

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL ABUSO DE FÁRMACOS OPIOIDES

José Luis Carballo, Ainhoa Coloma-Carmona, Dana Mrozowicz-Gaudyn, Verónica Vidal-Arenas, Carlos van-der Hofstadt y Jesús Rodríguez-Marín
Universidad Miguel Hernández de Elche

El incremento de la preinscripción de fármacos analgésicos opioides se ha asociado a un aumento de las tasas de abuso y las consecuencias negativas asociadas a su uso inadecuado. Diversos organismos sanitarios internacionales recomiendan la realización de una evaluación global y multidisciplinaria del paciente durante todo el proceso terapéutico con opiáceos, con el fin de identificar un posible abuso. Ante la ausencia de guías específicas en el ámbito sanitario español, el objetivo de este artículo ha sido presentar una propuesta de evaluación psicológica, en base a los principales instrumentos de evaluación, disponibles actualmente para evaluar el abuso de opioides. Se establecen pautas para el proceso de evaluación en función de las variables psicológicas que puedan predecir y mantener dicho abuso, clasificando todo ello en función del momento del proceso terapéutico en el que los pacientes se encuentren. Aunque existen instrumentos con buenas propiedades psicométricas, son necesarias futuras investigaciones para la adaptación, traducción y validación de éstos a población española. Al mismo tiempo son necesarios futuros estudios que profundicen en estrategias de prevención e intervención para reducir la probabilidad de abuso en pacientes tratados con fármacos opioides.

Palabras clave: Evaluación psicológica, Abuso de fármacos, Opioides, Dolor crónico, Factores de riesgo, Guías clínicas.

The increase in opioid analgesics prescription is related to increased opioid abuse rates and medication misuse negative consequences. Several international health organizations recommend a comprehensive and multidisciplinary patient assessment throughout opioid treatment in order to identify and prevent abuse of medication. Due to the lack of specific clinical guidelines in the Spanish National Health System, the aim of this paper to present a psychological assessment proposal regarding to the main psychological tools currently available to assess opioid abuse. The assesment guidelines have been established based on the psychological variables that can predict and prolong the abuse, classifying all depending on the moment of the therapeutic process in which patients are. Although there are instruments with good psychometric properties, future researches are necessary to adapt, translate and validate these for its use in the Spanish population. Future studies are also needed to delve into intervention and prevention strategies to reduce the likelihood of abuse in patients treated with opioids.

Key words: Psychological assessment, Prescription drug abuse, Opioids, Chronic pain, Risk factors, Clinical guidelines.

El uso inadecuado de psicofármacos es un problema de salud pública a nivel mundial. En 2012, la National Survey on Drug Use and Health (SAMHSA, 2013b) reportó que el 2,6% de la población general consumió psicofármacos sin receta durante el último mes. Esta cifra subía al 5,3% en el caso de las personas entre 18 y 25 años. En relación a la situación en España, el Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2011) ha detectado un incremento en el uso de hipnóticos durante los últimos 30 días en la población general pasando del 3,7%, en 2005, al 5,2% en 2009, además, en torno al 2% de la población encuestada habría consumido hipnóticos sin receta durante el último año.

Atención especial requieren los fármacos analgésicos opioides, dado su alto poder adictivo (Manchikanti et al., 2012) y el aumento considerable de las prescripciones de estos las últimas dos décadas, tanto en España (García del Pozo, Carvajal, Vilorio, Velasco, & García del Pozo, 2008) como en el resto del mundo (Dhalla et al., 2009; Edlund et al., 2010; Gomes et al., 2011; Leong, Murnion, & Haber, 2009), en gran medida, debido a que su prescripción se ha situado como el tratamiento de elección para pacientes con dolor crónico medio-alto (Liebschutz, Beers, & Lange, 2014). Asociado a este aumento de las prescripciones de fármacos opioides se ha detectado un incremento en

las tasas de abuso (Atluri, Sudarshan, & Manchikanti, 2014; Turk, Swanson, & Gatchel, 2008), aunque existen pocos datos sobre la prevalencia del mismo, algunos estudios señalan tasas de abuso de entre el 20 y el 24% de los que siguen este tratamiento (Sullivan et al., 2010).

Todo ello asociado a un incremento en el número de consecuencias negativas asociadas al uso inadecuado de los fármacos opioides. En Estados Unidos se ha triplicado la tasa de muertes por sobredosis de analgésicos opioides desde 1999, hasta tal punto, que desde el 2003 ha habido más muertes por sobredosis relacionadas con estos fármacos que con heroína y cocaína juntas (Centers for Disease Control and Prevention, 2011, 2013). En este sentido, cada año más de un millón de personas acude a urgencias por problemas relacionados con el uso inadecuado de fármacos, definido como tomar una dosis mayor a la prescrita, consumir fármacos prescritos para otra persona, envenenamiento voluntario o abuso documentado de los fármacos. De estas consultas a urgencias, casi un 40% está relacionado con analgésicos opioides, porcentaje que supone una tasa de casi medio millón de personas cada año (SAMHSA, 2013a).

