



Mid-America (HHS Region 7)

ATTC Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Medicamentos Psicoterapéuticos del 2013

- Nombres de los Medicamentos,
Genéricos y de Fabricantes
- Propósito
- Dosis Usuales y Frecuencia
- Posibles Efectos Secundarios
- Condiciones de Emergencia
- Precauciones
- Medicamentos para el Tratamiento de
Trastornos por Uso de Sustancias

Copyright © 2000 by Mid-America Addiction Technology Transfer Center
University of Missouri-Kansas City
5100 Rockhill Road
Kansas City, Missouri 64110

Esta publicación, *Medicamentos Psicoterapéuticos del 2013*, fue originalmente preparada por Mid-America ATTC bajo un acuerdo colaborativo con el Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (Center for Substance Abuse Treatment, CSAT), el cual es un organismo que pertenece a la Administración para Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA). Todo el material que aparece en esta publicación, excepto aquel tomado de fuentes directas protegidas por derechos de autor, es de dominio público y puede ser reproducido o copiado sin necesidad de permiso de SAMHSA/CSAT o los autores. Se aprecia que se cite la fuente.

Al tiempo de publicación Pamela S. Hyde, J.D., fungía como Administradora de SAMHSA, H. Westley Clark, M.D., J.D., M.P.H., fungía como Director de CSAT y Donna M. Doolin, LCSW, Consejera de Salud Pública, fungía como Oficial de Proyecto de la Red de Centros para Transferencia de Tecnología en Adicción (ATTC Network). También nos gustaría reconocer a los siguientes colaboradores y extenderles nuestro sincero agradecimiento:

Ibis S. Carrión González, Psy. D., Directora, Caribbean Basin and Hispanic Addiction Technology Transfer Center, por la revisión de esta edición en español.

Merritt Engel, MA, Merrigan & Company, Kansas City, MO, por el diseño gráfico.

Las opiniones aquí expresadas representan el punto de vista de los autores y no necesariamente reflejan la posición oficial del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés), SAMHSA o CSAT. Ningún apoyo oficial o autorización de las opiniones descritas en este documento fue premeditado ni debe ser inferido por parte de DHHS, SAMHSA o CSAT.

Editor y traductor de la edición en español del 2013: Ignacio Alejandro Barajas Muñoz, MS, Investigador Asociado, Mid-America Addiction Technology Transfer Center, Universidad de Missouri- Kansas City, Kansas City, MO.

Esta publicación se encuentra disponible para su libre acceso en la página de Internet de Mid-America ATTC en la dirección www.ATTCnetwork.org. También puede acceder la base de datos interactiva de esta publicación en la dirección <http://www.findrxinformation.org>.

Contenido

Acerca de esta publicación	3
Antipsicóticos/Neurolépticos	5
Medicamentos Antiparkinsonianos	10
Medicamentos Antimaníacos	12
Medicamentos Antidepresivos	16
Medicamentos Ansiolíticos	20
Medicamentos Estimulantes	24
Analgésicos Narcóticos y Opioides	26
Hipnóticos	29
Medicamentos para el Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias	32
Consejos para lograr una buena comunicación con los médicos sobre pacientes y medicamentos	42
Referencias	43
Índice	45
Reconocimientos	49
Hablando con los pacientes acerca de sus medicamentos	50
Estrategias breves de consejería para utilizar con consumidores de tabaco.....	52
Estrategias breves de consejería para utilizar con consumidores de tabaco que no desean discontinuar su consumo.....	54

Este producto originalmente fue desarrollado como una pieza complementaria del currículo sobre cambio en el sistema de Mid-America ATTC, titulado: *A Collaborative Response: Addressing the Needs of Consumers with Co-Occurring Substance Use and Mental Health Disorders*. Esta edición incluye adaptaciones hechas para su inclusión en el *Treatment Improvement Protocol (TIP) 42 de CSAT: Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders*. El lenguaje ha sido modificado con la intención de facilitar su lectura para una audiencia más amplia y para mantener la meta de actualizar esta publicación anualmente, varios medicamentos nuevos han sido incluidos.

USO DE ESTA PUBLICACIÓN POR CONSEJEROS/ TERAPEUTAS

Una lista de los medicamentos con los nombres de los fabricantes y los nombres genéricos ha sido incluida para los siguientes tipos de medicamentos:

- Antipsicóticos/Neurolépticos
- Medicamentos Antiparkinsonianos
- Medicamentos Antimaníacos (estabilizadores del estado de ánimo)
- Medicamentos Antidepresivos
- Medicamentos Ansiolíticos
- Medicamentos Estimulantes
- Analgésicos Narcóticos y Opioides
- Hipnóticos (inductores del sueño)
- Medicamentos para el Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias
 - Alcohol
 - Opioides
 - Tabaco
 - Otros

Cada sección incluye los siguientes temas para los diferentes tipos de medicamentos:

Propósito: Describe los usos típicos de los medicamentos, incluyendo los síntomas específicos que tratan y la respuesta positiva que se espera por el tratamiento.

Dosis usuales, frecuencia, y efectos secundarios: Discute cuándo y cómo deben ser administrados los medicamentos, efectos secundarios típicos y métodos para monitorear efectos secundarios.

Posibles efectos secundarios: Indica los efectos secundarios comunes.

Potencial para su abuso o dependencia: Presenta detalles sobre los medicamentos con potencial de abuso y/o dependencia física. Discute las reacciones a los síntomas de retirada al medicamento y el manejo de estas reacciones.

Condiciones de Emergencia: Incluye riesgos asociados con sobredosis, a los síntomas de retirada al medicamento y otras reacciones del medicamento.

Precauciones: Describe riesgos asociados con el uso de otros medicamentos (esto es, medicamentos que se venden sin receta), incremento o discontinuación del uso de medicamentos y consecuencias adversas por el uso de medicamentos y alcohol u otras drogas ilegales simultáneamente.

Consideraciones Especiales para Mujeres Embarazadas: Describe riesgos para mujeres embarazadas a las que se les han prescrito medicamentos psicoterapéuticos. Referencias de investigaciones están incluidas. Se enfatiza el rol especial del consejero en abuso de sustancias en fomentar la comunicación entre la paciente y el médico que le prescribe.

NOTAS IMPORTANTES PARA TODOS LOS TIPOS DE MEDICAMENTOS

Los medicamentos con nombre del fabricante tienen una patente limitada. Cuando esta patente expira, el medicamento puede ser fabricado como genérico. El nombre genérico del medicamento es el nombre real del medicamento y nunca cambia. Un medicamento genérico puede ser producido por varios fabricantes. Además, los fabricantes pueden hacer muchas formas distintas de un mismo medicamento con variaciones muy pequeñas entre ellos. Por ejemplo, pueden variar el color, el tamaño, o la forma del medicamento. Si una persona dice que su medicamento “parece diferente”, y esta persona está experimentando nuevos efectos secundarios, debe comunicarse de inmediato con el médico que le prescribe el medicamento.

Para facilitar la lectura, algunos términos técnicos son definidos en notas al calce, todos los medicamentos se incluyen en el índice con el número de la página para su pronta referencia. Cuando discutimos sobre un medicamento específico en este texto, el nombre del medicamento está en negritas para ayudar al lector a encontrar la referencia.

Esta publicación se encuentra disponible para su libre acceso en la página de Internet de *Mid-America ATTC*, en la dirección www.ATTCnetwork.org.

LIMITACIONES DE ESTA PUBLICACIÓN

Esta publicación ha sido diseñada como una referencia rápida para los proveedores de tratamiento para el abuso de sustancias y condiciones de salud mental. No se pretende que sea utilizada como una referencia completa de los medicamentos psicoterapéuticos. El apartado, “Consejos para lograr una buena comunicación con los médicos,” está hecho para ofrecer sólo eso: consejos para comunicarse. Esta publicación

supone que los proveedores están bien informados sobre las normas del Acta de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), incluyendo aspectos relacionados con la privacidad y confidencialidad, y utilizará estos consejos de comunicación de acuerdo con esas normas. Para mayor información acerca de HIPAA, visite la página de Internet de SAMHSA “*HIPAA: What It Means for Mental Health and Substance Abuse Services*” en: <http://www.hipaa.samhsa.gov/hipaa.html>.

La sección, “Hablando con los pacientes acerca de sus medicamentos,” es una guía resumida para ayudar al proveedor de servicios de salud mental a iniciar una conversación sobre el manejo y la adherencia a los medicamentos con pacientes que presentan trastornos concurrentes de salud mental y uso de sustancias. No se pretende que sea una guía completa para educar al paciente. Para una discusión más completa sobre este tema, vea la cuarta edición del libro de texto de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (American Society of Addiction Medicine, ASAM): *Principles of Addiction Medicine: Fourth Edition* (ASAM, 2009).

Los médicos que desean una discusión más profunda sobre los retos de tratar personas de poblaciones específicas con trastornos de uso de sustancias (por ejemplo, personas sin techo, adultos de edad avanzada, personas con VIH/SIDA o hepatitis, mujeres embarazadas o lactando, etc.), se pueden referir a la cuarta edición del libro de texto de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (American Society of Addiction Medicine, ASAM): *Principles of Addiction Medicine: Fourth Edition* (ASAM, 2009) y a la publicación de CSAT titulada “*TIP 42: Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders*” (CSAT, 2005).

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL)	NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS)	NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)
<i>Antipsicóticos tradicionales</i>		
clorpromacina	chlorpromazine	Thorazine
flufenacina	fluphenazine	Prolixin, Permitil, Anatensol, Prolixin Decanoate
haloperidol	haloperidol	Haldol, Haldol Decanoate
loxapina	loxapine	Loxitane
mesoridiazina	mesoridazine	Serentil
molindona	molindone	Moban
perfenacina	perphenazine	Trilafon, Etrafon
pimozida	pimozide	Orap
tioridazina	thioridazine	Mellaril
tiotixena	thiothixene	Navane
trifluoperacina	trifluoperazine	Stelazine
<i>Antipsicóticos nuevos o atípicos</i>		
aripiprazol	aripiprazole	Abilify, Abilify Discmelt
asenapina	asenapine	Saphris
clozapina	clozapine	Clozaril, Fazaclo
iloperidona	iloperidone	Fanapt
olanzapina	olanzapine	Zyprexa, Zyprexa Zydis
paliperidona	paliperidone	Invega, Invega Sustenna
quetiapina	quetiapine	Seroquel, Seroquel XR
risperidona	risperidone	Risperdal, Risperdal Consta
ziprasidona	ziprasidone	Geodon

PROPÓSITO

Los antipsicóticos (neurolépticos) son los medicamentos más frecuentemente utilizados por personas que presentan síntomas psicóticos como consecuencia de padecer alguna forma de esquizofrenia, depresión severa o trastorno bipolar. Estos pueden ser utilizados para tratar episodios psicóticos breves debido a abuso de drogas. Los síntomas psicóticos incluyen pérdida de contacto con la realidad, “escuchar voces” y falsas percepciones (por ejemplo, pensamientos de ser una persona famosa o pensamientos de que

alguien te quiere hacer daño). Los medicamentos antipsicóticos pueden ser efectivos para disminuir o eliminar los síntomas. En algunos casos, estos medicamentos pueden acortar el curso de la enfermedad o prevenir que vuelva a ocurrir.

La respuesta positiva al tratamiento con medicamentos antipsicóticos permite a muchas personas con trastornos mentales severos e incapacitantes llevar una vida funcional dentro de la comunidad, a menudo relativamente normal. Este resultado positivo al tratamiento puede incluir pensamientos más racionales, disminución

de psicosis¹, paranoia y delirios, conducta más apropiada de acuerdo a lo esperado por la sociedad, y la habilidad de mantener relaciones sociales y trabajo.

Todos los medicamentos atípicos nuevos y tradicionales están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) y por lo tanto, son Tratamientos Basados en Evidencia (EBT, por sus siglas en inglés) para la esquizofrenia. Los medicamentos atípicos más recientes—Risperdal, Saphris, Fanapt, Zyprexa, Seroquel, Geodon y Abilify—están demostrando efectos positivos para una gran variedad de trastornos. Estos medicamentos estabilizan el estado de ánimo, por lo que también son utilizados para tratar el trastorno bipolar. A su vez, están siendo agregados a la lista de medicamentos antidepresivos para el tratamiento de depresiones severas. Algunos han demostrado ser efectivos en dosis bajas para aliviar la ansiedad, pero la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) no ha aprobado este uso. Un número creciente de medicamentos atípicos han sido aprobados por la FDA para el tratamiento de episodios maníacos, y algunos para el tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar.

DOSIS USUALES, FRECUENCIA Y EFECTOS SECUNDARIOS

Todos los medicamentos tienen dosis (cantidades) y frecuencias específicas. El médico le especificará la cantidad exacta del medicamento y cuándo se debe tomar. La etiqueta del envase del medicamento debe tener esta información. Muchos medicamentos deben ser tomados una vez al día y otros a la hora de ir a la cama para tomar ventaja del efecto secundario de somnolencia de algunos de estos. Varios se pueden administrar en forma de píldora y otros en forma líquida. Otros son administrados por medio de inyecciones, una o dos veces al mes, para asegurar que el medicamento es tomado de manera confiable. Es importante tomar los medicamentos puntualmente. También, es importante que las personas hablen con su médico para saber cuáles

son los posibles efectos secundarios y los pasos que deben seguir para monitorear su salud.

Los antipsicóticos nuevos o atípicos son diferentes a los antipsicóticos tradicionales. Estos medicamentos son más potentes con la esquizofrenia resistente al tratamiento, pero también pueden ser utilizados para tratar depresiones severas u otras enfermedades psiquiátricas. Debido a que los antipsicóticos atípicos trabajan de manera diferente que los tradicionales, es menos probable que produzcan efectos secundarios serios, como disquinesia tardía² o síndrome neuroléptico maligno³. Los efectos secundarios más comunes son sedación⁴ o agitación, especialmente al comenzar a tomar el medicamento. Los efectos secundarios más preocupantes son el aumento de peso, y que eleven los niveles de azúcar y lípidos⁵ en la sangre. También existe evidencia de que el uso de antipsicóticos atípicos puede llevar al desarrollo de diabetes mellitus⁶ (Sernyak et al. 2002). Debido a que la diabetes está asociada con la obesidad, no es claro si la diabetes es causada por ciertos antipsicóticos atípicos o por la obesidad. Estos problemas pueden ser médicamente preocupantes y pueden llevar al incumplimiento en la toma del medicamento. Como la efectividad y los efectos secundarios varían a través de los medicamentos y las personas, la clave está en parar el medicamento correcto con la persona correcta.

Clozaril puede, en muy raras ocasiones, causar serias anomalías o irregularidades en las

¹ psicosis: Trastorno mental caracterizado por distorsiones en la capacidad mental de una persona, en habilidad para reconocer la realidad y en la capacidad de relacionarse con otras personas, a tal grado que interfiere con la habilidad de la persona para llevar una vida funcional.

² disquinesia tardía: Trastorno del sistema nervioso central caracterizado por ligeras contracciones en los músculos de la cara y la lengua (tics), y movimientos involuntarios del tronco y las extremidades; estas contracciones y movimientos ocurren, especialmente, como efecto secundario del uso prolongado de medicamentos antipsicóticos.

³ síndrome neuroléptico maligno: Trastorno neurológico que rara vez ocurre, pero cuando sucede pone en peligro la vida del paciente; más frecuentemente causado por una reacción a los medicamentos antipsicóticos/neurolépticos. Típicamente desarrollado dentro de las primeras dos semanas del tratamiento, pero puede ser desarrollado en cualquier momento. El síndrome puede ocurrir también en personas que toman medicamentos antiparkinsonianos si estos se discontinúan abruptamente.

⁴ sedación: Inducción de un estado de relajación por medio del uso de medicamentos sedativos (drogas).

⁵ lípidos: Cualquiera de varias sustancias incluyendo grasas, ceras y fosfatos que con proteínas y carbohidratos forman los principales componentes estructurales de las células vivas.

⁶ diabetes mellitus: Trastorno endocrino en el cual la insulina es inadecuadamente secretada o utilizada por el cuerpo.

células sanguíneas (discrasias sanguíneas⁷). Aproximadamente del uno al dos por ciento de las personas que toman Clozaril desarrollan una condición en la cual sus glóbulos blancos disminuyen drásticamente (agranulocitosis⁸). Como resultado, estas personas presentan un alto riesgo de contraer infecciones debido a un sistema inmune comprometido, y puede ser fatal. Sin embargo, la mayoría de los casos de agranulocitosis pueden ser tratados satisfactoriamente deteniendo el tratamiento de Clozaril. Para mantener la seguridad, el conteo de glóbulos blancos debe ser revisado cada semana durante un periodo de seis meses y posteriormente cada dos semanas. Los resultados deben ser enviados a la farmacia de la persona antes de que recoja su siguiente suministro del medicamento.

Risperidona y olanzapina surgieron después de la clozapina. Los dos son antipsicóticos fuertes y predecibles. La risperidona puede causar movimientos involuntarios, temblores, rigidez muscular e inmovilidad sin parálisis, y en dosis más altas es moderadamente sedativa. Olanzapina es altamente sedante y tiene una mayor tendencia a causar aumento de peso y otros cambios metabólicos.

Risperidona de liberación prolongada, es una inyección del medicamento microencapsulado⁹ que se libera dentro del cuerpo de manera constante. Usualmente se administra una inyección cada dos semanas. Sus efectos secundarios son similares a los de la risperidona.

Quetiapina funciona como antipsicótico sólo en dosis altas, pero es más comúnmente utilizado para tratar trastornos no-psicóticos, como el trastorno bipolar, la depresión y el trastorno de estrés postraumático. En dosis altas y moderadas es muy sedativa y calmante. En algunas prisiones ha habido reportes de “abuso” de quetiapina y

olanzapina, ya que los prisioneros fingen sufrir síntomas psicóticos para obtener sedación intensa.

Ziprasidona y aripiprazol son medicamentos más recientes que sólo tienen efectos sedativos moderados y pocos efectos en el peso, diabetes y los lípidos, pero su respuesta antipsicótica parece ser menos predecible. Ziprasidona ha sido también asociada con una seria condición cardíaca llamada prolongación del intervalo QT¹⁰. Esta condición puede llevar a desarrollar disritmia (latidos irregulares en el ritmo cardíaco), la cual debe ser tratada rápidamente para prevenir complicaciones serias. La probabilidad de esta condición cardíaca es baja, pero debe ser considerada por el médico al comenzar el tratamiento con ziprasidona. Un médico debe monitorear los niveles de sangre en pacientes con mayor riesgo de desarrollar un problema cardíaco. Un médico o farmacéutico debe revisar todos los medicamentos que un paciente esté tomando y considerar sus posibles interacciones.

Paliperidona e iloperidona son otros antipsicóticos, y están relacionados con risperidona. Las tabletas metálicas de paliperidona proveen 24 horas de medicamento a los pacientes. Las inyecciones de acción prolongada de paliperidona están también disponibles para pacientes que están estables con las tabletas de paliperidona. Esta inyección de acción prolongada provee al paciente de un mes completo del medicamento en una sola aplicación y puede ser útil para pacientes que no siempre recuerdan tomar su medicamento. Los pacientes deben ser informados de que la cápsula metálica de paliperidona pasará por su tracto digestivo y será excretada por medio de su función intestinal normal, y no es motivo de alarma. La iloperidona se toma dos veces al día y tiene una acción similar a la paliperidona y la risperidona.

La asenapina es el antipsicótico atípico más reciente disponible en los Estados Unidos. Es una tableta de desintegración oral que los pacientes colocan sobre la lengua hasta que se disuelve.

Los antipsicóticos tradicionales son baratos y los más nuevos son caros. En general, los antipsicóticos más nuevos, cuando son tomados en dosis apropiadas, tienen menos efectos secundarios

⁷ discrasias sanguíneas: Enfermedad de la sangre que usualmente consiste en anomalías celulares (por ejemplo: mal funcionamiento de las plaquetas o menos plaquetas de lo normal; pérdida de ciertas proteínas sanguíneas llamadas “factores de coagulación” y mal funcionamiento o disminución de células blancas y/o rojas).

⁸ agranulocitosis: Condición en la cual hay en la sangre muy pocas células blancas de un tipo específico llamado neutrófilos. Las personas afectadas son susceptibles a contraer infecciones.

⁹ microencapsulado: Introducir material (como medicamento) en una cápsula pequeña, el cual es liberado cuando la cápsula se rompe, se derrite o se disuelve.

