of this type of analgesic

**Keywords:** prescription abuse, tramadol, psychology.

#### **INTRODUCCIÓN**

Algunos analgésicos pueden desencadenar dependencia física y emocional.

Recientemente, se ha generalizado la utilización del clorhidrato de tramadol como respuesta farmacológica a la mayoría de los subtipos de dolor conocido. Este analgésico es muy efectivo en el dolor agudo y crónico; fue considerado durante mucho tiempo como un medicamento con efectos secundarios menores, si se comparaba con algunos otros.

En los últimos años han sido notables algunos informes científicos que señalan al tramadol como sustancia objeto de abuso y dependencia. Dichos reportes indican que el riesgo aumenta, si los usuarios manifiestan antecedentes de abuso a otras sustancias.

Son muchos los reportes cualitativos sobre la presencia del fenómeno de abuso al tramadol. Algunos casos clínicos que se presentan, sugieren que los pacientes con dolor crónico pueden desarrollar tolerancia y dependencia a los analgésicos, aun siendo prescritos en dosis terapéuticas. En la mayoría de las evaluaciones, en conjunto, se encuentran elementos tales como pérdida de control y uso compulsivo en la administración de estos. La mayor parte de los pacientes muestra con frecuencia desórdenes psicológicos que influyen probablemente en la percepción del dolor (American Pain Society, 1980).

El Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (2003), con base en varios estudios internacionales, ofrece recomendaciones para el monitoreo del uso del tramadol.



## CONSIDERACIONES GENERALES

### *El dolor crónico*

Se puede dar como una manifestación del progreso de una enfermedad, entre ellas el cáncer, o como efecto secundario no deseado de una cirugía, quimioterapia o radioterapia.

### *Aspectos emocionales del dolor crónico*

Según García (1980), los pacientes con patología dolorosa crónica experimentan temor, rabia, depresión y ansiedad, especialmente al inicio de la sintomatología. Los mismos sentimientos se manifiestan en relación con la pérdida de la independencia funcional, cuando el tipo de patología o el dolor crónico conllevan a esta pérdida.

La severidad de la enfermedad tiene un efecto negativo extremo. La percepción de aislamiento social y la consiguiente sensación de incapacidad para llevar a cabo actividades que eran parte de la vida del paciente, provoca sentimientos de minusvalía, que es necesario trabajar en la intervención terapéutica (García, 1980).

La calidad de vida dependerá, en gran parte, de la percepción e interpretación personal del afectado.

### *Tratamiento del dolor crónico*

En la mayoría de los casos, el dolor puede ser disminuido con la administración de medicamentos, sin embargo, no se debe considerar como único método de intervención terapéutica.

## MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

### *Los opioides*

Se denominan analgésicos opiáceos a un grupo de fármacos con gran actividad analgésica, mediada por vías y receptores específicos en el sistema nervioso central y que son o derivados

naturales o semisintéticos del opio, o bien, análogos sintéticos con muchas características farmacológicas comunes, entre ellas la de generar dependencia.

### *Clorhidrato de tramadol*

El clorhidrato de tramadol es un analgésico sintético de acción central de estructura química diferente a la morfina (OMS, 2003). Es un agonista opioide débil, que actúa impidiendo la recaptación de noradrenalina y serotonina en las vías inhibitorias descendentes, modulando, de esta forma, la percepción de los estímulos dolorosos en la médula (UNED, 2002).

### *Potencial de tolerancia y dependencia del clorhidrato de tramadol*

El tramadol, como analgésico, fue introducido en 1995. Se estimaba que el riesgo de abuso era bastante bajo. Sin embargo, estudios posteriores señalan que en poblaciones con factores de riesgo, el abuso del medicamento se incrementaba.

### *Fundamentación psicológica de la adicción a los analgésicos*

Casas (1992) sugiere la existencia de tres tipos de adictos:

*El primero, son aquellos pacientes sin trastornos psíquicos concomitantes y con un nivel socioeconómico y cultural medio-alto.*

*Estos pueden llegar a tener un equilibrio estable con la dependencia, pudiendo mantener una vida familiar y social estable, incluso laboral. Saben donde está el límite y ello les permite mantener el equilibrio. Pueden dejar la sustancia pero vuelven inmediatamente a consumirla por el malestar que les provoca (síndrome de abstinencia).*

*El segundo tipo está constituido por aquellos pacientes sin patología psíquica concomitante, pero con un precario nivel socioeconómico y cultural. En este caso, precisan la sustancia para llevar una vida normal y*



suelen conseguirla a través de actos de manipulación. No tienen ninguna motivación para abandonar la sustancia, y cuando acuden al tratamiento lo hacen por motivos económicos o por apreciar un fuerte incremento de la tolerancia. Si dejan la sustancia tienden a abusar de otras distintas. El tercer tipo lo constituyen los pacientes con trastornos psíquicos concomitantes. Insustanciales ayuda inicialmente, pero luego les lleva a

conductas totalmente anárquicas y desestructuradas. Entran en círculos viciosos, donde es sumamente difícil que abandonen la sustancia. Al tiempo, se dan cuenta de su imposibilidad para abandonar la sustancia y pueden incrementar los sentimientos autodestructivos (sobredosis, SIDA, delincuencia), siendo impredecible su evolución a largo plazo (Casas et al., 1992).