Además, la tasa de admisión a tratamientos por abuso de fármacos opioides también se ha disparado, aumentando cada año desde 2001 y llegando a incrementarse un 300% desde entonces (SAMHSA, 2013c).

Ante esta situación, se ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con estrategias para poder identificar el abuso de fármacos

Correspondencia: José Luis Carballo. Universidad Miguel Hernández de Elche. Avenida de la Universidad s/n. 03202 Elche. España. E-mail: jcarballo@umh.es

opioides entre los pacientes que los reciben. Las principales instituciones sanitarias del campo de las adicciones y el dolor, la American Pain Society (APS), la American Academy of Pain Medicine (AAPM), el Grading of Recommendations Assessment (GRADE), el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y la National Institute of Mental Health (NIMH), así como, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacan la importancia de una evaluación global y multidisciplinar del paciente durante todo el proceso terapéutico con opiáceos (Chou, 2009).

El desarrollo, y uso, de herramientas de evaluación válidas y fiables no solamente es útil para la identificación de casos de abuso sino también para la planificación de estrategias preventivas y tratamientos específicos para la adicción a fármacos opioides (Chang & Compton, 2013). Ante la ausencia de pautas específicas en población española, el presente estudio pretende plantear una propuesta de evaluación psicológica atendiendo a las principales estrategias e instrumentos psicológicos disponibles actualmente para evaluar el abuso de fármacos opioides, así, como las variables psicológicas que puedan predecir y mantener el mismo. Para ello se realizó una revisión narrativa de las Guías Clínicas de Instrumentos de Detección y Evaluación del proyecto Opioid Risk (financiado por el National Institute on Drug Abuse) y las Guías Clínicas de la American Pain Society (APS) y la American Academy of Pain Medicine (AAPM) para el uso de terapia con opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico. De estas guías se seleccionaron aquellos instrumentos con mejores propiedades psicométricas, en términos de fiabilidad y validez, y los más utilizados según las propias guías, tras revisar los artículos originales de cada una de estas herramientas de evaluación.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA ADICCIÓN A FÁRMACOS OPIOIDES

La evaluación psicológica de la adicción a fármacos opioides y los factores que pueden estar implicados en la misma resulta de gran utilidad para contextos sanitarios (p.Ej., Unidades de Dolor de Hospitales) donde pacientes con problemas de dolor crónico reciben tratamiento por parte de especialistas sanitarios con el fin de mejorar su adaptación a su actividad diaria y mejorar su calidad de vida (Chang & Compton, 2013). Estos procedimientos de evaluación tienen varios fines dentro de estos contextos sanitarios: (1) por un lado, se persigue identificar a aquellos pacientes que puedan presentar abuso y/o dependencia de estos fármacos, (2) por otro lado, se pretenden analizar factores médicos, psicológicos y sociales que puedan predecir el riesgo de que una persona pueda desarrollar un proceso adictivo, (3) en la línea del fin anterior, esta evaluación permitiría en los casos en los que la probabilidad de desarrollo de adicción sea elevada buscar intervenciones alternativas para el tratamiento del dolor, (4) desarrollar estrategias preventivas específicas para reducir la probabilidad de que aparezca abuso y/o dependencia, (5) planificar las pautas de uso del fármaco opioide (p.Ej., dosis del fármaco y vía de administración) en función del riesgo de desarrollo de una adicción del paciente, y, (6) por último, se persigue poder planificar intervenciones en los casos en los que aparezca adicción, atendiendo a las características y circunstancias de cada paciente.

Consideraciones generales de la evaluación

Este tipo de evaluación clínica tiene ciertas peculiaridades, comunes a la evaluación en conductas adictivas, que deben ser valoradas a la hora de llevarla a cabo como son: (1) que el paciente esté bajo los efectos del fármaco cuando se le evalúe lo que afectará a la validez de los resultados, (2) la baja motivación para el cambio y para reconocer o identificar que puedan estar realizando un consumo inadecuado de los fármacos, podría resultar contradictorio para el paciente considerar que algo que le está "aliviando" y que le ha recetado un médico especialista pueda generar una adicción, y, (3) por último, como ya se ha comentado anteriormente, las recomendaciones de los organismos sanitarios destacan la necesidad de que la evaluación sea multidisciplinar puesto que son muchos los factores implicados en el riesgo de abuso y las consecuencias que este puede acarrear pueden afectar a muchas áreas de la vida del paciente.

CLASIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Las guías de evaluación internacionales destacan la importancia de que la evaluación debe realizarse a lo largo de todo el proceso terapéutico y señalan la importancia de diferenciar entre dos momentos de evaluación, con sus métodos y procedimientos específicos (ver Cuadro 1): la Evaluación de Inicio (antes del comienzo del uso del fármaco) y la Evaluación de Control (una vez iniciado el uso).