¹⁰ prolongación del intervalo QT: alteración en la actividad eléctrica del corazón que puede predisponer a los pacientes a producir un ritmo cardíaco anormal.

y una respuesta al tratamiento más amplia que los antipsicóticos tradicionales.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

Disquinesia Tardía

- Movimientos involuntarios de la lengua o boca
- Movimientos erráticos y sin propósito de las piernas, brazos o de todo el cuerpo
- Más frecuentemente visto en mujeres
- El riesgo incrementa con la edad y con la cantidad de tiempo utilizando el medicamento
- Síntomas de Disquinesia Tardía son usualmente vistos en tratamientos a largo plazo usando antipsicóticos tradicionales; rara vez vistos con medicamentos antipsicóticos atípicos

Síntomas de la diabetes mellitus (asociados con obesidad)

- Sed o hambre excesiva
- Fatiga
- Frecuencia urinaria (Micción frecuente)
- Dolores de cabeza
- Lenta cicatrización de heridas
- Pérdida de peso

Síndrome Neuroléptico Maligno (poco común)

- Aumento y disminución de la presión sanguínea
- Aturdimiento y confusión
- Dificultad para respirar
- Rigidez muscular
- Ritmo cardíaco acelerado
- Sudoración y temblor
- Temperatura sobre lo normal

Otros

- Visión borrosa
- Cambios en el funcionamiento sexual
- Estreñimiento
- Entusiasmo disminuido
- Mareo
- Somnolencia
- Boca seca
- Presión sanguínea disminuida
- Rigidez muscular
- Congestión nasal
- Agitación
- Sensibilidad a la luz brillante
- Ritmo cardíaco disminuido

- Hablar arrastrando las palabras
- Malestar estomacal
- Aumento de peso

Nota: Cualquier efecto secundario que moleste a una persona debe ser reportado y discutido con su médico que le prescribe. Medicamentos anticolinérgicos/antiparkinsonianos como bztropina o trihexifenidilo pueden ser prescritos para controlar las dificultades de movimiento asociadas con el uso de medicamentos antipsicóticos.

CONDICIONES DE EMERGENCIA

Contacte a un médico y/o busque asistencia médica de emergencia si la persona experimenta movimientos musculares involuntarios, espasmos musculares dolorosos, dificultad para orinar, dolor en los ojos, sarpullido, los síntomas de disquinesia tardía o el síndrome neuroléptico maligno. Una sobredosis es siempre considerada una emergencia, si esto sucede busque ayuda de inmediato.

POTENCIAL PARA SU ABUSO O DEPENDENCIA

El potencial de abuso de los antipsicóticos como clase es relativamente bajo. No hay muchos datos sobre el abuso actual de los antipsicóticos tradicionales. Un antipsicótico novedoso que ha tenido reportes de abuso es la quetiapina (Seroquel). Las personas que abusan de la quetiapina usualmente la muelen y esnifan (aspiran o absorben por la nariz) las partículas para automedicarse para la ansiedad y el insomnio¹¹ (Reeves y Brister, 2007). La dependencia física por el uso continuo de esta clase de medicamentos es rara. Han sido reportadas reacciones de retirada (síndrome de abstinencia) como movimientos involuntarios que pueden durar de dos a cuatro semanas después del uso prolongado de antipsicóticos. Se recomienda que se suspenda el medicamento de manera gradual, durante un periodo de cuatro a ocho semanas, para controlar estas reacciones. Medicamentos como la bztropina, difenhidramina y trihexifenidilo pueden ser usados durante este periodo para aminorar la severidad y frecuencia de los movimientos involuntarios.

¹¹ insomnio: Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o baja calidad del sueño.

PRECAUCIONES

- Los médicos y farmacéuticos deben estar informados sobre todos los medicamentos que esté tomando la persona, y sus dosis; inclusive de los medicamentos que se venden sin receta, además de vitaminas, minerales, y suplementos herbales (como, St. John's wort, echinacea, ginkgo, ginseng).
- Las personas bajo tratamiento con medicamentos antipsicóticos no deben incrementar su dosis a menos que hayan consultado a su médico y el cambio haya sido ordenado por él.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA MUJERES EMBARAZADAS

Todas las mujeres en edad de concebir que pudieran o que piensan que pueden quedar embarazadas, deben hablar con su médico sobre la

seguridad de utilizar estos medicamentos antes de empezar, continuar o discontinuar el tratamiento. Los consejeros en abuso de sustancias pueden jugar un papel muy importante en fomentar esta discusión al exhortar a sus pacientes a que hablen con su médico.

Generalmente, el uso de medicamentos antipsicóticos debe ser evitado en el primer trimestre de embarazo, a menos de que la madre represente un peligro para si misma, para otros, o para el futuro bebé, o si la madre muestra signos de psicosis severa (Cohen, 1989). Reducción o discontinuación del medicamento antipsicótico durante 10 días o 2 semanas previas al parto es generalmente recomendable, sin embargo la manera en que esto se lleva a cabo varía de acuerdo a los diferentes medicamentos (Mortola, 1989).

Medicamentos Antiparkinsonianos

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL)	NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS)	NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)
<i>Agentes anticolinérgicos</i>		
amantadina	amantadine	Symmetrel
benztropina	benztropine	Cogentin
difenhidramina	diphenhydramine	Benadryl
trihexifenidilo	trihexyphenidyl	Artane

PROPÓSITO

Los medicamentos antiparkinsonianos (anticolinérgicos) son utilizados para controlar los efectos secundarios asociados con los medicamentos antipsicóticos. Se les llama antiparkinsonianos porque los efectos neurológicos secundarios son similares a los síntomas de la enfermedad de Parkinson (como: temblores, rigidez muscular, pérdida del equilibrio y caminar inestablemente). Los medicamentos antiparkinsonianos descritos en esta sección son sólo aquellos que se usan en el manejo de los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos. Existen otros medicamentos que se usan principalmente para tratar la enfermedad de Parkinson que no serán discutidos en esta sección por que no son comunmente usados para el manejo de los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos. Si desea más información sobre la enfermedad de Parkinson consulte a su doctor o farmacéutico.

DOSIS USUALES Y FRECUENCIA

Todos los medicamentos se recetan o prescriben en dosis (cantidades) y frecuencias específicas. El médico le especificará la cantidad exacta que debe utilizar del medicamento y cuándo lo debe tomar. La etiqueta del envase del medicamento debe tener esta información. Estos medicamentos tienen dosis muy específicas y tomar un exceso de la dosis prescrita del medicamento puede ser dañino para su salud. Debe consultarse al médico para cambiar confiablemente la dosis a utilizar en respuesta a los efectos secundarios que pueda presentar de estos medicamentos antipsicóticos.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

- Estreñimiento
- Mareo
- Boca seca
- Falla cardíaca
- Irritabilidad
- Náusea
- Malestar estomacal
- Fatiga

CONDICIONES DE EMERGENCIA

Se debe informar inmediatamente al médico sobre cualquier sobredosis o cambios en el ritmo cardíaco, o cualquier otro efecto del medicamento que se considere que pone en riesgo la salud.

POTENCIAL PARA SU ABUSO O DEPENDENCIA

A pesar de su utilidad, algunas personas con enfermedades mentales severas pueden abusar de estos medicamentos. La investigación a través de encuestas ha mostrado que muchas personas que abusan de los medicamentos antiparkinsonianos los utilizan para “elevarse, incrementar el placer, disminuir la depresión, incrementar la energía y relajarse” (Buhrich et al. 2000, p. 929). Los resultados de las encuestas también mostraron que el uso indebido de otras drogas se daba también mientras se abusaba de los medicamentos antiparkinsonianos. Consecuentemente, en el contexto de los trastornos concurrentes de salud mental y uso de sustancias, tanto los consumidores como los proveedores de servicios de salud mental y abuso de sustancias, deben estar concientes del potencial de abuso de estos medicamentos y discutirlo abiertamente durante el tratamiento.

PRECAUCIONES

- Los médicos y farmacéuticos deben estar informados sobre todos los medicamentos que esté tomando la persona, y sus dosis; inclusive de los medicamentos que se venden sin receta, además de vitaminas, minerales, y suplementos herbales (como, St. John's wort, echinacea, ginkgo, ginseng, entre otros).
- Las personas bajo tratamiento con medicamentos antiparkinsonianos no deben incrementar su dosis a menos que hayan consultado a su médico y el cambio haya sido ordenado por él.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA MUJERES EMBARAZADAS

El riesgo de defectos de nacimiento asociados con bengtropina, trihexifenidilo, y difenhidramina no es claro, aunque existe evidencia que sugiere que la amantadina puede producir deformaciones en el feto (Mortola 1989). Todas las mujeres en edad de concebir que pudieran, o que piensan que pueden quedar embarazadas, deben hablar con su médico sobre la seguridad de utilizar este medicamento antes de empezar, continuar o discontinuar el tratamiento. Los consejeros en abuso de sustancias pueden jugar un papel muy importante en fomentar esta discusión al exhortar a sus pacientes a que hablen con su médico.

Medicamentos Antimaníacos

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL)	NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS)	NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)
<i>Productos del Litio</i>		
litio	lithium	Eskalith, Eskalith CR, Lithobid
<i>Productos anticonvulsivos</i>		
carbamazepine	carbamazepine	Tegretol, Carbatrol, Tegretol XR
divalproex sódico	divalproex sodium	Depakote, Depakote Sprinkle, Depakote ER
lamotrigina	lamotrigine	Lamictal
ácido valproico	valproic acid	Depakene
<i>Antipsicóticos atípicos (ver Antipsicóticos/Neurolépticos, p. 6 para los efectos secundarios)</i>		
aripiprazol	aripiprazole	Abilify
asenapina	asenapine	Saphris
olanzapina	olanzapine	Zyprexa, Zyprexa Zydís
olanzapina más fluoxetina	olanzapine plus fluoxetine	Symbyax
quetiapina	quetiapine	Seroquel
risperidona	risperidone	Risperdal
ziprasidona	ziprasidone	Geodon
<i>Otros productos anticonvulsivos (no aprobados por la FDA para el tratamiento de la manía)</i>		
gabapentina	gabapentin	Neurontin
levetiracetam	levetiracetam	Keppra, Keppra XR
oxcarbazepina	oxcarbazepine	Trileptal
tiagabina	tiagabine	Gabitril
topiramato	topiramate	Topamax, Topamax Sprinkle

PROPÓSITO

Los medicamentos antimaníacos son utilizados para controlar los cambios de ánimo del Trastorno Bipolar (maníaco-depresivo). El Trastorno Bipolar está caracterizado por cambios cíclicos en el estado de ánimo que puede variar de un estado de ánimo muy elevado (manía) a uno muy bajo (depresión). Las “altas” y “bajas” en el estado de ánimo varían en intensidad, frecuencia, y severidad. Los Trastornos Bipolares Tipo I incluyen episodios de manía extrema. Los Trastornos Bipolares Tipo II no incluyen manía extrema, más bien están caracterizados por depresión más un nivel bajo de manía (hipomanía). Los ciclos bipolares que

ocurren más de tres veces al año son considerados de “ciclo rápido,” y es una condición que se presenta frecuentemente en personas con mayor uso/abuso de sustancias.

La respuesta positiva al tratamiento con medicamentos antimaníacos incluye disminución de la hiperactividad, del habla apresurada y/o de los pensamientos ilógicos. También mejora la habilidad del paciente para dormir, concentrarse, y permite a las personas aumentar su nivel de funcionamiento.

Si el Trastorno Bipolar no es tratado, la manía asociada a éste puede empeorar hasta provocar un estado psicótico y la depresión puede llevar

a presentar pensamientos suicidas. Al nivelar los estados de ánimo con medicamentos antimaniacos algunas de las conductas suicidas y autodestructivas pueden ser reducidas. Además, un tratamiento apropiado con medicamentos antimaniacos puede reducir los arranques o arrebatos emocionales de la persona contra otros o la propiedad.

Todos los productos del litio, carbamazepina, divalproex sódico, y aquellos productos registrados bajo antipsicóticos atípicos cumplen con los criterios de tratamientos basados en evidencia (EBT, por sus siglas en inglés) para el Trastorno Bipolar Tipo I. El Lamictal califica como EBT para el tratamiento del Trastorno Bipolar Tipo II.

DOSIS USUALES, FRECUENCIA Y EFECTOS SECUNDARIOS

Todos los medicamentos se recetan o prescriben en dosis (cantidades) y frecuencias específicas. El médico debe especificar la cantidad exacta del medicamento y cuándo se debe tomar. La etiqueta del envase del medicamento debe tener esta información. La mayoría de los medicamentos de esta clase se toman de 2 a 4 veces al día. Algunas fórmulas de liberación prolongada¹² pueden ser tomadas cada 12 horas. La dosis es determinada por la cantidad de medicamento activo encontrado en la sangre de la persona después de tomar el medicamento, y por su respuesta al medicamento. Se hace una revisión mensual de los niveles del medicamento en la sangre para monitorear que la persona llegue a su dosis óptima.

Productos del litio: Los efectos secundarios más comunes de los productos compuestos por litio son: temblor, acné y aumento de peso. Las personas que toman estos medicamentos pueden requerir una mayor cantidad de líquidos que los que requerían antes de comenzar a utilizar el medicamento. Sin embargo, una cantidad excesiva de líquidos en la dieta de una persona puede reducir o eliminar el litio dentro de su sistema, y una baja cantidad de líquidos puede permitir que el litio se concentre en su sistema. También,

cualquier circunstancia que reduzca el sodio en la sangre (como: bajar la ingesta de sal de mesa, una dieta baja en sal, sudor excesivo durante ejercicio físico intenso, diarrea o vómito) puede resultar en toxicidad del litio¹³. Las personas que toman algún medicamento antimaniaco deben hacerse pruebas de sangre regularmente para revisar la concentración del medicamento en su cuerpo. Especialmente, las personas que utilizan productos con litio, carbamazepina, divalproex sódico y ácido valproico, necesitan mantener sus niveles de sangre bajo observación.

Productos anticonvulsivos:¹⁴ Los efectos secundarios más comunes son sedación y aumento de peso. El levetiracetam es conocido por causar cambios en el estado de ánimo, principalmente depresión e irritación en algunas personas. Esto puede limitar su uso como estabilizador del estado de ánimo.

Para una revisión de los efectos secundarios más comunes de los antipsicóticos atípicos debe referirse a Antipsicóticos/Neurolépticos, p. 6. Probablemente todos los nuevos antipsicóticos atípicos, mencionados en la sección previa, sean pronto aprobados por la Agencia Federal de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la manía.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

- Visión borrosa
- Coma*
- Diarrea*
- Somnolencia
- Fatiga
- Temblor en las manos*
- Incremento en la sed y frecuencia urinaria (micción frecuente)*
- Inflamación del páncreas
- Latidos cardiacos irregulares
- Daño a los riñones*
- Inflamación del hígado, hepatitis
- Náusea o vómito
- Problemas en la sangre, en células blancas y rojas

¹² fórmulas de liberación prolongada: Medicamentos que han sido diseñados para actuar en un tiempo prolongado y no tienen que ser tomados tan frecuentemente; pueden ser referidos como de liberación controlada, liberación extendida o liberación sostenida (CR, ER o XR, y SR, respectivamente, por sus siglas en inglés).

¹³ toxicidad del litio: La calidad, estado, o grado relativo de ser venenoso, en este caso debido a la presencia de una alta concentración de litio en la sangre.

¹⁴ anticonvulsivos: Usualmente se refiere a algún agente que previene o detiene las convulsiones, que son contracciones atípicas de los músculos, que son violentas e involuntarias.

- Sarpullido y cambios en la piel
- Convulsiones
- Tiroides hipo-activa o hiper-activa*
- Debilidad
- Aumento de peso

*Estos efectos secundarios están asociados únicamente con el litio, anticonvulsivos y antipsicóticos atípicos. Se aclara que estos son los efectos secundarios más comunes, ya que los efectos secundarios varían de persona a persona.

CONDICIONES DE EMERGENCIA

La sobredosis de litio es una emergencia que amenaza la vida del paciente. Los signos de intoxicación por litio pueden incluir náusea, vómito, diarrea, somnolencia, lentitud mental, hablar arrastrando las palabras, confusión, mareo, contracciones musculares involuntarias (tics), latidos cardíacos irregulares y visión borrosa. Una sobredosis de cualquier otro medicamento antimaniaco es siempre considerada una emergencia; si esto sucede la persona debe buscar ayuda de inmediato.

POTENCIAL PARA SU ABUSO O DEPENDENCIA

El abuso de los medicamentos antimaniacos se considera poco común. Sin embargo, existen casos reportados en la literatura que muestran el potencial de abuso del litio. El potencial de abuso resulta del hecho de que el litio puede producir embriaguez en dosis altas. Esto puede ser muy peligroso, ya que la intoxicación por litio puede ocurrir con dosis de tratamiento usuales e interacciones con ciertos alimentos, bebidas y otras drogas. Los medicamentos anticonvulsivos también son utilizados en el tratamiento de la manía y su potencial de abuso es bajo; no obstante, la combinación de medicamentos anticonvulsivos con alcohol puede causar embriaguez. La dependencia física no ha sido asociada con el litio o los medicamentos anticonvulsivos. Los pacientes bajo tratamiento con litio pueden experimentar episodios de manía si el tratamiento con litio se detiene abruptamente. Los pacientes bajo tratamiento con medicamentos anticonvulsivos no deben interrumpir/suspender su medicamento sin supervisión médica. La interrupción abrupta del tratamiento con anticonvulsivos puede producir convulsiones. La suspensión gradual

del medicamento (en periodos de dos a cuatro semanas, dependiendo del medicamento) es recomendable para disminuir o prevenir efectos de retirada. Pacientes con convulsiones posteriores a la suspensión abrupta de los anticonvulsivos pueden usar benzodiacepinas, como el diazepam y el lorazepam, para tratar las mismas.

PRECAUCIONES

- Los médicos y farmacéuticos deben estar informados sobre todos los medicamentos que esté tomando la persona y sus dosis, inclusive los que se venden sin receta; además de vitaminas y minerales, así como suplementos herbales (como: St. John's wort, echinacea, ginkgo, ginseng, entre otros).
- Las personas bajo tratamiento con medicamentos antimaniacos no deben incrementar su dosis a menos que haya sido consultado con su médico y el cambio haya sido ordenado por él.
- Las personas bajo tratamiento con medicamentos antimaniacos son particularmente vulnerables a consecuencias médicas adversas si usan al mismo tiempo alcohol y/o drogas ilegales.
- El litio puede causar defectos de nacimiento en los primeros tres meses de embarazo.
- El funcionamiento de la tiroides debe ser observado si una persona toma litio.
- El sudor intenso o el uso de productos que causan frecuencia urinaria (micción) (como: café, té, bebidas altas en cafeína, uso de diuréticos) pueden reducir los niveles de litio en la sangre.
- Los exámenes de sangre para medir los niveles del medicamento deben llevarse a cabo cada uno o dos meses.
- El uso de estos medicamentos disminuye la efectividad de los medicamentos anticonceptivos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA MUJERES EMBARAZADAS

Algunos medicamentos antimaniacos, como el ácido valproico, están asociados con defectos de nacimiento graves si se toman durante el embarazo. Si este tipo de medicamento debe ser utilizado durante el embarazo, la mujer debe ser informada sobre el riesgo sustancial de malformaciones en el feto (Robert et al., 2001). El litio también es un medicamento que puede ser dañino para el feto. Aquellos fetos expuestos al litio antes de la doceava semana de gestación corren alto riesgo de anomalías cardíacas. Para

las mujeres que toman litio, los niveles del medicamento en la sangre deben ser examinados cada dos semanas. Se deben realizar exámenes de ultrasonido para descartar el desarrollo de una tiroides alargada (bocio) en el feto (Mortola, 1989).

Generalmente, el uso de medicamentos antipsicóticos debe ser evitado durante el primer trimestre de embarazo, a menos de que la madre represente peligro para si misma, para otros, o para el futuro bebé, o si la madre muestra signos de psicosis profunda (Cohen, 1989). La reducción o discontinuación del medicamento antipsicótico

durante 10 días o 2 semanas previas al parto es generalmente recomendable. Sin embargo, la manera en que esto se lleva a cabo varía de acuerdo a cada medicamento (Mortola, 1989).

Todas las mujeres en edad de concebir que pudieran, o que piensan que pueden quedar embarazadas, deben hablar con su médico sobre la seguridad de utilizar este medicamento antes de empezar, continuar o discontinuar el tratamiento. Los consejeros en abuso de sustancias pueden jugar un papel muy importante en fomentar esta discusión al exhortar a sus pacientes a que hablen con su médico al respecto.

