



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de Sistemas Biológicos

Informe de Conclusión de Servicio Social
Licenciatura en Químico Farmacéutico Biólogo

**“Registro y Evaluación de Reacciones Adversas por Interacciones
Farmacológicas en el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno”**

Alumna
Rodriguez Reyes Tania

Matricula
2203020555

Asesora Interna
Dra. Lucia Ortega Cabello No. Eco. 36083



Asesora Externa
Dra. Copytzy Cruz Cruz. No. de cédula: 11411287



índice

Introducción.....	3
Marco teórico.....	3
Justificación.....	8
Planteamiento del Problema.....	9
Metodología.....	10
Resultados.....	10
Análisis por paciente (Corta Estancia Hombres).....	12
Paciente Hombre 1.....	12
Paciente Hombre 2.....	13
Paciente Hombre 3.....	14
Paciente Hombre 4.....	15
Paciente Hombre 5.....	16
Paciente Hombre 6.....	17
Paciente Hombre 7.....	18
Paciente Hombre 8.....	19
Paciente Hombre 9.....	20
Análisis por paciente (Corta Estancia Mujeres).....	21
Paciente Mujer 1.....	21
Paciente Mujer 2.....	22
Paciente Mujer 3.....	22
Paciente Mujer 4.....	23
Paciente Mujer 5.....	24
Paciente Mujer 6.....	25
Paciente Mujer 7.....	26
Paciente Mujer 8.....	26
Paciente Mujer 9.....	27
Paciente Mujer 10.....	28
Discusión.....	29
Conclusiones.....	30
Recomendaciones.....	30
Aporte a la sociedad.....	31
Referencias.....	32
Anexos.....	34

Introducción

La farmacovigilancia es una disciplina esencial en la práctica clínica hospitalaria, particularmente en los hospitales psiquiátricos donde los pacientes suelen recibir polifarmacia y presentan además consumo de sustancias psicoactivas como cocaína, marihuana, benzodiacepinas, barbitúricos, opiáceos y anfetaminas (Stahl, 2017).

Las interacciones entre medicamentos psicotrópicos y drogas de abuso pueden generar fracaso terapéutico, reacciones adversas graves y complicaciones potencialmente mortales como síndrome serotoninérgico, depresión del sistema nervioso central y alteraciones cardiovasculares (Boyer & Shannon, 2005).

Este informe analiza 19 casos clínicos de pacientes hombres y mujeres, quienes recibieron atención médica-psiquiátrica en una institución de segundo nivel. Los principales hallazgos de este estudio, permitieron analizar los posibles mecanismos de interacción, las consecuencias clínicas y permitió brindar recomendaciones específicas para optimizar el tratamiento de futuros usuarios.

Marco teórico

La farmacovigilancia es la disciplina científica encargada de la identificación, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos, así como de cualquier otro problema asociado con su uso (World Health Organization, 2002). En el contexto psiquiátrico, su importancia se acentúa debido a la alta frecuencia de tratamientos prolongados, el uso simultáneo de varios fármacos psicotrópicos y la presencia común de consumo de sustancias recreativas entre los pacientes. Estos factores convergen en un terreno clínico donde las interacciones farmacológicas y las reacciones adversas pueden pasar desapercibidas si no se realiza una vigilancia activa y sistemática.

En México, los trastornos mentales representan una carga importante para el sistema de salud. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica y otras fuentes nacionales, los trastornos de ansiedad y la depresión son los diagnósticos más frecuentes, seguidos por los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, con una prevalencia cercana al 20 % en la población adulta (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2021). En la última década, el consumo de alcohol, marihuana, cocaína y metanfetaminas se ha incrementado de forma sostenida particularmente entre los jóvenes. Este fenómeno se ha vinculado con un incremento de los ingresos hospitalarios por cuadros psicóticos y afectivos relacionados con el abuso de estas sustancias. La literatura internacional también reconoce la comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y el consumo de drogas, lo cual agrava la evolución clínica y aumenta la resistencia terapéutica (Nelson & Papakostas, 2009).

El género desempeña un papel significativo en los patrones de prescripción y en las características del consumo de sustancias. Estudios realizados en población mexicana han identificado que los hombres presentan tasas más elevadas de consumo de alcohol, cannabis y estimulantes, mientras que las mujeres tienden a ser diagnosticadas con mayor frecuencia con trastornos depresivos y de ansiedad, recibiendo con más frecuencia inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina o benzodiacepinas (Fresán et al., 2015). Estas diferencias pueden reflejar tanto la fisiología y el metabolismo diferencial de los medicamentos entre sexos y los sesgos socioculturales en la demanda y prescripción de tratamiento. Además, investigaciones recientes sugieren que las mujeres, aún con menor consumo global de drogas, pueden desarrollar dependencia más rápidamente y presentar una mayor gravedad de síntomas de abstinencia, lo que resalta la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los programas de farmacovigilancia y tratamiento (Votaw et al., 2019).

Los psicotrópicos constituyen una de las clases terapéuticas más empleadas en el ámbito psiquiátrico. Los antipsicóticos típicos, como el haloperidol, bloquean de manera preferente los receptores dopaminérgicos tipo D2, lo que suprime los síntomas positivos de la esquizofrenia, aunque con riesgo de efectos extrapiramidales. Los antipsicóticos atípicos, como la risperidona, la olanzapina, la quetiapina o el aripiprazol, poseen una acción combinada sobre receptores de dopamina y serotonina, reduciendo dichos efectos motores pero con potencial para inducir síndrome metabólico (Brunton, Hilal-Dandan, & Knollmann, 2018). Los antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como la fluoxetina, la paroxetina y la sertralina, elevan la neurotransmisión serotoninérgica y se utilizan en depresión y ansiedad. Sin embargo, su uso simultáneo con estimulantes como cocaína o anfetaminas puede desencadenar un síndrome serotoninérgico, caracterizado por hipertermia, rigidez y alteraciones autonómicas (Boyer & Shannon, 2005). Los estabilizadores del ánimo, como el ácido valproico y el topiramato, actúan modulando la excitabilidad neuronal a través de mecanismos GABAérgicos, mientras que las benzodiacepinas, como el clonazepam y el diazepam, representan un riesgo de sedación excesiva y dependencia (Katzung, 2021).

El consumo de sustancias recreativas modifica de forma sustancial el curso clínico de los trastornos mentales. En pacientes psiquiátricos, la coexistencia del consumo de marihuana, cocaína, anfetaminas, opiáceos, barbitúricos o benzodiacepinas sin prescripción constituye un factor de riesgo para recaídas, complicaciones metabólicas y toxicidad múltiple. La cocaína y las anfetaminas, por ejemplo, aumentan de manera intensa la liberación de dopamina y noradrenalina, lo cual puede antagonizar los efectos terapéuticos de los antipsicóticos y precipitar crisis psicóticas (Stahl, 2017). Por otro lado, las drogas depresoras del sistema nervioso central, como el alcohol, los barbitúricos o las benzodiacepinas, pueden producir sinergia con fármacos sedantes como el topiramato o las benzodiacepinas, provocando depresión respiratoria o coma (Votaw et al., 2019).

La farmacovigilancia de estas interacciones resulta crucial, ya que las combinaciones entre medicamentos y sustancias recreativas suelen tener mecanismos complejos, tanto farmacodinámicos como farmacocinéticos. Entre los primeros destacan el antagonismo funcional, cuando dos sustancias actúan sobre el mismo sistema con efectos opuestos, y la potenciación, cuando el efecto conjunto excede la suma individual. En el plano farmacocinético, las drogas de abuso pueden inducir o inhibir las enzimas hepáticas

responsables del metabolismo de los psicotrópicos, alterando sus concentraciones plasmáticas. Por ejemplo, la inducción de citocromo P450 por el tabaco puede disminuir la eficacia de la olanzapina, mientras que la inhibición por alcohol puede aumentar los niveles de ciertos antidepresivos, incrementando el riesgo de toxicidad (Goodman & Gilman, 2018).

Un componente fundamental en el ingreso hospitalario de pacientes con diagnóstico psiquiátrico es la aplicación de un examen toxicológico. Esta práctica permite identificar sustancias que el paciente podría no haber reportado, evitando errores diagnósticos como confundir una psicosis inducida por sustancias con un brote esquizofrénico primario y con ello ajustar los tratamientos de manera segura. Estudios clínicos han demostrado que los métodos convencionales de tamizaje pueden subestimar la prevalencia de abuso de sustancias, mientras que los métodos confirmatorios como cromatografía de gases o espectrometría de masas detectan mayor número de compuestos (Underestimation of substance abuse in psychiatric patients by conventional hospital screening, 2014). De esta manera, la toxicología clínica se convierte en una herramienta de farmacovigilancia y diagnóstico diferencial indispensable en los hospitales psiquiátricos.