**Cuadro N.º 1**  
Mecanismos psicológicos de defensa

<p><b>Negación:</b> la conducta no se concibe como disfuncional. Se hace caso omiso de las consecuencias del consumo tanto para sí, como para su entorno.</p> <p><b>Autoengaño:</b> se minimiza la conducta disfuncional de consumo de sustancias, por lo que la persona postergará el inicio de su recuperación o abandono de la conducta adictiva.</p> <p><b>Racionalización:</b> se aprende a buscar excusas que justifiquen su conducta adictiva,</p> <p><b>Manipulación:</b> implicará una serie de acciones y estrategias que tiene como finalidad el consumo y la satisfacción de deseos y caprichos personales.</p> <p><b>Soberbia:</b> sensación de omnipotencia y de "control" de la conducta adictiva que implica no necesitar ayuda.</p>
--

Fuente: Rodríguez y De Santiago, 2003.

*Drogodependencia*

La drogodependencia se considera como el consumo repetido y abusivo de una sustancia o la implicación compulsiva en la realización de una conducta determinada que, de forma directa o indirecta, modifica el medio interno del individuo de tal forma que obtiene un refuerzo inmediato por el consumo de la sustancia o por la realización de dicha conducta (Caballo, 1998).

*Consecuencias adversas de la drogodependencia*

La drogodependencia en general tiene las siguientes consecuencias adversas para la persona, su familia y su entorno:

- a. **Reacciones antisociales:** a este proceso se le denomina psicopatía secundaria, "debido a que el drogodependiente va desarrollando una serie de conductas disfuncionales que atentan contra las normas y valores morales como consecuencia del consumo" (Rodríguez y De Santiago, 2003).
- b. **Síndrome de déficit de actividad:** se presentan algunos de los siguientes signos y síntomas: astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, disminución o pérdida de capacidades cognitivas (deterioro intelectual), pasividad, apatía, aislamiento, abulia, entre muchos otros; el drogodependiente va a dejar responsabilidades como el trabajo, los



estudios, el deporte, entre otros. Inician un sinnúmero de actividades que no llegan a concluir (Rodríguez y De Santiago, 2003).

- c. **Infecciones y disminución de las defensas.**
- d. **Peligro de sobredosificación.**
- e. **Riesgo de escalada:** es el riesgo de escalar hacia otras drogas más activas y adictivas, como la cocaína o heroína.
- f. **Efectos tóxicos específicos:** pueden ser en el ámbito físico, fisiológico y psicológico y son características de cada sustancia.
- g. **Trastornos mentales inducidos:** debido a este consumo, la persona puede presentar un trastorno mental, todo lo cual viene a complicar el curso y el tratamiento de la patología psiquiátrica de base, es decir, su trastorno mental primario (Rodríguez y De Santiago, 2003).

#### *Teorías que explican la drogodependencia*

Las conductas adictivas se explican a través de una gran variedad de modelos que trata sobre la etiología de la enfermedad y la modificación de los comportamientos adictivos (Grana, 1994).

Los determinantes básicos de la drogodependencia que desde el enfoque conductual se señalan, son los siguientes:

- a. **La sustancia:** la capacidad de la sustancia o actividad para actuar como reforzador positivo.
- b. **La tolerancia condicionada:** se caracteriza por la reducción de la eficacia de la sustancia o actividad, debido a la presencia de señales ambientales que mediatizan sus efectos.
- c. **Dependencia física o psicológica:** con el uso continuado se produce una dependencia física y psicológica o solamente psicológica.
- d. **El contraste afectivo:** la sustancia produce un estado inicial de euforia, para luego pasar a la disforia.
- e. **La capacidad de la sustancia:** la sustancia tiene capacidad para actuar como un potente estímulo incondicionado que da lugar a estímulos condicionados.
- f. **Estados emocionales:** se caracterizan por un intenso nivel de activación general, efectos generados por estrés y ansiedad que intervienen en forma negativa como factores en el consumo de drogas (Caballo, 1998).

#### **PARADIGMA BIOPSIICOSOCIAL**

El modelo multidimensional o modelo biopsicosocial, considera la drogodependencia como resultado de múltiples factores que interactúan entre sí y que se pueden modificar (Rodríguez y De Santiago, 2003).