Medicamentos Antidepresivos

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL)	NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS)	NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)
<i>SSRIs –Inhibidores de la Recaptura de Serotonina</i>		
citalopram	citalopram	Celexa
escitalopram	escitalopram	Lexapro
fluoxetina	fluoxetine	Prozac, Prozac Weekly, Sarafem
fluvoxamina	fluvoxamine	Luvox
paroxetina	paroxetine	Paxil, Paxil CR
sertralina	sertraline	Zoloft
<i>Otros antidepresivos nuevos</i>		
bupropion	bupropion	Wellbutrin, Wellbutrin SR, Wellbutrin XL
desvenlafaxina	desvenlafaxine	Pristiq
duloxetina	duloxetine	Cymbalta
mirtazapina	mirtazapine	Remeron, Remeron SolTab
nefazodona	nefazodone	Serzone
trazodona	trazodone	Desyrel
venlafaxina	venlafaxine	Effexor, Effexor ER
<i>Tricíclicos y tetracíclicos</i>		
amitriptilina	amitriptyline	Elavil
amoxapina	amoxapine	Asendin
clomipramina	clomipramine	Anafranil
desipramina	desipramine	Nopramin
doxepina	doxepin	Sinequan
imipramina	imipramine	Tofranil
maprotilina	maprotiline	Ludiomil
nortriptilina	nortriptyline	Pamelor
protriptilina	protriptyline	Vivactil
<i>Inhibidores de la Monoamino Oxidasa (MAO)</i>		
isocarboxazida	isocarboxazid	Marplan
fenelzina	phenelzine	Nardil
tranilcipromina	tranylcypromine	Parnate

PROPÓSITO

Los antidepresivos son utilizados para tratar depresiones moderadas o graves, pero también pueden ser muy útiles para depresiones leves como la distimia. La mayoría de los antidepresivos deben ser tomados por un periodo de tres a cuatro semanas para comenzar a reducir o aliviar los síntomas de la depresión. Sin embargo, es posible que no se presente un efecto terapéutico completo hasta después de varios meses. Los antidepresivos

también son los medicamentos de primera línea para tratar ciertos trastornos de ansiedad como los trastornos de pánico, fobia social, y obsesivo-compulsivos.

Las respuestas positivas tempranas al tratamiento con antidepresivos incluyen aumento de energía, concentración, y mejoría en los patrones de sueño. Las respuestas positivas tardías incluyen mejoría en el estado de ánimo, en la actitud, y en los autoinformes verbales de “sentirse mejor”.

Se recomienda que el tratamiento de un primer episodio de depresión mayor sea continuado por un periodo de dos años antes de discontinuarlo. La depresión mayor es una enfermedad crónica recurrente para muchas personas, por lo que el uso a largo plazo de los antidepresivos es recomendado frecuentemente (así como uno tomaría por un periodo prolongado medicamentos para controlar la presión alta o la diabetes). El discontinuar la terapia con antidepresivos antes de que la depresión se haya resuelto puede resultar en una descompensación¹⁵ de la persona y posiblemente volverse resistente al medicamento. Una depresión no tratada puede resultar en suicidio, especialmente ante la presencia de trastornos concurrentes de uso de sustancias. Por lo tanto, el tratamiento para la depresión debe ser tomado tan seriamente como cualquier otra enfermedad grave que amenace la vida.

TIPOS DE ANTIDEPRESIVOS

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (SSRIs, por sus siglas en inglés) son los prescritos con mayor frecuencia para tratar la depresión, esto debido a su amplia efectividad y sus bajos efectos secundarios. Se piensa que estos afectan los niveles de serotonina¹⁶ en el cerebro para reducir los síntomas de la depresión. La fórmula de liberación prolongada de fluoxetina (Prozac Weekly) puede ser dosificada una vez por semana. Sarafem es fluoxetina bajo otra etiqueta, utilizado para tratar el Trastorno Disfórico Premenstrual. Los SSRIs incluyen ambos, los medicamentos genéricos menos caros (citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina) y los más caros que se distinguen sólo por las versiones de nombre del fabricante (escitalopram).

Otros antidepresivos nuevos como el venlafaxina trabajan en ambos niveles, en los de serotonina y los de norepinefrina¹⁷. Bupropion es un

antidepresivo diferente a otros antidepresivos. Este tiene un mayor efecto en los niveles de norepinefrina y dopamina¹⁸ que en los niveles de serotonina en el cerebro. Además, el bupropion puede estimular, en vez de sedar, y sus efectos no están asociados con aumento de peso o la disfunción sexual como muchos otros antidepresivos. Sin embargo, el bupropion debe ser evitado por personas con riesgo de padecer convulsiones, o que actualmente padecen un trastorno de convulsiones.

Los inhibidores de MAO y los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (llamados así por su estructura química) son más antiguos y comúnmente menos utilizados debido a sus efectos secundarios. Los inhibidores de MAO son utilizados para tratar “depresiones atípicas,” que producen síntomas como dormir en exceso, ansiedad o ataques de pánico y fobias. También, pueden ser utilizados cuando una persona no responde al tratamiento con otros antidepresivos. A pesar de sus efectos secundarios comunes, los antidepresivos tricíclicos más antiguos pueden ser preferidos por ser más baratos. Los inhibidores de MAO no deben ser suspendidos sin la supervisión de un médico. Los inhibidores de MAO tienen muchas interacciones con alimentos y otras drogas que pueden durar hasta 14 días después de discontinuar su uso.

DOSIS USUALES, FRECUENCIA Y EFECTOS SECUNDARIOS

Todos los medicamentos se recetan en dosis (cantidades) y frecuencias específicas. El médico especificará la cantidad exacta del medicamento y cuándo se debe tomar. La etiqueta del envase del medicamento debe tener esta información. Muchos factores son considerados antes de que un antidepresivo sea prescrito: el tipo de medicamento, la química individual de la persona, peso corporal y edad. Generalmente se comienza con una dosis baja y se va incrementando poco a poco hasta alcanzar el efecto óptimo sin efectos secundarios problemáticos.

El uso de los SSRIs puede producir una ligera sedación o leve agitación. El efecto secundario más problemático de los SSRIs es el descenso en la función sexual, tema que puede ser muy difícil de discutir para muchas personas. Los

¹⁵ descompensación: Pérdida de la habilidad del cuerpo para corregir una deficiencia por medio del incremento en el desarrollo o el funcionamiento de otro órgano o parte no afectada del mismo órgano; pérdida de la habilidad psicológica de contrabalancear sentimientos de inferioridad, frustración o fracaso en una área, por medio del éxito o logro en otra área.

¹⁶ serotonina: Un tipo de neurotransmisor en el cerebro.

¹⁷ norepinefrina: Hormona secretada por la glándula adrenal, que (junto con la epinefrina) causa los cambios en el cuerpo conocidos como la reacción de “lucha o fuga” (“fight or flight” reaction, en inglés). También es un tipo de neurotransmisor cerebral.

¹⁸ dopamina: Un tipo de neurotransmisor cerebral.

efectos secundarios comunes del bupropion y la venlafaxina incluyen insomnio (falta de sueño) y agitación. Para los antiguos tricíclicos, los efectos secundarios incluyen sentir la boca seca y sedación.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

ISRSs (SSRIs, por sus siglas en inglés)

- Ansiedad, agitación o nerviosismo
- Confusión
- Descenso en el deseo sexual
- Diarrea o heces acuosas
- Mareo
- Boca seca
- Dolor de cabeza
- Cambios en el ritmo cardíaco
- Incremento en la sudoración
- Insomnio o somnolencia
- Falta o incremento del apetito
- Temblor
- Molestias estomacales
- Trastornos del gusto (bupropion)
- Pérdida o aumento de peso

Tricíclicos y tetracíclicos

- Reacciones alérgicas
- Problemas en las células de la sangre (células blancas y rojas)
- Visión borrosa
- Descenso en el deseo sexual
- Cambios en el ritmo cardíaco
- Estreñimiento
- Dificultad para orinar
- Mareo al cambiar de posición
- Boca seca
- Fatiga
- Bloqueo cardíaco¹⁹
- Incremento en la sudoración
- Falla renal (amoxapina)
- Contracciones musculares (tics)
- Síndrome Neuroléptico Maligno (amoxapina)
- Convulsiones (bupropion)
- Infarto

¹⁹ bloqueo cardíaco: Condición en la que el corazón late de manera irregular, o mucho más lento de lo normal. A veces, podría incluso detenerse por hasta 20 segundos; es causado por un retraso o disrupción de las señales eléctricas que usualmente controlan el latido cardíaco.

- Debilidad
- Aumento de peso

Inhibidores de MAO

- Problemas en las células de la sangre (blancas y rojas)
- Mareo al cambiar de posición
- Retención de líquidos (inflamación de tobillos, pies, piernas o manos)
- Dolor de cabeza
- Crisis de alta presión en la sangre²⁰
- Insomnio
- Falta de apetito
- Latidos cardíacos acelerados

CONDICIONES DE EMERGENCIA

Una sobredosis de cualquiera de los inhibidores de MAO, tricíclicos, tetracíclicos, u otros antidepresivos, es grave y potencialmente peligrosa para la vida del paciente, por lo que debe ser reportada a un médico inmediatamente. Los síntomas de una sobredosis de tricíclicos o tetracíclicos pueden incluir latidos cardíacos acelerados, pupilas dilatadas, cara enrojecida (ruborizada), agitación, pérdida de la conciencia, convulsiones, ritmo cardíaco irregular, paro respiratorio y/o cardíaco, y fallecimiento.

El potencial de un resultado fatal de una sobredosis con los SSRIs es mucho menor. Sin embargo, la posibilidad de que esa persona haya intentado suicidarse debe ser tratada como una situación de emergencia que necesita intervención inmediata.

POTENCIAL PARA SU ABUSO O DEPENDENCIA

Una revisión desarrollada por Lichtigfeld y Gilman (1998) determinó que los medicamentos antidepresivos no son drogas de abuso o agentes que causen dependencia física. Sin embargo, los síntomas de retirada han sido reportados con el uso de antidepresivos tradicionales (tricíclicos y tetracíclicos) y con los nuevos (los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina). Los síntomas de retirada de todos los antidepresivos incluyen: insomnio, ansiedad,

²⁰ crisis de alta presión en la sangre: Incremento severo en la presión sanguínea que puede llevar a un infarto. Hay dos tipos –emergencia y urgencia- ambas requieren atención médica inmediata.

mareo, malestar estomacal y dolor de cabeza. Los antidepresivos inhibidores de MAO pueden causar además espasmos musculares, agresión, alucinaciones y delirios. Se recomienda que la discontinuación de la terapia antidepresiva sea de manera gradual y bajo supervisión médica. Aunque no existe un protocolo fijo para la discontinuación gradual de los antidepresivos, los agentes tricíclicos e inhibidores de MAO deben ser discontinuados gradualmente dentro de un periodo de uno a tres meses. La benzotropina ha sido usada con éxito en el manejo de los síntomas de retirada de los antidepresivos tricíclicos (Warner, Bobo, Warner, Reid & Rachal, 2006).

PRECAUCIONES

- Los médicos y farmacéuticos deben estar informados sobre todos los medicamentos que la persona esté tomando y sus dosis, inclusive los que se venden sin receta; además de vitaminas y minerales, así como suplementos herbales (como: St. John's wort, echinacea, ginkgo, ginseng, entre otros).
- Las personas bajo tratamiento con medicamentos antidepresivos no deben incrementar su dosis a menos que haya sido consultado con su médico y el cambio haya sido ordenado por él.
- Dejar de tomar los SSRI y otros antidepresivos puede causar síntomas similares a los de la gripe. La discontinuación de la terapia antidepresiva debe realizarse de manera gradual y bajo supervisión médica.
- Las personas bajo tratamiento con inhibidores de MAO deben evitar alimentos con niveles altos de triptofano o tiramina (como: queso añejo, vino, cerveza, hígado de pollo, chocolate, plátano, salsa de soya, ablandadores de carne, salami, bologna, y pescado en escabeche). También, deben evitarse niveles de cafeína altos. Si se ingieren estos alimentos pueden reaccionar con los inhibidores de MAO y elevar la presión sanguínea a niveles peligrosos.
- Muchos medicamentos interactúan con los inhibidores de MAO, y principalmente por esa razón es que rara vez son utilizados. Otros medicamentos no deben ser tomados al mismo tiempo que los inhibidores de MAO, a menos que el médico que está tratando a la persona lo apruebe. Incluso, un simple medicamento del

mostrador para tratar el resfriado puede causar efectos secundarios que ponen en peligro la vida del paciente.

- Las personas que toman inhibidores de MAO deben consultar con un médico o farmacéutico antes de comenzar a tomar cualquier otro medicamento nuevo.
- Las personas bajo tratamiento con medicamentos antidepresivos son particularmente vulnerables a consecuencias médicas adversas si usan al mismo tiempo alcohol y/o drogas ilegales.
- Si se presenta poco o ningún cambio en los síntomas después de tres a cuatro semanas del tratamiento, se debe hablar con el médico acerca de incrementar la dosis o cambiar de medicamento.
- El tratamiento con antidepresivos usualmente dura un mínimo de nueve a doce meses. Muchos pacientes se encuentran bajo terapia antidepresiva a largo plazo para evitar la frecuencia o severidad de los episodios depresivos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA MUJERES EMBARAZADAS

El uso de los SSRI es más seguro para la madre y el feto que usar antidepresivos tricíclicos. La fluoxetina es el SSRI más estudiado en el embarazo y no se ha notado ningún incremento en la incidencia de defectos de nacimiento, ni anomalías del desarrollo del sistema nervioso observados en niños de edad pre-escolar (Garbis & McElhatton, 2001). Sin embargo, posibles signos de retirada (abstinencia) han sido observados en los recién nacidos. La fluoxetina es el SSRI recomendado durante el embarazo (Garbis & McElhatton, 2001). El uso de inhibidores de MAO durante el embarazo no se recomienda, por lo que su uso debe ser discontinuado de inmediato si una mujer descubre que está embarazada (Mortola, 1989).

El médico debe discutir con la paciente sobre la seguridad de utilizar medicamentos antidepresivos antes de empezar, continuar, o discontinuar el tratamiento con todas las mujeres en edad de concebir que pudieran, o que piensen que pueden quedar embarazadas. Los consejeros en abuso de sustancias pueden jugar un papel muy importante en fomentar esta discusión al exhortar a sus pacientes a que hablen con su médico al respecto.

Medicamentos Ansiolíticos

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL) NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS) NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)

Ver también Antidepresivos SSRI (p. 16)

Benzodiazepinas

alprazolam	alprazolam	Xanax, Xanax XR, Niravam
clordiazepoxida	chlordiazepoxide	Librium
clonazepam	clonazepam	Klonopin, Klonopin Waffers
cloracepato	clorazepate	Tranxene
diazepam	diazepam	Valium
lorazepam	lorazepam	Ativan
oxazepam	oxazepam	Serax

Beta-bloqueadores

propranolol	propranolol	Inderal
-------------	-------------	---------

Otros

buspirona	buspirone	BuSpar
gabapentina	gabapentin	Neurontin
hidroxizina	hydroxyzine	Atarax, Vistaril
olanzapina	olanzapine	Zyprexa
pregabalina	pregabalin	Lyrica
quetiapina	quetiapine	Seroquel
risperidona	risperidone	Risperdal
tiagabina	tiagabine	Gabitril

PROPÓSITO

Los medicamentos ansiolíticos son utilizados para ayudar a calmar y relajar a la persona con ansiedad, así como para eliminar síntomas asociados con el Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés), pánico, fobias, y el Trastorno Obsesivo-compulsivo (OCD, por sus siglas en inglés). Los medicamentos ansiolíticos más comunes son los antidepresivos y las benzodiazepinas. La respuesta positiva al tratamiento con ansiolíticos varía de acuerdo a la clase de medicamento.

Los antidepresivos SSRI se han convertido en los medicamentos de primera línea para el tratamiento del pánico, fobia social, Trastorno Obsesivo-compulsivo (en dosis mayores) y, más recientemente, para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. La respuesta positiva al tratamiento con medicamentos antidepresivos incluye una reducción gradual de la ansiedad y el pánico

y de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (OCD, por sus siglas en inglés) por semanas o meses.

Las benzodiazepinas tienen un efecto depresivo en el sistema nervioso central. La respuesta positiva al tratamiento con benzodiazepinas ocurre de manera rápida, en cuestión de días. Sin embargo, especialmente entre personas con trastornos concurrentes de salud mental y uso de sustancias, la respuesta puede ser de una duración muy corta y se puede desarrollar tolerancia al medicamento, llevando a la necesidad de incrementar la dosis. Además, las benzodiazepinas presentan tolerancia cruzada²¹ con el alcohol y tienen demanda en el

²¹ tolerancia cruzada: se refiere a una droga que produce un efecto similar al de la sustancia de abuso pero que no produce el estado de "elevación" (high) de ésta. Los síntomas de retirada pueden ser minimizados a través del uso de sustancias de tolerancia cruzada (esto es, los síntomas de retirada del alcohol pueden ser minimizados por medio del

mercado de las drogas ilegales. Por estas razones, la mayoría de los médicos que trabajan en el campo de adicciones sólo las utilizan por un periodo corto como medicamentos para el proceso de retirada del alcohol, o sedativos en episodios psicóticos o maníacos agudos²². Si se utilizan en instituciones de atención a pacientes ambulatorios es necesaria una revisión cuidadosa para detectar tolerancia o abuso.

Los Beta-bloqueadores actúan en el sistema nervioso central para reducir la respuesta de “lucha o fuga/huida”²³. El propranolol, ocasionalmente prescrito para la ansiedad de ejecución, no es adictivo.

Niravam (alprazolam) y **Klonopin Waffers** (clonazepam) usan una tableta que se disuelve en la boca para lograr una activación más rápida del ingrediente activo. Por medio de su disolución bajo la lengua, el medicamento trabaja mucho más rápido (comienza a hacer efecto dentro de 15 minutos) que las tabletas convencionales, las cuales pueden tomar hasta 30 minutos o más para comenzar a hacer efecto.

La buspirona actúa a través del sistema de serotonina para inducir la calma. Usualmente toma de tres a cuatro semanas para que la buspirona alcance los niveles adecuados en el cerebro para combatir exitosamente la ansiedad. La hidroxizina es un antihistamínico que se usa por el efecto secundario de la somnolencia del grupo de antihistamínicos para calmar y relajar. La hidroxizina actúa en menos de una hora de haber sido tomada. La buspirona y la hidroxizina no son adictivos.

La risperidona, quetiapina, olanzapina, y otros antipsicóticos atípicos pueden ser utilizados en dosis bajas como medicamentos ansiolíticos no adictivos. Estos son usualmente utilizados cuando muchos otros medicamentos han fallado (sin embargo, el uso de antipsicóticos atípicos es caro y aún no han sido aprobados por la FDA para el tratamiento de los trastornos de ansiedad). Su

uso de sedantes de tolerancia cruzada, como las benzodiazepinas).

²² agudos: Caracterizados por su severidad (un dolor agudo), tienen un comienzo súbito y una duración corta (enfermedad aguda). Condición crítica o urgente.

²³ respuesta de “lucha o fuga/huida”: es una respuesta natural al estrés que produce cambios en el cuerpo conocidos como la reacción de “lucha o fuga” (“fight or flight” reaction, en inglés).

formulación especial actúa reduciendo la ansiedad y ayuda a la persona a pensar más claramente, aunque el mecanismo de cómo se logra esto no es claro.

El gabapentil, la tiagabina y la pregabalina pueden ser utilizados para tratar la ansiedad, especialmente en aquellas personas con trastornos de uso de sustancias y para quienes los antidepresivos han sido efectivos. Estos medicamentos son moderadamente sedantes y no causan dependencia o síntomas de retirada. Al parecer estos medicamentos incrementan el efecto del agente relajante producido naturalmente por del cuerpo, ácido gama aminobutírico (GABA). Sin embargo, ninguno de estos medicamentos ha sido aprobado por la FDA para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

DOSIS USUALES, FRECUENCIA Y EFECTOS SECUNDARIOS

Todos los medicamentos se prescriben en dosis (cantidades) y frecuencias específicas. El médico especificará la cantidad exacta del medicamento y cuándo se debe tomar. La etiqueta del envase del medicamento debe tener esta información. Usualmente se comienza con dosis bajas, y se incrementan gradualmente hasta que los síntomas disminuyen o desaparecen. Los principales factores considerados para establecer la dosis correcta son: la química individual de la persona, peso corporal y la habilidad para tolerar el medicamento.

Las personas que toman benzodiazepinas por más de cuatro a ocho semanas pueden desarrollar tolerancia física al medicamento. El potencial de abuso de las benzodiazepinas es bajo en aquellas personas sin historia de trastornos por uso de sustancias, pero es moderado o alto en personas con historia de trastornos por uso de sustancias. Los síntomas de retirada pueden ocurrir si el uso regular de benzodiazepinas es suspendido abruptamente. La interrupción del abuso de dosis altas de benzodiazepinas puede provocar una situación de amenaza a la vida del paciente. Por estas razones las benzodiazepinas son usualmente prescritas por periodos cortos (días o semanas), y a veces intermitentemente para situaciones estresantes o ataques de ansiedad. El uso continuo de benzodiazepinas no es recomendable para la mayoría de las personas, especialmente aquellas con historial de abuso de sustancias o dependencia.