En los últimos años, algunos pacientes con enfermedades mentales han recurrido al uso de **cannabinoides** como un intento de automedicación o último recurso terapéutico cuando los tratamientos convencionales no resultan eficaces. Aunque se han descrito potenciales beneficios del cannabidiol en ansiedad, insomnio y síntomas psicóticos leves, la evidencia clínica sigue siendo limitada y heterogénea. Revisiones sistemáticas señalan que el cannabidiol posee un perfil de seguridad aceptable, pero los productos con tetrahidrocannabinol pueden agravar la sintomatología psicótica o inducir crisis de ansiedad (Medicinal cannabis for psychiatric disorders, 2020; Risks and Benefits of Cannabis and Cannabinoids in Psychiatry, 2021). Por ello, su empleo debe estar estrictamente supervisado y reservado para casos seleccionados, dentro de protocolos médicos validados.

El uso terapéutico de los fármacos empleados en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos:

Paroxetina

La paroxetina es un antidepresivo perteneciente al grupo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Su acción consiste en bloquear el transportador de serotonina (SERT), lo que incrementa la concentración sináptica de este neurotransmisor y prolonga su actividad en el sistema nervioso central. Clínicamente, se utiliza en el tratamiento de depresión mayor, trastornos de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo, de pánico y fobia social. En el entorno psiquiátrico hospitalario, es especialmente útil en pacientes con síntomas mixtos de ansiedad y depresión (Goodman & Gilman, 2018; Stahl, 2017).

Aripiprazol

El aripiprazol es un antipsicótico atípico con un mecanismo de acción singular al actuar como agonista parcial de los receptores dopaminérgicos D2 y serotoninérgicos 5-HT1A, y antagonista de los receptores 5-HT2A. Esta modulación dual permite estabilizar la neurotransmisión dopaminérgica y serotoninérgica, reduciendo los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, así como episodios maníacos en el trastorno bipolar. Su perfil

farmacológico produce menor incidencia de síntomas extrapiramidales y aumento de peso en comparación con otros antipsicóticos (Katzung, 2021).

Valproato de magnesio

El valproato de magnesio, derivado del ácido valproico, es un estabilizador del estado de ánimo que actúa al aumentar la concentración cerebral de ácido gamma-aminobutírico (GABA), el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central. Además, bloquea canales de sodio y calcio, estabilizando la actividad neuronal. Es uno de los fármacos de primera elección en el manejo del trastorno bipolar, especialmente durante episodios maníacos, y se emplea también como anticonvulsivante (Goodman & Gilman, 2018).

Fluoxetina

La fluoxetina es un ISRS que inhibe selectivamente la recaptura de serotonina, incrementando su disponibilidad sináptica. Posee una vida media prolongada, lo que facilita la adherencia terapéutica. Se utiliza para el tratamiento de depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, bulimia nerviosa y trastorno disfórico premenstrual. En pacientes psiquiátricos hospitalizados, puede ser útil para controlar síntomas afectivos persistentes y comorbilidades ansiosas (Stahl, 2017).

Topiramato

El topiramato es un anticonvulsivante con múltiples mecanismos: bloquea canales de sodio dependientes de voltaje, potencia la acción del GABA y antagoniza receptores de glutamato tipo AMPA/kainato. Se emplea en psiquiatría como coadyuvante en el trastorno bipolar, control de impulsividad, y en el manejo de pacientes con abuso de sustancias debido a su capacidad para reducir la excitabilidad neuronal y el craving (Katzung, 2021).

Metilfenidato

El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central que inhibe la recaptura de dopamina y noradrenalina en la corteza prefrontal. Se emplea en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y, ocasionalmente, en pacientes con apatía o síntomas cognitivos residuales de esquizofrenia. En el contexto psiquiátrico, su uso debe controlarse rigurosamente debido al riesgo de abuso y dependencia (Goodman & Gilman, 2018).

Parches de nicotina

Los parches de nicotina liberan este alcaloide de manera controlada a través de la piel, estimulando los receptores nicotínicos de acetilcolina. Son utilizados como terapia sustitutiva para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia y apoyar la cesación tabáquica en pacientes con dependencia a la nicotina, común en población psiquiátrica (American Psychiatric Association [APA], 2022).

Sertralina

La sertralina es un ISRS que bloquea la recaptura de serotonina a nivel presináptico. Presenta buena tolerabilidad y un perfil de seguridad adecuado en pacientes con comorbilidades. Se utiliza en depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático y fobia social. En psiquiatría hospitalaria, su uso es frecuente en cuadros depresivos con riesgo suicida moderado (Stahl, 2017).

Risperidona

Antipsicótico atípico que bloquea receptores dopaminérgicos D2 y serotoninérgicos 5-HT2A. Su acción dual contribuye a mejorar síntomas psicóticos positivos y negativos, además de reducir la agresividad e irritabilidad en pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y autismo. A dosis elevadas, puede producir síntomas extrapiramidales (Katzung, 2021).

Anfebutamona (Bupropión)

Antidepresivo atípico que inhibe la recaptura de dopamina y noradrenalina sin afectar significativamente la serotonina. Se utiliza en depresión mayor y como apoyo para dejar de fumar. En psiquiatría, resulta útil en pacientes con fatiga, anhedonia y afecto embotado, ya que posee un efecto activador (Goodman & Gilman, 2018).

Clonazepam

Benzodiacepina de acción intermedia que potencia la unión del GABA a su receptor GABA-A, incrementando la entrada de cloro y produciendo hiperpolarización neuronal. Tiene efecto ansiolítico, anticonvulsivante y sedante, y se emplea en el tratamiento de trastornos de ansiedad, insomnio y crisis epilépticas (Stahl, 2017).

Quetiapina

Antipsicótico atípico con afinidad moderada por receptores D2 y alta afinidad por 5-HT2A. También actúa sobre receptores histaminérgicos y adrenérgicos, lo que explica su efecto sedante. Se utiliza en esquizofrenia, trastorno bipolar (fases maníaca y depresiva) y como antidepresivo adyuvante (Katzung, 2021).

Olanzapina

Antipsicótico atípico estructuralmente relacionado con la clozapina. Bloquea receptores D2 y 5-HT2A, reduciendo síntomas psicóticos y afectivos. Su uso incluye esquizofrenia y trastorno bipolar, aunque se asocia con aumento de peso y síndrome metabólico (Goodman & Gilman, 2018).

Pregabalina

Análogo del GABA que se une a la subunidad $\alpha 2\delta$ de los canales de calcio, disminuyendo la liberación de neurotransmisores excitatorios. Se usa en trastornos de ansiedad generalizada y dolor neuropático. En psiquiatría, ayuda a controlar síntomas somáticos de ansiedad y abstinencia de sustancias (Stahl, 2017).

Oxcarbazepina

Anticonvulsivante y estabilizador del ánimo que bloquea canales de sodio, reduciendo la hiperexcitabilidad neuronal. Es útil en el tratamiento del trastorno bipolar y control de irritabilidad o agresividad (Katzung, 2021).

Propranolol

Betabloqueador no selectivo que reduce los efectos fisiológicos de la adrenalina y noradrenalina. Se emplea para el control de síntomas físicos de ansiedad, como taquicardia y temblores, y en la profilaxis de la migraña (APA, 2022).

Mirtazapina

Antidepresivo tetracíclico que bloquea receptores $\alpha 2$ presinápticos, aumentando la

liberación de serotonina y noradrenalina. También antagoniza receptores H1, lo que produce efecto sedante. Es útil en depresión mayor con insomnio o pérdida de peso (Stahl, 2017).

Biperideno

Anticolinérgico central que bloquea receptores muscarínicos, reduciendo los síntomas extrapiramidales inducidos por antipsicóticos. Se utiliza para controlar rigidez, temblores y acatisia (Goodman & Gilman, 2018).

Diazepam

Benzodiacepina de acción prolongada que potencia la actividad del GABA. Su uso incluye ansiedad aguda, espasmos musculares, abstinencia alcohólica y como sedante preoperatorio (Katzung, 2021).

Zuclopentixol

Antipsicótico típico de la familia de las tioxantenos que bloquea receptores dopaminérgicos D1 y D2. En su forma depot, permite control prolongado de síntomas psicóticos en pacientes con pobre adherencia terapéutica (Goodman & Gilman, 2018).

Escitalopram

ISRS altamente selectivo que inhibe la recaptura de serotonina. Se utiliza para el tratamiento de depresión mayor, ansiedad generalizada y trastorno de pánico, con un perfil favorable de tolerabilidad (Stahl, 2017).

Haloperidol (Haldol de Canoas)

Antipsicótico típico de alta potencia que bloquea receptores dopaminérgicos D2, reduciendo síntomas psicóticos y episodios de agitación. Se utiliza en esquizofrenia, psicosis aguda y síndrome de Tourette (Katzung, 2021).