**Cuadro N.º 2**  
Factores de riesgo

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Componente</i>
Sujeto	Herencia genética, su historia, estilos de vida, formas de aprendizaje, capacidad para resistir la presión del grupo.
Contexto	Medio donde vive la persona, marginación, pobreza, familia, amigos, trabajo, la cultura, el desempleo, etc.
Sustancia	Efectos, riesgos, patrón y forma de consumo, intoxicación, dependencia, síndrome de abstinencia.

Fuente: Rojas. 2000.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ABUSO A SUSTANCIAS

Los criterios más importantes postulados por el DSMIV en relación con la dependencia de sustancias son:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- El efecto de estas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítemes:
  - Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
  - La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
  - Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
  - Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.
  - Reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia.

## SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS

Un alto porcentaje de la población estudiada informó de niveles moderados y altos de dolor (5-10). En general, la persistencia de síntomas dolorosos, favorece una tendencia de los usuarios a buscar medidas –usualmente farmacológicas- para el alivio de su sintomatología. En ese sentido, algunos de los usuarios tienden a utilizar mayor dosis del tramadol, sin que en esta decisión medie una valoración del tratamiento por parte de los especialistas.

El 100% de los entrevistados informó de la utilización de otros fármacos, en combinación con los medicamentos del control del dolor. Esto refleja una tendencia frecuente, en este tipo de personas, al "policonsumo" de fármacos.

Según la información recopilada, la mayor parte de la población consumidora de tramadol no presenta antecedentes de uso de drogas ilícitas.

Un 47,5% de los participantes en el estudio, mencionó niveles moderados de comprensión y apoyo de parte de las personas cercanas, para afrontar las consecuencias de su padecimiento.

Porcentajes importantes de la población estudiada (80%), mencionaron que durante la fase de enfermedad y tratamiento, las consecuencias económicas fueron considerables.

El estrés, en un contexto cotidiano, es calificado por los participantes como una categoría de alta intensidad y alcanza un porcentaje de un 80% de las respuestas. La mayor parte de las personas



con enfermedades crónicas dolorosas que participó en este estudio, ha experimentado dos o más crisis depresivas en su historia de vida. La depresión es un estado predominante en la conducta de este tipo de enfermedades.

Un 80% de la población apuntó que ha requerido aumentar la cantidad del medicamento para lograr el efecto deseado. Además, coincide con una utilización de los medicamentos en forma subjetiva, irrespetando frecuentemente la prescripción. Estos datos reflejan que una cantidad considerable de usuarios de tramadol, portadores de enfermedades crónicas suelen requerir cantidades más elevadas de la dosis prescrita del fármaco (Rodríguez y De Santiago, 2003).

Un alto porcentaje de personas hace esfuerzos para interrumpir o disminuir la dosis del tramadol. La mayoría de los/las entrevistados/as opinó que, en ocasiones, han intentado bajar o suspender los requerimientos del medicamento. Aducen, además, una tendencia a disminuir la cantidad de la prescripción los fines de semana. En algunos de los entrevistados se evidenciaron sentimientos de culpa por depender del producto. Manifiestan, además, que algunas veces, cuando no cuentan con el medicamento o el mismo escasea, presentan sensaciones de angustia e inseguridad.

La mayor parte de la población (92%) mencionó una reducción de las actividades sociales, laborales y recreativas, relacionadas, en la mayoría de los casos, a las limitaciones que impone la enfermedad dolorosa.

El deseo incontrolable por el consumo de tramadol, no fue identificado en la mayoría de los pacientes.

Un porcentaje considerable de personas manifestó la presencia de más de tres síntomas relacionados con la abstinencia, después de una interrupción o disminución del tramadol.

El estudio presentó información sobre los prescriptores de abuso de sustancias. Estos toman como base la combinación de los sistemas de diagnóstico. Algunos de ellos, mostraron

niveles altos de la aplicación en la conducta de abuso del tramadol.

## BIBLIOGRAFÍA

Abeijon, J. A. (2003). *Familia y drogodependencia*. Consultado el 15 de agosto, 2004, en: <http://www.unireddrogas.com>

American Pain Society (1990). *Assurance Standards Oncol Nurse Forum*. Editors Proceedings of the Sixth World Congress of Pain: New York.

American Pain Society. (1980). *Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and chronic cancer pain: a concise guide to medical practice*. Estados Unidos: Skokie.

Anicama, J., y M. Briceño. (2003). *Proyecto I*. Consultado el 29 mayo, 2003, en: <http://www.unireddrogas.com>. Becoña, E. (2000). *Los modelos teóricos en la prevención*. Documento del Congreso Europeo sobre Prevención de las Drogodependencias 19-21 de noviembre de 1998. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Casas, E. et al (1992). *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona: Neurociencias, Citran.