Los beta-bloqueadores actúan en el sistema nervioso simpático y no son considerados adictivos. También, son utilizados para tratar la presión alta en la sangre por lo que sus efectos secundarios pueden ser baja presión sanguínea o mareo. Los beta-bloqueadores pueden incrementar el efecto de otros medicamentos psicotrópicos y no son caros. El Inderal se toma según sea necesario para la ansiedad de ejecución. Este es tomado con regularidad (de acuerdo a lo prescrito) para el tratamiento de la presión sanguínea alta u otras condiciones del corazón.

La buspirona es frecuentemente utilizada para controlar la ansiedad moderada y es considerada segura para la terapia a largo plazo, pero es un medicamento caro.

La hidroxizina es un medicamento seguro para reducir la ansiedad y no es adictivo. Esta no es cara y puede ser utilizada para la terapia a largo plazo. Sus efectos secundarios más comunes son boca seca y sedación; los hombres de edad avanzada pueden desarrollar retención urinaria, y ésta es una condición seria.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

- Irregularidades en las células sanguíneas
- Estreñimiento
- Depresión
- Mareo
- Boca seca
- Fatiga
- Colapso del corazón (debilitamiento de los músculos del corazón)
- Pérdida de la coordinación
- Daño en la memoria (propanolol)
- Confusión y lentitud mental
- Latidos cardiacos lentos (diazepam)
- Malestar estomacal
- Respiración sofocada (restringida o inhibida)
- Aumento de peso

POTENCIAL PARA SU ABUSO O DEPENDENCIA

Entre el 11 y el 15 por ciento de las personas en los Estados Unidos de América toman alguna forma de medicamento ansiolítico, incluyendo benzodiazepinas, al menos una vez al año. Si los antidepresivos son incluidos, esta cifra se duplica. Las benzodiazepinas pueden causar al menos dependencia física moderada en casi todas las personas que usan este medicamento por más de seis meses (si la medicina se deja de

ingerir abruptamente la persona experimentará ansiedad, aumento de la presión sanguínea, latidos cardiacos acelerados e insomnio). Sin embargo, volverse físicamente dependiente a las benzodiazepinas no significa necesariamente que la persona se volverá psicológicamente dependiente o desarrollará adicción al medicamento. La mayoría de las personas pueden dejar de tomar el medicamento gradualmente (cuando es indicado) y no desarrollar dependencia psicológica.

En general, el abuso y dependencia ocurre menos frecuentemente con ansiolíticos de acción prolongada (por ejemplo, clonazepam, oxazepam, y cloracepato). El abuso y la dependencia, de ocurrir, es más probable con ansiolíticos más potentes y de acción rápida (como alprazolam y lorazepam).

Factores de Riesgo Relacionados con el Desarrollo de Dependencia a Medicamentos Ansiolíticos:

Menos del uno por ciento de las personas que actualmente no presentan problemas de abuso de sustancias, o sin historial de abuso de sustancias, se vuelven dependientes de los medicamentos ansiolíticos. Estas personas tienen poco, o ningún riesgo, y presentan una mayor probabilidad de saltarse dosis, tomar dosis más pequeñas que las prescritas, o reducir su dosis con el tiempo.

Las personas con historial previo de abuso o dependencia de sustancias, y que se encuentran en recuperación, presentan un riesgo moderado de volverse dependientes a los medicamentos ansiolíticos. Aquellas con historial de abuso de medicamentos ansiolíticos o que usan opioides, presentan mayor riesgo de desarrollar dependencia a los medicamentos ansiolíticos. Algunos estudios indican que las personas dependientes del alcohol tienen un riesgo mayor de desarrollar dependencia a los medicamentos ansiolíticos.

CONDICIONES DE EMERGENCIA

Una dosis alta de Valium puede causar lentitud en el ritmo cardiaco, paro respiratorio y paro cardiaco. Una sobredosis de los antidepresivos tricíclicos con más tiempo en el mercado, que son frecuentemente utilizados para trastornos combinados de ansiedad y depresión, puede poner en peligro la vida del paciente, por lo cual éste debe ser enviado inmediatamente a una sala de emergencias.

La terminación del uso de cualquiera de la benzodiazepinas o medicamentos similares debe ser gradual, en un periodo de meses. El retiro de

manera abrupta de estos medicamentos puede causar alucinaciones, delirios, desorientación, dificultad al respirar, hiperactividad y convulsiones del gran mal²⁴. Un protocolo para disminuir o reducir gradualmente las dosis es necesario.

PRECAUCIONES

- Los médicos y farmacéuticos deben estar informados sobre todos los medicamentos que esté tomando la persona y sus dosis, inclusive los que se venden sin receta, además de vitaminas y minerales, así como suplementos herbales (como, St. John's wort, echinacea, ginkgo, ginseng, entre otros).
- Las personas que toman medicamentos ansiolíticos no deben incrementar su dosis a menos que haya sido consultado con su médico y el cambio haya sido ordenado por él.
- Las personas no deben dejar de tomar estos medicamentos sin discutirlo primero con un médico.
- Las personas que toman medicamentos ansiolíticos son particularmente vulnerables a consecuencias médicas adversas si usan al mismo tiempo alcohol y/o drogas ilegales.
- El uso de alcohol en combinación con benzodiazepinas puede resultar en falla respiratoria y muerte súbita.
- El propranolol es ocasionalmente prescrito para tratar la ansiedad de ejecución²⁵, y su uso continuo reduce el ritmo cardíaco y puede causar fatiga (sentimiento de cansancio). Ciertos medicamentos y condiciones médicas pueden ser negativamente afectadas por el propranolol. El paciente debe mantener al médico y farmacéutico informados sobre todos los medicamentos que utiliza y las condiciones médicas que padece.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA MUJERES EMBARAZADAS

El conocimiento actual sugiere que la terapia con benzodiazepinas en general, no representa tanto riesgo de producir deformidad en el feto, en comparación con los anticonvulsivos (por

ejemplo, el ácido valproico), siempre y cuando sean administrados durante un periodo corto de tiempo. Tal parece que las benzodiazepinas de acción corta, como las utilizadas para tratar la retirada de alcohol (desintoxicación²⁶), pueden ser utilizadas en dosis bajas, aún durante el primer trimestre de embarazo (Robert et al., 2001). Las benzodiazepinas de acción prolongada deben ser evitadas, pues su uso durante el primer trimestre o cerca del parto puede producir un síndrome de abstinencia en el bebé (Garbis y McElhatton, 2001). Para el uso de SSRIs durante el embarazo vea la página 19.

Durante el embarazo, la capacidad de muchas drogas para unirse a proteínas²⁷ disminuye, incluyendo diazepam (una benzodiazepina) y metadona (Adams y Wachter, 1968; Dean et al., 1980; Ganrot, 1972), con la mayor disminución durante el tercer trimestre (Perucca y Crema, 1982). Desde un punto de vista clínico, las mujeres embarazadas podrían estar en riesgo de desarrollar mayor toxicidad²⁸ y efectos secundarios con estos medicamentos. Sin embargo, al mismo tiempo el aumento en la metabolización del medicamento puede reducir el efecto terapéutico (como con la metadona, debido a que muchas mujeres parecen requerir un incremento en la dosis de metadona durante el último trimestre de embarazo) (Pond et al., 1985). Además, existe evidencia de síndrome de abstinencia en recién nacidos expuestos a benzodiazepinas en el útero (Sutton y Hinderliter, 1990). El comienzo de este síndrome podría ser más tardío que aquellos asociados con otras drogas.

Todas las mujeres en edad de concebir que pudieran, o que piensen que pueden quedar embarazadas, deben hablar con su médico sobre la seguridad de utilizar medicamentos ansiolíticos antes de comenzar, continuar o discontinuar el tratamiento. Los consejeros en abuso de sustancias pueden jugar un papel muy importante en fomentar esta discusión al exhortar a sus pacientes a que hablen con su médico al respecto.

²⁴ convulsiones del gran mal: involucra pérdida de conciencia, convulsiones del cuerpo, morderse la lengua y orinar con frecuencia; a la convulsión le sigue un estado de confusión.

²⁵ ansiedad de ejecución: ansiedad que puede experimentar una persona en una situación donde importa mucho el rendimiento o la correcta ejecución de una tarea, o existe una gran presión por hacer las cosas bien. Por ejemplo, una persona puede experimentar ansiedad de ejecución cuando va a salir al escenario en una obra de teatro, cantar un solo en un escenario, etcétera.

²⁶ desintoxicación: Procedimiento médico y psicosocial para asistir a una persona que tiene una dependencia a una o más sustancias a retirarse de esa dependencia.

²⁷ unirse a proteínas: La afinidad de una droga para acoplarse (unirse) a las proteínas del plasma sanguíneo. La magnitud con la que una droga se une a las proteínas del plasma puede afectar la distribución de la droga en el cuerpo. En la mayoría de los casos, la unión con las proteínas del plasma es reversible.

²⁸ toxicidad: Naturaleza venenosa; cualidad de ser venenoso.

Medicamentos Estimulantes

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL)	NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS)	NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)
amordafinil	amordafinil	Nuvigil
d-anfetamina	d-amphetamine	Dexedrine, Dextrostat
dexmetilfenidato	dexmethylphenidate	Focalin
l y d-anfetamina	l & d-amphetamine	Adderall, Adderall XR
metanfetamina	methamphetamine	Desoxyn
metilfenidato	methylphenidate	Ritalin, Ritalin SR, Ritalin LA, Concerta, Metadate ER, Metadate CD, Methylin ER, Daytrana
modafinil	modafinil	Provigil
<i>No-estimulantes para TDAH (AD/HD)</i>		
atomoxetina	atomoxetine	Strattera
bupropion	bupropion	Wellbutrin
guanfacina	guanfacine	Tenex, Intuniv

PROPÓSITO

Los medicamentos estimulantes son utilizados para tratar el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés), que es típicamente diagnosticado en la infancia, pero también ocurre en adultos. Los síntomas consistentes con ADHD incluyen dificultad para focalizar y mantener la atención, actividad excesiva (hiperactividad), impulsividad, y desarrollo emocional por debajo del nivel esperado para la edad de la persona. La manifestación subyacente de ADHD es que impacta e interfiere gravemente en el funcionamiento de la persona en su vida diaria. Otras condiciones que pueden ser tratadas con estimulantes son la narcolepsia²⁹, la obesidad, y a veces la depresión.

Las respuestas positivas al tratamiento con estimulantes incluyen incremento de la capacidad para enfocar y mantener la atención, disminución de la hiperactividad y mejor auto-control de la conducta impulsiva. Las personas con ADHD generalmente reportan que se sienten “normales” cuando toman los medicamentos estimulantes.

Los medicamentos no estimulantes para el ADHD son un tanto diferentes. La atomoxetina bloquea

la recapturación de la norepinefrina, lo que ayuda a reducir los síntomas de ADHD. Guanfacina y bupropion son medicamentos no estimulantes que han sido utilizados exitosamente para tratar los síntomas de ADHD. La ventaja de estos medicamentos consiste en que no son adictivos y no causan “elevación” (high), aún en dosis más altas. La atomoxetina está aprobada por la FDA. A pesar de que estudios han demostrado que el bupropion es efectivo, éste no ha sido aprobado por la FDA.

DOSIS USUALES, FRECUENCIA Y EFECTOS SECUNDARIOS

Todos los medicamentos se recetan en dosis (cantidades) y frecuencias específicas. El médico le especificará la dosis exacta del medicamento y cuándo se debe tomar. La etiqueta del envase del medicamento debe tener esta información. Al utilizar medicamentos estimulantes se debe saber que pueden ocurrir periodos en los que el medicamento no debe ser tomado, si tiene dudas al respecto se recomienda que se discuta en detalle con el médico. Los efectos secundarios más comunes de los medicamentos estimulantes incluyen sentirse nervioso, insomnio y pérdida del apetito. Algunos de estos medicamentos son caros, aunque existen versiones genéricas que suelen ser más baratas.

²⁹ narcolepsia: Condición caracterizada por breves ataques de sueño profundo.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

Estimulantes

- Trastornos de la sangre (metilfenidato)
- Cambios en el ritmo cardíaco
- Retraso del crecimiento
- Pupilas dilatadas
- Presión sanguínea elevada
- Euforia
- Excitabilidad
- Pulso acelerado
- Insomnio
- Irritabilidad
- Pérdida de apetito
- Sarpullido
- Convulsiones (metilfenidato)
- Temblores

No-estimulantes para ADHD

Los efectos secundarios de la atomoxetina incluyen:

- Alta presión sanguínea
- Nerviosismo, y efectos secundarios similares a los de algunos antidepresivos

Los efectos secundarios del bupropion incluyen:

- Aumento en la probabilidad de actividad convulsiva

Los efectos secundarios de la guanfacina incluyen:

- Estreñimiento
- Mareo
- Boca seca
- Baja presión sanguínea
- Somnolencia

POTENCIAL PARA SU ABUSO O DEPENDENCIA

Los medicamentos estimulantes pueden ser mal utilizados. Han sido reportados usos recreativos o no medicamento aprobados para mejorar el rendimiento y/o perder peso. Las personas con ADHD o narcolepsia, sin embargo, rara vez abusan o desarrollan dependencia a los medicamentos estimulantes. La mayoría de los médicos recomiendan y recetan antidepresivos o atomoxetina (ambos no-estimulantes) para tratar ADHD en adultos con trastornos concurrentes de uso de sustancias. El uso de medicamentos estimulantes para tratar el ADHD en niños ha

mostrado una reducción en el potencial para el desarrollo de trastornos de uso de sustancias.

CONDICIONES DE EMERGENCIA

Han sido reportados síntomas psiquiátricos, incluyendo delirios paranoides, trastornos del pensamiento y alucinaciones, con el uso de estimulantes por periodos prolongados o en dosis altas. La sobredosis de estimulantes es una situación de emergencia médica para la que se debe buscar ayuda de inmediato.

PRECAUCIONES

- Los médicos y farmacéuticos deben estar informados sobre todos los medicamentos que la persona esté tomando y sus dosis, inclusive los que se venden sin receta; además de vitaminas y minerales, así como suplementos de hierbas (como, St. John's wort, echinacea, ginkgo, ginseng, entre otros).
- Las personas que toman medicamentos estimulantes no deben incrementar su dosis a menos que haya sido consultado con su médico y el cambio haya sido ordenado por él.
- Las personas que toman medicamentos estimulantes son particularmente vulnerables a consecuencias médicas adversas si usan al mismo tiempo alcohol y/o drogas ilegales.
- El uso de medicamentos estimulantes tiene un potencial de desarrollo de tolerancia y dependencia de estos, acompañado por el síndrome de abstinencia. El potencial para su abuso es alto, así como para todas las **Drogas de Nivel II**³⁰ (traducido del inglés: **Schedule II drugs**).

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA MUJERES EMBARAZADAS

Todas las mujeres en edad de concebir, que pudieran, o que piensan que pueden quedar embarazadas, deben hablar con su médico sobre la seguridad de utilizar los medicamentos estimulantes antes de empezar, continuar o discontinuar el tratamiento. Los consejeros en abuso de sustancias pueden jugar un papel muy importante en fomentar esta discusión al exhortar a sus pacientes a que hablen con su médico al respecto.

³⁰ Drogas de Nivel II: Medicamentos clasificados en el Nivel II del grupo de sustancias controladas; tienen un alto potencial para su abuso con grave peligro de causar dependencia psíquica o física, pero que tienen algún uso médico aprobado.

Analgésicos Narcóticos/Opioides

*Opioides naturales*³¹

Productos del opio, la morfina y la codeína

Derivados puros, semi-sintéticos o totalmente sintéticos

Hidrocodona, metadona, oxycodona, y otros

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL)	NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS)	NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)
buprenorfina	buprenorphine	Butrans, Subutex
butorfanol	butorphanol	Stadol nasal spray
codeína	codeine	Codeine
fentanilo	fentanyl	Duragesic, Fentora, Actiq, Onsolis, Ionsys
hidromorfona	hydromorphone	Dilaudid, Exalgo
levorfanol	levorphanol	Levo-Dromoran
meperidina	meperidine	Demerol
metadona	methadone	Dolophine, Methadose
morfina	morphine	Kadian, MS Contin, MS IR, Oramorph, Roxanol
oxycodona	oxycodone	Roxicodone, OxyContin, Oxyfast
oximorfona	oxymorphone	Opana, Opana ER
pentazocina	pentazocine	Talwin
propoxifeno	propoxyphene	Darvon
tramadol	tramadol	Ultram

Los siguientes productos usan una combinación de un opioide o narcótico junto con aspirina, acetaminophen (como el Tylenol), u otro analgésico para tratar dolor leve a moderado.

Anexsia 5/500

Capital con codeína

Darvocet N 100

Darvocet N 50

E-Lor o Wygesic

Empirin o Phenaphen con codeína #3

Empirin o Phenaphen con codeína #4

Endocet

Fioricet con codeína

Fiorinal con codeína

Lorcet Plus

Lortab

Maxidone

Percocet

Percodan

Roxicet

Roxicet solución oral (contiene alcohol)

Roxiprin

Talacen

Talwin Compound

Tylenol con codeína

Tylenol jarabe (syrup) con codeína (contiene alcohol)

Tylox

Vicodin

Vicodin ES

Zydone

Los siguientes productos usan una combinación de un opioide o narcótico junto con un antagonista opioide que bloquea el sentimiento de embriaguez o elevación (“high”) que los opioides pueden producir si no se usan siguiendo la prescripción médica. Estos medicamentos están diseñados para

³¹ opioides naturales: Los productos naturales derivados del opio se denominan opiáceos, sin embargo, en esta publicación usamos el termino opioide de manera genérica para referirnos a cualquier sustancia (sintética o natural) que active los receptores a opioides en el cerebro.

prevenir el abuso de opioides mientras continúan siendo efectivos para proveer alivio para el dolor cuando se usan siguiendo la prescripción médica.

Acurox
Embeda
Oxytrex
Suboxone

PROPÓSITO

Algunos de estos medicamentos narcóticos son utilizados para controlar el dolor agudo, que puede ser de moderado a severo. Estos se utilizan regularmente para tratar este tipo de dolor solamente, y por un periodo corto, pues tienden a desarrollar tolerancia fisiológica (cada vez se necesita más dosis para obtener el mismo efecto analgésico) y dependencia fisiológica (genera síntomas de retirada si se suspende su uso abruptamente). Según la cantidad y el tiempo de su consumo aumenta la probabilidad de desarrollo de la tolerancia o dependencia fisiológica. Una excepción es el uso de opioides para aliviar el dolor crónico asociado con el cáncer y otras enfermedades crónicas, donde la investigación ha demostrado que el abuso o la adicción a estos medicamentos rara vez ocurren. El dolor intenso y crónico ha sido tratado de manera insuficiente desde hace mucho tiempo en los Estados Unidos. Existe una preocupación irracional de que cualquier persona a la que se le prescriben opioides va a desarrollar una adicción a estos, lo cual ha sido claramente comprobado que no es el caso. Las personas con trastornos de uso de sustancias necesitan tratamiento para el dolor así como cualquier otra persona que no tenga este tipo de trastorno. Los médicos están comenzando a prescribir opioides para el manejo apropiado del dolor crónico de pacientes con cáncer, se prescriben especialmente fentanilo, oxycodona y metadona.

La metadona (Methadone) es un opioide sintético usado en programas de tratamiento para la desintoxicación de heroína y para ayudar a mantener la sobriedad en personas con trastornos de uso de heroína. Muchas personas que han presentado adicción a la heroína han retornado a llevar una vida productiva gracias al tratamiento con metadona. La metadona también es usada frecuentemente para aliviar ciertos tipos de dolor específicos, especialmente en clínicas para el dolor. El manejo del dolor crónico en una persona que abusa o depende de los opioides es una de las tareas más difíciles en el área médica.

La **heroína** es una droga de abuso.

DOSIS USUALES Y FRECUENCIA

Todos los analgésicos narcóticos y opioides se prescriben en dosis (cantidades) y frecuencias específicas. El médico le especificará la cantidad exacta de medicamento y cuándo se debe tomar. La etiqueta del envase del medicamento debe tener esta información. Varios medicamentos narcóticos y opioides se toman dos o más veces al día. La mayoría de estos medicamentos vienen en forma de tabletas, cápsulas o líquido. Son pocos los que se usan por medio de un aerosol nasal o por parches en la piel. Los narcóticos inyectables no aparecen en la lista pues por lo regular no suelen usarse fuera de hospitales.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

- Estreñimiento
- Visión borrosa
- Problemas para pensar con claridad
- Enrojecimiento y sudoración
- Comezón/ Picazón
- Contracción de las pupilas
- Disminución de la respiración (respiración lenta)
- Malestar estomacal
- Tolerancia

Cualquier efecto secundario que afecte al paciente debe informarse al médico y discutirlo con éste.