La integración de todos estos factores como uso de psicotrópicos, consumo de sustancias recreativas, diferencias de género, diagnóstico y monitoreo clínico requiere una farmacovigilancia robusta y multidisciplinaria. Su adecuada implementación no solo mejora la seguridad terapéutica, sino que contribuye a la comprensión del comportamiento clínico de los medicamentos en poblaciones complejas y a la generación de evidencia local que fortalezca las políticas de salud mental en México.

Justificación

El estudio de las interacciones farmacológicas entre medicamentos psicotrópicos y sustancias recreativas en pacientes con trastornos mentales constituye un área prioritaria en farmacovigilancia, debido a la elevada prevalencia del consumo de drogas en esta población y al riesgo que representan para la eficacia y seguridad de los tratamientos. Los pacientes psiquiátricos suelen requerir esquemas farmacoterapéuticos complejos, con uso de antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo y ansiolíticos, los cuales, al combinarse con drogas de abuso como marihuana, cocaína, anfetaminas, opiáceos, alcohol, barbitúricos o benzodiacepinas no prescritas, pueden dar lugar a interacciones de relevancia clínica.

Estas interacciones no solo incrementan la probabilidad de efectos adversos graves (síndrome serotoninérgico, depresión respiratoria, arritmias cardíacas o crisis convulsivas),

sino que además comprometen la eficacia terapéutica de los psicotrópicos, favoreciendo recaídas psicóticas, episodios de agitación o descompensaciones afectivas. La literatura científica ha documentado que estos pacientes presentan mayor riesgo de hospitalizaciones prolongadas, reducción en la adherencia al tratamiento y aumento de la morbilidad (Boyer & Shannon, 2005; Stahl, 2017; Votaw, Geyer, Rieselbach, & McHugh, 2019).

En este contexto, la farmacovigilancia desempeña un papel esencial, ya que permite la identificación temprana de patrones de consumo, la detección de reacciones adversas y la generación de evidencia aplicable a la práctica clínica. La investigación sistemática de estos casos no solo contribuye a la seguridad del paciente, sino también al fortalecimiento de estrategias preventivas y a la formación de profesionales de la salud más sensibles a las particularidades de la atención en salud mental.

Planteamiento del Problema

El uso de medicamentos psicotrópicos constituye una de las principales estrategias terapéuticas en el tratamiento de los trastornos mentales. Sin embargo, la eficacia de dichos fármacos puede verse comprometida en pacientes que presentan un consumo concomitante de sustancias recreativas. Esta situación es particularmente frecuente en entornos hospitalarios psiquiátricos, donde la coexistencia de la enfermedad mental y el uso de drogas de abuso genera un cuadro clínico complejo y de difícil manejo (Stahl, 2017).

Las interacciones farmacológicas entre psicotrópicos y drogas recreativas representan un desafío creciente, pues pueden modificar de manera significativa la farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos. Por ejemplo, estimulantes como la cocaína y las anfetaminas contrarrestan el efecto terapéutico de los antipsicóticos al incrementar la liberación de dopamina, mientras que la combinación de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina con estas mismas sustancias puede desencadenar un síndrome serotoninérgico potencialmente fatal (Boyer & Shannon, 2005). De igual modo, el uso simultáneo de depresores del sistema nervioso central (barbitúricos y benzodiacepinas) con psicotrópicos sedantes aumenta el riesgo de somnolencia profunda, deterioro cognitivo y depresión respiratoria (Votaw, Geyer, Rieselbach, & McHugh, 2019).

A pesar de la gravedad de estas interacciones, en la práctica clínica se carece de un registro sistemático y de protocolos de detección temprana que permitan reducir la exposición del paciente a estos riesgos. La ausencia de una vigilancia estructurada genera consecuencias clínicas significativas: aumento de las hospitalizaciones, recaídas psicóticas y afectivas, menor adherencia al tratamiento y un incremento en la morbilidad asociada (Nelson & Papakostas, 2009).

De esta manera, el problema a resolver no se limita al control de los síntomas psiquiátricos, sino que se amplía a la identificación, reporte y manejo de interacciones farmacológicas derivadas del consumo concomitante de drogas recreativas. La farmacovigilancia se presenta entonces como una herramienta indispensable para mejorar la seguridad de la farmacoterapia en salud mental, ya que facilita la detección de patrones de riesgo, el desarrollo de estrategias preventivas y la toma de decisiones clínicas fundamentadas (World Health Organization, 2002).

Metodología

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. La fuente primaria de información estuvo constituida por los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados, en los cuales se identificaron los medicamentos psicotrópicos prescritos, las dosis, vías de administración y frecuencia de uso. Adicionalmente, se registraron los antecedentes de consumo de sustancias recreativas con base en la información contenida en las notas médicas y psiquiátricas.

Los datos obtenidos fueron codificados y analizados para detectar posibles reacciones adversas e interacciones farmacológicas, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2002) y los principios de confidencialidad establecidos por la institución.

Resultados

La tabla 1 muestra las características generales de la muestra de estudio, la cual estuvo conformada por 19 pacientes de los cuales 9 (47.4%) eran hombres y 10 (52.6%) mujeres, con una edad promedio de 27.7 ± 6.6 años (rango: 18–42 años). La mayoría de los pacientes como se observa en la Figura 1 se concentró en los grupos de 26–35 años (42.1%) y 18–25 años (36.8%), lo que confirma el predominio de adultos jóvenes en la población psiquiátrica con consumo de sustancias.

El consumo de drogas ilícitas mostró un patrón de policonsumo severo, siendo la marihuana (100%), la cocaína (94.7%) y las anfetaminas (89.5%) las sustancias más prevalentes. El uso de benzodiacepinas ilícitas (89.5%), opiáceos (78.9%) y barbitúricos (63.2%) también fue frecuente. El alcohol apareció de forma marginal en un solo caso (5.3%).

Respecto al tratamiento farmacológico, se identificó un predominio de antipsicóticos atípicos (78.9%), principalmente olanzapina, risperidona, quetiapina y aripiprazol. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (57.9%), junto con estabilizadores del ánimo (47.4%) y benzodiacepinas prescritas (31.6%), completaron los esquemas más utilizados.

En cuanto a las reacciones adversas e interacciones farmacológicas, se observó una alta frecuencia de eventos clínicamente relevantes. La Tabla 1 también resume la prevalencia de las principales reacciones adversas identificadas en el total de pacientes evaluados. La reacción más frecuente fue la recaída psicótica o fracaso terapéutico del antipsicótico (73.7%), asociada al consumo de cannabis y estimulantes en combinación con tratamiento antipsicótico. El síndrome serotoninérgico representó el 57.9% de los casos, relacionado con la administración de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en pacientes consumidores de cocaína o anfetaminas.

Por otro lado, la depresión respiratoria y riesgo de coma (47.4%) estuvo vinculada al uso simultáneo de benzodiacepinas ilícitas, opiáceos, barbitúricos y fármacos depresores del sistema nervioso central. La hepatotoxicidad (36.8%) se asoció al uso de valproato, oxcarbazepina y consumo de marihuana. Finalmente, los eventos cardiovasculares (26.3%) incluyeron arritmias e hipertensión paradójica, principalmente en pacientes que recibían propranolol y consumían estimulantes.

En síntesis, los resultados evidencian que la combinación de polifarmacia psiquiátrica con policonsumo de sustancias genera un perfil de riesgo elevado para interacciones y reacciones adversas, comprometiendo la seguridad farmacoterapéutica de la población atendida.