Evaluación de Inicio

Al plantearse el inicio de un tratamiento con fármacos opioides, el riesgo de abuso o uso problemático de los mismos debe ser evaluado cuidadosamente, de modo que se pueda identificar la probabilidad que el paciente tiene de desarrollarlo (Passik, 2009). Es por este motivo que la realización de una evaluación inicial es esencial, dado que la delimitación de las alternativas de tratamiento para el dolor en caso de existencia de riesgo de abuso, es fundamental y necesaria para una correcta intervención y prevención del abuso de opioides (Chou et al., 2009). En este sentido esta evaluación permitiría establecer una prescripción farmacológica apropiada a las condiciones del paciente, limitando, por ejemplo, la dosis y la duración máxima de la prescripción, así como, para seleccionar el fármaco más apropiado para cada caso (Thorson et al., 2014).

Para el desarrollo de la evaluación de inicio sería conveniente la valoración de los siguientes aspectos:

Evaluación de características sociodemográficas y estado de salud en general

Diferentes estudios muestran diferencias en el consumo de psicofármacos en función de variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el tipo de convivencia familiar o la situación laboral. Estos estudios parecen indicar una mayor prevalencia de abuso de psicofármacos en el sexo femenino y a edades avanzadas, así como en personas con un bajo nivel educativo, en situación de desempleo y que viven solas (Secades Villa et al., 2003).

Las variables sociodemográficas pueden ser evaluadas mediante la administración de cuestionarios y/o entrevistas clínicas que recojan datos de edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel educativo y económico.

Por otro lado, en relación a la evaluación del estado de salud general, dado el carácter multidisciplinar de esta evaluación, el psicólogo debe contar con información de la evaluación del estado de salud recogida en la historia clínica del paciente.

Evaluación del consumo de sustancias psicoactivas y fármacos opioides previo al tratamiento

El antecedente de abuso de sustancias personal y familiar parece estar significativamente relacionado con el riesgo de abuso de opiáceos en pacientes con dolor (Chou et al., 2009; Matteliano, St Marie, Oliver, & Coggins, 2012; Sehgal, Manchikanti, & Smith, 2012). Por ello es importante, antes de iniciar un tratamiento con fármacos opioides, evaluar de forma específica, la posible existencia de abuso de sustancias e intervenir, si lo hubiera, al mismo tiempo que se trata el dolor con los opioides (Passik, Kirsh, & Casper, 2008). Algunos de los instrumentos más utilizados para la evaluación del consumo problemático de sustancias psicoactivas, pro su sencillez de uso y buenas propiedades psicométricas, son:

Por un lado, instrumentos de screening como el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993) y el *Drug Abuse Screening Test* (DAST-10; Bohn, Babor & Kranzler, 1991) para drogas ilegales.

También se podría utilizar el *Screening Instrument for Substance Abuse Potential* (SISAP; Coombs, Larry, Santhiapillai, Abrahamsohn et al., 1996) que es una entrevista formada por 5 ítems, a través de los cuales se evalúa tanto la historia de abuso de sustancias, como el riesgo de dependencia o abuso de fármacos opioides. Esta entrevista, está recomendada por las guías de evaluación de abuso de fármacos opioides, y muestra una buena sensibilidad y especificidad, 0,91 y 0,78 respectivamente (Coombs et al. 1996).

Todos estos autoinformes podrían acompañarse de evaluaciones a familiares o personas que vivan con el paciente, así como, de pruebas bioquímicas de detección de uso (p.Ej., marcadores en muestras de orina), en el caso de que se sospeche la presencia de consumo de una o varias sustancias psicoactivas, dado el elevado riesgo de desarrollo de conductas de abuso de los fármacos opioides en pacientes policonsumidores.

Evaluación de otras variables psicosociales relacionadas con el riesgo de abuso

La historia personal y familiar de abuso de alcohol y otras drogas, junto con la historia personal de abusos físicos y sexuales y la presencia de trastornos psiquiátricos, son los principales factores de riesgo identificados para el abuso de psicofármacos (Chou, et al., 2009; Matteliano et al., 2012; Sehgal et al., 2012). El SAMHSA (2012) determina dicho riesgo en función de estas variables, clasificando el mismo en: bajo (p.ej., sin historial de abuso de sustancias); medio (p.ej., con historia personal y familiar de abuso de sustancias) y alto (p.ej., con abuso de sustancias actual e historia de abuso previo de fármacos opioides).