POTENCIAL PARA SU ABUSO O DEPENDENCIA

El tratamiento con medicamentos narcóticos y opioides, presenta la posibilidad de desarrollo de tolerancia y dependencia, así como de abuso y reacciones de retirada (síntomas de abstinencia). Existen muchos medicamentos contra el dolor que no son adictivos y que se pueden usar una vez que se haya disminuido el dolor agudo.

CONDICIONES DE EMERGENCIA

Convulsiones y/o paro cardiaco con dosis altas o sobredosis.

La sobredosis puede aumentar el pulso y provocar convulsiones seguidas por estado de coma o muerte.

La sobredosis puede oprimir los centros respiratorios del cerebro, provocando que se pierda la habilidad para respirar.

La sobredosis es siempre considerada una situación de emergencia médica, si esto sucede se debe buscar ayuda de inmediato.

PRECAUCIONES

- Los médicos y farmacéuticos deben estar informados sobre todos los medicamentos que la persona esté tomando y sus dosis, inclusive los que se venden sin receta; además de vitaminas y minerales, así como suplementos herbales (como, St. John's wort, echinacea, ginkgo, ginseng, entre otros).
- Las personas que toman analgésicos narcóticos y opioides no deben incrementar su dosis a menos que haya sido consultado con su médico y el cambio haya sido ordenado por él.
- Las personas que toman medicamentos narcóticos y opioides son particularmente vulnerables a consecuencias médicas adversas si usan al mismo tiempo alcohol y/o drogas ilegales, esto debido a que el alcohol y las drogas ilegales pueden incrementar el efecto sedante de los opioides.
- El uso de medicamentos opioides presenta la posibilidad de desarrollar tolerancia y dependencia.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA MUJERES EMBARAZADAS

Todas las mujeres en edad de concebir, que pudieran, o que piensan que pueden quedar embarazadas, deben hablar con su médico sobre la seguridad de utilizar este medicamento antes de empezar, continuar o discontinuar el tratamiento. Tanto la mujer embarazada como el bebé por nacer pueden desarrollar tolerancia y dependencia física a los opioides. Esta posibilidad de desarrollar dependencia, así como la posibilidad de que se presente el síndrome de abstinencia deben ser tomadas en consideración. Los consejeros en abuso de sustancias pueden jugar un papel muy importante en fomentar esta discusión al exhortar a sus pacientes a que hablen con su médico al respecto. Ver p. 40 para mayor información sobre el uso de metadona durante el embarazo.

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL)	NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS)	NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)
<i>Barbitúricos</i>		
secobarbital	secobarbital	Seconal
<i>Benzodiazepinas</i>		
clonazepam	clonazepam	Klonopin
diazepam	diazepam	Valium
estazolam	estazolam	ProSom
flurazepam	flurazepam	Dalmane
lorazepam	lorazepam	Ativan
oxazepam	oxazepam	Serax
quazepam	quazepam	Doral
temazepam	temazepam	Restoril
triazolam	triazolam	Halcion
<i>No-Benzodiazepinas</i>		
anticonvulsivos	anticonvulsants	Neurontin*, Depakote*, Topamax*
ramelteon	ramelteon	Rozerem
antidepresivos sedantes	sedating antidepressants	Desyrel, Remeron, Serzone, Sinequan
antipsicóticos sedantes	sedating antipsychotics	Seroquel*, Zyprexa*, Zyprexa Zydis*
zaleplon	zaleplon	Sonata
zolpidem	zolpidem	Ambien

*El uso de estos medicamentos como auxiliares para conciliar el sueño no está autorizado por la FDA.

PROPÓSITO

Los hipnóticos son utilizados para ayudar a las personas con trastornos del sueño a que concilien el sueño y puedan descansar. La dificultad para dormir es uno de los mayores problemas a los que se enfrentan las personas con trastornos de salud mental y/o uso de sustancias. Esto puede causar que los síntomas de estos trastornos se incrementen. Por ejemplo, los cambios en el estado de ánimo, la psicosis y la irritabilidad aumentan con el insomnio. La falta de sueño disminuye la capacidad de una persona para pensar con claridad y procesar información. Los ciclos de sueño-vigilia y la habilidad del cuerpo para auto-repararse son afectados cuando una persona es privada del sueño. Los hipnóticos más antiguos, como los barbitúricos, provocan que los procesos corporales se vuelvan más lentos y se pierda la consciencia, o

se entre en un estado de sueño. Sin embargo, estos también tienen una tendencia a perturbar los ciclos del sueño. Por esta razón, y por su potencial para desarrollar abuso y dependencia, los barbitúricos son rara vez utilizados en la actualidad.

Las benzodiazepinas incrementan los agentes tranquilizantes naturales del cuerpo, lo cual induce al sueño. Las no-benzodiazepinas, como el zolpidem y zaleplon, afectan a un tipo de receptores del cuerpo para el agente tranquilizante natural llamado GABA. Estos medicamentos son de corta acción y no alteran los ciclos del sueño. El insomnio de rebote³² es un efecto secundario de ambos, sin embargo, esto sólo sucede si estos medicamentos se han usado por más de dos semanas y su utili-

³² insomnio rebote: El insomnio rebote ocurre cuando usted no puede dormir luego de dejar de tomar píldoras para dormir.

zación ha sido discontinuada de manera abrupta. Ramelteon actúa por medio de las vías melatonérgicas en el cerebro para ayudar a conciliar el sueño. El ramelteon no crea hábito y puede ser utilizado a largo plazo para el tratamiento del insomnio crónico.

Los antidepresivos sedantes actúan a través del uso de sus efectos secundarios para inducir el sueño. Estos no son adictivos, pero tienen la capacidad de producir todos los efectos secundarios de su clase de antidepresivos. Los antipsicóticos sedantes usan sus efectos secundarios de relajación y sedación para inducir el sueño. Estos no son adictivos, pero tienen la capacidad de producir todos los efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos. Los anticonvulsivos pueden ser utilizados para sedar durante el tratamiento de los síntomas de la retirada de alcohol.

Paradójicamente, aquellas personas con trastornos de uso de sustancias pueden volverse rápidamente tolerantes o dependientes a los hipnóticos más comúnmente utilizados, como son las benzodiacepinas e incluso a una de las no-benzodiacepinas, zolpidem. La tolerancia puede llevar a disminuir la eficacia, a la necesidad de incrementar las dosis o a un trastorno del sueño más grave cuando el medicamento es retirado. Por esta razón, la mayoría de los médicos que tratan a personas con trastornos de uso de sustancias usan antidepresivos sedantes, anticonvulsivos o antihistamínicos sedantes si el problema del sueño continúa, aún después de que los síntomas de retirada agudos hayan pasado.

DOSIS USUALES Y FRECUENCIA

Todos los medicamentos se recetan en dosis (cantidades) y frecuencias específicas. El médico le especificará la cantidad exacta de medicamento y cuándo se debe tomar. La etiqueta del envase del medicamento debe tener esta información. Los medicamentos hipnóticos son generalmente utilizados por periodos limitados (de tres a cuatro días para barbitúricos o hasta un mes para los otros). Para todos estos medicamentos se desarrolla tolerancia rápidamente, y eventualmente la dosis usual no será suficiente para ayudar a la persona a dormir.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

- Dificultad para respirar (Seconal)
- Mareo
- Somnolencia

- Síntomas de resaca o sueño durante el día
- Dolor de cabeza
- Letargo
- Debilidad

POTENCIAL PARA SU ABUSO O DEPENDENCIA

El uso de medicamentos hipnóticos, presenta la posibilidad de desarrollar tolerancia y dependencia, y por lo tanto síntomas de retirada (abstinencia). En el caso de estos medicamentos la posibilidad de mal uso o abuso es elevada. Ver potencial para abuso o dependencia de las benzodiacepinas, p. 22. También, existen muchas desventajas con el uso de hipnóticos a largo plazo, como deterioro en el ciclo de las etapas del sueño y trastornos de uso de sustancias. Incluso zolpidem y zaleplon, si son tomados por más de 7 a 14 días, pueden presentar un efecto de insomnio de rebote. Existen medicamentos no adictivos disponibles para el tratamiento del insomnio.

CONDICIONES DE EMERGENCIA

La sobredosis con estos medicamentos puede ser una amenaza para la vida o causar la muerte. Una persona con sobredosis debe recibir asistencia médica inmediatamente.

Combinar bebidas alcohólicas y barbitúricos o bebidas alcohólicas y benzodiacepinas puede tener consecuencias mortales.

PRECAUCIONES

- Los médicos y farmacéuticos deben estar informados sobre todos los medicamentos que esté tomando la persona, y sus dosis, inclusive los que se venden sin receta; además de vitaminas y minerales, así como suplementos herbales (como, St. John's wort, echinacea, ginkgo, ginseng, entre otros).
- Las personas que toman medicamentos hipnóticos no deben incrementar su dosis a menos que haya sido consultado con su médico y el cambio haya sido ordenado por él.
- Las personas que toman medicamentos hipnóticos son particularmente vulnerables a consecuencias médicas adversas si usan al mismo tiempo alcohol y/o drogas ilegales.
- El uso de medicamentos hipnóticos presenta la posibilidad de desarrollo de tolerancia y dependencia, y por lo tanto, síntomas de retirada. La

posibilidad de abuso o mal uso de estos medicamentos es elevada.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA MUJERES EMBARAZADAS

El uso de barbitúricos durante el embarazo ha sido poco estudiado, pero el riesgo de tomar estos medicamentos debe ser discutido con el paciente (Robert et al. 2001). Existen reportes de síndrome de abstinencia (de retirada) en recién nacidos a

consecuencia de la exposición prenatal a los barbitúricos (Kuhn et al. 1988). Todas las mujeres en edad de concebir, que pudieran, o que piensan que pueden quedar embarazadas, deben hablar con su médico sobre la seguridad de utilizar estos medicamentos antes de empezar, continuar o discontinuar el tratamiento. Los consejeros en abuso de sustancias pueden jugar un papel muy importante en fomentar esta discusión al exhortar a sus pacientes a que hablen con su médico al respecto.

Medicamentos para el Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias

ALCOHOL

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL)	NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS)	NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)
<i>Agentes para el retiro del alcohol*</i>		
benzodiazepinas (e.g. diazepam y lorazepam)	benzodiazepines (e.g. diazepam and lorazepam)	Valium and Ativan
anticonvulsivos (e.g. carbamazepina, divalproex sódico, gabapentina)	anticonvulsants (e.g. carbamazepine, divalproex sodium, gabapentin)	Tegretol, Depakote, Neurontin
barbitúricos (e.g. secobarbital)	barbiturates (e.g. secobarbital)	Seconal
<i>Agentes para la prevención de la recaída al alcohol</i>		
disulfiram	disulfiram	Antabuse
naltrexona	naltrexone	ReVia
naltrexona inyección de liberación prolongada	naltrexone extended-release injection	Vivitrol
acamprosato	acamprosate	Campral
topiramato	topiramate	Topamax

*Para mayor información sobre benzodiazepinas, anticonvulsivos y barbitúricos vea las secciones de Medicamentos Antimaníacos, Medicamentos Ansiolíticos y Medicamentos Hipnóticos en esta publicación.

PROPÓSITO

Los medicamentos para el tratamiento del trastorno por uso de alcohol incluyen tanto aquellos utilizados para el tratamiento de los síntomas agudos de la retirada del alcohol, así como a un número creciente de medicamentos usados para prevenir recaída al alcohol. Los medicamentos para prevenir recaída al alcohol están empezando a ser aceptados en el campo del tratamiento de trastornos por uso de sustancias. Se anticipa que dentro de los siguientes años, medicamentos como la naltrexona y el acamprosato serán más ampliamente utilizados, debido al creciente número de investigaciones que indican que estos medicamentos son efectivos en la prevención de la recaída al alcohol.

La retirada de alcohol: aunque usualmente dura de uno a cinco días, los signos y síntomas de la retirada de alcohol pueden durar hasta varias semanas o meses. Los signos y síntomas incluyen trastornos del sueño, ansiedad, agitación, y ansia o deseo de consumir alcohol, especialmente por que se sabe que algunos tragos pueden hacer que la persona con dependencia al alcohol que presenta síntomas

prolongados de retirada se sienta mejor temporalmente.

Las benzodiazepinas son el tipo de medicamentos más comúnmente usados para tratar los síntomas agudos de retirada. Si éstas se toman por más de unos pocos días, pueden inducir tolerancia y/o dependencia. Los anticonvulsivos como la carbamazepina, el divalproex sódico y la gabapentina son más comúnmente utilizados en Europa. La ventaja de usar este tipo de medicamentos es que estos pueden ser prescritos por semanas y meses versus sólo días. Un estudio estadounidense (Malcolm et al. 2002) demostró que la carbamazepina es muy superior al lorazepam, una benzodiazepina comúnmente utilizada para tratar los síntomas de la retirada de alcohol. Propanolol, un beta-bloqueador, es ocasionalmente utilizado para el tratamiento para la retirada de alcohol en conjunto con benzodiazepinas o anticonvulsivos para disminuir la ansiedad, el ritmo cardíaco, la sudoración y la presión sanguínea. Los antipsicóticos pueden ser utilizados si la persona experimenta intensos síntomas de retirada acompañados de alucinaciones.

La prevención de la recaída al alcohol: El medicamento con más años en el mercado utilizado en la prevención de la recaída de alcohol es el disulfiram. Se ha utilizado por más de 50 años. El disulfiram bloquea el metabolismo natural del alcohol, dando como resultado niveles tóxicos de acetaldehído³³ en el cuerpo. Esto a su vez, conduce a náusea severa y vómito. La investigación indica que el disulfiram funciona mejor que cuando se utiliza únicamente un placebo en personas suficientemente motivadas para tomarlo con regularidad, o en aquellas que lo reciben de un modo supervisado de tres a cinco veces a la semana. Este medicamento funciona en la medida que la persona recapacita antes de tomar alcohol impulsivamente, puesto que sabe que si toma alcohol mientras está en tratamiento con disulfiram se sentirá enfermo.

La naltrexona fue inicialmente desarrollada como un bloqueador de los receptores a opioides y utilizada en programas para el tratamiento supervisado de la dependencia a opioides. Muchas personas con dependencia a opioides, sin embargo, dejaron de tomarlo y regresaron al uso de opioides o prefirieron la terapia de mantenimiento con metadona. A pesar de lo anterior, observaciones clínicas de personas tomando naltrexona mostraron que aquellos que también consumían alcohol parecían ingerir menos y reportaron que el uso de alcohol les afectaba menos. Ensayos clínicos subsecuentes, donde se comparó el uso de naltrexona contra una condición de placebo, mostraron que la naltrexona es más efectiva que el placebo para reducir el deseo de tomar alcohol y la probabilidad de recaída. La investigación con poblaciones en la comunidad, donde las personas no están en un ambiente controlado, no ha demostrado que la naltrexona sea más efectiva que el placebo para promover la abstinencia.

Una nueva forma de naltrexona inyectable de duración prolongada está ahora disponible en el mercado. El uso de este tratamiento mensual, para personas con trastorno de uso de alcohol, ha demostrado una reducción en los días que toman alcohol, y que en los días que lo hacen consumen menos, aún con personas que están menos motivadas sobre su recuperación. Así, la naltrexona

puede ser mejor vista como un medicamento para “reducción de daños,” más que un tratamiento para lograr la “abstinencia absoluta”.

La naltrexona es un medicamento no psicoactivo³⁴ y como bloqueador de los receptores a opioides, puede interferir con el uso de opioides para el tratamiento de dolor agudo. Para mayor información sobre la naltrexona, ver TIP 28: Naltrexone and Alcoholism Treatment (CSAT 1998).

El acamprosato fue aprobado por la FDA en el 2005. Ha estado disponible en Europa y otros países por más de diez años. El acamprosato parece actuar a través del sistema GABA y promete ser un buen candidato para ayudar con el deseo de ingerir alcohol y para prevenir su recaída a través de un método diferente al de la naltrexona. Se ha reportado que no es psicoactivo, no interactúa con la mayoría de otros medicamentos y no causa ningún tipo de tolerancia o síntomas de retirada, incluso si la persona usa alcohol mientras toma el medicamento.

A diferencia de la forma inyectable de naltrexona, el acamprosato no parece ser efectivo en personas que están poco motivadas para abstenerse de consumir alcohol. Debido a la forma en que el medicamento es absorbido por el cuerpo, debe ser tomado varias veces al día. Algunos estudios sobre los resultados del uso de acamprosato indican que es más efectivo para incrementar la abstinencia absoluta de alcohol, o el tiempo antes del primer trago (lapso o recaída). El perfil de la persona para la cual el acamprosato deber ser el medicamento elegido es, aquella que busca la abstinencia absoluta y que está motivada para abstenerse por completo del uso de alcohol.

Topiramato es un anticonvulsivo que en dosis altas puede causar sedación y confusión. Johnson y colaboradores (2007) estudiaron el uso de topiramato comparado con placebo en una población de pacientes que tomaban alcohol en exceso. Los resultados del estudio mostraron que una dosis diaria de 300 miligramos de topiramato fue significativamente mejor que el placebo para reducir el porcentaje de días en que los pacientes tomaban en exceso.

³³ acetaldehído: Compuesto químico producido cuando el cuerpo metaboliza el alcohol; la enzima hepática alcohol deshidrogenasa, convierte el etanol en acetaldehído, el cual es luego convertido en el inofensivo ácido acético por la acetaldehído deshidrogenasa.

³⁴ psicoactivo: Sustancia o droga que afecta el cerebro, principalmente en el estado de ánimo, el pensamiento o la percepción.

OPIOIDES

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL) NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS) NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)

Agentes para discontinuar el uso de los opioides

buprenorfina	buprenorphine	Butrans, Subutex
buprenorfina y naloxona	buprenorphine and naloxone	Suboxone
clonidina	clonidine	Catapres
metadona	methadone	Dolophine, Methadose
naltrexona	naltrexone	ReVia
naltrexona inyección de liberación prolongada	naltrexone extended-release injection	Vivitrol

Agentes para la terapia de mantenimiento con opioides

buprenorfina	buprenorphine	Butrans, Subutex
buprenorfina y naloxona	buprenorphine and naloxone	Suboxone
metadona	methadone	Dolophine, Methadose

PROPÓSITO

Los medicamentos para la desintoxicación y mantenimiento con opioides son un componente clave en la estabilización de las personas con adicción a los opioides. Estos medicamentos han mostrado una marcada capacidad para disminuir enfermedades, crimen y muertes en esta población. El tratamiento de mantenimiento con metadona ha sido extensivamente investigado. Si usted desea más información acerca de la desintoxicación y mantenimiento con medicamentos opioides puede consultar las siguientes publicaciones: el TIP 19: Detoxification from Alcohol and Other Drugs (CSAT 1995) y el TIP 20: Matching Treatment to Patient Needs in Opioid Substitution Therapy (CSAT 1995).

Desintoxicación de los opioides: la retirada moderada de opioides puede realizarse con clonidina, un medicamento para el tratamiento de la alta presión sanguínea. Usualmente la clonidina es utilizada en combinación con sedantes como las benzodiacepinas, antihistamínicos, e incluso fenobarbital. La retirada de opioides severa es usualmente tratada con una dosis equivalente de metadona que se va disminuyendo gradualmente, o más recientemente, con una sola dosis de 24 miligramos de buprenorfina. En estudios pilotos, la buprenorfina parece ser superior a la clonidina.

Agentes para el mantenimiento con opioides: La metadona ha sido exitosamente utilizada en los Estados Unidos en el tratamiento de mantenimiento para la adicción a los opioides

desde los años sesenta. Este es un medicamento sintético de acción prolongada, utilizado en los programas de tratamiento para la desintoxicación de heroína y para mantener la abstinencia del uso de ésta. Cuando es utilizado en dosis apropiadas, la metadona detiene el deseo de usar heroína pero no causa euforia, sedación, o un efecto analgésico³⁵. Muchas personas que han presentado dependencia a la heroína han regresado a una vida productiva gracias al tratamiento con metadona. También, la metadona es ocasionalmente utilizada para proveer alivio de ciertos tipos específicos de dolor (Ver Analgésicos Narcóticos y Opioides, p. 26).