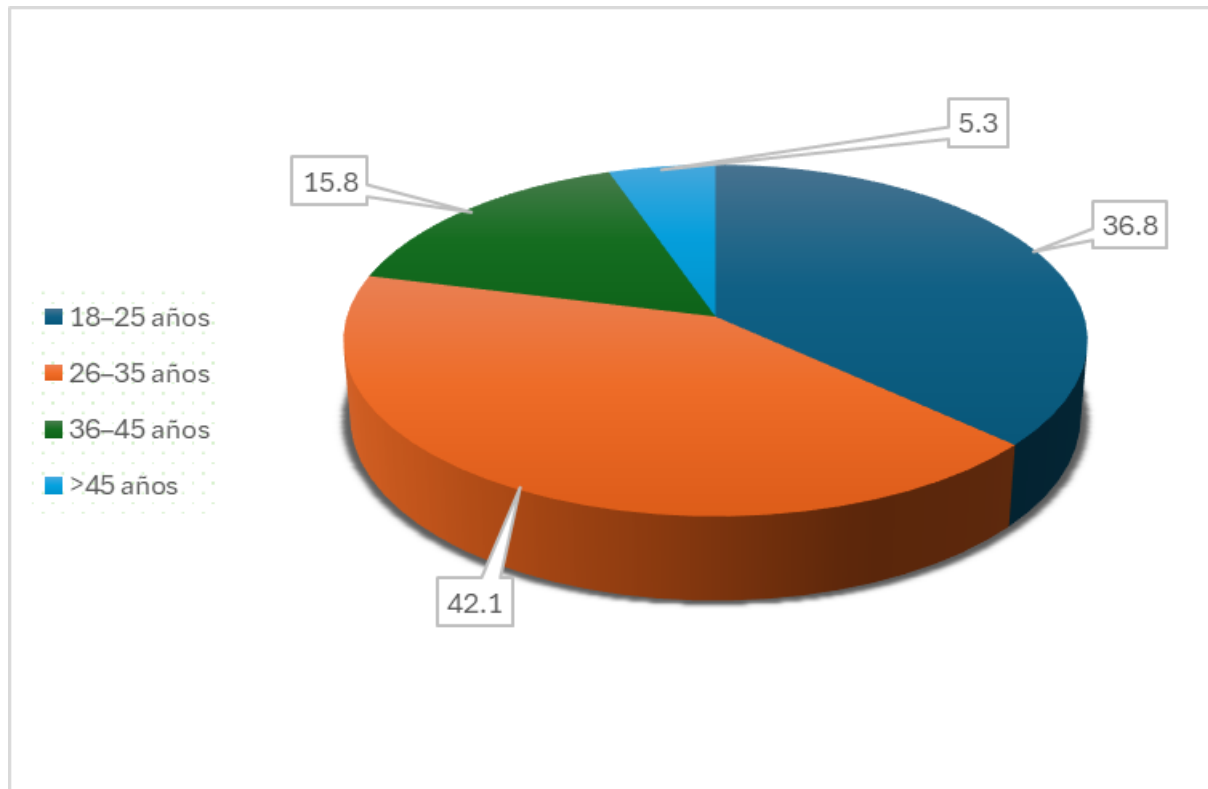


Figura 1. Porcentaje de los grupos etarios de la muestra

Tabla 1. Características generales de los pacientes.

Variable	N	%
Sexo		
Masculino	9	47.4
Femenino	10	52.6
Edad (años) Media ± DE = 27.7 ± 6.6		
Sustancias psicoactivas consumidas		
Marihuana	19	100
Cocaína	18	94.7

Benzodiacepinas (ilícitas)	17	89.5
Anfetaminas	17	89.5
Opiáceos	15	78.9
Barbitúricos	12	63.2
Tratamientos farmacológicos más frecuentes		
Antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol)	15	78.9
Antipsicóticos típicos (haloperidol, zuclopentixol)	3	15.8
Antidepresivos ISRS (paroxetina, sertralina, fluoxetina, escitalopram)	11	57.9
Estabilizadores del ánimo (valproato, topiramato, oxcarbazepina)	9	47.4
Benzodiacepinas prescritas (clonazepam, diazepam)	6	31.6
Reacciones Adversas Principales		
Recaída psicótica / fracaso terapéutico	14	73.7
Síndrome serotoninérgico	11	57.9
Depresión respiratoria / coma	9	47.4
Sedación extrema / alteraciones cognitivas	8	42.1
Hepatotoxicidad	7	36.8
Eventos cardiovasculares (arritmias, hipertensión)	5	26.3

Análisis por paciente (Corta Estancia Hombres)

Paciente Hombre 1

Edad: 34 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 1, Anexo 1).

Tabla 2. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Hombre 1

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Olanzapina 10 mg VO nocturna	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico (D2) vs. aumento dopaminérgico	Fracaso terapéutico, agitación
Paroxetina 40 mg VO matutina + Mirtazapina 7,5 mg VO nocturna	Cocaína, anfetaminas	Exceso serotoninérgico	Síndrome serotoninérgico
Pregabalina 75 mg VO cada 8h	Benzodiacepinas, marihuana	Potenciación depresora del SNC	Somnolencia, depresión respiratoria
Biperideno 2 mg VO matutino	Marihuana	Anticolinérgico + THC	Confusión, deterioro cognitivo

(Di Forti et al., 2019; Gallego et al., 2012; Goodman & Gilman, 2018; APA, 2020; Stahl, 2021)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Evitar la polifarmacia de antidepresivos serotoninérgicos sin una indicación precisa.
- Supervisar estrechamente signos de síndrome serotoninérgico en caso de continuar tratamiento combinado.
- Restringir el uso de benzodiacepinas adicionales y educar al paciente sobre el riesgo de depresión respiratoria.
- Reevaluar la necesidad de biperideno en pacientes con consumo de marihuana, dado el riesgo de deterioro cognitivo.
- Considerar psicoterapia de apoyo para favorecer adherencia y abstinencia de estimulantes.

Paciente Hombre 2

Edad: 26 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 2, Anexo 2).

Tabla 3. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Hombre 2

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
-------------	-----------	--------------------------	----------------------

Diazepam 2,5 mg VO nocturna (¼ tableta)	Benzodiacepinas ilícitas	Potenciación agonista GABA-A	Depresión respiratoria, coma
Diazepam 2,5 mg VO nocturna	Anfetaminas	Antagonismo funcional (sedación o estimulación)	Agitación, convulsiones, arritmias
Zuclopentixol 200 mg IM mensual	Anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica, fracaso terapéutico
Zuclopentixol 200 mg IM mensual + Diazepam	Benzodiacepinas	Sinergia depresora SNC	Sedación extrema, riesgo de caídas

(Schifano et al., 2019; Stahl, 2021; APA, 2020)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Evitar la prescripción de benzodiacepinas en pacientes con uso ilícito de las mismas; considerar fármacos alternativos para control de ansiedad.
- Supervisión clínica estricta de signos de depresión respiratoria y somnolencia.
- Mantener control estricto del tratamiento antipsicótico, dado el antagonismo directo de las anfetaminas con el zuclopentixol.
- Favorecer intervenciones psicosociales orientadas a la abstinencia de sustancias estimulantes y depresoras.
- Monitorear la adherencia al tratamiento mensual de zuclopentixol para evitar descompensaciones psicóticas.

Paciente Hombre 3

Edad: 19 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 3, Anexo 3).

Tabla 4. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Hombre 3

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Risperidona 2 mg VO nocturna	Cocaína	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica, fracaso terapéutico

Risperidona 2 mg VO nocturna	Marihuana	Modulación dopaminérgica por CB1	Ansiedad, deterioro cognitivo, recaída psicótica
Risperidona 2 mg VO nocturna	Opiáceos	Sinergia depresora SNC	Somnolencia, hipotensión, depresión respiratoria

(Stahl, 2021; Volkow et al., 2017)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Evitar el consumo de cocaína por su antagonismo con el efecto antipsicótico de la risperidona.
- Implementar educación al paciente sobre el impacto de la marihuana en la cognición y el riesgo de recaída psicótica.
- Supervisar signos de sedación excesiva en combinación con opiáceos.
- Vigilar presión arterial y parámetros respiratorios en revisiones clínicas.
- Considerar estrategias de reducción de daño si persiste el consumo de sustancias.

Paciente Hombre 4

Edad: 42 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 4, Anexo 4).

Tabla 5. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Hombre 4

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Olanzapina 10 mg VO mañana y noche	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica, agitación, arritmias
Paroxetina 20 mg VO matutina	Cocaína, anfetaminas, marihuana	Exceso serotoninérgico	Síndrome serotoninérgico
Mirtazapina 30 mg VO nocturna	Barbitúricos, benzodiacepinas, opioides, marihuana	Sinergia depresora SNC	Somnolencia, depresión respiratoria, coma
Biperideno 2 mg VO matutino	Marihuana	Potenciación anticolinérgica	Confusión, deterioro cognitivo

Zuclopentixol 200 mg IM mensual	Opiáceos, barbitúricos, benzodiacepinas, marihuana	Potenciación depresora SNC	Hipotensión, coma, depresión respiratoria
---------------------------------	--	----------------------------	---

(Di Forti et al., 2019; McCutcheon et al., 2020; Schifano et al., 2019)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Supervisión psiquiátrica estrecha por riesgo de recaída psicótica debido al consumo de estimulantes (cocaína y anfetaminas).
- Evitar la polifarmacia serotoninérgica, ya que la combinación paroxetina–mirtazapina puede precipitar síndrome serotoninérgico.
- Monitorear parámetros vitales y signos de depresión respiratoria en presencia de depresores (opiáceos, benzodiacepinas, barbitúricos).
- Evaluar función hepática periódicamente (PFH) ante posible interacción con múltiples psicotrópicos metabolizados en hígado.
- Reeducación farmacológica al paciente sobre los riesgos de mezclar drogas ilícitas con antipsicóticos, debido a su interferencia con la eficacia terapéutica y aumento de efectos adversos.

Paciente Hombre 5

Edad: 26 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 5, Anexo 5).