Castaño, G., y M. Pellín. (2004). *Clínica de adicciones I*. Consultado el 17 de agosto, 2004, en: <http://www.unireddrogas.com>

Cicero, T.J. (1999). *A postmarketing surveillance program to monitor Ultram (tramadol hydrochloride) abuse in the United States*. St. Louis: Washington University School of Medicine.

Caballo, V. (Editor). (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.

Cultura del medicamento. (2003). Consultado el 1 de agosto, 2003, en: [http://www.hsjd.sa.cr/farmacologia/Articulos/Farmacia/articulos/cultura medicamentoCR.html](http://www.hsjd.sa.cr/farmacologia/Articulos/Farmacia/articulos/cultura%20medicamentoCR.html)



Department of Health and Human Services. (1994). *Manejo del dolor por cáncer*. Agency for Health Care Policy Research: New York.

Donker. F. (1990). *Tratamiento psicológico del dolor crónico*. Ponencia presentada en el II Simposio de Psicología Clínica. Jaén.

DSM-IV. (1995). *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Engel, J. (1959). *Psychogenic Pain and the pain-prone patients*. American Journal of Medicine. United States of America.

Fuentes, M., y C. Ríos. (2003). *Psicología y desarrollo de la personalidad de alto riesgo*. Consultado el 22 de octubre, 2004, en: <http://www.unireddrogas.com>

García, R. (1980). "La atención psicológica en el afectado con esclerosis lateral amiotrófica". En: *Manual de atención multidisciplinaria a afectados de esclerosis lateral amiotrófica*. Documento inédito.

Gallego, H. y J. Meana. (2003). Bases biopsicosociales de las drogodependencias. Consultado en junio, 2004. Disponible en: [www.unireddrogas.com.org](http://www.unireddrogas.com.org)

Grana, J. L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Ed. Debate. Madrid.

Haber, J. (1983). *Psiquiatría: texto básico*. Traducción del inglés. Bilbao: Barcelona Salvat.

IAFA (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia). (2000). Consumo de medicamentos tranquilizantes. Consultado el 1 de agosto, 2003, en: <http://www.netsalud.sa.cr/ms/iafa/index.htm>.

Liu Zm, Zhou WH, Lian Z, Mu Y. (1999J). *Drug dependence and abuse potential of tramadol*. Consultado el 4, 2003, en: <http://www.biopschiatry.com/index.html>

Llopis, J., y R. Navarro. (2004). *Tratamiento, rehabilitación y reinserción social*. Consultado el 18 de octubre, 2004, en: <http://www.unireddrogas.com>

Medscape. (2002). Drug Info with First Data Bank and ASHP. Retrieved from the World Wide Web at (October 15th, 2002). En: [www.http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/guia](http://salud.discapnet.es/guias+de+salud/guia)

National Institute of Drugs Abuse. (2002). *Drogas*. Consultado el 29 de mayo, 2003, en: <http://www.nida.nih.gov/Infofax/Marijuana-Sp.html>

Organización Mundial de la Salud. (1996). Comisión Expertos en Farmacodependencia. Consultado el 5 de agosto, 2003, en: <http://www.who.int/medicines/library/qsm/915-spa.pdf>.

Rodríguez, E., y J. A. De Santiago. (2003). *Aspectos básicos de intervención*. Consultado el 16 de agosto, 2004, en: <http://www.unireddrogas.com>

Schinitzer, T. & M. Kamin. (1998). *Treatment of chronic lower backpain with tramadol*. American Pain Society Program Book.

The National Institute Drug Abuse (NIDA). (2002). *Drugs Information*. Consultado el 21 de noviembre, 2002, en: [www.drugabuse.gov/about/aboutNIDA.html](http://www.drugabuse.gov/about/aboutNIDA.html)

Ultracet (tramadol/acetaminophen) for acute pain. (2001). FDA approves Consultado el 5 de agosto 2003.

En: [http://www.hsjd.sa.cr/farmacia/Articulos/Farmartl\\_cultura\\_medicamentoCR.htm](http://www.hsjd.sa.cr/farmacia/Articulos/Farmartl_cultura_medicamentoCR.htm)

UNED. (2002). *Misión a las drogas y circuitos de recompensa del cerebro*. Consultado el 19 de agosto,



2004, en: <http://info.uned.es/psico-2-fundamentosbiologicos-conducta-II/guiadidactica/Tema%2013.htm>.

Unión Europea. (2003). *Informe anual del consumo de drogas en la Unión Europea y Noruega*. Consultado el 22 de agosto, 2004, en:

<http://annualreport.emcdda.eu.int/es/home-es.html> . United States of America.

Yanagita, T. (1978). *Hydrocloridre (tramadol) tested in monkeys*. From the Dept. of Psychopharmacology, Preclinical. Research Laboratories, Central Institute for Experimental Animal, Kawasaki (Japan) Arznein.