La buprenorfina, o Subutex, es una droga de prescripción que fue aprobada en el 2002 para tratar la adicción a los opioides. Puede ser utilizada para el retiro de los opioides y también como sustituto de los opioides en el tratamiento a largo plazo. La buprenorfina es el primer medicamento disponible para que los médicos lo utilicen en su práctica privada. Al recetarse en dosis bajas actúa como la metadona y satisface la necesidad de la persona con dependencia de consumir opioides, lo que evita una retirada dolorosa. El medicamento no proporciona al consumidor sentimientos de euforia, típicamente asociados con el uso de otros opioides o narcóticos. Cuando se usa en dosis moderadas o altas, puede precipitar la retirada. Por lo tanto, en caso de ocurrir una sobredosis, la

³⁵ analgésico: Sustancia que produce alivio o insensibilidad al dolor sin pérdida de la consciencia.

buprenorfina es más segura que la metadona. El Suboxone es buprenorfina combinada con naloxona, un narcótico antagonista³⁶ usado para revertir los efectos de los opioides. El Suboxone está también aprobado para tratar la adicción a opioides y ofrece los mismos beneficios ya mencionados para la buprenorfina.

La naltrexona bloquea completamente el reforzamiento placentero asociado con el uso de opioides.

Estos medicamentos están comenzando a ser más ampliamente utilizados para la prevención de recaída al uso de alcohol (Ver pp. 32–33). La Naltrexona es más comúnmente utilizada en su forma inyectable para revertir los efectos de los opioides. También, está comenzando a ser usada en su forma oral para reducir el deseo de consumir alcohol, para el tratamiento de la adicción a la nicotina y a las apuestas a los juegos de azar.

TABACO

NOMBRE GENÉRICO (ESPAÑOL)	NOMBRE GENÉRICO (INGLÉS)	NOMBRE DE FABRICANTES (EUA)
<i>Terapias de Reemplazo de Nicotina (NRT, por sus siglas en inglés)</i>		
nicotina parche transdérmico	nicotine patch/transdermal nicotine	Nicoderm CQ, Nicotrol, Habitrol, Prostep
nicotina goma de mascar	nicotine polacrilex gum	Nicorette
nicotina pastilla	nicotine polacrilex lozenges	Commit
nicotina inhalador	nicotine inhaler	Nicotrol Inhaler
nicotina aerosol nasal	nicotine nasal spray	Nicotrol NS
<i>Farmacoterapias para dejar de fumar</i>		
vareniclina	varenicline	Chantix
bupropion	bupropion	Zyban
nortriptilina	nortriptyline	Aventyl, Pamelor
clonidina	clonidine	Catapres

PROPÓSITO

La abstinencia a largo plazo de todo producto que contenga nicotina es la meta de las terapias para dejar de consumir tabaco. Los medicamentos y productos para dejar el tabaco ayudan a las personas con dependencia a la nicotina³⁷ a lograr la abstinencia por medio del alivio o reducción de los síntomas de retirada de la nicotina y el deseo de usar tabaco. Muchos estudios científicos han demostrado que es más fácil para las personas renunciar al tabaco cuando tienen el apoyo de un médico o un profesional de la salud mental. Por esta razón, las estrategias de tratamiento recomendadas son aquellas que incorporan la psicoterapia y la farmacoterapia. Sin embargo, la farmacoterapia está contraindicada en algunas poblaciones específicas (como: mujeres embarazadas, adolescentes y

consumidores de tabaco que no lo fuman, o lo fuman levemente. En el documento del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos titulado: Treating Tobacco Use and Dependence Guidelines (DHHS, 2008) se encuentran estrategias de tratamiento para dejar de utilizar tabaco que han sido validadas empíricamente.

Las terapias de reemplazo de nicotina (NRT) como el parche transdérmico de nicotina, la goma y la pastilla de nicotina, el aerosol nasal de nicotina, y el inhalador de nicotina, han sido aprobadas por la FDA. Estas terapias reducen los síntomas de retirada y el deseo de usar tabaco por medio del reemplazo de la nicotina, que de otra manera sería consumida a través de fumar o mascar tabaco. Muchos ensayos clínicos que usaron NRT han demostrado la efectividad de estos productos para dejar de utilizar tabaco.

El bupropion es un antidepresivo que puede ayudar con la ansiedad y la depresión asociadas a la retirada del tabaco. El bupropion de liberación prolongada (Bupropion SR) es uno de los pocos

³⁶ antagonista: Sustancia que bloquea la función fisiológica normal de un receptor en el cerebro.
³⁷ dependencia a la nicotina: la dependencia a la nicotina es una adicción a los productos del tabaco causada por uno de sus ingredientes – la nicotina.

productos farmacéuticos sin nicotina que ha sido aprobado por la FDA para su uso en la retirada de tabaco. Se piensa que el bupropion afecta los niveles de dopamina y norepinefrina, y bloquea los receptores nicotínicos acetilcolinérgicos³⁸, y por lo tanto, disminuye el deseo de fumar y los síntomas de retirada de la nicotina.

La vareniclina es un medicamento para ayudar a dejar el tabaco que ha sido recientemente aprobado por la FDA, y es el primero en su clase que tiene como objetivo la neurobiología del trastorno por uso de nicotina. Este medicamento reduce el deseo de fumar por medio de su unión a los receptores nicotínicos en el cerebro, y por lo tanto reduce los síntomas de retirada de la nicotina; además produce disminución del placer al fumar. Los fumadores que usan vareniclina tienen mejores tasas de abstinencia al tabaco que aquellos que usan bupropion. La vareniclina ofrece una nueva opción para aquellas personas que no toleran los efectos secundarios asociados con los NRT y el bupropion, y representa una alternativa para pacientes con contraindicaciones a esas terapias.

OTRAS SUSTANCIAS

Intoxicación por estimulantes: La agitación, y aún la paranoia y la psicosis, son tratadas con antipsicóticos, frecuentemente combinados con benzodiazepinas. La intoxicación con una mezcla de alcohol y estimulantes parece comúnmente causar estos síntomas.

Retirada de estimulantes: No hay agentes comúnmente establecidos como efectivos para tratar la retirada de estimulantes, aunque los agentes para el incremento de la dopamina, como la amantadina, bupropion y desipramina, han sido probados con resultados mixtos. Esta área no ha sido suficientemente investigada.

Prevención de la recaída al uso de estimulantes: Los agentes para el incremento de la dopamina como el bupropion y la desipramina han mostrado resultados mixtos. El Instituto Nacional en Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) está investigando agentes que pudieran alterar la manera en que los estimulantes actúan en una persona, incluyendo el desarrollo de agentes de “inoculación” que podrían inactivar a los estimulantes.

Drogas de Club: Esta área ha sido muy poco investigada. Existen informes de que los ISRSs podrían proteger del daño que se produce en las células nerviosas con el uso de algunas de estas drogas. Los antipsicóticos y sedantes son utilizados para tratar la psicosis inducida asociada con el uso de drogas de club.

Marihuana: Recientemente se ha descrito y validado un síndrome de retirada de la dependencia a la marihuana. Los medicamentos para tratar este síndrome aún no han sido debidamente probados. El THC³⁹, la principal toxina en la marihuana, es un fuerte agente anticolinérgico y es sedante. Por lo tanto, algunos médicos han utilizado dosis moderadas de los antidepresivos tricíclicos (como amitriptilina o imipramina) para tratar el síndrome de retirada de la marihuana, pues estos también tienen cualidades anticolinérgicas y sedativas, pero no causan el efecto de “sentirse elevado” y no son abusados.

DOSIS USUALES Y FRECUENCIA

Todos los medicamentos se recetan en dosis (cantidades) y frecuencias específicas. El médico le especificará la cantidad exacta de medicamento y cuándo se debe tomar. La etiqueta del envase del medicamento debe tener esta información. El disulfiram nunca debe darse a las personas sin que estén plenamente conscientes de ello, o cuando estén aún intoxicadas. Este no debe recetarse hasta que la persona se ha abstenido de usar alcohol por al menos las últimas 12 horas. Una dosis diaria ininterrumpida de disulfiram debe ser continuada hasta que la persona se ha recuperado completamente y ha reorganizado su vida para mantener la recuperación. La terapia de mantenimiento podría requerir meses, o incluso años.

La naltrexona, en su forma oral, es usualmente tomada una vez al día, pero puede ser tomada en dosis más altas cada segundo o tercer día. Normalmente se comienza con una dosis completa. La forma inyectable se utiliza una vez al mes. Por la forma en que el acamprosato se absorbe en el cuerpo, éste debe tomarse en dos pastillas tres veces al día, con una diferencia de por lo menos cuatro horas entre cada dosis.

La buprenorfina combinada con naloxona se administra por medio de una tableta sublingual (se

³⁸ receptores nicotínicos acetilcolinérgicos: receptor de un tipo de neurotransmisores en el cerebro.

³⁹ THC- Tetrahidrocannabinol: una sustancia psicotrópica que está presente en la resina de la marihuana.

coloca y se absorbe debajo de la lengua). No se absorbe si se traga o se mastica. Si se inyecta por vía intravenosa, la buprenorfina puede causar síntomas de retirada de opioides. La buprenorfina se puede prescribir y no requiere de asistencia diaria a una clínica. Esta es una ventaja para las personas que no viven cerca de una clínica de metadona.

Las personas deben continuar tomando naltrexona, acamprosato o buprenorfina hasta que hayan reorganizado su vida para mantener la recuperación, lo cual puede tomar meses o años.

Algunos de los medicamentos de terapias de reemplazo de nicotina (NRT) pueden ser obtenidos sin receta médica, incluyendo el parche de nicotina, la goma de mascar de nicotina y la pastilla de nicotina. En la etiqueta o dentro del envase de estos productos se encuentra información específica sobre cómo usar los productos de NRT correctamente, sus dosis y frecuencias recomendadas, síntomas de sobredosis y maneras apropiadas de almacenarlos y desecharlos. El parche de nicotina está disponible en tres diferentes concentraciones y generalmente se utiliza una estrategia de reducción gradual en la dosis; 21 miligramos (mgs) por seis semanas, después 14 mgs por dos semanas, y finalmente 7 mgs por dos semanas. Para aquellas personas que fuman menos de una cajetilla de cigarrillos al día, se les recomienda comenzar con una dosis de 14 mgs. Se debe aplicar un parche nuevo diariamente, preferiblemente a la misma hora o cerca de la misma hora cada día.

La pastilla y la goma de mascar de nicotina están disponibles en concentraciones de 2 mgs y 4 mgs. Las personas que fuman menos de 25 cigarrillos al día deben iniciar con la concentración de 2 mgs, y las personas que fuman más de 25 cigarrillos al día deben iniciar con la concentración de 4 mgs. Durante las primeras seis semanas de terapia una pieza de goma de mascar debe ser mascada cada una o dos horas cuando este despierto; utilizando al menos nueve piezas de goma de mascar al día. La goma de mascar de nicotina no debe usarse por más de doce semanas y tampoco deben usarse más de veinticuatro piezas en un día. Para que la nicotina se absorba es necesario llevar a cabo la técnica de “mascar y dejar reposar la goma en la boca” alternadamente; así mismo, la ingestión de bebidas y alimentos debe ser evitada por 15 minutos antes y después de usar la goma de mascar de nicotina.

A diferencia de otras NRT, que determinan sus dosis en base al número de cigarrillos fumados diariamente, la dosis recomendada para las pastillas de nicotina está basada en “la hora del día en que acostumbra comenzar a fumar”. Algunos estudios sugieren que el mejor indicador de la dependencia a la nicotina es experimentar un deseo intenso de fumar poco después de despertarse. Las personas que acostumbran fumar su primer cigarrillo del día dentro de los treinta minutos después de despertar tienen mayor probabilidad de ser altamente dependientes de la nicotina y requerir mayores dosis que aquellos que demoran en comenzar a fumar por más de treinta minutos después de despertar. Durante las primeras seis semanas de terapia se debe usar una pastilla cada una o dos horas, mientras el paciente esté despierto; deben utilizarse al menos nueve pastillas al día. Se pueden usar pastillas adicionales (hasta cinco pastillas en seis horas, o un máximo de 20 pastillas por día) si las ansias de fumar ocurren entre el horario de una dosis y otra. Las pastillas deben ser utilizadas por periodos de hasta doce semanas usando no más de 20 pastillas por día. Se debe permitir que las pastillas se disuelvan en la boca y la ingestión de bebidas y alimentos debe ser evitada por 15 minutos antes y después de usar la pastilla de nicotina.

El tratamiento con bupropion debe comenzarse de siete a 14 días antes de la fecha en que se planifica dejar de fumar. Generalmente, durante los primeros tres días de tratamiento las personas toman 150 mgs por día, y después se incrementa la dosis a 150 mgs dos veces por día, por un periodo de siete a 12 semanas. Para algunas personas esta dosis continúa hasta por un periodo de seis meses para aumentar la probabilidad de éxito en la abstinencia al tabaco a largo plazo.

El curso del tratamiento aprobado con vareniclina es de 12 semanas; sin embargo, un periodo adicional de 12 semanas más puede aumentar la probabilidad de éxito en la abstinencia al tabaco a largo plazo para algunas personas. Durante los primeros tres días de tratamiento las personas toman 0.5 mgs una vez al día, seguido por una dosis de 0.5 mgs dos veces al día en los siguientes cuatro días, y después 1 mg dos veces al día durante el resto del periodo de tratamiento.

Para ciertos grupos de fumadores, puede ser apropiado continuar el tratamiento con NRT o farmacoterapias por periodos más largos que los recomendados usualmente. En general, entre más

intenso sea el tratamiento para dejar el uso de tabaco (por ejemplo, el uso combinado de NRT y farmacoterapias), mayor es la probabilidad de éxito en discontinuar su uso. Algunas combinaciones específicas de medicamentos de primera línea que han mostrado ser efectivas incluyen el parche de nicotina y el Bupropion SR, el parche de nicotina y el inhalador, y el parche de nicotina a largo plazo (por más de 14 semanas), y el uso de otras NRT *ad libitum* (a voluntad). La vareniclina no se recomienda para su uso en combinación con NRT por sus propiedades antagonistas a la nicotina.

Las NRT ayudan a reducir el deseo de usar tabaco por medio del reemplazo de la nicotina que la persona obtenía durante el consumo de tabaco. El bupropion y la vareniclina son medicamentos que también ayudan en el proceso de renunciar al uso del tabaco. Es fundamental que la persona esté decidida a terminar su uso de tabaco, de lo contrario un tratamiento con bupropion o con vareniclina tendrá muy poco o ningún efecto en la persona que está intentando la recuperación del uso de tabaco.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

Posibles efectos secundarios para el disulfiram (poco comunes en dosis bajas; principalmente ocurren en dosis altas, mayores a los 500 mgs por día):

- Orina oscura
- Mareo
- Dolor en los ojos
- Fatiga
- Disfunción eréctil
- Indigestión
- Inflamación del nervio óptico
- Ictericia (piel amarillenta)
- Decoloración de las heces fecales
- Inflamación del hígado
- Pérdida de la visión
- Reacciones psicóticas
- Salpullido y comezón
- Sensación de cosquilleo en brazos y piernas

Posibles efectos secundarios para el acamprosato (los efectos secundarios en dosis terapéuticas de acamprosato son raros, más allá de la experimentación de síntomas gastrointestinales ligeros durante la primera semana):

- Agitación
- Coma
- Confusión
- Disminución en la cantidad de orina
- Depresión
- Mareo
- Dolor de cabeza
- Irritabilidad y hostilidad
- Letargo
- Contracciones musculares
- Náusea
- Rápido aumento de peso
- Convulsiones
- Inflamación de la cara, tobillos o manos
- Cansancio y debilidad inusual

Posibles efectos secundarios para los medicamentos del tratamiento de opioides (ver también *Narcóticos y Analgésicos Opioides*, p. 26)

- Calambres abdominales
- Dolores corporales que duran de 5 a 7 días
- Diarrea
- Mareo
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Insomnio
- Náusea
- Nerviosismo
- Síntomas de retirada de opioides (en algunos casos)
- Ojos llorosos y flujo nasal
- Ansiedad severa
- Vómito

*Posibles efectos secundarios para las NRT y farmacoterapias para dejar el uso del tabaco**

Parche de nicotina: reacciones en la piel (i.e. comezón, ardor y enrojecimiento o salpullido en la parte de la piel donde se colocó el parche). Estos efectos son generalmente leves y se resuelven cambiando el parche de lugar (alternando los sitios donde se coloca). Otros efectos secundarios incluyen insomnio y/o sueños vívidos.

Goma de mascar de nicotina: dolor de boca, hipo, indigestión y dolor en los músculos de la mandíbula. La mayoría de estos efectos secundarios son leves y disminuyen o desaparecen con el uso continuo de la goma de mascar.

Pastilla de nicotina: náusea, hipo y acidez estomacal/agruras. Se ha reportado una mayor frecuencia de dolores de cabeza y tos con el uso de la pastilla de 4 mgs.

Bupropion: boca seca, insomnio y aumento en el riesgo de desarrollar convulsiones.

Chantix: náusea, problemas para dormir, sueños vívidos/atípicos/extraños, aumento en pensamientos suicidas en algunas personas.

*Ver las instrucciones proporcionadas por la FDA que se encuentran dentro del paquete de estos productos para una lista más completa de los efectos secundarios.

CONDICIONES DE EMERGENCIA

Una sobredosis de cualquier medicamento para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias es siempre considerada una emergencia, si esto sucede se debe buscar ayuda de inmediato.

Los síntomas de una sobredosis de nicotina incluyen náusea, vómito, diarrea, dolor estomacal, sudor frío, dolor de cabeza, mareo, problemas de visión y audición, confusión, irregularidad en el ritmo cardíaco, dolor de pecho, convulsiones y muerte.

PRECAUCIONES

- Los médicos y farmacéuticos deben estar informados acerca de todos los medicamentos que esté consumiendo la persona y las dosis; inclusive de los medicamentos que se venden sin receta, además de vitaminas, minerales, y suplementos herbales (como, St. John's wort, echinacea, ginkgo, ginseng, entre otros).
- Las personas tomando disulfiram deben ser advertidas de evitar el consumo de alcohol, en aún cantidades muy pequeñas y aunque sea en productos comestibles o en "formas disfrazadas," (esto es, vainilla, salsas, vinagres, medicinas para la tos o el resfriado, lociones para después de afeitarse y linimentos, etc.) puesto que esto causaría una reacción.
- Las personas tomando disulfiram deben ser advertidas de que si consumen alcohol en cualquier cantidad o concentración, esto les producirá varios síntomas indeseables, como: sonrojarse, palpitaciones en la cabeza y en el cuello, dolor de cabeza, dificultad para respirar, náusea, vómito, sudoración, sed, dolor en el pecho, latido cardíaco acelerado, visión borrosa,

mareo y confusión.

- Las personas que toman medicamentos opioides no deben incrementar o disminuir su dosis a menos que haya sido consultado con su médico y el cambio haya sido ordenado por él.
- Las personas que toman medicamentos opioides son particularmente vulnerables a consecuencias médicas adversas si usan al mismo tiempo alcohol y/o drogas ilegales.
- Las personas que toman naltrexona deben ser advertidas de que si son dependientes de opioides, el tomar naltrexona les causará síntomas de retirada de los opioides por un periodo de hasta tres días y bloqueará el efecto de cualquier opioide que tomen durante ese periodo de tiempo.
- El fumar tabaco puede afectar la manera en que el cuerpo procesa los medicamentos. Las sustancias que se encuentran en el alquitrán del tabaco de los cigarrillos pueden estimular enzimas del hígado, y las fluctuaciones en la frecuencia en que se suele fumar pueden resultar en la necesidad de ajustar la dosis del medicamento (disminuir o aumentarla) para alcanzar niveles terapéuticos adecuados.
- Aunque la mayoría de los estudios han informado una falta de asociación entre el parche de nicotina y eventos cardiovasculares, incluyendo en individuos que continúan fumando mientras usan el parche; todos los productos de NRT deben ser usados con precaución por personas que hayan sufrido recientemente (en las dos últimas semanas) un infarto, o aquellas que suelen tener arritmias severas o angina de pecho.
- Los productos de NRT deben ser desechados de manera adecuada (de acuerdo con las instrucciones proporcionadas por la FDA que se encuentran dentro del paquete de estos productos) para prevenir daños a otras personas, incluyendo a los niños, y a las mascotas. Es importante lavarse las manos con agua y jabón después de tocar el parche ya que la nicotina en las manos puede pasarse a la nariz o a los ojos, causando ardor y enrojecimiento.
- Se han reportado convulsiones en el 0.1% de las personas bajo tratamiento con bupropion, por lo que el bupropion está contraindicado para personas con historial de trastornos de convulsiones, que tengan un diagnóstico (actual o previo) de anorexia o bulimia, que estén usando actualmente bupropion en alguna otra presenta-

ción, o que estén usando, o hayan usado, inhibidores de la Monoamino Oxidasa (MAO) en las últimas dos semanas. Otros factores que pueden incrementar el riesgo a desarrollar convulsiones y que están clasificados como advertencias para personas usando este medicamento incluyen historial de trauma encefálico, tumores en el sistema nervioso central, la presencia de cirrosis hepática severa, y el uso concomitante de otros medicamentos que disminuyen el umbral para las convulsiones. El bupropion puede usarse de manera segura en combinación con un NRT y puede ser beneficioso en personas con depresión subyacente.