Tabla 6. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Hombre 5

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Quetiapina 50 mg VO nocturna	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica, agitación
Escitalopram 20 mg VO matutino	Cocaína, anfetaminas, barbitúricos	Exceso serotoninérgico + depresión SNC	Síndrome serotoninérgico, convulsiones
Topiramato 50–100 mg VO	Marihuana, opioides, benzodiacepinas, barbitúricos	Sinergia depresora SNC	Somnolencia, depresión respiratoria, ataxia
Escitalopram 20 mg VO	Opioides	Potenciación serotoninérgica y depresión respiratoria	Síndrome serotoninérgico, paro respiratorio

(Gallego et al., 2012; Goodman & Gilman, 2018; APA, 2020)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Realizar electrocardiograma (ECG) periódico por riesgo de prolongación del intervalo QT con quetiapina y escitalopram, potenciado por cocaína y anfetaminas.
- Vigilar signos de síndrome serotoninérgico en pacientes que combinan ISRS y estimulantes.
- Evitar consumo de marihuana y benzodiacepinas no prescritas para prevenir depresión del SNC.
- Educación al paciente sobre los riesgos de fracaso terapéutico con antipsicóticos cuando se consumen estimulantes.
- Monitoreo de función cognitiva en uso crónico de topiramato más depresores.

Paciente Hombre 6

Edad: 38 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 6, Anexo 6).

Tabla 7. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Hombre 6

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Haloperidol decanoato 50 mg IM c/20 días	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Fracaso terapéutico, recaída psicótica
Haloperidol decanoato 50 mg IM c/20 días	Opiáceos, benzodiacepinas, barbitúricos	Sinergia depresora SNC + riesgo QT	Hipotensión, depresión respiratoria
Mirtazapina 60 mg VO nocturna	Cocaína, anfetaminas	Exceso serotonina y catecolaminas	Síndrome serotoninérgico, hipertensión, convulsiones
Mirtazapina 60 mg VO nocturna	Opiáceos, benzodiacepinas, barbitúricos, marihuana	Sinergia depresora SNC	Sedación extrema, deterioro cognitivo

(Volkow et al., 2017; Goodman & Gilman, 2018; APA, 2020)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Evitar consumo de estimulantes en paciente tratado con haloperidol y mirtazapina para garantizar eficacia antipsicótica.
- Monitorear signos de síndrome serotoninérgico en caso de sospecha de consumo de cocaína/anfetaminas.
- Evaluar necesidad de reducir o evitar polifarmacia depresora del SNC.
- Realizar electrocardiograma (ECG) de forma periódica por riesgo de prolongación del QT con haloperidol.
- Reforzar programas de abstinencia a drogas por alto riesgo de interacciones letales.

Paciente Hombre 7

Edad: 37 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 7, Anexo 7).

Tabla 8. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Hombre 7

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Risperidona 2 mg VO (mañana y noche)	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Fracaso terapéutico, recaída psicótica
Clonazepam 1 mg VO nocturna	Benzodiacepinas ilícitas, opioides, marihuana	Potenciación GABA-A	Depresión respiratoria, coma
Valproato de magnesio 600 mg VO c/12h	Opioides, marihuana, cocaína	Sinergia depresora SNC + riesgo hepático	Somnolencia, hepatotoxicidad, crisis convulsivas
Risperidona + Clonazepam + Valproato	Depresores múltiples	Sinergia depresora SNC	Sedación extrema, deterioro cognitivo

(Volkow et al., 2017; Goodman & Gilman, 2018; Schifano et al., 2019; Stahl, 2021)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Suspender uso concomitante de benzodiacepinas ilícitas y opioides para reducir riesgo de sobredosis.
- Monitorear pruebas de función hepática (PFH) periódicamente debido al uso de valproato.
- Reforzar la adherencia al tratamiento antipsicótico, alertando al paciente sobre cómo la cocaína y las anfetaminas bloquean su efecto.

- Evaluar la necesidad de mantener clonazepam en el esquema terapéutico, dado el alto riesgo de abuso.
- Intervenciones psicoeducativas enfocadas en evitar consumo de depresores y estimulantes.

Paciente Hombre 8

Edad: 23 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 8, Anexo 8).

Tabla 9. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Hombre 8

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Risperidona 1 mg VO nocturna (½ tableta)	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica, fracaso terapéutico
Sertralina 150 mg VO matutina	Cocaína, anfetaminas, opiáceos	Exceso serotoninérgico	Síndrome serotoninérgico
Risperidona 1 mg VO nocturna	Marihuana, barbitúricos, benzodiacepinas	Sinergia depresora SNC	Somnolencia, depresión respiratoria
Sertralina 150 mg VO matutina	Barbitúricos, benzodiacepinas	Potenciación de sedación	Exceso de somnolencia, enlentecimiento psicomotor

(McCutcheon et al., 2020; Stahl, 2021)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Realizar monitoreo estrecho de signos de síndrome serotoninérgico (rigidez, fiebre, hipertensión, alteración del estado mental).
- Ajustar y reevaluar la dosis de sertralina en pacientes con consumo de estimulantes.
- Evitar el uso concomitante de múltiples depresores del SNC (benzodiacepinas, barbitúricos, cannabis).
- Reforzar adherencia al antipsicótico, ya que cocaína y anfetaminas neutralizan sus efectos terapéuticos.
- Implementar intervenciones psicoeducativas sobre el riesgo de interacciones medicamentosas con drogas de abuso.

Paciente Hombre 9

Edad: 20 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 9, Anexo 9).

Tabla 10. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Hombre 9

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Olanzapina 10 mg VO nocturna	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica, agitación
Mirtazapina 30 mg VO nocturna	Cocaína, anfetaminas, opiáceos	Exceso serotoninérgico	Síndrome serotoninérgico
Topiramato 100 mg VO c/12h	Barbitúricos, benzodiacepinas	Potenciación GABAérgica	Depresión respiratoria, sedación extrema
Olanzapina 5 mg VO nocturna	Marihuana, barbitúricos, benzodiacepinas	Sinergia depresora SNC	Somnolencia, deterioro psicomotor

(Baldessarini, 2013; Volkow et al., 2017; APA, 2020; Stahl, 2021)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Indicar abstinencia absoluta de cocaína y anfetaminas, ya que anulan el efecto de la olanzapina.
- Vigilar signos de síndrome serotoninérgico en combinación con estimulantes y opioides.
- Monitorizar función cognitiva y respiratoria por riesgo de depresión del SNC con topiramato + depresores.
- Favorecer intervenciones psicoeducativas para disminuir el consumo de múltiples sustancias.
- Evaluar adherencia y respuesta terapéutica a la olanzapina, ajustando dosis si es necesario bajo supervisión médica.

Análisis por paciente (Corta Estancia Mujeres)

Paciente Mujer 1

Edad: 19 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 10, Anexo 10).

Tabla 11. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Mujer 1

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Paroxetina 40 mg VO (mañana y tarde)	Cocaína, anfetaminas	Exceso serotoninérgico	Síndrome serotoninérgico
Paroxetina 40 mg VO	Benzodiacepinas, barbitúricos	Depresores SNC enmascaran síntomas	Diagnóstico tardío, mayor mortalidad
Aripiprazol 7,5 mg VO matutino	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo parcial dopaminérgico	Psicosis persistente, recaídas
Valproato de magnesio 600 mg VO nocturna	Marihuana, barbitúricos, alcohol	Estrés hepático, depresión SNC	Hepatotoxicidad, encefalopatía

(Goodman & Gilman, 2018; Stahl, 2021; APA, 2020)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Monitorizar constantemente signos de síndrome serotoninérgico.
- Evitar policonsumo de estimulantes (cocaína, anfetaminas) en pacientes en tratamiento con ISRS.
- Realizar pruebas de función hepática periódicas en usuarios de valproato con consumo de sustancias.
- Evitar prescripción de depresores adicionales del SNC en pacientes con consumo activo de barbitúricos o benzodiacepinas.
- Reforzar psicoeducación sobre abstinencia, enfatizando el riesgo de recaídas y complicaciones graves.

Paciente Mujer 2

Edad: 20 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 11, Anexo 11).