El cuestionario *Opioid Risk Tool* (ORT; Webster & Webster, 2005), desarrollado específicamente para pacientes con dolor, permite evaluar el riesgo de abuso de psicofármacos. Se trata de un autoinforme compuesto por 5 ítems en el que se recogen las siguientes dimensiones: historia familiar y personal en relación al abuso de sustancias, edad,

episodios de abuso sexual en la pre-adolescencia y presencia de trastornos psicológicos. A mayor puntuación, mayor riesgo, pudiendo clasificarse en: 0-3 puntos (bajo riesgo), de 4-7 puntos (riesgo moderado) y superior a 8 puntos (alto riesgo). Este instrumento proporciona una excelente discriminación entre pacientes de alto y bajo riesgo y entre hombres y mujeres, mostrando en los análisis realizados una capacidad del 90,9% para predecir abuso de fármacos opioides en pacientes

**CUADRO 1
PROPUESTA DE EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL ABUSO DE FÁRMACOS OPIOIDES**

Dimensión	Instrumento	Evaluación Entrada	Evaluación Control
Abuso otras sustancias psicoactivas	Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (Rubio, Bermejo, Caballero, & Santo-Domingo, 1998) ^a	X	
	Drug Abuse Screening Test (DAST-10) (Bohn, Babor & Kranzler, 1991) ^a	X	
	Screening Instrument for Substance Abuse Potential (SISAP) (Coombs et al., 1996) ^b	X	
Otros factores riesgo de abuso de fármacos opioides	Opioid Risk Tool (ORT) (Webster & Webster, 2005) ^c	X	
	Screener and Opioids Assessment for Patients with Pain – Revised (SOAPP-R) (Butler et al., 2008) ^b	X	
Dolor percibido	Cuestionario Breve de Dolor (CBD) (Llach et al., 2003) ^c	X	X
	Escala Visual Análogica (EVA) ^a	X	X
Estado psicológico	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Quintana et al., 2003) ^a	X	X
	Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) (Derogatis, 1975) ^a	X	X
Cumplimiento de prescripciones del tratamiento con opioides	Pain Assessment and Documentation Tool (PADT) (Passik et al., 2004) ^b		X
Uso y abuso de fármacos opioides	Prescription Opioid Misuse Index (POMI) (Knisely et al., 2008) ^d		X
	Current Opioid Misuse Measure (COMM) (Butler et al., 2007) ^b		X

^a Cuenta con versión adaptada y traducida a población española
^b No cuenta con versión adaptada y traducida a población española
^c ORT: Cuenta con traducción al español. Puede solicitarse más información a los autores del presente manuscrito sobre la adaptación y traducción del mismo, dado que cuentan con la autorización de los autores del mismo. Consultar: <http://www.lynnwebstermd.com/risk-tool-download/>
^d POMI: Cuenta con traducción al español. Puede solicitarse más información a los autores del presente manuscrito sobre la adaptación y traducción del mismo, dado que cuentan con la autorización de los autores del mismo

de alto riesgo y del 94,4% para predecir no abuso en pacientes con bajo riesgo (Webster & Webster, 2005).

Por otro lado, el *Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised* (SOAPP-R; Butler et al., 2007), es un autoinforme desarrollado específicamente para predecir el abuso de psicofármacos en pacientes con dolor (Butler, Fernandez, Benoit, Budman, & Jamison, 2008). Está compuesto por 24 ítems con escala de respuesta tipo Likert, cuyo rango va de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo). Las dimensiones evaluadas son: historia de consumo de alcohol u otras sustancias, estado psicológico y estrés. A mayor puntuación, mayor es el riesgo de abuso de psicofármacos. El SOAPP-R es el único cuestionario de este tipo sometido a validación cruzada. El análisis de la fiabilidad test-retest muestra un índice intraclass de ICC = 0,94 (IC 95%: 0,90 – 0,97) con un alfa de 0,86, lo cual indica una muy buena fiabilidad. Además, de una sensibilidad y especificidad del 79% y 52%, respectivamente (Butler, Budman, Fernandez, Fanciullo, & Jamison, 2009).

Evaluación del dolor y el impacto en las actividades diarias

Una valoración adecuada del dolor permite evaluar tanto la eficacia del tratamiento como los posibles efectos adversos del mismo (Ibáñez, Morales, Calleja, Moreno & Gálvez, 2001). De este modo, si un paciente solicita un aumento de la dosis, a través de esta evaluación, se podrá determinar si el dolor ha aumentado, existe tolerancia o se buscan otros efectos como la sedación o la reducción de la ansiedad (Center for Substance Abuse Treatment, 2012). Los instrumentos más recurridos para esta evaluación son:

El *Brief Pain Questionnaire* (BPQ; Cleeland & Ryan, 1994), es un cuestionario auto administrado que recoge dos dimensiones: intensidad del dolor y el impacto de éste en las actividades diarias del paciente a través de 9 ítems con escalas de respuesta tipo Likert y respuestas dicotómicas (sí/no). Los análisis de fiabilidad muestra un coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones superior a 0,70 (Badia et al., 2003).

La *escala visual análoga* (EVA) graduada numéricamente es una escala unidimensional que mide la intensidad del dolor, representando la sensación subjetiva del paciente en números. Se trata de una línea horizontal de 100mm que va desde "no hay dolor" hasta "el peor dolor imaginable", en la que el paciente debe señalar la intensidad de su dolor. Este instrumento permite comparar las puntuaciones de dolor en diferentes momentos. Se trata de un instrumento sencillo de rellenar, que ha demostrado unas buenas propiedades de fiabilidad test-retest de $r=0,947$ y un índice intraclass de ICC = 0,97 (Grupo Valoración, 2009).