- Aunque la vareniclina es tolerada adecuadamente por la mayoría de las personas, se han recibido informes de casos recientes que han descrito una exacerbación de enfermedades psiquiátricas en personas que sufren de este tipo de trastornos. Esto ha llevado a la FDA a partir de febrero de 2008 a exigir que se incluya una advertencia sobre el uso de vareniclina por personas con enfermedades psiquiátricas. La nota de advertencia específicamente indica que han sido informados síntomas como: estado de ánimo deprimido, ideación suicida, y suicidio en personas que han usado vareniclina en su tratamiento para dejar de fumar. Los pacientes que presenten cambios en la personalidad, aumento en el enojo, o pensamientos suicidas deben ser referidos inmediatamente a una revisión con su médico.
- Como la vareniclina es eliminada casi en su manera original (casi sin cambiar) a través de la orina, ésta debe ser usada con precaución en personas con insuficiencia renal.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA MUJERES EMBARAZADAS

Un panel de consenso de los institutos nacionales de salud recomendó el mantenimiento con metadona como el estándar de cuidado más adecuado para las mujeres embarazadas que presentan dependencia a opioides. Las mujeres embarazadas deben mantenerse en una dosis terapéutica adecuada de metadona. Una dosis efectiva previene el inicio de los síntomas de retirada por 24 horas, reduce o elimina el deseo de consumir la droga y bloquea los efectos eufóricos de otros narcóticos. Una dosis efectiva está usualmente en el rango de los 50–150mgs (Drozdick et al. 2002). La dosis debe ser determinada individualmente, y algunas

mujeres embarazadas podrían ser mantenidas exitosamente con menos de 50mgs, mientras que otras podrían requerir dosis mucho más altas. La dosis frecuentemente necesita ser incrementada según progresa el embarazo de la mujer, esto es debido a los incrementos en el volumen sanguíneo y a los cambios metabólicos específicos del embarazo (Drozdick et al. 2002; Finnegan and Wapner 1988).

Generalmente, la administración de metadona ocurre cada 24 horas. Sin embargo, debido a los cambios metabólicos durante el embarazo, puede que no sea posible manejar adecuadamente a una mujer embarazada durante un periodo de 24 horas con una sola dosis del medicamento. Dosis divididas (dando la mitad en la mañana y la otra mitad por la tarde) durante el tercer trimestre del embarazo, podrían estabilizar los niveles sanguíneos de metadona y tratar efectivamente los síntomas de retirada y el deseo por la sustancia.

Las mujeres bajo tratamiento con metadona pueden amamantar a sus hijos. Es muy baja la cantidad de metadona que puede pasar al bebé a través de la leche materna. El Comité de Drogas de la Academia Americana de Pediatría (AAP) clasifica a la metadona como un “medicamento maternal usualmente compatible con madres que están amamantando” (AAP 2001, pp. 780–781).

El gobierno federal ordena que el cuidado prenatal esté disponible para mujeres embarazadas bajo tratamiento con metadona. Es responsabilidad de los proveedores del tratamiento hacer los arreglos y coordinaciones necesarias para ofrecer el servicio de cuidado prenatal. En estos casos se resalta la importancia del trabajo de un equipo multidisciplinario y se enfatiza la colaboración entre los médicos obstetras, los pediatras y los proveedores de tratamiento para el abuso de sustancias. El tratamiento integral para la mujer embarazada que es dependiente de opioides debe incluir una combinación de mantenimiento con metadona, cuidado prenatal, y tratamiento para el abuso de sustancias. No es recomendable que las mujeres embarazadas en mantenimiento con metadona sean sometidas a desintoxicación, si estas mujeres requieren desintoxicación, el mejor momento para hacerlo es durante el segundo trimestre de embarazo. Aún así, es posible desintoxicar a mujeres dependientes a heroína que usan opioides ilícitos por medio de dosis de metadona gradualmente disminuidas. Para mayor información consulte la

próxima publicación del CSAT, titulada: TIP 51 Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women (CSAT, 2009).

El uso de buprenorfina ha sido examinado durante el embarazo y parece que no causa defectos de nacimiento, pero puede estar asociada a síndrome de retirada en el recién nacido (Jones y Johnson 2001). La buprenorfina no ha sido aprobada para su uso en la población de mujeres embarazadas. Más datos son necesarios sobre la seguridad y efectividad de la buprenorfina en mujeres embarazadas.

La naloxona no debe ser administrada a mujeres embarazadas, ni siquiera como último recurso para una severa sobredosis de opioides. La retirada puede resultar en aborto espontáneo, parto prematuro, o el nacimiento del bebé muerto (Weaver 2003).

Propranolol, labetalol, y metoprolol, son los betabloqueadores de elección para tratar la hipertensión arterial durante el embarazo (McElhatton 2001). Sin embargo, el impacto de su uso para la desintoxicación de alcohol durante el embarazo no es claro.

Las terapias de reemplazo de nicotina (NRT) están contraindicadas durante el embarazo.

Todas las mujeres en edad de concebir que pudieran, o que piensan que pueden quedar embarazadas, deben hablar con su médico sobre la seguridad de utilizar este medicamento antes de empezar, continuar o discontinuar el tratamiento. Los consejeros del abuso de sustancias pueden jugar un papel muy importante en fomentar esta discusión al exhortar a sus pacientes a que hablen con su médico al respecto.

Consejos para Lograr Una Buena Comunicación con los Médicos

SOBRE EL PACIENTE Y SUS MEDICAMENTOS

Envíe un informe escrito.

La meta es hacer que sus preocupaciones e inquietudes estén incluidas en el expediente médico del paciente. Cuando la información está en el expediente médico es más probable que sea tomada en cuenta. Las notas de llamadas telefónicas y las cartas pueden incluirse o no en el expediente.

Redáctelo de manera que parezca un informe – sea claro y sea breve.

Incluya la fecha del informe, el nombre del paciente y su número de seguro social. Por lo general los informes de consultas médicas son de una página. Los informes más extensos tienen menos probabilidad de ser leídos. Incluya secciones importantes como:

- Problema Presentado
- Evaluación
- Tratamiento y Progreso
- Recomendaciones y Preguntas

Mantenga un tono neutral.

Proporcione detalles acerca del uso o abuso de medicamentos de prescripción por parte del paciente. Evite hacer recomendaciones directas acerca de los medicamentos prescritos. Permita que el médico elabore sus propias conclusiones. Esto fortalecerá su alianza con el médico y hará más probable que él o ella actúe en respuesta a su contribución.

Puede descargar una copia electrónica de un ejemplo de un Informe Escrito en la siguiente página de Internet: www.ATTCnetwork.org

- Adams, J.B., & Wachter, A. (1968). Specific changes in the glycoprotein components of seromucoid in pregnancy. *Clinica Chimica Acta: International Journal of Clinical Chemistry* 21(1), 155-157.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs (2001). The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 108(3), 776-789.
- Buhrich, N., Weller, A., & Kevans, P. (2000). Misuse of anticholinergic drugs by people with serious mental illness. *Psychiatric Services* 51(7), 928-929.
- Center for Substance Abuse Treatment (1995). *Detoxification from Alcohol and Other Drugs*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 19. DHHS Publication No. (SMA) 95-3046. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (1995). *Matching Treatment to Patient Needs in Opioid Substitution Therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 20. DHHS Publication No. (SMA) 95-3049. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (1998). *Naltrexone and Alcoholism Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 28. DHHS Publication No. (SMA) 98-3206. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. DHHS Publication No. (SMA) 05-3992. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Cohen, L.S. (1989). Psychotropic drug use in pregnancy. *Hospital & Community Psychiatry* 40(6), 566-567.
- Dean, M., Stock, B., Patterson, R.J., & Levy, G. (1980). Serum protein binding of drugs during and after pregnancy in humans. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 28(2), 253-261.
- Drozdick, J., III, Berghella, V., Hill, M., & Kaltenbach, K. (2002). Methadone trough levels in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 187(5), 1184-1188.
- Finnegan, L.P., & Wapner, R.J. (1988). Narcotic addiction in pregnancy. In: Niebyl, J.R., ed. *Drug Use in Pregnancy*. 2d ed. Philadelphia: Lea & Febiger, pp. 203-222.
- Fiore, M. C., Hatsukami, D. K., & Baker, T. B. (2002). Effective tobacco dependence treatment. *JAMA*, 288(14), 1768-1771.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T.B., et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Fiore, M. C., & Schroeder, L. L. (2003). Effective interventions for persons who use tobacco. Key findings from the United States public health service clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence. *Journal of Clinical Psychiatry Monographs*, 18(1), 64-73.
- Ganrot, P.O. (1972). Variation of the concentrations of some plasma proteins in normal adults, in pregnant women and in newborns. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation Supplementum*, 124, 83-88.
- Garbis, H., & McElhatton, P.R. (2001). Psychotropic, sedative-hypnotic and Parkinson drugs. In: *Drugs During Pregnancy and Lactation: Handbook of Prescription Drugs and Comparative Risk Assessment: With Updated Information on Recreational Drugs*. New York: Elsevier, pp. 182-191.
- Hudmon, K.S., Kroon, L.A., & Corelli R.L. (2006). Smoking Cessation. In: *Handbook of nonprescription drugs: An interactive approach to self-care*, 15th Edition. Washington DC: American Pharmacists Association, pp.1021-1044.
- Jones, H.E., & Johnson, R.E. (2001). Pregnancy and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 187-193.
- Kuhn, W., Koch, S., Helge, H., & Nau, H. (1988). Primidone and phenobarbital during lactation period in epileptic women: Total and free drug serum levels in the nursed infants and their effects on neonatal behavior. *Developmental Pharmacology and Therapeutics*, 11(3), 147-154, 1988.

- Lichtigfeld, F. J. & Gillman, M. A. (1998). Antidepressants are not drugs of abuse or dependence. *Post Graduate Medicine Journal*, 74, 329-322.
- Malcolm, R., Myrick, H., Roberts, J., Wang, W., & Anton, R. (2002) The differential effects of medication on mood, sleep disturbance, and work ability in outpatient alcohol detoxification. *American Journal on Addictions*, 11(2), 141-150.
- McElhatton, P. (2001). Heart and circulatory system drugs. In: Schaefer, C. *Drugs During Pregnancy and Lactation: Handbook of Prescription Drugs and Comparative Risk Assessment*. Amsterdam: Elsevier Science B.V., pp. 116-131.
- Mortola, J.F. (1989). The use of psychotropic agents in pregnancy and lactation. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 69-88.
- National Tobacco Cessation Collaborative (NTCC) (2007). *Key points to help dispel the myths about nicotine and NRT: For consumers, patients, quitline operators, and health care providers*. Retrieved on November 06, 2007, from: <http://www.tobacco-cessation.org/PDFs/NicFactSheet-3-07.pdf>
- National Tobacco Cessation Collaborative (NTCC) (2007). NTCC news: March 2007. Retrieved on November 06, 2007, from: http://www.tobacco-cessation.org/news_march.htm
- National Tobacco Cessation Collaborative (NTCC) (2007). Resources: Tobacco cessation medications (FDA approved). Retrieved on November 06, 2007, from: <http://www.tobacco-cessation.org/resources.htm>
- Northwest Network Mental Illness Research and Education Center and Center for Excellence in Substance Abuse Treatment and Education of the VA Puget Sound Health Care System (n.d.). *Brief Smoking Cessation Treatment for Substance Dependent Populations: Clinician Training Manual*.
- Okuyemi, K. S., Nollen, N. L., & Ahluwalia, J. S. (2006). Interventions to facilitate smoking cessation. *American Family Physician*, 74, 262-271.
- Perucca, E., & Crema, A. Plasma protein binding of drugs in pregnancy (1982). *Clinical Pharmacokinetics*, 7(4), 336-352.
- Pond, S.M., Kreek, M.J., Tong, T.G., Raghunath, J., & Benowitz, N.L. (1985). Altered methadone pharmacokinetics in methadone-maintained pregnant women. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 233(1), 1-6.
- Potts, L.A., Garwood, C.L. (2007). Varenicline: The newest agent for smoking cessation. *Am J Health Syst Pharm*, 64, 1381-4.
- Reeves, R.R. & Brister, J.C. (2007). Additional evidence of the abuse potential of quetiapine. *Southern Medical Journals*, 100, 834-6.
- Robert, E., Reuvers, M., & Shaefer, C. (2001). Antiepileptics. In: Schaefer, C.H., ed. *Drugs During Pregnancy and Lactation: Handbook of Prescription Drugs and Comparative Risk Assessment: With Updated Information on Recreational Drugs*. Amsterdam: Elsevier, pp. 46-57.
- Sernyak, M.J., Leslie, D.L., Alarcon, R.D., Losonczy, M.F., & Rosenheck, R. (2002). Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 561-566.
- Sutton, L.R., & Hinderliter, S.A. (1990). Diazepam abuse in pregnant women on methadone maintenance: Implications for the neonate. *Clinical Pediatrics* 29, 108-111.
- The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives (2000). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. *The Journal of the American Medical Association*, 283(24), 3244-3254.
- Tobacco Free Coalition of Oregon (TOFCO) (2007). *Make it your business: Insure a tobacco-free workforce*. Cessation fact sheet. Retrieved on November 02, 2007, from: http://www.tobaccofreeoregon.org/projects/miyb/pdf/cessation_fact_sheet.pdf
- US Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (2007). *FDA Patient Information Sheet for Varenicline (marketed as Chantix)*. Retrieved on November 02, 2007, from: <http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/patient/vareniclinePIS.htm>
- Warner, C.H., Bobo, W., Warner, C., Reid, S., & Rachal, J. (2006). Antidepressant Discontinuation Syndrome. *Journal of American Family Physicians*, 74, 449-57.
- Weaver, M.F. (2003). Perinatal addiction. In: Graham, A.W., Schultz, T.K., Mayo-Smith, M.F., Ries, R.K., and Wilford, B.B., eds. *Principles of Addiction Medicine*, 3d ed. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, pp. 1231-1246.

Abilify	5, 6, 12	Ativan	20, 29, 32
acamprosate (acamprosato)	32, 33, 36-38	atomoxetine (atomoxetina)	24-25
acetaldehído	33	Aventyl	35
Acurox	27	barbitúricos	29-32
Adderall	24	Benadryl	10
Adderall XR	24	benzodiacepinas	14, 20-23, 29-30, 32, 34, 36
agentes para la terapia de mantenimiento con opioides	34	benztropine (benztropina)	8, 10-11, 19
agentes para el retiro del alcohol	32	bloqueo cardiaco	18
agentes para discontinuar el uso de los opioides	34	buprenorphine (buprenorfina)	26, 34-37, 41
agonista	26, 35, 38	bupropion	16-18, 24-25, 35-40
agranulocitosis	7	BuSpar	20
agudo	21	bupirone (buspirona)	20-22
alprazolam (alprazolam)	20-22	butorphanol (butorfanol)	26
amantadine (amantadina)	10	Butrans	26, 34
Ambien	29	Campral	32
amitriptyline (amitriptilina)	16, 36	Capital with Codeine (Capital con codeine)	26
amoxapine (amoxapina)	16, 18	carbamazepine (carbamazepina)	13, 32
Anafranil	16	Carbatrol	12
analgésico	26-28, 34	Catapres	34-35
Anatensol	5	Celexa	16
Anexsia 5/500	26	Chantix	35, 39
Antabuse	32	chlordiazepoxide (clordiazepoxida)	20
antagonista	35	chlorpromazine (clorpromacina)	5
anticolinérgico	10	citalopram (citalopram)	16-17
anticonvulsivos	12-14, 29-32	clomipramine (clomipramina)	16
antidepresivos sedantes	29-30	clonazepam (clonazepam)	20-22, 29
antipsicóticos atípicos	5-8, 12-14, 21, 30	clonidine (clonidina)	34-35
antipsicóticos nuevos	5-6	clorazepate (cloracepato)	20, 22
antipsicóticos sedantes	29-30	clozapine (clozapina)	5, 7
antipsicóticos tradicionales	5-8	Clozaril	5-7
aripiprazole (aripiprazol)	5-7, 12	codeine (codeína)	26
Artane	10	Cogentin	10
asenapine (asenapina)	5, 7, 12	Concerta	24
Asendin	16	crisis de alta presión en la sangre	18
Aspirina	26	Cymbalta	16
Atarax	20	Dalmane	29
		d-amphetamine (d-anfetamina)	24

Darvocet N 100 . . . . .	.26	fentanyl . . . . .	.26
Darvocet N 50 . . . . .	.26	Fioricet with Codeine . . . . .	.26
Darvon . . . . .	.26	Fiorinal with Codeine . . . . .	.26
Daytrana . . . . .	.24	fluoxetine (fluoxetina)	12, 16-17, 19
Demerol . . . . .	.26	fluphenazine (flufenacina) . . . . .	.5
Depakene . . . . .	.12	flurazepam (flurazepam) . . . . .	.29
Depakote . . . . .	.12, 29, 32	fluvoxamine (fluvoxamina)	16-17
Depakote ER . . . . .	.12	Focalin . . . . .	.24
Depakote Sprinkle . . . . .	.12	fórmulas de liberación prolongada . . . . .	.13
descompensación . . . . .	.17	gabapentin (gabapentina) . . . . .	.12, 20, 32
desintoxicación	23, 27, 34, 40-41	Gabitril . . . . .	.12, 20
desipramine (desipramina) . . . . .	.16, 36	Geodon	5-6, 12
Desoxyn . . . . .	.24	guanfacine (guanfacina)	24-25
Desyrel . . . . .	.16, 29	Halcion . . . . .	.29
Dexedrine . . . . .	.24	Haldol . . . . .	.5
diabetes mellitus . . . . .	.6, 8	haloperidol (haloperidol) . . . . .	.5
diazepam (diazepam)	14, 20, 22-23, 29, 32	Heroin (heroína) . . . . .	.27, 34, 40
Dilaudid . . . . .	.26	hydromorphone (hidromorfona) . . . . .	.26
diphenhydramine (difenhidramina) . . . . .	.10	hydroxazine (hidroxizina)	20-22
discrasias sanguíneas . . . . .	.7	iloperidone (iloperidona) . . . . .	.5, 7
disquinesia tardía . . . . .	.6, 8	imipramine (imipramina) . . . . .	.16, 36
disulfiram (disulfiram) . . . . .	.32-33, 36, 38-39	Inderal	20-22
divalproex sodium (divalproex sódico) . . . . .	.12, 32	inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO) . . . . .	.16, 40
Dolophine . . . . .	.26, 34	insomnio . . . . .	.8, 18, 22, 24, 25, 29-30, 38-39
dopamina . . . . .	.17, 36	intoxicación por estimulantes . . . . .	.36
Doral . . . . .	.29	Intuniv . . . . .	.24
doxepin (doxepina) . . . . .	.16	Invega . . . . .	.5
drogas de club . . . . .	.36	Ionsys . . . . .	.26
duloxetine (duloxetina) . . . . .	.16	isocarboxazid (isocarboxazida) . . . . .	.16
Effexor . . . . .	.16	Kadian . . . . .	.26
Effexor ER . . . . .	.16	Keppra . . . . .	.12
Elavil . . . . .	.16	Klonopin	20-21, 29
E-Lor . . . . .	.26	l & d-amphetamine (l y d-anfetamina) . . . . .	.24
Embeda . . . . .	.27	Lamictal	12-13
Empirin . . . . .	.26	lamotrigine (lamotrigina) . . . . .	.12
Endocet . . . . .	.26	levetiracetam (levetiracetam)	12-13
escitalopram (escitalopram)	16-17	Levo-Dromoran . . . . .	.26
Eskalith . . . . .	.12	Levorphanol (levorfanol) . . . . .	.26
Eskalith CR . . . . .	.12	Lexapro . . . . .	.16
estazolam (estazolam) . . . . .	.29	Librium . . . . .	.20
Etrafon . . . . .	.5	lípidos	6-7
Exalgo . . . . .	.26	lithium products (productos de litio)	12-15
Fanapt	5-6	Lithobid . . . . .	.12

lorazepam (lorazepam)	14, 20, 22, 29, 32	opioides	22, 26-28, 33-41
Lorcet Plus	26	opioides naturales	26
Lortab	26	Oramorph	26
loxapine (loxapina)	5	Orap	5
Loxitane	5	oxazepam (oxazepam)	20, 22, 29
Ludiomil	16	oxcarbazepine (oxcarbazepina)	12
Luvox	16-17	oxycodone (oxicodona)	26-27
Lyrica	20	OxyContin	26
maprotiline (maprotilina)	16	oxymorphone (oximorfona)	26
Marijuana (marihuana)	36	Pamelor	16, 35
Marplan	16	Parnate	16
Maxidone	26	paroxetine (paroxetina)	16-17
Mellaril	5	Paxil	16
meperidine (meperidina)	26	Paxil CR	16
mesoridazine (mesoridiazina)	5	pentazocine (pentazocina)	26
Metadate CD	24	Percocet	26
Metadate ER	24	Percodan	26
Methadone (metadona)	23, 26-28, 33-37, 40	Permitil	5
Methadose	26, 34	perphenazine (perfenacina)	5
methamphetamine (metanfetamina)	24	Phenaphen with Codeine #3 (Phenaphen con codeína)	26
Methylin ER	24	Phenaphen with Codeine #4 (Phenaphen con codeína)	26
methylphenidate (metilfenidato)	24-25	phenelzine (fenzina)	16
microencapsulado	7	pimozide (pimozida)	5
mirtazapine (mirtazapina)	16	pregabalin (pregabalina)	20-21
Moban	5	prevención de la recaída al uso de estimulantes	36
modafinil (modafinil)	24	productos anticonvulsivos	12-13
molindone (molindona)	5	productos del litio	12-13
Morphine (morfina)	26	productos del opio, la morfina y la codeína	26
naloxone (naloxona)	34-36, 41	Prolixin	5
naltrexone (naltrexona)	32-37, 39	propoxyphene (propoxifeno)	26
narcolepsia	24-25	propranolol (propranolol)	20, 41
Nardil	16	ProSom	29
Navane	5	protriptyline (protriptilina)	16
nefazodone (nefazodona)	16	Provigil	24
Neurontin	12, 20, 29, 32	Prozac	16-17
Nopramin	16	Prozac Weekly	16-17
norepinephrine (norepinefrina)	17-18, 24, 36	psicoactivo	33
nortriptyline (nortriptilina)	16, 35	psicosis	6, 9, 15, 29, 36
olanzapine (olanzapina)	5, 7, 12, 20-21	quazepam (quazepam)	29
olanzapine plus fluoxetine (olanzapina más fluoxetina)	12	quetiapine (quetiapina)	6-8, 12, 20-21
opio	26		