Tabla 12. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Mujer 2

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Fluoxetina 20 mg VO matutina	Cocaína, anfetaminas	Exceso serotoninérgico	Síndrome serotoninérgico
Topiramato 100 mg VO cada 12h	Benzodiacepinas, barbitúricos, marihuana, opiáceos	Sinergia depresora SNC	Depresión respiratoria, coma
Aripiprazol 30 mg VO cada 12h	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico parcial	Recaída psicótica, agitación
Metilfenidato 30 mg/día VO	Cocaína, anfetaminas	Potenciación dopaminérgica y noradrenérgica	Hipertensión, arritmias, convulsiones
Parche de nicotina 21 mg tópico	Cocaína	Efecto simpaticomimético aditivo	Riesgo cardiovascular severo

(Boyer & Shannon, 2005; Stahl, 2017; Goodman & Gilman, 2018; Katzung, 2021)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Evitar el uso simultáneo de estimulantes (cocaína, anfetaminas) en paciente bajo tratamiento con ISRS (fluoxetina) y metilfenidato.
- Monitorear signos de síndrome serotoninérgico y realizar vigilancia cardiovascular estrecha (presión arterial, frecuencia cardíaca, electrocardiograma).
- Reconsiderar la necesidad de metilfenidato en un paciente con abuso de estimulantes, dado el alto riesgo de potenciación dopaminérgica.
- Limitar el uso de depresores del SNC y evaluar alternativas menos riesgosas a topiramato en este contexto.
- Ofrecer intervención integral en adicciones para evitar antagonismo terapéutico y toxicidad múltiple.

Paciente Mujer 3

Edad: 21 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 12, Anexo 12).

Tabla 13. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Mujer 3

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Sertralina 100 mg VO matutina	Cocaína, anfetaminas	Exceso serotoninérgico	Síndrome serotoninérgico
Topiramato 100 mg VO mañana y noche	Marihuana, benzodiacepinas, barbitúricos	Sinergia depresora SNC	Somnolencia, depresión respiratoria
Risperidona 1 mg VO nocturna	Cocaína, marihuana, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica

(Stahl, 2017; Volkow et al., 2017)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Monitorizar signos de síndrome serotoninérgico.
- Evitar combinación de ISRS con estimulantes.
- Considerar reducir polifarmacia depresora del SNC.
- Realizar electrocardiograma (ECG) para descartar prolongación del QT por risperidona.
- Psicoeducación para reducción del consumo de cannabis y cocaína.

Paciente Mujer 4

Edad: 30 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 13, Anexo 13).

Tabla 14. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Mujer 4

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
-------------	-----------	--------------------------	----------------------

Bupropión 150 mg VO mañana y noche	Anfetaminas	Exceso catecolaminérgico	Convulsiones, crisis hipertensivas
Valproato 200 mg VO TID + Clonazepam	Benzodiacepinas	Inhibición metabólica, sinergia depresora	Sedación, depresión respiratoria
Risperidona 3 mg VO dividida	Marihuana	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica

(Gallego et al., 2012; Goodman & Gilman, 2018)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Evitar prescripción de bupropión en pacientes consumidores de anfetaminas por riesgo convulsivo.
- Realizar pruebas de función hepática periódicas con valproato.
- Evitar combinación de múltiples depresores del SNC.
- Monitorear ECG y presión arterial.
- Psicoeducación enfocada en abandono de marihuana para optimizar respuesta a antipsicóticos.

Paciente Mujer 5

Edad: 30 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 14, Anexo 14).

Tabla 15. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Mujer 5

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Risperidona 2 mg VO nocturna / Quetiapina XR 300 mg VO nocturna	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica, agitación
Fluoxetina 20 mg VO matutina	Cocaína, anfetaminas	Exceso serotoninérgico	Síndrome serotoninérgico

Valproato 600 mg VO BID	Opiáceos, marihuana	Depresor SNC + hepatotoxicidad	Depresión respiratoria, insuficiencia hepática
----------------------------	------------------------	-----------------------------------	--

(Volkow et al., 2017; APA, 2020).

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Evitar el uso simultáneo de dos antipsicóticos (risperidona y quetiapina) salvo indicación justificada.
- Monitorear signos de síndrome serotoninérgico con fluoxetina y consumo de estimulantes.
- Control periódico de pruebas de función hepática en pacientes con valproato y consumo de sustancias.
- Educación al paciente sobre riesgos de recaídas con cocaína y anfetaminas.

Paciente Mujer 6

Edad: 25 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 15, Anexo 15).

Tabla 16. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Mujer 6

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Paroxetina 20 mg VO nocturna	Cocaína, anfetaminas	Exceso serotoninérgico	Síndrome serotoninérgico
Olanzapina 10 mg VO nocturna / Quetiapina 150 mg VO nocturna	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica
Topiramato 100 mg VO nocturna	Marihuana, opiáceos	Sinergia depresora SNC	Somnolencia, depresión respiratoria

(Baldessarini, 2013; Stahl, 2021)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Evitar la combinación de múltiples antipsicóticos salvo estricta justificación clínica.
- Monitorear estrechamente signos de síndrome serotoninérgico.
- Psicoeducación sobre el riesgo de recaída psicótica con uso de cocaína.
- Evitar prescripción adicional de depresores en pacientes consumidores de marihuana u opiáceos.

Paciente Mujer 7

Edad: 39 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 16, Anexo 16).

Tabla 17. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Mujer 7

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Olanzapina 10 mg VO nocturna	Cocaína, anfetaminas	Antagonismo dopaminérgico	Recaída psicótica, agitación
Clonazepam 0,5 mg VO (mañana y noche)	Benzodiacepinas, opiáceos, barbitúricos, marihuana	Potenciación GABA-A	Depresión respiratoria, coma

(Schifano et al., 2019; APA, 2020).

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Evitar prescripción de benzodiacepinas en pacientes con consumo activo de múltiples depresores del SNC.
- Monitorear signos de depresión respiratoria (frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno).
- Reforzar educación sobre riesgos de mezclar antipsicóticos con estimulantes.
- Considerar alternativas no benzodiacepínicas para la ansiedad.

Paciente Mujer 8

Edad: 18 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 17, Anexo 17).

Tabla 18. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Mujer 8

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Fluoxetina 10 mg VO matutina	Cocaína	Exceso serotoninérgico	Síndrome serotoninérgico
Topiramato 100 mg VO mañana y noche	Marihuana	Potenciación depresora SNC	Somnolencia, deterioro cognitivo
Risperidona 2 mg VO nocturna	Cocaína, marihuana	Antagonismo dopaminérgico insuficiente	Fracaso terapéutico, recaída psicótica

(Di Forti et al., 2019; Stahl, 2021).

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Vigilar signos de síndrome serotoninérgico en combinación de fluoxetina con cocaína.
- Evitar prescripción concomitante de depresores del SNC junto con topiramato en pacientes consumidores de cannabis.
- Considerar ajuste de antipsicótico por riesgo de fracaso terapéutico con cocaína.
- Reforzar psicoeducación sobre impacto de marihuana en recaídas psicóticas.

Paciente Mujer 9

Edad: 30 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 18, Anexo 18).

Tabla 19. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Mujer 9

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Risperidona 3 mg VO mañana y noche	Cocaína	Antagonismo dopaminérgico	Psicosis persistente, recaídas
Sertralina 75 mg VO matutina	Cocaína, opiáceos	Exceso serotoninérgico e inestabilidad autonómica	Síndrome serotoninérgico

Sertralina 75 mg VO matutina	Marihuana	Modulación serotoninérgica + depresión SNC	Somnolencia, deterioro cognitivo
---------------------------------	-----------	--	-------------------------------------

(Schifano et al., 2019; APA, 2020)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Monitorear signos de síndrome serotoninérgico en el contexto de ISRS + cocaína.
- Evitar consumo de estimulantes (cocaína) que reducen la eficacia de antipsicóticos.
- Realizar electrocardiograma (ECG) por riesgo de prolongación del intervalo QT con risperidona.
- Indicar abstinencia estricta de marihuana para prevenir deterioro cognitivo.

Paciente Mujer 10

Edad: 29 años

Tratamiento farmacológico (ver Tabla 19, Anexo 19).

Tabla 20. Interacciones Farmacológicas y Reacciones Adversas que pudieran presentarse en el Paciente Mujer 10

Medicamento	Sustancia	Mecanismo de interacción	Consecuencia clínica
Paroxetina 20 mg VO mañana	Cocaína, Anfetaminas	Exceso de serotonina	Síndrome serotoninérgico
Pregabalina 75 mg VO c/12h	Benzodiacepinas, Barbitúricos, Opiáceos	Potenciación depresora SNC	Somnolencia, depresión respiratoria, coma
Quetiapina 200 mg VO noche	Cocaína, Anfetaminas, Marihuana	Antagonismo dopaminérgico vs exceso dopaminérgico	Recaída psicótica, agitación
Oxcarbazepina 300 mg VO c/12h	Marihuana, Barbitúricos	Inducción hepática y depresión SNC	Mareo, hepatotoxicidad leve
Propranolol 40 mg VO c/12h	Cocaína, Anfetaminas	Antagonismo β vs exceso adrenérgico	Arritmias, hipertensión paradójica

(Gallego et al., 2012; Goodman & Gilman, 2018)

Recomendaciones clínicas y farmacológicas:

- Evitar propranolol en pacientes con consumo activo de cocaína; sustituir por otro antihipertensivo.
- Vigilar signos de síndrome serotoninérgico en usuarios de paroxetina + estimulantes.
- Evitar prescripción de depresores del SNC adicionales en contexto de pregabalina + opiáceos.
- Monitorizar función hepática y niveles plasmáticos en terapia con oxcarbazepina.
- Educación al paciente sobre alto riesgo cardiovascular.