Evaluación del estado psicológico

La comorbilidad psicopatológica es uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de abuso de fármacos opioides (Chou, 2009) por lo que requiere de una evaluación específica. Por ello, y dado el contexto hospitalario, donde generalmente reciben atención estos pacientes, se podría utilizar para evaluar síntomas ansioso-depresivos la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS; Quintana et al., 2003), versión española validada del *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). Consta de dos sub-escalas, cada una consta de 7 ítems que se valoran del 0 al 3 y una puntuación mayor de 10 se considera indicativas de morbilidad. La escala tiene

una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach de 0,86 y 0,86, para la escala de ansiedad y depresión respectivamente; y una fiabilidad test-retest elevada, con un coeficiente de correlación por encima de 0,85 (Quintana et al., 2003).

Otros de los instrumentos que se pueden utilizar, además de la historia clínica de tratamiento psicológico y psiquiátrico, para una evaluación general de síntomas psicopatológicos de forma breve es por ejemplo, el *Inventario de Síntomas Revisado* (SCL-90-R; Derogatis, 1975). Un cuestionario autoinformado de 90 ítems, con escala de respuesta tipo Likert, que evalúa sintomatología y malestar psicológico.

Evaluación de Control

Una vez iniciado el tratamiento con fármacos opioides para el manejo del dolor los pacientes requieren de un control y seguimiento periódicos para determinar y asegurar el cumplimiento de las pautas fijadas por el médico especialista, de tal forma que se pueda garantizar la efectividad del tratamiento, además de identificar y reducir el posible riesgo de abuso (Morgan et al., 2013; Sehgal et al., 2012).

En este sentido, la *Evaluación de Control* implica la supervisión continua de la respuesta al tratamiento con opioides y el uso actual del fármaco. Dentro de esta evaluación se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

Evaluación de la respuesta al tratamiento con opioides

Se recomienda registrar, por un lado, la presencia de efectos secundarios y síntomas de tolerancia al fármaco, y por otro, el uso actual del mismo (p.ej., número y frecuencia de tomas), además del grado de dolor percibido y capacidad funcional del paciente (Chou, 2009; Passik et al., 2004). En esta línea, también se evaluarían otros factores que puedan estar interfiriendo con la respuesta del tratamiento (Morasco, Duckart, & Dobscha, 2011; Sehgal et al., 2012; Sullivan et al., 2010) como el consumo de fármacos sin supervisión médica, o el uso paralelo de alternativas para la reducción del dolor (p.ej. uso de plantas medicinales y fisioterapia). Algunas de las herramientas que se utilizarían son:

El *Pain Assessment and Documentation Tool* (PADT; Passik et al., 2004). Se trata de una entrevista clínica estructurada (o cuadro de notas) de 10 minutos aproximadamente, compuesta por 41 ítems a cumplimentar por el psicólogo con ayuda de los médicos especialistas, que evalúa el progreso del paciente durante el tratamiento a largo plazo de opioides, basada en cuatro dimensiones: 1) analgesia o dolor percibido, 2) capacidad funcional del paciente (p.ej., estado de ánimo o relaciones sociales y familiares), 3) efectos secundarios del tratamiento (p.ej., náuseas, vómitos o estreñimiento) y 4) presencia de conductas de riesgo de abuso (p.ej., excesiva sedación, informes de recetas robadas o perdidas). Asimismo, al final del cuestionario, se incluye un apartado destinado a realizar una valoración clínica sobre el beneficio del tratamiento para el paciente. El análisis de fiabilidad señala una buena consistencia interna de 0,86 y una buena fiabilidad interjueces (Passik et al., 2004b).

Evaluación del uso del fármaco opioide

Se proponen diferentes estrategias de evaluación como el uso de autorregistros, que conforman una fuente de información significativa

para la evaluación conductual del paciente, recogiendo información sobre el uso adecuado del fármaco (p. Ej., dosis, vía, frecuencia de administración y circunstancias que rodean al uso del mismo). Además, puede ser útil para que el clínico y el paciente identifiquen aquellas situaciones de mayor riesgo, donde es más probable que el sujeto consuma saltándose las pautas (p.ej., hora del día o lugar donde lo toma).

En este sentido, y con el fin de corroborar la información registrada por el paciente, se pueden utilizar otros métodos de evaluación como:

Por un lado, la realización de *entrevistas a familiares o cuidadores* que ofrece información respecto a la capacidad funcional del paciente y ayuda en la identificación de conductas relacionadas con el uso problemático del fármaco (p.ej., que pida ayuda para conseguir más medicación o la pida prestada). Y, por otro lado, el uso de marcadores bioquímicos (p.ej., en muestras de orina), que son una recomendación, especialmente importante, para pacientes de alto riesgo y en aquellos en los que se sospeche un uso inadecuado del fármaco (Chou, 2009).