Remeron	16, 29	thioridazine (tioridazina)	5
Remeron SolTab	16	thiothixene (tiotixena)	5
Restoril	29	Thorazine	5
ReVia	32, 34	tiagabine (tiagabina)	12, 20-21
Risperdal	5-6, 12, 20	Tofranil	16
Risperdal Consta	5	tolerancia cruzada	20-21
risperidone (risperidona)	5-6, 12, 20	Topamax	12, 29, 32
Ritalin	24	Topamax Sprinkle	12
Roxanol	26	topiramate (topiramato)	12, 32-33
Roxicet	26	toxicidad	23
Roxicet oral solution	26	toxicidad del litio	13
Roxicodone	26	tramadol (tramadol)	26
Roxiprin	26	Tranxene	20
Sarafem	16-17	tranylcypromine (tranilcipromina)	16
Schedule II drugs (Drogas de Nivel II)	25	trazodone (trazodona)	16
secobarbital (secobarbital)	29, 32	triazolam (triazolam)	29
Seconal	29, 32	trihexyphenidyl (trihexifenidilo)	8, 10-11
sedación	6-7, 13, 17-18, 22, 30, 33-34	Trilafon	5
Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs (inhibidores de la recaptura de serotonina)	16	Trileptal	12
Serax	20, 29	Tylenol	26
Serentil	5	Tylenol with Codeine	26
Seroquel	5-8, 12, 20, 29	Tylenol with Codeine syrup	26
serotonina	16-18, 21	Tylox	26
sertraline (sertralina)	16-17	Ultram	26
Serzone	16, 29	Valium	20, 22, 29, 32
síndrome neuroléptico maligno	6, 8, 18	valproic acid (acido valproico)	12-14, 23
Sinequan	16, 29	venlafaxine (venlafaxina)	16-18
Sonata	29	Vicodin	26
Stelazine	5	Vicodin ES	26
Strattera	24	Vistaril	20
Suboxone	27, 34-35	Vivactil	16
Subutex	26, 34	Wellbutrin	16, 24
Symbyax	12	Wellbutrin SR	16
Symmetrel	10	Wygesic	26
Talacen	26	Xanax	20
Talwin	26	zaleplon	29-30
Talwin Compound	26	ziprasidone	5, 12
Tegretol	12, 32	Zoloft	16
temazepam (temazepam)	29	zolpidem	29-30
Tenex	24	Zyprexa	5-6, 12, 20, 29
tetrahydrocannabinol, THC (tetrahidrocanabidol)	36	Zyprexa Zydis	5, 12, 29

Esta publicación fue posible gracias a la dedicación y compromiso de muchos individuos y organizaciones. Esto incluye una adaptación de la edición del 2004 que fue modificada y ampliada por CSAT para su inclusión en la publicación TIP 42: Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders.

Desde el 2000 esta publicación ha sido modificada con la intención de facilitar su lectura por una audiencia más amplia y, para mantener la meta de actualizar esta publicación bianualmente, la lista de medicamentos se ha expandido, incluyendo medicamentos que se usan en el tratamiento de las adicciones al Alcohol, Tabaco y otras Drogas.

Mid-America ATTC reconoce con gratitud a las personas que contribuyeron en ediciones previas de esta publicación:

Sally Baehni, MDiv; Ignacio Alejandro Barajas Munoz, MS; Jan Campbell, MD; Merritt Engel, MA; Thomas Gregory, Pharm. D, BCPS, CGP, CPE; Joseph Parks, MD; Richard K. Ries, MD; Joyce Sassi, MS, NP; Pat Stilen, MSW; Alicia Wender, PhD.

Las personas y organizaciones que contribuyeron en el desarrollo de la edición del 2013 de esta publicación son:

Ignacio Alejandro Barajas Munoz, MS, Editor
Caribbean Basin and Hispanic ATTC Staff,
Revision de la Edición en Español

Hablando con los Pacientes acerca de sus Medicamentos

Los problemas psiquiátricos no tratados son una causa común del fracaso en el tratamiento para los trastornos de uso de sustancias. El apoyo a los pacientes con enfermedades mentales para que continúen tomando sus medicamentos psiquiátricos puede mejorar significativamente los resultados del tratamiento para los trastornos de uso de sustancias.

Preparándose para comenzar: Periódicamente, entre cada dos o tres sesiones, tome de 5 a 10 minutos de la sesión para hablar con sus pacientes acerca de los siguientes temas:

Recordarles que el cuidado de su salud mental les ayudará a prevenir una recaída.

Pregúnteles cómo sus medicamentos psiquiátricos les han ayudado.

Reconozca que tomar un medicamento diariamente es fastidioso.

Reconozca que cada persona bajo tratamiento falla algunas veces en tomarse el medicamento.

No pregunte si no se tomaron algunas dosis, mejor pregunte “¿Cuántas dosis no se tomaron?”

Pregunte si se han sentido o han actuado diferente en los días en que no tomaron el medicamento.

¿Se relaciona el no tomarse el medicamento según prescribió el médico con una recaída en el uso de alguna sustancia?

Sin juzgar, pregunte “¿Qué entiendes que ocurrió que no te tomaste el medicamento?, ¿Se te olvidó, o tú decidiste no tomarlo en esa ocasión?”

Para los pacientes que olvidaron tomar su medicamento, pídeles que consideren las siguientes estrategias:

Conserve el medicamento en un lugar donde lo vea frecuentemente, junto al control remoto de la televisión, cerca del refrigerador, o pegado con cinta adhesiva al mango del cepillo de dientes. Cada persona tiene dos o tres cosas que hace cada día sin fallar. Ponga el medicamento en un lugar

donde no pueda ser ignorado o evitado mientras realiza esa actividad, pero siempre fuera del alcance de los niños.

Sugíerales utilizar una alarma programada a la hora del día en que deben tomar el medicamento. Reprograme la alarma según sea necesario.

Sugíerales que utilicen un Mediset: una pequeña caja de plástico con espacios específicos para colocar los medicamentos para cada día de la semana, estos están disponibles en cualquier farmacia. El Mediset actúa como un recordatorio y ayuda a llevar un registro de si el medicamento se ha tomado o no.

Para los pacientes que admitieron haber elegido NO tomar su medicamento:

Reconozca que ellos tienen el derecho a elegir NO tomar medicamentos.

Enfatice que es responsabilidad de ellos el asegurarse de que sus decisiones estén bien pensadas. Además, recuérdelos que esa es una decisión muy importante acerca de su salud personal y que necesitan discutirla con su médico.

Pregúnteles cuál fue la razón por la que eligieron no tomar el medicamento.

No acepte “*simplemente no me gustan las pastillas*”. Dídeles que usted está seguro de que ellos no tomarían una decisión tan importante sin tener alguna razón.

Ofrezca algunos ejemplos de razones por las que otras personas podrían decidir no tomar el medicamento. Por ejemplo, ellos:

1. Creen que nunca lo han necesitado, nunca estuvieron mentalmente enfermos
2. Creen que ya no lo necesitan; están curados
3. No les gustan los efectos laterales o secundarios
4. Temen que el medicamento les causara daño
5. Batallan con las objeciones o las burlas de amigos y familiares

6. Sienten que tomar el medicamento significa que ellos no estarán en control de su propia vida.

Transición a otros temas fuera de los medicamentos psiquiátricos. Pregunte qué tipos de apoyo o técnicas utilizan ellos para ayudarles con las emociones y conductas cuando eligen no tomar el medicamento.

Acercamiento General: El modo de acercamiento cuando se habla con los pacientes acerca de los medicamentos psiquiátricos es exactamente el mismo que cuando se habla sobre sus decisiones sobre el abuso de sustancias.

Explore qué precipita o provoca la conducta que se pretende cambiar (ya sea el uso inadecuado de alcohol, el uso de sustancias ilícitas, o no tomar los medicamentos psiquiátricos prescritos).

Revise por qué la conducta que se pretende cambiar parecía como una buena idea en su momento.

Revise las consecuencias reales que resultaron de su elección.

Pregunte si su elección les permitió obtener lo que estaban buscando.

Desarrolle estrategias con los pacientes acerca de qué podrían hacer diferente en el futuro.

Estrategias Breves De Consejería Para Utilizar Con Consumidores De Tabaco—Modelo de las 5As

AVERIGÜE—pregunte sobre el consumo de tabaco y previos intentos de renunciar

Inicie el dialogo

“¿consume usted tabaco? ¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar tabaco? Dígame sobre previos intentos para dejar el tabaco, ¿que le ayudo? y ¿qué no le ayudo?”

ASESORE—Dar consejo para el abandono. De una manera clara, contundente y personalizada, instar a todos los fumadores a que abandonen el tabaco

El consejo debe ser:

Claro: “Es importante que deje de fumar (o de usar el tabaco de mascar) ahora, y yo puedo ayudarle”. “No basta con disminuir la cantidad de consumo mientras se encuentre enfermo” “Fumar ocasionalmente o en poca cantidad será también peligroso”.

Firme: “Como su médico, quiero que sepa que dejar de fumar es la medida más importante que puede tomar para proteger su salud actualmente y en el futuro. El equipo médico y yo le ayudaremos”.

Personalizado: Asociar el consumo de tabaco con los síntomas y problemas de salud actuales, y/o su coste social y económico, y/o el efecto sobre la salud de los niños y de otros familiares: “Continuar fumando empeorará su asma, y dejar de fumar puede mejorar mucho su salud”. “Dejar de fumar puede reducir el número de infecciones de oído de su hijo”.

APRECIE—Valorar la motivación para hacer un intento. ¿Está el fumador motivado para hacer un intento de abandono en este momento?

Determinar el grado de motivación de los pacientes para dejar de fumar:

“¿Está usted dispuesto a hacer un intento de abandonar el tabaco?” En una escala del 1 al 10, donde el 1 significa “nada motivado” y 10 “extremadamente motivado”, ¿que tan listo/a está usted para dejar el tabaco dentro de los próximos 30 días?”

Si el paciente está dispuesto y motivado:

Ofrecer información sobre investigaciones en abandono del tabaco. “La investigación ha de-

mostrado que renunciar al tabaco es posible para todas las poblaciones”. De hecho, existen más personas que han rebuscado al tabaco que personas que continúan usando tabaco, y aproximadamente el 80% de las personas en los Estados Unidos no usan tabaco”.

Hable sobre tratamientos eficaces disponibles, como las terapias de reemplazo de nicotina (NTR), medicamentos, recursos de auto-ayuda (líneas telefónicas de ayuda, grupos de apoyo, etc.), y consejería.

Si el paciente afirma claramente que no está motivado para hacer un intento de abandono en este momento, se elaborará una intervención para aumentar la motivación con vistas a la realización de futuros intentos de abandono (vea la sección de las 5 Rs que aparece más adelante en esta publicación).

AYUDE—Ayudar al paciente a dejar el tabaco (dar consejo y medicación)

A los pacientes motivados para hacer un intento se les debe de ofrecer tratamiento farmacológico y se les debe dar (o derivar para que reciban) consejo y tratamiento adicional para ayudar al paciente en el abandono.

Preparación de los pacientes para el abandono:

- Fije una fecha para el abandono. Idealmente, el día debe estar en las 2 semanas siguientes.
- Hable a familiares, amigos y compañeros de trabajo sobre el abandono, y pedir comprensión y apoyo.
- Anticípese a las dificultades que pueden aparecer durante el intento de abandono, particularmente en las primeras semanas. Esto incluye los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico.
- Elimine de su entorno todas las referencias al tabaco. Antes de la fecha de abandono, evite fumar en los lugares donde pase mucho tiempo (p. ej., trabajo, casa, coche). Haga que su casa esté libre de humos.

Dar consejos prácticos (resolución de problemas/ formación en habilidades)

Abstinencia. Es esencial esforzarse para conseguir una abstinencia total. Ni siquiera una calada después de la fecha de abandono.

Experiencia previa de abandono. Identificar qué ayudó y qué perjudicó en intentos previos de abandono. Apoyarse en el éxito del pasado.

Anticípese a las dificultades y desencadenantes del próximo intento. Discuta las dificultades/desencadenantes del deseo usar tabaco y cómo el paciente podrá superarlos con éxito (p. ej., evitar desencadenantes, alterar la rutina).

Alcohol. Como el alcohol se asocia a las recaídas, el paciente debe plantearse limitar o abstenerse de beber alcohol durante el abandono (no olvidar que reducir la ingesta de alcohol puede desencadenar un síndrome de abstinencia en los paciente con dependencia al alcohol).

Presencia de otros fumadores en la familia. El abandono es más difícil cuando hay otros fumadores en la familia. Los pacientes deberían animar a éstos a que dejaran el tabaco con ellos o a no fumar en su presencia.

Ofrecer apoyo social durante el tratamiento

Facilite el apoyo del entorno clínico durante el proceso de motivación del paciente en su intento de abandono. “Mi equipo y yo estamos dispuestos a ayudarlo en cualquier momento”. “Le recomiendo un tratamiento que le ofrecerá apoyo continuo durante el proceso”.

Brinde materiales de autoayuda, incluyendo información sobre las líneas telefónicas de ayuda proporcionadas por fuentes como: agencias oficiales, agencias no gubernamentales, red nacional de líneas telefónicas de ayuda al fumador (1-800-QUIT-NOW) y departamentos de salud/

líneas telefónicas de ayuda locales, estatales, de comunidades étnicas. Proporcionar información adecuada desde los puntos de vista cultural, étnico, educativo y etario.

ARREGLAR—Programar el contacto de seguimiento

En el caso de los pacientes motivados se deben programar contactos para el seguimiento, comenzando en la primera semana después del día del abandono.

En los pacientes no preparados para hacer un intento de abandono en este momento, se debe abordar en la siguiente visita de seguimiento el consumo de tabaco y el deseo de abandonarlo.

Calendario:

El primer contacto de seguimiento debería realizarse poco después de la fecha de abandono, preferiblemente en la primera semana. Se recomienda programar un segundo contacto en el primer mes. Programar las demás visitas según esté indicado.

Acciones durante el seguimiento: En todos los pacientes, identifique los problemas ya detectados y anticipé a las dificultades del futuro inmediato. Valore el uso de medicación y sus problemas. Recuerde las líneas telefónicas de ayuda al fumador (1-800-QUIT-NOW). Aborde el consumo de tabaco en la siguiente consulta (trate el tabaquismo como una enfermedad crónica).

Felicite a los pacientes que permanezcan abstinentes.

Si se ha producido una recaída:

Revise las circunstancias y motivos y consiga de los pacientes el compromiso de abstinencia total. En estos casos, plantéese la posibilidad de realizar un tratamiento más intensivo o una derivación a otros profesionales para dicho tratamiento.

Estrategias Breves De Consejería Para Utilizar Con Consumidores De Tabaco Que No Desean Descontinuar Su Consumo—las “5 Rs”

RELEVANCIA

Animar al paciente a que señale por qué el abandono es relevante para él, y que sea lo más específico que pueda. La información motivacional tiene su máximo efecto si es relevante para la enfermedad o riesgo de enfermedad del paciente, su familia o un situación social (p. ej., tener niños en casa), preocupación por la salud, edad, sexo, y otras características importantes (p. ej., experiencias en abandonos previos, dificultades personales para dejar de fumar).

El profesional sanitario debe pedir al paciente que identifique consecuencias negativas del consumo de tabaco. Puede sugerir y realzar las que sean más relevantes para el paciente.

RIESGO

El profesional sanitario debe insistir en que fumar cigarrillos con bajo contenido en alquitrán y nicotina o el uso de otras formas de tabaco (p. ej., tabaco sin humo, puros y pipas) no eliminará estos riesgos. Algunos ejemplos de riesgo son:

- Riesgos agudos: dificultad respiratoria, agudización de asma, incremento del riesgo de infecciones respiratorias, perjudicial para el embarazo, impotencia, infertilidad.
- Riesgos a largo plazo: Accidente cerebrovascular e infarto de miocardio, cáncer de pulmón y otros cánceres (p. ej., laringe, cavidad oral, faringe, esófago, páncreas, estomago, riñón, vejiga, cuello uterino y leucemia mielocítica aguda), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica y enfisema), osteoporosis, discapacidad crónica y necesidad de asistencia prolongada.
- Riesgos ambientales: Aumento del riesgo de cáncer de pulmón y cardiopatía isquémica en los cónyuges, aumento del riesgo de bajo peso al nacimiento, síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), asma, otitis media, e infecciones respiratorias en hijos de fumadores.

RECOMPENSAS

El profesional sanitario debe pedir al paciente que identifique los posibles beneficios del abandono del tabaco. El profesional sanitario puede sugerir y realzar los que parezcan más relevantes para el paciente. Ejemplos de recompensa:

- Mejora la salud.
- Mejora el sabor de los alimentos.
- Mejora el sentido del olfato
- Ahorro de dinero
- Mejora la satisfacción con uno mismo
- El coche, la casa, la ropa y el aliento olerán mejor
- Dará un buen ejemplo a sus hijos y disminuirá la probabilidad de que ellos sean fumadores.
- Hijos más sanos.
- Se sentirá mejor físicamente
- Mejor rendimiento físico.
- Mejora del aspecto, menos arrugas y menor envejecimiento de la piel, los dientes estarán más blancos.

RESISTENCIA

El profesional sanitario debe pedir al paciente que identifique barreras, impedimentos y dificultades para abandonar el tabaco, y proporcionar tratamiento (asesoramiento para la resolución de problemas, tratamiento farmacológico) para superar las barreras. Los obstáculos más frecuentes pueden incluir:

- Síndrome de abstinencia
- Miedo al fracaso
- Aumento de peso
- Falta de apoyo
- Depresión
- Placer de fumar
- Estar rodeado por otros consumidores de tabaco
- Desconocimiento de la eficacia de las opciones terapéuticas

REPETICIÓN

La intervención motivacional se debe repetir siempre que un paciente sin motivación acuda a un centro médico. A los consumidores de tabaco que han tenido fracasos en intentos previos se les debería explicar que la mayoría de los fumadores

realizan varios intentos previos antes de lograr la abstinencia permanente.

- Más información sobre las cinco As y las cinco Rs está disponible de manera gratuita en la publicación *Guía de Tratamiento del Tabaquismo* (DHHS, 2010).



Creado por

Mid-America (HHS Region 7)

ATTC

Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration



Revisado por

Northeast & Caribbean (HHS Region 2)

ATTC

Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration

**Accede a la base de datos interactiva de esta publicación
en la dirección www.findrxinformation.org.**

Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration