

BENZODIACEPINAS: NARRATIVAS DE ADICCIÓN Y RECUPERACIÓN DE UNA ANESTESIÓLOGA

BENZODIAZEPINES: NARRATIVES OF ADDICTION AND RECOVERY OF AN ANESTHESIOLOGIST

Anel Hortensia Gómez San Luis¹ y Ariagor Manuel Almanza Avendaño²

¹Catedrática CONACYT-Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

²Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Abstract

Recently there has been an increase in the abuse of prescription drugs. Anesthesiologists are at risk for excessive workload and the easy access they have to the substance. A single case study was conducted with narrative design. An in-depth interview was conducted with an anesthesiologist, with the aim of knowing the narratives of addiction to benzodiazepines and recovery. A formal narrative analysis was performed to identify the trajectory of the story and the primary transited stages from the beginning of consumption to rehabilitation. Additionally, a categorical narrative analysis was done using the MAXQDA software version 12, to identify the main themes in the account of the participant. The results show that while consumption initiation occurs during medical prescription, various events expected at the life stage of the participant, trigger addiction. The lack of support networks and employment status prevents timely treatment seeking. Family and social support and development of spirituality, are identified as key elements that allow recovery.

Keywords: addiction, anesthesiologists, benzodiazepines, narratives, recovery.

Resumen

Recientemente se ha registrado un incremento en el abuso de medicamentos de prescripción. Los médicos anestesiólogos se encuentran en riesgo por su excesiva carga laboral y por el fácil acceso que tienen a la sustancia. Se realizó un estudio de caso único con diseño narrativo. Se aplicó una entrevista a profundidad con una anestesióloga, con el objetivo de conocer las narrativas de adicción a las benzodiazepinas y de recuperación. Se realizó un análisis narrativo formal para identificar la trayectoria del relato y establecer las principales etapas transitadas desde el inicio del consumo hasta la rehabilitación. Adicionalmente, se llevó a cabo un análisis narrativo categórico mediante el software MAXQDA versión 12, a fin de identificar los principales temas presentes en el relato de la participante. Los resultados muestran que si bien el inicio del consumo se presenta durante prescripción médica, diversos sucesos esperados en la etapa de vida de la participante, desencadenan la adicción. La falta de redes de apoyo y su estatus laboral impiden la búsqueda oportuna de tratamiento. El apoyo familiar y social, así como el desarrollo de la espiritualidad, son identificados como los elementos principales que permiten la recuperación.

Palabras clave: adicción, anestesiólogos, benzodiazepinas, narrativas, recuperación.

Correspondencia: Anel Hortensia Gómez San Luis
ahgomezsl@conacyt.mx

El abuso de medicamentos de prescripción se refiere al uso de un medicamento sin la receta médica correspondiente, de una forma diferente a la prescrita, o bien, para llegar a la experiencia o sentimientos que provoca (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2012). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) se estima que más de la mitad de todos los medicamentos en el mundo se prescriben, surten o venden indebidamente, mientras que la mitad de los pacientes no toman su medicamento según lo indicado. El uso indebido de medicamentos incluye mezclas farmacológicas nocivas (polifarmacia), el uso excesivo de antibióticos e inyecciones, la prescripción alejada de las directrices clínicas, e incluso la automedicación inapropiada.

El abuso de medicamentos de prescripción es particularmente peligroso cuando tienen potencial adictivo. Tal es el caso de los opioides recetados con regularidad para el manejo del dolor, los depresores del sistema nervioso central (SNC) prescritos generalmente para el manejo de la ansiedad y los trastornos del sueño, y los estimulantes usualmente indicados para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). De acuerdo con el NIDA (2012) éstas son las tres clases de medicamentos de prescripción con potencial adictivo, de los que se abusa con mayor frecuencia.

Las sustancias depresoras del SNC actúan disminuyendo la actividad cerebral, por eso son útiles para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y sueño. Entre los medicamentos con estas propiedades se encuentran las benzodiazepinas, como el diazepam y el alprazolam que frecuentemente se recetan para tratar la ansiedad y los ataques de pánico; el triazolam y el estazolam tienen propiedades más sedantes y por ende son utilizados como tratamiento para los trastornos del sueño. Las benzodiazepinas no suelen utilizarse como un tratamiento a largo plazo debido al riesgo a desarrollar tolerancia, dependencia o adicción (NIDA, 2012).

Como se ha mencionado, el consumo prolongado de estas sustancias puede derivar en un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, que de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), consiste en un patrón problemático de consumo que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo durante un plazo de doce meses que se manifiesta por al menos dos de los sucesos que se presentan a continuación: 1) consumo frecuente en

cantidades superiores o por un tiempo más prolongado del previsto; 2) existen esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo; 3) se invierte tiempo considerable para conseguir las sustancias, consumirlas o recuperarse de sus efectos; 4) existen ansias de consumir; 5) el consumo recurrente ocasiona incumplimiento de las tareas principales en el trabajo, la escuela o el hogar; 6) continúa el consumo a pesar de problemas recurrentes de tipo social derivados o agravados por sus efectos; 7) se abandonan o reducen importantes actividades sociales, profesionales o de ocio debido al consumo; 8) se consume en situaciones en las que es físicamente peligroso; 9) se continúa el consumo aún sabiendo que se sufre de un problema físico o psicológico, probablemente causado o agravado por ellos; 10) tolerancia; y 11) abstinencia.

Sin embargo, el uso no prescrito de las benzodiazepinas es relativamente común. En Estados Unidos los resultados de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud del 2010, mostraron que alrededor de 2.4 millones de personas tomaron medicamentos de prescripción sin razones médicas por primera vez en el año anterior a la encuesta. De estas personas, más de la mitad eran mujeres y aproximadamente un tercio tenía entre 12 y 17 años de edad (NIDA, 2012).

La situación en México también es preocupante, pues está considerado como uno de los países con prevalencias más altas en el consumo de tranquilizantes y sedantes, con una prevalencia anual de 7.8% en la población general (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2013). Por otra parte, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, indicó que las benzodiazepinas son los fármacos de prescripción más usados en hombres y mujeres de 12 a 65 años de edad; con prevalencias de consumo del 0.34% para el último año y del 1.03% para alguna vez en la vida (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [INP], Instituto Nacional de Salud Pública & Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P., 2008). En comparación con el 2008, la ENA 2011 no reporta cambios significativos en la proporción de personas que consumen "cualquier droga" en el último año, ésta categoría incluye drogas de uso médico consumidas fuera de prescripción que tienen potencial de dependencia, como las benzodiazepinas (Medina-Mora et al., 2012).

Factores de riesgo y grupos poblacionales con mayor consumo de benzodiazepinas

Desde el marco epidemiológico del abuso y adicción a las benzodiazepinas, se ha observado que la dependencia es una condición generalmente relacionada a un marco terapéutico, ya que el primer contacto con la sustancia generalmente sucede en un contexto clínico (Fresán, Minaya, Cortés-López & Ugalde, 2011).

De acuerdo con Busto (2000), los factores de riesgo en el abuso y la dependencia a las benzodiazepinas, se relacionan con dos aspectos centrales. Primero están los factores que dependen de la droga, como las propiedades intrínsecas del fármaco (su capacidad de producir efectos placenteros), factores cinéticos (tiempo de absorción) y disponibilidad (facilidad para conseguirla y consumirla). En segundo lugar están los factores que dependen del individuo, como los factores biológicos (genéticos y la rapidez con que se metabolizan las benzodiazepinas), la edad (se registra un mayor consumo en adultos mayores que en jóvenes, relacionado con una mayor prevalencia de insomnio en la edad madura), y la comorbilidad (síntomas y patologías psiquiátricas relacionadas y consumo de otras sustancias).

En cuanto al sexo como variable de riesgo, se ha observado que en general los hombres consumen drogas legales e ilegales en mayor medida que las mujeres. Sin embargo, tratándose de benzodiazepinas los resultados no son concluyentes, pues Rosas-Gutiérrez, Simón-Arceo y Mercado (2013) han registrado un mayor consumo en mujeres de entre 35 y 64 años; mientras que en el estudio de Fresán et al. (2011) realizado con pacientes psiquiátricos, el ser hombre, presentar un diagnóstico diferente a un trastorno de ansiedad o afectivo, y tener un mayor tiempo de consumo, fueron los principales factores predictores de dependencia.

Desde la perspectiva médica las benzodiazepinas son un tratamiento efectivo contra la ansiedad y los trastornos del sueño, debido a su rápida acción y la alta satisfacción del paciente (Cook, Marshall, Masci & Coyne, 2007). También pueden prescribirse en casos de situaciones estresantes, abstinencia de alcohol u otras sustancias, dolor muscular, y algunas condiciones psiquiátricas. Es posible que los pacientes continúen el uso de benzodiazepinas debido a circunstancias de vida adversas, la presencia continua de problemas de salud mental o la búsqueda de una solución médica a problemas vitales; ante situaciones como éstas es

recomendable emplear estrategias para evitar el desarrollo de un trastorno por consumo de ansiolíticos, tales como la evaluación previa del paciente, el monitoreo continuo, la reducción gradual de la dosis, alternar con otros medicamentos o establecer un contrato con el paciente (Parr, Kavanagh, Young & McCafferty, 2006). Sin embargo, en ciertos grupos de pacientes como los adultos mayores se llega a minimizar los riesgos de adicción al percibir que no buscan drogas, aumentar las dosis o si anticipan que cambiarán de médico si se intenta restringir la prescripción (Cook et al., 2007).

Desde la perspectiva de los pacientes, entre las razones para iniciar el consumo de las benzodiazepinas se encuentran los eventos vitales difíciles, problemas de sueño, problemas médicos y de salud mental. Entre los beneficios percibidos se encuentran la reducción de sentimientos negativos, la mejora del sueño, la recuperación de la confianza, y el convertirse en una estrategia de afrontamiento. Sin embargo el consumo prolongado puede tener consecuencias negativas como la adicción, el escalamiento de las dosis, la falta de motivación o el cambio en el estilo de vida (Parr et al., 2006); y pueden dejar el consumo debido a la preocupación por su salud, el sentimiento de ser adictos, las presiones de familiares o instituciones o por la necesidad de adoptar un nuevo estilo de vida (Liebrenz, Gehring, Buadze, & Cafilich, 2015). Por el contrario, en otros estudios los pacientes han negado la dependencia física y psicológica hacia la sustancia, que se manifiesta en la minimización del potencial adictivo de la sustancia, la resistencia a la reducción del consumo y la preferencia por el uso de fármacos en lugar de recurrir a las intervenciones terapéuticas para afrontar los problemas vitales (Cook, Biyanova, Masci & Coyne, 2007).

Los pacientes han reportados diversos síntomas del síndrome de abstinencia de benzodiazepinas, entre los que se encuentran: escalofríos, debilidad, cefaleas, dolores musculares, dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea, taquicardia, mareo, trastornos de la visión, irritabilidad, nerviosismo, inquietud, dificultades para dormir, síntomas de depresión y ansiedad, cosquilleo, disociación, pérdida de apetito y ataques epilépticos. Debido a ello los pacientes prefieren la reducción gradual de la dosis en lugar de la terminación abrupta del consumo (Liebrenz et al., 2015).

Como se ha visto los grupos poblacionales en donde se ha registrado un mayor consumo de benzodiazepinas

y por ende un mayor riesgo de adicción, incluyen personas mayores, mujeres y pacientes psiquiátricos hombres. Pero otro grupo en riesgo acerca del cual no se ha investigado lo suficiente, es el personal de salud, específicamente los y las médicos anesthesiólogos.

Centrarnos en el estudio de la adicción a las benzodiazepinas en médicos anesthesiólogos implica cierta paradoja: el personal que tiene la facultad de recetar e indicar el tipo de sustancia y la dosis (procurando evitar el desarrollo de la dependencia), es también quien en un momento dado puede consumirla y desarrollar adicción a la misma. Como mencionan López et al. (2014), a pesar de que es cuestionable su eficacia en la prescripción crónica y los riesgos asociados a su uso a largo plazo son considerables, la utilización prolongada de las benzodiazepinas es frecuente. Por ello, la percepción de riesgo de prescripción a largo plazo es determinante.

En un estudio realizado por López et al. (2014), estudiaron 26 dimensiones de la percepción de riesgo relacionada con la prescripción continuada de benzodiazepinas en médicos, quienes manifestaron una elevada percepción de riesgo y consideraron que los pacientes de salud mental y los niños y adolescentes son los grupos más expuestos. Sin embargo, los médicos y particularmente los anesthesiólogos y anesthesiólogas pueden considerarse otro grupo en riesgo, de ahí la importancia de realizar investigación al respecto.

Adicciones en médicos anesthesiólogos

Entre los médicos, los anesthesiólogos y anesthesiólogas son quienes presentan mayor tendencia al abuso de sustancias psicoactivas, representando éste el riesgo ocupacional de mayor prevalencia (Tetzalff, 2010), ocasionando diversas dificultades laborales e incluso la muerte (Collins, McAllister, Jensen & Gooden, 2005). El problema de las adicciones en este grupo no es reciente, se tiene registro que desde 1937 en la universidad de Wisconsin, 2 de 17 anesthesiólogos miembros de la Sociedad Californiana presentaban adicción química (Spiegelman, Saunders & Mazze, como se citó en López-Maya, Lina-Manjarrez, Navarro-Henze & Lina, 2012). En otro estudio realizado en Uruguay, Barreiro et al. (2001) encontraron que existen mayores problemas de alcoholismo y consumo indebido de otras sustancias psicoactivas entre médicos anesthesiólogos comparados con internistas.

Calabrese (2010) identifica factores de riesgo generales, es decir, los que se relacionan con cualquier tipo de dependencia a las drogas, como la predisposición genética, factores psicosociales, biológicos, historia personal y familiar de abuso de drogas; y los factores de riesgo específicos, que para el caso de las y los anesthesiólogos se vinculan con el intenso estilo de vida laboral que genera la carga física y psíquica, la disponibilidad, el acceso y falta de control de la sustancia en el trabajo, la falta de control relacionada con la prescripción, la curiosidad acerca de los efectos y la negación de la situación. Por ello, como mencionan Serebrenic, Palhares, Carvalho, Brisola y Malbergier (2012), a partir de la teoría de la exposición ambiental también es posible explicar la alta tasa de dependencia entre las y los anesthesiólogos.

Un estudio realizado por Wischmeyer et al. (2007), dió seguimiento a 16 residentes de anesthesiología con dependencia al propofol, de los cuales tres abandonaron la profesión, cinco cambiaron de especialidad, diez murieron y tan sólo dos permanecieron en anesthesiología. Por su parte, la encuesta de riesgos profesionales del anesthesiólogo en Latinoamérica, realizada por la comisión de riesgos profesionales de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anesthesiología (Estudio CLASA 2000), reveló un 16% de consumo de drogas en anesthesiólogos, con 1.3% y 0.4% para sedantes e hipnóticos. Mientras que el informe del 2009 registra 130 casos de abuso de drogas acumulados en los últimos 9 años, y 116 consultas por abuso de drogas en residentes de anestesia (Calabrese, 2010).

La investigación específica para México es escasa al respecto, sin embargo, como antecedente hace casi tres décadas Paisano, Zúñiga y Pérez (1988) realizaron entrevistas y aplicaron cuestionarios a 20 jefes de departamento de anesthesiología del sector salud en la Ciudad de México, logrando identificar 20 casos de fármaco-dependencia entre 1974 y 1985, catorce de ellos eran hombres y una mujer, mientras que la edad mínima fue de 26 y la máxima de 46, con un promedio de 32 años.

Recientemente López-Maya et al. (2012) realizaron un estudio sobre adicciones en anesthesiólogos, donde participaron 258 médicos residentes y adscritos (57.8% mujeres y 42.2% hombres), encontrando que las sustancias de consumo significativo fueron café (75.2%), alcohol (47.3%), cigarro (21.7%), bebidas energéticas (14%), benzodiazepinas (2.7%), fentanyl (1.2%), otras

sustancias (1.2%) y marihuana (.8%). Cuando el horario de trabajo era mayor a 40 horas se encontró un 69.9% frente a un 31% en horario menor a 40 horas semanales; por lo que se concluyó que el aspecto educativo y laboral genera un mayor riesgo de adicción en las y los anestesiólogos. Cabe señalar que el principal grupo consumidor para benzodiazepinas y marihuana fue el de 30 a 50 años, mientras que el de 51 a 60 consume café, bebidas energéticas, cigarro, alcohol y otras sustancias.

Considerando la problemática de consumo de sustancias en especialistas de anestesiología, todo el personal médico que presente adicción a alguna sustancia debe ser diagnosticado y retirado de la práctica profesional oportunamente para ser incorporado en un largo programa de desintoxicación, rehabilitación y resocialización, que incluya los grupos de autoayuda, el apoyo familiar y el monitoreo continuo mediante exámenes (Serebrenic et al., 2012). De acuerdo con Ruíz, Morillas y Albarrán (2008) existen tres elementos recomendables para abordar el problema: mecanismos de identificación de quienes se encuentran afectados por la enfermedad, intervención terapéutica y reinserción laboral y seguimiento.

Las consecuencias de una adicción en anestesiólogos van desde las personales (deterioro de su calidad de vida y salud, síndrome de abstinencia, recaídas, alteraciones psiquiátricas); familiares (mala relación, divorcio, abuso de drogas en familiares); laborales (incapacidad para realizar las tareas habituales, menor seguridad, mayor incidencia de accidentes anestésicos, mala práctica o abandono de su actividad profesional); legales (dependen de la legislación de cada país pero podría incluir la prohibición de su ejercicio profesional, ya sea temporal o definitivamente); hasta la muerte, ya sea por sobredosis o suicidio (Calabrese, 2010).

Cabe señalar que el peligro de suicidio es entre dos y tres veces mayor en especialistas de anestesiología que en grupos de control, relacionándose fuertemente con la etapa de residencia en los primeros 5 años (Alexander, Checkoway, Nagahama & Domino, como se citó en Calabrese, 2006). De ahí la importancia de comprender desde el punto de vista cualitativo, cuál es el proceso de adicción a benzodiazepinas y recuperación en las y los anestesiólogos. Por medio del presente estudio se busca identificar elementos que en ciertos momentos de la

trayectoria del padecimiento favorecen el mantenimiento del consumo, así como aquellas condiciones que promueven la recuperación.

MÉTODO

Se realizó un estudio de caso único con diseño narrativo. El objetivo fue conocer las narrativas de adicción a las benzodiazepinas y de recuperación, en una anestesióloga. Para ello, se contactó a una anestesióloga que tomó tratamiento por adicción a benzodiazepinas, en un centro de internamiento y rehabilitación. Al momento de la entrevista la anestesióloga se encontraba en la etapa de "cuidado continuo" que ofrece la clínica para pacientes recuperados. Para acceder a la narrativa, se diseñó una guía de entrevista ad hoc para este estudio, la cual consta de 4 áreas a explorar: el inicio del consumo, el proceso de adicción, el proceso de recuperación, las acciones o circunstancias para evitar el consumo y prevenir las recaídas.

Antes de la entrevista se dió a conocer a la participante el objetivo de la misma y el consentimiento informado, donde se le explicó que su participación en el estudio era anónima y voluntaria, y que podía interrumpir su participación en el momento que lo deseara. La entrevista se realizó en una sola sesión, en un cubículo dentro de las instalaciones de la clínica y tuvo una duración de 2 horas aproximadamente, fue audiograbada y posteriormente transcrita para su análisis.

Se llevó a cabo un análisis narrativo formal para identificar la trayectoria del relato (Gergen, 1996), en base a la evaluación de la participante de la sucesión de eventos relacionados con la adicción y la recuperación; y establecer las principales etapas o fases transitadas desde el inicio del consumo hasta la rehabilitación. Asimismo se llevó a cabo un análisis narrativo categórico mediante el software MAXQDA versión 12, a fin de identificar los principales temas presentes en el relato de la participante, que dieran cuenta tanto de las condiciones que mantienen la adicción, como de los elementos que promueven el proceso de recuperación.

Cabe señalar que para garantizar el anonimato y confidencialidad de la información proporcionada por la participante, no se le solicitaron datos personales, solamente algunos sociodemográficos. Con este mismo fin, una vez transcrita la entrevista el audio fue eliminado.

RESULTADOS

Inicio del consumo: "un tratamiento médico por insomnio"

Elena¹ es una mujer de 44 años cuya familia de origen está compuesta por su padre, su madre y dos hermanas. Todas las hijas son profesionistas, ella es anesthesióloga y ejerce su profesión en un hospital de salud pública. En su familia no existen factores de riesgo asociados al consumo de sustancias, como antecedentes de consumo de familiares, violencia, acceso a sustancias o consumo por parte de pares; y percibe que su vida previa al consumo es "normal":

"Yo puedo decir que yo viví en una familia tradicional, con sus problemas, pero nunca me maltrataron, yo nunca sufrí violaciones, mi vida fue algo normal, pero pues... tengo esta enfermedad... siempre mi proyecto de vida fue ser médico, con una especialidad y era prometedora, no es por presumir pero toda mi carrera fui sobresaliente, aparte yo he sido jefa del servicio de anestesiología, presidenta de una asociación de anesthesiólogos, entonces imagínate".

A la edad de 32 años Elena sufre de insomnio, por lo que acude a consulta médica y le prescriben benzodiazepinas, las cuales consume ocasionalmente durante dos años: *"Yo adquirí la adicción en una edad adulta, podría ser que inicié por un tratamiento médico por insomnio, no se investigó lo que estaba ocasionando el insomnio".*

Si bien ya existía un antecedente de consumo esporádico de benzodiazepinas, a los 34 años contrae matrimonio y al parecer este cambio en su estilo de vida, aunado a la sobrecarga de trabajo, precipita el abuso de esta sustancia:

"...puedo decir que algunas veces era por cansancio, porque quería descansar, yo le atribuyo a todo el trabajo, porque me llené de trabajo, en ese tiempo yo también me casé, entonces fue algo nuevo para mí todo eso... ya cuando se me vino la carga de trabajo y aparte lo que es el matrimonio, ahí fue aumentando mi adicción".

Como reporta la literatura especializada, los factores de riesgo para la dependencia a benzodiazepinas en anesthesiólogos, se relacionan con el exceso de trabajo y el estrés asociado al mismo, el acceso a la sustancia y su

consumo por periodos prolongados, como sucedió en el caso de Elena, quien comenzó a auto-prescribirse y auto-administrarse la sustancia.

El proceso de adicción: "yo me escondía al principio, pero conforme avanza la enfermedad llega uno a descarsarse"

Durante varios años Elena consume benzodiazepinas sin dar mayor importancia al incremento que hace de las mismas, dado que su nivel de consumo aún le permitía mantener su funcionamiento social. Tanto el ocultamiento del consumo como conservar la funcionalidad en sus actividades cotidianas, son elementos que facilitan la negación de la adicción, hasta el surgimiento de momentos críticos donde aumenta el riesgo para la salud y el consumo es conocido por personas significativas para Elena:

"...yo me escondía al principio, yo me escondía de él (su pareja) para que no se diera cuenta. Pero conforme fue avanzando lo que es la enfermedad, pues llega uno a descarsarse, y en una ocasión yo me encerré en el baño y me inyecté, y ya cuando abro mis ojos, pues me quedé dormida, abro mis ojos y él estaba llorando, hablándome, y la chapa de la puerta del baño estaba quitada, o sea, fueron momentos muy angustiosos para él, y yo le digo, tranquilo, todo está bien. Yo hasta ahí, hasta ese momento yo no me daba cuenta de la magnitud de mi problema, porque hasta el grado de caerme llegué, pero curiosamente él nunca me dijo nada, absolutamente nada".

A nivel estructural, existen dos condiciones que favorecen el aumento progresivo del consumo. Una de ellas es la falta de acceso a servicios de rehabilitación de calidad, lo cual es una barrera importante para personas que no pertenecen a los niveles socioeconómicos más elevados, y facilita la decisión de intentar recuperarse por sí misma, a pesar de que la experiencia cotidiana muestre repetidamente la dificultad para disminuir o evitar el consumo en forma individual: *"Anteriormente ya había hablado a lo que es...(clínica privada especializada en el tratamiento de las adicciones²), pero se me hizo demasiado caro y dije yo puedo sola, pero la verdad no intenté más que eso".*

¹ Por cuestiones de confidencialidad el nombre de la participante se ha modificado

² Por motivos éticos el nombre de la clínica ha sido omitido

Cabe mencionar que la presencia de la discriminación no sólo se manifiesta en las políticas de salud para la atención de adicciones, sino en el temor a revelar la adicción en el contexto laboral y solicitar una incapacidad para iniciar un tratamiento, debido al estigma asociado al consumo de sustancias, donde quien consume es considerado como alguien "inmoral", en lugar de una persona con un padecimiento.

En el caso de Elena, otro elemento a considerar para comprender el desarrollo de la dependencia a la sustancia es la falta de redes sociales de apoyo, pues su familia se encuentra en otra ciudad y el consumo se oculta ante las personas significativas de su contexto inmediato. Si bien se ha encontrado previamente que el consumo puede mantenerse y/o exacerbarse por interacciones familiares vinculadas con la co-dependencia y la sobre-protección de la persona que consume, en este caso, la reacción de su pareja se caracteriza por un silencio y alejamiento gradual, que culmina en la disolución del vínculo: *"...ya al final cuando yo ya no encuentro una comunicación o una relación real de pareja, yo intento hablar con él, decirle que yo estaba haciendo mal, yo estaba consciente de que yo estaba haciendo mal pero que nos comunicáramos, él simplemente dijo que se iba y se fue. Pero a raíz de eso yo inicio mi recuperación"*.

La pre-recuperación: "uno quiere parar, pero es algo que yo no pude hacer"

La ruptura matrimonial se convierte en un punto crítico pues es el momento en que Elena expresa el deseo de iniciar su recuperación. Sin embargo, como se mencionó previamente, la falta de acceso a servicios de rehabilitación favorece que intente dejar el consumo de benzodiazepinas a través de la fuerza de voluntad, es decir, haciéndolo "por sí misma". Por una semana cesa el consumo, pero durante el síndrome de abstinencia, presenta convulsiones y es referida a los servicios de salud donde es diagnosticada con epilepsia:

"Lo primero que hice fue hacerlo por mí misma, fueron 7 días de que yo no consumí, estaba muy irritable, todo me enojaba, al llegar el séptimo día yo convulsiono y pues fui con el neurólogo, me internaron para investigar la causa de la convulsión, yo presentía que la convulsión era por la abstinencia que yo estaba sufriendo de las benzos..., entonces le tuve que decir al neurólogo, fue una necesidad

que tuve que decirle, porque yo hasta ahí yo ocultaba todo, entonces me dice el neurólogo que fue una epilepsia, me da tratamiento para la epilepsia".

Como se observará a continuación, el dejar de consumir no es una decisión inmediata, sino que implica la aparición de múltiples recaídas y la actualización de la decisión en diversos puntos de tiempo. A diferencia de la etapa anterior, en esta fase emergen tres elementos que participarán en la rehabilitación: 1) el reconocimiento de la vulnerabilidad debido a una nueva condición de salud; 2) la participación de la red social en el cuidado de Elena; y 3) el incremento gradual de la influencia religiosa.

Al enterarse su familia de la dependencia a las benzodiazepinas, intentan apoyarla a través de retiros espirituales organizados por la Iglesia. Cabe mencionar que su red social de apoyo define el problema como de índole moral o espiritual, y no como un problema de salud mental. Elena no comparte esta definición del problema y de su tratamiento, sin embargo accede a los retiros aunque éstos no impiden la recaída:

"Entonces ahí se entera toda mi familia, le hablaron a mi esposo, que ya no vivía conmigo pero le hablaron. Mi familia es de otra ciudad, ahí se da cuenta toda mi familia, entonces pues mi mamá me llevó a retiros espirituales de su iglesia y mis amigas me llevaban también a retiros, pero yo no pude porque yo no creía en Dios y para mí era difícil ese medio, y pues vuelvo a consumir".

Tras la recaída su estado de salud empeora, y de nuevo toma una decisión a favor de su proceso de recuperación: el primer internamiento. A diferencia de aquella ocasión donde decide recuperarse sola por la fuerza de su voluntad, en este momento Elena reconoce que requiere ayuda, está preocupada por su estado de salud y cuenta con el apoyo de personas significativas:

"... tuve una pausa nada más en los retiros, pero volví a consumir, entonces claro, mi físico... me comencé a enfermar, pues bajan las defensas y todo eso, mi anemia, también tuve mucha anemia, yo me enfermé, yo vivía sola en esa etapa, entonces llega precisamente el día en que yo cumpla años, que cumplía 42 años, fue que unos amigos me... (llanto) visitan... yo lloro, o sea me da sentimiento no por el hecho de que me auto comisere ni nada, sino por el hecho de que a mí se me hacía imposible superar todo eso, que para mí era una lucha constante, de que yo sabía que yo estaba haciendo mal pero yo no podía, entonces ahí fue

cuando yo busqué un lugar de internamiento y me interné, fueron tres meses”.

Tras el primer internamiento de tres meses en un centro de rehabilitación, Elena considera que pudo recuperarse tanto física, como emocionalmente. No obstante, al regresar a trabajar vuelve a estar expuesta debido al acceso a las benzodicepinas, y en ausencia de estrategias de intervención para el mantenimiento de los cambios en su contexto social, aparece una nueva recaída al cabo de unas semanas:

“Entonces yo cursé los tres meses ahí, yo salí con mucha fuerza de voluntad. Ese tratamiento me sirvió para salir de la depresión y me sirvió para recuperarme físicamente. Entonces yo salí con mucha fuerza de voluntad, de que ya no voy a volver a consumir, la psicóloga me dijo que ya podía regresar a mi trabajo, aquí el detalle de mi enfermedad, de mi adicción, es que yo tengo acceso fácil a la sustancia, entonces ahí es lo difícil. Entonces me dice la psicóloga que podía regresar a trabajar, cuando llego yo a mi trabajo yo tuve el medicamento, la droga en mis manos, yo empecé a sentir taquicardia, así como antes que yo iba a consumir, entonces solamente aguante tres o cuatro semanas... esa lucha y era horrible, porque uno quiere parar porque ya se da cuenta que uno no funciona con la droga, drogándose ni nada, pero es algo que yo no pude hacer, sencillamente yo no pude hacer, hasta que consumí. Yo me drogaba en la calle, en la camioneta, salía de mi trabajo, iba rápido a comprar la sustancia, choqué... de un trabajo a otro me drogué...”.

Durante la recaída continúa trabajando, sin embargo, empieza a temer que sus pacientes puedan estar en riesgo por su consumo de benzodicepinas. Como se ha visto en fases previas, el estigma hacia las personas que consumen sustancias impide que Elena solicite apoyo en el contexto laboral para rehabilitarse, aunque de nuevo el deterioro de su funcionamiento hace evidente el consumo en el contexto laboral. En esos momentos el apoyo de la familia y la estrategia de recuperación por la vía religiosa se mantienen, pero continúan siendo insuficientes puesto que Elena no define su problema desde una perspectiva espiritual:

“Me vió el sub-director y me preguntó qué tenía, porque se me notaba, y ahí yo dije esto no es para mí, porque yo ya tenía muchos sueños de que me demandaban, de que se me morían los pacientes, de todo eso... yo tenía mucho miedo, entonces digo esto no va por aquí, qué me espera porque esta vez fue peor, en todos los años de adicción no me habían

pasado cosas así. Entonces, todo a partir de ahí puedo decir que se me relacionaba con Dios, pero a mí no me entraba Dios, yo decía es que Dios no existe, mi mamá se fue a vivir conmigo, mi mamá me llevaba a su iglesia, una amiga que también es muy religiosa cristiana, también; pero Dios no me entraba”.

Hasta el momento se ha considerado el proceso de pre-recuperación, como la trayectoria recorrida entre la decisión de dejar el consumo de benzodicepinas, hasta el uso de diversas estrategias, tales como la "fuerza de voluntad", los retiros espirituales y el internamiento en un centro de rehabilitación, las cuales permiten suspender el consumo por un tiempo mínimo ante las recaídas que ocurren al cabo de días o semanas de suspender la estrategia. Al final de esta etapa Elena logra reconocer su vulnerabilidad y el riesgo de dañar a otros, cuenta con una red social de apoyo y acepta la necesidad de un tratamiento especializado. Sin embargo falta un elemento fundamental para su recuperación: la espiritualidad.

El proceso de conversión: “Por aquí es la recuperación, algo de espiritualidad”

En la narrativa de Elena se identifica una epifanía, la cual marca un punto de cambio en su proceso de recuperación, pues empieza a reconocer la importancia de la dimensión espiritual en su vida, al percibir que Dios había hecho un "milagro" con una de sus pacientes:

“... yo me fui a trabajar un día, pasé a una paciente a quirófano muy grave, aparte me regurgitó en quirófano, una complicación ¿verdad?, entonces yo dije esta paciente no se va a salvar, y yo antes de pasarla a terapia, yo hable con ese Dios que yo no creía y le dije a ver si existes pues... pues aquí está la paciente. La llevé a terapia y me fui a mi casa. Al otro día, pregunto por la paciente pensando que ya se había muerto y me dicen “no doctora, continúa en terapia”, cuando yo entro a terapia, yo la veo sentada como que si no le hubiera pasado nada, entonces yo la vi y me encaminé hacia ella, y más sorprendente fue cuando me dijo -Doctora usted solamente fue un instrumento de Dios- fue algo que... yo sentí como que me hubieran echado una cubeta de agua fría, me iba para atrás, yo no supe que decir, fue algo que yo recuerdo y todavía se me pone chinita la piel. Entonces desde ahí yo empecé a ponerle más atención a las cosas de Dios”.

Elena también señala otros momentos que la aproximan a la dimensión espiritual, como el conocer a

personas que habían consumido drogas, pero que se habían recuperado, creían en Dios y “se veían felices”. Cabe señalar que este acercamiento con un poder superior ocurre en circunstancias de adversidad, pues estaba en riesgo su estado de salud y la continuación de su vida profesional:

“...entonces yo digo, por aquí es la recuperación, algo de espiritualidad o por Dios. Entonces en ese tiempo yo estaba dispuesta a hacer todo lo que fuera necesario para mi recuperación, porque aparte de que estaba mi vida de por medio, porque ya estaba en una etapa bien avanzada... eh, mi carrera, tanto tiempo que estudie... en riesgo..., yo digo que yo me derroté ante Dios, porque yo le dije a Dios yo no sé qué hacer, haz lo que tú quieras”.

Un elemento clave es que Elena modifica la definición del tratamiento: el tratamiento especializado tendrá que ir acompañado de un proceso espiritual. Ello implica una transformación del discurso previo en donde se considera a sí misma como un agente individual capaz de recuperarse por “fuerza de voluntad”. Así, ante la presencia de diversas recaídas y estrategias fallidas, ocurre una re-subjetivación donde ella cede su poder individual de recuperarse a un poder superior, lo cual no sólo favorece su recuperación por el componente afectivo ligado a la fe, sino porque este posicionamiento también promueve el seguimiento del tratamiento.

Desde su relato, el encuentro con Dios la conduce hacia la recuperación, pues logra acudir con su jefe inmediato para exponer su problema y solicitar una incapacidad, lo cual antes evitaba debido al estigma. Además, encuentra un centro de rehabilitación público más accesible a sus ingresos, gracias a que “habla con Dios”:

“Y le digo (a Dios) -dime a dónde me voy a ir-, porque yo ya había pasado por un internamiento pero necesitaba otra cosa, entonces curiosamente abro mi computadora y me aparece este centro de rehabilitación. Hablé inmediatamente y aquí estuve internada 60 días, terminé... y en serio que esta institución me ha ayudado bastante porque algo que yo creía imposible... y la psiquiatra me dijo -está difícil porque tú vas a continuar trabajando, y lo primero que le decimos al paciente es que evite (la sustancia)-, entonces yo dije pues ha de ser muy difícil pero pues le intentamos ¿verdad?, y sobre todo que yo ya creía en Dios. No sabía ni cómo, ni nada de Dios, pero aquí me inculcaron un poder superior, como uno lo quiera llamar, en mi caso es Dios”.

Si bien en la fase previa Elena muestra mayores condiciones para recuperarse, la conversión espiritual apuntalará este proceso al reconocer que será requerida una fuerza externa para terminar el consumo y adquirir una estabilidad emocional, estableciendo como meta no sólo el cese del consumo sino la transformación de la experiencia de vivir. Elena resiste el estigma y solicita la incapacidad para poder internarse, lo que a su vez le permite acudir al centro de rehabilitación con una mayor disposición para ser guiada en el proceso terapéutico.

Mantenerse en recuperación: “he cambiado la forma de ver la vida y me ha dado más expectativas, más herramientas para seguir adelante”

El segundo internamiento de Elena tiene una menor duración (60 días), sin embargo, existen dos condiciones que favorecerán el control del consumo de benzodiazepinas: 1) ingresa con una mayor motivación de cambio debido a la cuestión espiritual; 2) el tratamiento busca una rehabilitación integral y favorece el mantenimiento del cambio. En contraste con el anterior internamiento, en esta ocasión no regresa inmediatamente al contexto laboral, donde existe el riesgo del acceso a las benzodiazepinas, sino que una vez fuera del centro de rehabilitación continúa asistiendo a intervenciones grupales durante tres meses y posteriormente, retorna periódicamente al centro de rehabilitación para sesiones de seguimiento. Esta modalidad de tratamiento de “cuidado continuo” facilita el retorno de Elena a su vida cotidiana y le ayuda a afrontar el riesgo de la exposición a las benzodiazepinas en su práctica profesional:

“Entonces pues yo nomás me dejé guiar así como me dijeron, terminé el tratamiento... no regresé de inmediato a trabajar, todavía fueron tres meses más donde yo me apegué a un a un grupo, donde iba a tomar todavía más fortaleza para regresar a trabajar. Tenía mucho miedo porque la vez anterior nomás regresé a trabajar y yo consumí. Entonces regreso a trabajar pero con la sorpresa de que en lugar de ponerme a temblar como la primera vez después del internamiento, esta vez yo... lo primero que se me vino a la mente fue pensar ¿cómo esta cosita me pudo llevar a pasar todo lo que pasé? Entonces fue algo muy bueno eso, y hasta la fecha estoy trabajando, es largo el camino, ya cumplí dos años tratando de recuperarme, y de esos dos años uno es el que me he mantenido limpia (llanto)”.

Elena simboliza la adicción como una enfermedad de carácter crónico, progresivo y capaz de ser mortal. Considera que en su recuperación ha sido fundamental tomar la decisión de abandonar su vida previa, lo cual implica el reconocimiento del propio riesgo a dañar su salud, la amenaza a la actividad profesional, así como el encuentro con un poder superior que la guiará (lo que implica seguir las indicaciones del tratamiento). El programa de auto ayuda (AA) en el que participa, articula la aceptación de un poder superior con una serie de intervenciones clínicas encaminadas hacia la reducción y posterior evitación del consumo en su contexto social, pero además tiene como objetivo la transformación de la vida personal más allá del consumo. En el momento de la entrevista Elena había cumplido un año de abstinencia y 9 meses de haber regresado a su trabajo, lo que le permite sentirse fortalecida y decidida a dejar atrás el consumo:

"... y aquí me han enseñado herramientas, me han enseñado a ver la vida en forma diferente, el programa de AA (grupo de autoayuda) no es sólo para dejar de consumir, es un programa de vida. Entonces eso ha influido bastante, que he cambiado la forma de ver la vida y me ha dado más expectativas, más herramientas para seguir adelante, pero lo principal es dejar la vida que yo viví atrás, lo principal es quererlo dejar, y segundo, ser obediente, dejarse guiar, porque yo aquí desde que llegué yo siento que todas las indicaciones que me han dado las he seguido, porque me he dado cuenta que la gente que no se apega a su tratamiento... entonces para mí ha sido una de las claves eso".

DISCUSIÓN

Las Benzodiazepinas son medicamentos ampliamente prescritos para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio y en este sentido representan una herramienta valiosa. Sin embargo, su uso recreativo va en aumento, y aunque el abuso y la adicción a los medicamentos de prescripción no es un problema nuevo, está en crecimiento y requiere de acciones inmediatas para su comprensión, prevención y tratamiento.

Si bien los médicos y el personal que labora en el ámbito de la salud están en una posición privilegiada para detectar situaciones de abuso de medicamentos de prescripción y prevenir la adicción, también se encuentran en riesgo. El consumo y adicción a las benzodiazepinas en las y los anesthesiólogos suelen

mantenerse ocultos en parte por el estigma, pero también por las implicaciones legales que puede tener para el ejercicio de su profesión; lo que coadyuva a la prolongación en los tiempos para solicitar atención y para recibirla.

El caso que aquí se analiza muestra el proceso de adicción y recuperación de una anesthesióloga, pero ello no significa que sean las mujeres quienes están en mayor riesgo o quienes consumen más. Simplemente se ilustra un proceso que inicia con el consumo de benzodiazepinas por prescripción médica y que evoluciona hacia una adicción relacionada con la escasa vigilancia en relación a la dosis, la frecuencia y el periodo prolongado de consumo, una sobrecarga de trabajo y cambios significativos en el estilo de vida. Por otro lado, el no contar con redes de apoyo y el miedo a perder el trabajo, hace que la adicción se mantenga oculta y persista durante años. Cabe señalar que investigaciones recientes realizadas con animales muestran evidencia sobre la posibilidad de desarrollar fármacos con los beneficios de las benzodiazepinas, pero sin el potencial de adicción (Lalive, Rudolph, Lüscher & Tan, 2011), por lo que investigaciones como esta deben ser apoyadas y difundidas entre el personal de salud.

Vale reiterar que no se trata de transmitir la idea de que la prescripción de benzodiazepinas es mala en sí, sino de señalar la importancia de contar con medidas adecuadas de vigilancia para evitar daños mayores a la salud de quienes por tratamiento médico las consumen. En este sentido, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC, s.f.) sugiere realizar mayor investigación sobre los mecanismos de acción de los diferentes medicamentos con potencial de abuso y tener mejores mecanismos de control para la venta de éstos. Además, es importante sensibilizar y capacitar al personal de salud en la prevención, detección y tratamiento oportuno del abuso y dependencia a medicamentos de prescripción, como las benzodiazepinas. En el caso particular de los médicos que presentan adicción, es necesario considerar el tiempo necesario posterior al tratamiento para regresar al trabajo, minimizando el riesgo de una recaída.

Los hallazgos encontrados en esta investigación son consistentes con la literatura en cuanto a los factores de riesgo en médicos anesthesiólogos: exceso de trabajo, acceso a la sustancia y consumo prolongado de la misma. Por otro lado, el apoyo social, el contar con clínicas de

internamiento especializadas en la comunidad, el revelar la situación a familiares, amigos y superiores (en el trabajo), así como el desarrollo espiritual; son los factores más significativos que facilitaron la recuperación.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas y al Centro de Internamiento y Rehabilitación RENACER, por las facilidades otorgadas para el desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (5ª ed.)*. Madrid: Panamericana.
- Barreiro, G., Benia, W., Francolino, C., Dapuetto, J., Sztern, P. & Ganio, M. (2001). Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay. *Anestesia, analgesia, reanimación*, 17(1), 20-25.
- Busto, U. (2000). Factores de riesgo en el abuso y la dependencia a benzodiazepinas. *Trastornos adictivos*, 2(3), 177-182.
- Calabrese, G. (2006). Fármaco-dependencia en anestesiólogos, un gran problema ocupacional actual. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 34(2), 103-111.
- Calabrese, G. (2010). Abuso a drogas en anestesiólogos. Realidad preocupante. *Revista Mexicana de anestesiología*, 33(suplemento 1), 206-208.
- Collins, G., McAllister, M., Jensen, M. & Gooden, T. (2005). Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. *Anesthesia and Analgesia*, 103(6), 1457-1462. doi: 10.1213/01.ANE.0000180837.78169.04
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (s.f.). *Análisis del consumo de sustancias en México*. México: Autor. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_medicamentos.pdf
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública & Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: Autor. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- Cook, J., Marshall, R., Masci, C., & Coyne, J. (2007). Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 303-307. doi: 10.1007/s11606-006-0021-3
- Cook, J., Biyanova, T., Masci, C., & Coyne, J. (2007). Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1094-1100. doi: 10.1007/s11606-007-0205-5
- Fresán, A., Minaya, O., Cortés-López, J. & Ugalde, O. (2011). Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 34(2), 103-109.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Lalive, A., Rudolph, U., Lüscher, C. & Tan, K. (2011). Is there a way to curb benzodiazepine addiction? *Swiss Medical Weekly*, 141, 1-7. doi: 10.4414/smw.2011.13277
- Liebrez, M., Gehring, M.T., Buadze, A., & Cafilisch, C. (2015). High-dose benzodiazepine dependence: a qualitative study of patients' perception on cessation and withdrawal. *BMC Psychiatry*, 15, 116-128. doi: 10.1186/s12888-015-0493-y
- López, H., Fábrega, M., Batalla, A., Garrido, J., Balcells, M. & Gual, A. (2014). Percepción de riesgo asociada a la prescripción continuada de benzodiazepinas en salud mental y atención primaria. *Adicciones*, 26(2), 184-186.
- López-Maya, L., Lina-Manjarrez, F., Navarro-Henze, S. & Lina, L. (2012). Adicciones en anestesiólogos ¿Por qué se han incrementado? ¿Debemos preocuparnos?. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 35(2), 95-106.
- Medina-Mora, M., Villatoro, J., Fleiz, C., Téllez-Rojo, M., Mendoza, L., Romero, M.,...Guisa, V. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de drogas. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- National Institute on Drug Abuse. (2012). *Los medicamentos de prescripción: abuso y adicción*. Serie de reportes de investigación. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/prescriptiondrugs_rs_sp_1.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *World drug report 2013*. Nueva York: Autor. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo*. Suiza: Autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf
- Paisano, R., Zúñiga, V. & Pérez, L. (1988). Farmacodependencia entre anestesiólogos. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 11(1), 39-45.
- Parr, J., Kavanagh, D., Young, R. & McCafferty, K. (2006). View of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 62, 1237-1249. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.016
- Rosas-Gutiérrez, I., Simón-Arceo, K. & Mercado, F. (2013). Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud Mental*, 36(4), 325-329.
- Ruíz, R., Morillas, P. & Albarrán, M.E. (2008). Adicciones en anestesiología. *Revista de la escuela de medicina legal*. Octubre 2008. Recuperado de

<http://revistas.ucm.es/index.php/REML/article/viewFile/50286/467>
39

Serebrenic, F., Palhares, H., Carvalho, M., Brisola, N. & Malbergier, A. (2012). Anesthetic drug abuse by anesthesiologists. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(3), 375-386.

Tetzlaff, J. (2010). Chemical dependency and anesthesiology. *ASA Refresher Courses in Anesthesiology*, 38(1), 91-96. doi: 10.1097/ASA.0b013e3181fe9600

Wischmeyer, P., Johnson, B., Wilson, J., Dingmann, C., Bachman, H., Roller,... & Henthorn, T. (2007). A survey of propofol abuse in academic anesthesia programs. *Anesthesia & Analgesia*, 105(4), 1066-1071. doi: 10.1213/01.ane.0000270215.86253.30.