Evaluación de abuso y/o dependencia de fármacos opioides

Durante las últimas décadas, se han desarrollado, autoinformes para evaluar específicamente el abuso de fármacos opioides, entre los que destacan los siguientes:

El *Prescription Opioid Misuse Index* (POMI; Knisely, Wunsch, Cropsey, & Campbell, 2008b) es una entrevista clínica compuesta por 6 ítems de respuesta dicotómica (Si/No), que registra aspectos como las características del uso del fármaco (dosis, frecuencia de consumo), la necesidad de acortar el tiempo entre tomas, o la sensación de euforia y/o placer después de la toma. El POMI es un instrumento sensible y específico para identificar pacientes que hacen mal uso de fármacos opioides (puntuación > 1). El análisis de fiabilidad señala una buena consistencia interna de alfa igual a 0,85, además de mostrar una sensibilidad y especificidad del 82% y 92,3%, respectivamente (Knisely et al., 2008). (Puede solicitarse más información a los autores del presente manuscrito sobre la adaptación y traducción del mismo, dado que cuentan con la autorización de los autores del mismo).

En esta misma línea, el *Current Opioid Misuse Measure* (COMM; Butler et al., 2007) es una escala compuesta por 17 ítems de respuesta tipo Likert, dirigido específicamente a la población que cursa dolor crónico, en el que se evalúa el uso problemático del fármaco, considerando las siguientes dimensiones: 1) signos o síntomas de uso problemático del psicofármaco, 2) problemas emocionales/ psiquiátricos, 3) incumplimiento de las pautas médicas, 4) uso del fármaco opioide y 5) uso problemático del psicofármaco. La obtención de una puntuación igual o superior a nueve (≥ 9) identifica aquellos pacientes con alto riesgo de estar presentando una conducta de uso problemático o abuso de opioides, con una sensibilidad y especificidad de 77% y 66%, respectivamente (Butler et al., 2007; Chou et al., 2009). Los análisis señalan una muy buena consistencia interna (alfa=0,86) y una elevada fiabilidad test-retest con un ICC = 0,86 (IC 95%: 0,77 – 0,92).

CONCLUSIONES

El objetivo de este artículo era presentar una propuesta de evaluación atendiendo a las estrategias e instrumentos psicológicos disponibles actualmente para evaluar el abuso de fármacos opioides, así, como las

variables psicológicas que puedan predecir y mantener el mismo. Atendiendo a las recomendaciones de las guías internacionales los instrumentos de evaluación han sido clasificados y descritos en función del momento del momento del proceso terapéutico en que se encuentren los pacientes, estableciéndose por tanto una Evaluación Inicial y una de Control.

En este artículo se ha presentado un conjunto de herramientas que pueden ser de utilidad a los profesionales sanitarios, especialmente a los psicólogos, que trabajen en contextos sanitarios con población oncológica que sufra de dolor crónico. Se persigue dar un paso más en la mejora de las intervenciones con fármacos opioides que, aunque faltan estudios sobre su eficacia a largo plazo, muestran muy buenos resultados a corto y medio plazo en la adaptación de los pacientes a sus actividades diarias (Chang & Compton, 2013). Por lo tanto, y dado su poder adictivo, se hace necesario prevenir el uso inadecuado de los mismos, en aquellos casos en los que se considera que su uso será efectivo. Para ello es necesario evaluar de forma multidimensional y multidisciplinar a los pacientes antes de iniciar su uso y durante las intervenciones con los mismos (Manchikanti et al., 2012).

En este sentido tanto el SAMHSA (2013b) como el NIDA (2012), ante el aumento de la prevalencia de abuso de fármacos opioides a nivel mundial y las consecuencias sanitarias derivadas del mismo, establecen que es necesario llevar a cabo estudios sobre la eficacia de intervenciones psicológicas multicomponente que ayuden a reducir la probabilidad de adicción a fármacos opioides, y sin duda esto no es posible sin evaluaciones completas y personalizadas de cada paciente.

A pesar de que, a lo largo de este artículo, se han presentado instrumentos específicos para medir la adicción a fármacos opioides que, además, presentan buenas propiedades psicométricas, en la población española existe escasa evidencia sobre herramientas de evaluación para esta problemática. Son necesarias futuras investigaciones tanto en el campo de la adaptación, traducción y validación de este conjunto de instrumentos a población española, como investigaciones que aborden y analicen la eficacia y eficiencia de estrategias de intervención para reducir la probabilidad de abuso entre pacientes con dolor crónico que reciben tratamiento farmacológico con opioides.

Por último, se reflejan algunas consideraciones finales en relación a esta propuesta de evaluación psicológica del abuso de fármacos opioides: (1) se insiste en la necesidad de que la evaluación sea de carácter multidisciplinar, donde participen todos los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento del dolor no oncológico; (2) los procedimientos de evaluación utilizados, tanto en la Evaluación de Inicio como la de Control, serían la recogida de autorregistros, de muestras bioquímicas y la aplicación de autoinformes (entrevistas e instrumentos de lápiz y papel); (3) se podría realizar en 2 sesiones de evaluación con una duración de entre 30 y 40 minutos, en cualquier caso, es importante que se lleve un seguimiento del uso siguiendo las prescripciones del fármaco opioide; (4) por último, se debe destacar que este tipo de evaluación en líneas generales tiene un bajo coste y es poco intrusiva, dada la naturaleza de los procedimientos aplicados, y al mismo tiempo, puede suponer un gran beneficio para la salud de los pacientes pudiendo prevenir el desarrollo del abuso y la dependencia de fármacos opioides mediante la identificación de factores de riesgo y consumo problemáticos.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido financiado en la convocatoria de Ayudas para la realización de trabajos de investigación para la mejora de la atención del paciente crónico complejo y del paciente susceptible de cuidados paliativos (2013) de la Consellería de Sanidad Valenciana (ref. PCC-18/13).

REFERENCIAS

- Atluri, S., Sudarshan, G., & Manchikanti, L. (2014). Assessment of the trends in medical use and misuse of opioid analgesics from 2004 to 2011. *Pain Physician*, 17(2), E119-128.
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Nunez-Olarte, J. M., Perulero, N., Galvez, R., Carulla, J., et al. (2003). [Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain]. *Medicina Clínica*, 120(2), 52-59.
- Barry, D. T., Irwin, K. S., Jones, E. S., Becker, W. C., Tetrault, J. M., Sullivan, L. E., Hansen, H., et al. (2010). Opioids, Chronic Pain, and Addiction in Primary Care. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 11(12), 1442-1450.
- Butler, S. F., Budman, S. H., Fernandez, K. C., Fanciullo, G. J., & Jamison, R. N. (2009). Cross-Validation of a Screener to Predict Opioid Misuse in Chronic Pain Patients (SOAPP-R). *Journal of Addiction Medicine*, 3(2), 66-73.
- Butler, S. F., Budman, S. H., Fernandez, K. C., Houle, B., Benoit, C., Katz, N., & Jamison, R. N. (2007). Development and Validation of the Current Opioid Misuse Measure. *Pain*, 130(1-2), 144-156.
- Butler, S. F., Fernandez, K., Benoit, C., Budman, S. H., & Jamison, R. N. (2008). Validation of the revised Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP-R). *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 9(4), 360.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Vital signs: overdoses of prescription opioid pain relievers---United States, 1999--2008. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(43), 1487-1492.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Vital signs: overdoses of prescription opioid pain relievers and other drugs among women--United States, 1999-2010. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(26), 537-542.
- Chang, Y.-P., & Compton, P. (2013). Management of chronic pain with chronic opioid therapy in patients with substance use disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 8(1), 21.
- Chou, R. (2009). 2009 Clinical Guidelines from the American Pain Society and the American Academy of Pain Medicine on the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain: what are the key messages for clinical practice? *Polskie Archiwum Medycyny Wewn trznej*, 119(7-8), 469-477.
- Chou, R., Fanciullo, G. J., Fine, P. G., Adler, J. A., Ballantyne, J. C., Davies, P., Donovan, M. I., et al. (2009). Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 10(2), 113-130.
- Chou, R., Fanciullo, G. J., Fine, P. G., Miaskowski, C., Passik, S. D., & Portenoy, R. K. (2009). Opioids for Chronic Noncancer Pain: Prediction and Identification of Aberrant Drug-Related Behaviors: A Review of the Evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine Clinical Practice Guideline. *The Journal of Pain*, 10(2), 131-146.e5.
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 23(2), 129-138.
- Dhalla, I. A., Mamdani, M. M., Sivilotti, M. L. A., Kopp, A., Qureshi, O., & Juurlink, D. N. (2009). Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *Canadian Medical Association Journal*, 181(12), 891-896.
- Edlund, M. J., Martin, B. C., Fan, M.-Y., Braden, J. B., Devries, A., & Sullivan, M. D. (2010). An analysis of heavy utilizers of opioids for chronic noncancer pain in the TROUP study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 279-289.
- García del Pozo, J., Carvajal, A., Vilorio, J. M., Velasco, A., & García del Pozo, V. (2008). Trends in the consumption of opioid analgesics in Spain. Higher increases as fentanyl replaces morphine. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 64(4), 411-415.
- Gomes, T., Juurlink, D. N., Dhalla, I. A., Mailis-Gagnon, A., Paterson, J. M., & Mamdani, M. M. (2011). Trends in opioid use and dosing among socio-economically disadvantaged patients. *Open Medicine*, 5(1), e13-e22.
- Knisely, J. S., Wunsch, M. J., Cropsey, K. L., & Campbell, E. D. (2008). Prescription Opioid Misuse Index: A brief questionnaire to assess misuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(4), 380-386.
- Leong, M., Murnion, B., & Haber, P. S. (2009). Examination of opioid prescribing in Australia from 1992 to 2007. *Internal Medicine Journal*, 39(10), 676-681.
- Liebschutz, J., Beers, D., & Lange, A. (2014). Managing Chronic Pain in Patients With Opioid Dependence. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1(2), 204-223.
- Llach, X. B., Cleeland, C. S., Muriel, C., Gracia, A., Perulero, N., Carulla, J., Olarte, J. M. N., et al. (2003). Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*, 120(2), 52-59.
- Manchikanti, L., Abdi, S., Atluri, S., Balog, C. C., Benyamin, R. M., Boswell, M. V., Brown, K. R., et al. (2012). American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part 2--guidance. *Pain Physician*, 15(3 Suppl), S67-116.
- Matteliano, D., St Marie, B. J., Oliver, J., & Coggins, C. (2012). Adherence Monitoring with Chronic Opioid Therapy for Persistent Pain: A Biopsychosocial-Spiritual Approach to Mitigate Risk. *Pain Management Nursing*. Recuperado junio 22, 2014, a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904212001427>
- Morasco, B. J., Duckart, J. P., & Dobscha, S. K. (2011). Adherence to Clinical Guidelines for Opioid Therapy for Chronic Pain in Patients with Substance Use Disorder. *Journal of General Internal Medicine*, 26(9), 965-971.
- Morgan, L., Weaver, M., Sayeed, Z., & Orr, R. (2013). The use of prescription monitoring programs to reduce opioid diversion and improve patient safety. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 27(1), 4-9.

- National Institute on Drug Abuse. (2012). *Los medicamentos de prescripción: Abuso y Adicción*. Washington, DC: NIH.
- OEDT. (2011). *Informe 2011: Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Passik, S. D. (2009). Issues in Long-term Opioid Therapy: Unmet Needs, Risks, and Solutions. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(7), 593-601.
- Passik, S. D., Kirsh, K. L., & Casper, D. (2008). Addiction-Related Assessment Tools and Pain Management: Instruments for Screening, Treatment Planning, and Monitoring Compliance. *Pain Medicine*, 9, S145-S166.
- Passik, S. D., Kirsh, K. L., Whitcomb, L., Portenoy, R. K., Katz, N. P., Kleinman, L., Dodd, S. L., et al. (2004). A new tool to assess and document pain outcomes in chronic pain patients receiving opioid therapy. *Clinical Therapeutics*, 26(4), 552-561.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 216-221.
- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M. C., & Santo-Domingo, J. (1998). AUDIT. *Revista Clínica Española*, 198(1), 11-14.
- SAMHSA. (2013a). *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings* (NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4789.). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- SAMHSA. (2013b). *Drug Abuse Warning Network, 2011: National Estimates of Drug - Related Emergency Department Visits* (HHS Publication No. (SMA) 13-4760, DAWN Series D-39.). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado abril 23, 2014, a partir de <http://jflahiff.wordpress.com/2013/07/19/drug-abuse-warning-network-2011-national-estimates-of-drug-related-emergency-department-visits/>
- SAMHSA. (2013c). *Treatment Episode Data Set (TEDS): 2001-2011. State Admissions to Substance Abuse Treatment Services*. (BHSIS Series S-68, HHS Publication No. (SMA) 14-4832.). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(6), 791-804.
- Secades Villa, R., Rodríguez García, E., Valderrey Barbero, J., Fernández Hermida, J. R., Vallejo Seco, G., & Jiménez García, J. M. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 15 (4), 650-655.
- Sehgal, N., Manchikanti, L., & Smith, H. S. (2012). Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. *Pain Physician*, 15(3), ES67-ES92.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *Managing Chronic Pain in Adults With or in Recovery From Substance Use Disorders*. SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Sullivan, M. D., Edlund, M. J., Fan, M.-Y., DeVries, A., Braden, J. B., & Martin, B. C. (2010). Risks for Possible and Probable Opioid Misuse Among Recipients of Chronic Opioid Therapy in Commercial and Medicaid Insurance Plans: the TROUP Study. *Pain*, 150(2), 332-339.
- Sullivan, M. D., & Howe, C. Q. (2013). Opioid therapy for chronic pain in the United States: Promises and perils. *Pain*, 154(0 1), S94-100.
- Thorson, D., Biewen, P., Bonte, B., Epstein, H., Haake, B., Hansen, C., Hooten, M., et al. (2014). Acute Pain Assessment and Opioid Prescribing Protocol. Recuperado julio 20, 2014, a partir de https://www.icsi.org/_asset/dyp5wm/Opioids.pdf
- Turk, D. C., Swanson, K. S., & Gatchel, R. J. (2008). Predicting opioid misuse by chronic pain patients: a systematic review and literature synthesis. *The Clinical Journal of Pain*, 24(6), 497-508.
- Upshur, C. C., Luckmann, R. S., & Savageau, J. A. (2006). Primary Care Provider Concerns about Management of Chronic Pain in Community Clinic Populations. *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 652-655.
- Webster, L. R., & Webster, R. M. (2005). Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 6(6), 432-442.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.