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran que la población incluida en este estudio se caracteriza por ser predominantemente joven (media de 27.7 ± 6.6 años), con un ligero predominio femenino (52.6%). Este hallazgo es consistente con lo descrito en la literatura, donde los trastornos psicóticos y afectivos suelen tener un inicio temprano, habitualmente entre la adolescencia tardía y la adultez joven, etapa en la que el consumo de sustancias también es más prevalente (Kessler et al., 2007; McCutcheon et al., 2020).

Un hallazgo relevante es el elevado patrón de policonsumo observado en los pacientes: la totalidad de ellos consumió marihuana, y más del 90% refirió uso de cocaína y anfetaminas. Estudios previos han documentado que el consumo de cannabis es un factor de riesgo para la aparición y exacerbación de síntomas psicóticos, además de asociarse con una menor adherencia terapéutica (Di Forti et al., 2019). Asimismo, el uso de estimulantes como la cocaína y las anfetaminas interfiere directamente con la eficacia de los antipsicóticos al aumentar la liberación de dopamina, lo que puede precipitar recaídas psicóticas (Volkow et al., 2017).

Por otra parte, el uso de benzodiacepinas no prescritas y barbitúricos en combinación con depresores centrales como clonazepam o diazepam, identificados en un tercio de los pacientes, representa un riesgo clínico significativo de depresión respiratoria, sobredosis y mortalidad. Estos hallazgos son concordantes con lo señalado por Schifano et al. (2019), quienes advierten del riesgo creciente del abuso de benzodiacepinas en pacientes con patología dual.

Respecto al tratamiento farmacológico, el predominio de antipsicóticos atípicos (78.9%) y antidepresivos ISRS (57.9%) coincide con las guías internacionales para el manejo de esquizofrenia y trastornos depresivos mayores (APA, 2020; NICE, 2014). Sin embargo, la frecuente combinación con estabilizadores del ánimo y benzodiacepinas prescritas sugiere un uso extendido de polifarmacia, práctica habitual en pacientes con diagnósticos complejos y refractarios, pero que incrementa el riesgo de interacciones y reacciones adversas (Gallego et al., 2012).

En este sentido, la farmacovigilancia activa resulta esencial, dado que la interacción entre psicofármacos y sustancias ilícitas puede derivar en complicaciones como el síndrome serotoninérgico, recaídas psicóticas, hepatotoxicidad e intoxicaciones agudas. Estudios recientes recomiendan implementar protocolos de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con comorbilidad psiquiátrica y consumo de sustancias, lo que ha demostrado mejorar la seguridad y la adherencia al tratamiento (Prat et al., 2021).

En conjunto, estos hallazgos reafirman que la atención integral de pacientes psiquiátricos con consumo activo de drogas requiere no solo un abordaje farmacológico basado en la evidencia, sino también estrategias psicoeducativas y de reducción de riesgos.

Conclusiones

El análisis de 19 pacientes, mostró que los tratamientos psiquiátricos y el consumo de sustancias se acompaña de un patrón elevado de reacciones adversas e interacciones farmacológicas. La mayoría de los casos correspondió a adultos jóvenes, lo que evidencia la vulnerabilidad de esta población al inicio temprano del consumo y a la necesidad de tratamientos complejos.

Se identificaron como eventos más frecuentes la recaída psicótica (73.7%), el síndrome serotoninérgico (57.9%) y la depresión respiratoria (47.4%), seguidos de sedación, hepatotoxicidad y complicaciones cardiovasculares. Estos hallazgos ponen de relieve que la combinación de polifarmacia psicotrópica con policonsumo de drogas ilícitas no solo compromete la eficacia de los tratamientos, sino que incrementa los riesgos de seguridad clínica.

En consecuencia, es necesario reforzar la farmacovigilancia hospitalaria, implementar protocolos de detección temprana de reacciones adversas y promover la integración multidisciplinaria como parte del cuidado. Solo de esta manera será posible mejorar la seguridad, adherencia y resultados terapéuticos en este grupo de pacientes.

Recomendaciones

Con base en los hallazgos obtenidos en el presente estudio, se considera fundamental fortalecer las estrategias institucionales orientadas a la identificación, prevención y manejo de interacciones farmacológicas en pacientes psiquiátricos con consumo concomitante de sustancias psicoactivas. La elevada frecuencia de recaída psicótica, síndrome serotoninérgico y depresión respiratoria observada en la muestra evidencia la necesidad de establecer mecanismos sistemáticos de vigilancia clínica.

En primer lugar, se recomienda la implementación de un protocolo institucional de farmacovigilancia activa, alineado con los lineamientos establecidos por la World Health Organization (2002), que contempla el registro estructurado de reacciones adversas, la identificación temprana de interacciones farmacológicas y la notificación interna de eventos adversos graves. La incorporación de tamizajes toxicológicos sistemáticos al ingreso hospitalario y durante la estancia permitiría optimizar el diagnóstico diferencial entre descompensación psiquiátrica primaria y cuadros inducidos por sustancias.

Asimismo, se sugiere promover el uso racional de psicofármacos, evitando la polifarmacia innecesaria y las combinaciones serotoninérgicas múltiples sin indicación estrictamente justificada, dado el riesgo documentado de síndrome serotoninérgico (Boyer & Shannon, 2005). La revisión periódica de los esquemas terapéuticos debe realizarse de manera multidisciplinaria, integrando al personal médico, farmacéutico y de enfermería, con el fin de reducir riesgos y optimizar la eficacia terapéutica.

Se recomienda también el monitoreo clínico y paraclínico periódico, incluyendo electrocardiograma en pacientes tratados con antipsicóticos así como pruebas de función hepática en aquellos que reciben estabilizadores del ánimo como valproato u oxcarbazepina. La vigilancia estrecha de signos tempranos de toxicidad serotoninérgica y depresión respiratoria debe formar parte del seguimiento clínico rutinario.

De igual manera, resulta prioritario integrar programas estructurados de atención en adicciones dentro del modelo hospitalario psiquiátrico, considerando la alta prevalencia de policonsumo identificada. La literatura señala que la comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias incrementa el riesgo de recaídas y complicaciones clínicas (Nelson & Papakostas, 2009).

Finalmente, se recomienda fortalecer las intervenciones psicoeducativas dirigidas a pacientes y familiares, enfatizando los riesgos de mezclar psicotrópicos con drogas ilícitas, las posibles consecuencias clínicas y la importancia de la adherencia terapéutica. La incorporación de una perspectiva de género en la evaluación farmacológica también es pertinente, dada la evidencia de diferencias en patrones de consumo y vulnerabilidad clínica (Votaw et al., 2019).

Aporte a la sociedad

El presente estudio aporta evidencia clínica relevante sobre la interacción entre polifarmacia psiquiátrica y policonsumo de sustancias en una población hospitalaria joven, contribuyendo al fortalecimiento de la seguridad farmacoterapéutica en el ámbito de la salud mental en México.

La sistematización de los casos permitió identificar patrones de riesgo que no solo comprometen la eficacia de los tratamientos, sino que incrementan la probabilidad de eventos adversos graves. Este conocimiento constituye una herramienta útil para la mejora de los protocolos institucionales y para el diseño de estrategias preventivas orientadas a disminuir recaídas, rehospitalizaciones y complicaciones médicas asociadas.

Desde una perspectiva social, la investigación contribuye a visibilizar la complejidad clínica de los pacientes con patología dual, promoviendo una comprensión más integral de la enfermedad mental y reduciendo interpretaciones estigmatizantes relacionadas con la falta de adherencia. Asimismo, fortalece la cultura de farmacovigilancia hospitalaria, alineada con los principios internacionales de seguridad del paciente establecidos por la World Health Organization (2002).

En un contexto nacional caracterizado por el incremento del consumo de sustancias psicoactivas en población joven, este trabajo proporciona evidencia local que puede servir

como base para la formulación de políticas públicas, programas de prevención y modelos de atención integrales en salud mental.

En síntesis, el aporte de esta investigación trasciende el ámbito académico, al ofrecer elementos prácticos para mejorar la calidad de la atención psiquiátrica, fortalecer la seguridad farmacológica y promover un abordaje multidisciplinario más eficaz y socialmente responsable.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2020). *The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. American Psychiatric Publishing.
- Baldessarini, R. J. (2013). *Chemotherapy in Psychiatry: Pharmacologic Basis of Treatments for Major Mental Illness*. Springer.
- Boyer, E. W., & Shannon, M. (2005). The serotonin syndrome. *New England Journal of Medicine*, 352(11), 1112–1120. <https://doi.org/10.1056/NEJMra041867>
- Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., ... & Morgan, C. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427–436. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3)
- Fresán, A., González-Castro, T. B., Peralta-Jiménez, Y., Juárez-Rojop, I., Pool-García, S., Velázquez-Sánchez, M. P., López-Narváez, L., & Tovilla-Zárate, C. A. (2015). Gender differences in socio-demographic, clinical characteristics and psychiatric diagnosis in/of suicide attempters in a Mexican population. *Acta neuropsychiatrica*, 27(3), 182–188.
- Gallego, J. A., Bonetti, J., Zhang, J., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2012). Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophrenia Research*, 138(1), 18–28. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.018>
- Goodman, L. S., Brunton, L. L., Hilal-Dandan, R., & Knollmann, B. C. (2018). *Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics* (13th ed.). McGraw-Hill Education.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2021). *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*.
- Katzung, B. G. (2021). *Farmacología básica y clínica* (15a ed.). McGraw-Hill Education.
- Lange, R. A., & Hillis, L. D. (2001). Cardiovascular complications of cocaine use. *New England Journal of Medicine*, 345(5), 351–358. <https://doi.org/10.1056/NEJMra002546>
- Medicinal cannabis for psychiatric disorders: a clinically-focused systematic review. (2020). *BMC Psychiatry*.
- McCutcheon, R. A., Reis Marques, T., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia—An overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201–210. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management* (Clinical guideline [CG178]). NICE.
- Navarro, V. J., & Senior, J. R. (2006). Drug-related hepatotoxicity. *New England Journal of Medicine*, 354(7), 731–739. <https://doi.org/10.1056/NEJMra052270>
- Nelson, J. C., & Papakostas, G. I. (2009). Atypical antipsychotic augmentation in major depressive disorder: A meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *American Journal of Psychiatry*, 166(9), 980–991. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030312>

Prat, D., Gras, A., & Pardo, R. (2021). Clinical pharmacy services in mental health: Impact on outcomes and patient safety. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 28(2), 65–71. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2019-002028>

Risks and Benefits of Cannabis and Cannabinoids in Psychiatry. (2021). *American Journal of Psychiatry*.

Schifano, F., Chiappini, S., Corkery, J. M., & Guirguis, A. (2019). Abuse of benzodiazepines and Z-drugs in the context of polydrug use: A systematic review. *Brain Sciences*, 9(9), 1–28. <https://doi.org/10.3390/brainsci9090197>

Stahl, S. M. (2021). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (5th ed.). Cambridge University Press.

Underestimation of substance abuse in psychiatric patients by conventional hospital screening. (2014). *American Journal of Psychiatry*.

Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G. J. (2017). The addicted human brain: insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation*, 111(10), 1444–1451. <https://doi.org/10.1172/JCI18533>

Votaw, V. R., Geyer, R., Rieselbach, M. M., & McHugh, R. K. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 95–114. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033>

White, J. M., & Irvine, R. J. (1999). Mechanisms of fatal opioid overdose. *Addiction*, 94(7), 961–972. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.9479612.x>

World Health Organization. (2002). *The importance of pharmacovigilance: Safety monitoring of medicinal products*. WHO Press.

Anexos

- Anexo 1

Tabla 1. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Hombre 1

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
T. delirante paranoide orgánico + T. depresivo mayor recurrente actual grave	Anfetaminas, Benzodiacepinas, Marihuana, Cocaína	Olanzapina	10 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender
		Paroxetina	20 mg	Oral	Dos tabletas por la mañana	Sin suspender
		Pregabalina	75 mg	Oral	Una cápsula cada 8 horas	Sin suspender
		Mirtazapina	30 mg	Oral	¼ de tableta por la noche	Sin suspender
		Biperideno	2 mg	Oral	Una tableta por la mañana	Sin suspender

- Anexo 2

Tabla 2. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Hombre 2

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
Esquizofrenia paranoide	Anfetaminas, Benzodiacepinas	Diazepam	10 mg	Oral	¼ de tableta por la noche	Sin suspender
		Zuclopentixol	200 mg	Intramuscular	Una ampolla mensual	Sin suspender

- Anexo 3

Tabla 3. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Hombre 3

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
T. asociado a metanfetaminas/Us o perjudicial de uso de sustancias/ discapacidad intelectual leve	Marihuana; Opiáceos; Cocaína	Risperidona	2 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender

- Anexo 4

Tabla 4. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Hombre 4

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
Esquizofrenia paranoide	Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodiacepinas, Cocaína, Opiáceo, Marihuana	Olanzapina	10 mg	Oral	Una tableta por la mañana y una noche	Sin suspender

		Paroxetina	20 mg	Oral	Dos tabletas por la mañana	Sin suspender
		Mirtazapina	30 mg	Oral	¼ de tableta por la noche	Sin suspender
		Biperideno	2 mg	Oral	Una tableta por la mañana y una por la tarde	Sin suspender
		Zuclopentixol	200 mg	Intra muscular	Una ampolleta mensual	Sin suspender

- Anexo 5

Tabla 5. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Hombre 5

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
T. Personalidad Clúster B	Cocaína, Opiáceos, Marihuana, Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodiacepinas	Quetiapina	100 mg	Oral	½ tableta por la noche	Sin suspender

		Escitalopram	10 mg	Oral	Dos tabletas por la mañana	Sin suspender
		Topiramato	100 mg	Oral	½ tableta por la mañana y una por la noche	Sin suspender

- Anexo 6

Tabla 6. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Hombre 6

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
T. del neurodesarrollo + T. límite de personalidad + T. psicótico secundario a uso de sustancias e insomnio inducido por laboral	Cocaína; Opiáceos; Marihuana; Anfetaminas; Barbitúricos; Benzodiacepinas	Haldol Decanoas	50 mg	Intramuscular	Aplicación cada 20 días	Sin suspender
		Mirtazapina	30 mg	Oral	Dos tabletas por las noches	Sin suspender

- Anexo 7

Tabla 7. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Hombre 7

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
Esquizofrenia paranoide vs T. esquizofrénico tipo maniaco/ historia personal e incumplimiento de tratamiento/ uso perjudicial de sustancias psicoactivas	Cocaína; Opiáceos; Marihuana; Anfetaminas; Benzodiacepinas	Risperidona	2 mg	Oral	Una tableta por la mañana y dos por la noche	Sin suspender
		Clonazepam	2 mg	Oral	½ tableta por la noche	Sin suspender
		Valproato de magnesio	600 mg	Oral	Una tableta por la mañana y otra por la noche	Sin suspender

- Anexo 8

Tabla 8. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Hombre 8

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
T. depresivo recurrente episodio actual grave sin síntomas psicóticos/ Historia de autolesiones y riesgo suicida	Cocaína; Opiáceos; Marihuana; Anfetaminas; Barbitúricos; Benzodiacepinas	Risperidona	2 mg	Oral	½ tableta por la noche	Sin suspender

		Sertralina	50 mg	Oral	Tres tabletas por la mañana	Sin suspender
--	--	------------	-------	------	-----------------------------	---------------

- Anexo 9

Tabla 9. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Hombre 9

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
Rasgos de personalidad antisocial/ Historia personal de incumplimiento terapéutico	Cocaína; Marihuana; Anfetaminas; Barbitúricos; Benzodiazepinas; Opiáceos	Olanzapina	10 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender
		Topiramato	100 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender
		Mirtazapina	30 mg	Oral	½ tableta por la noche	Sin suspender

- Anexo 10

Tabla 10. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Mujer 1

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
Distimia, T. Límite de personalidad	Cocaína, Opiáceos, Marihuana, Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodiazepinas	Paroxetina	20 mg	Oral	Una tableta por la mañana y una por la tarde	Sin suspender

		Aripiprazol	15 mg	Oral	½ tableta por la mañana	Sin suspender
		Valproato de magnesio	600 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender

- Anexo 11

Tabla 11. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Mujer 2

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
T. de la personalidad límite, T. por atracón, TDAH, Historia personal de lesión autoinfligida	Cocaína, Opiáceos, Marihuana, Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodiacepinas	Fluoxetina	20 mg	Oral	Una tableta y media por la mañana	Sin suspender
		Topiramato	100 mg	Oral	Una tableta por la mañana y una por la noche	Sin suspender
		Aripiprazol	30 mg	Oral	Una tableta por la mañana y una por la noche	Sin suspender
		Metilfenidato	10 mg	Oral	Dos tabletas a las 9:00 a.m. y una a las 12:00 p.m.	Sin suspender

		Parches de nicotina	21 mg	Tópica	Aplicar un parche en el brazo derecho cada mañana por 7 días	Por 7 días
--	--	---------------------	-------	--------	--	------------

- Anexo 12

Tabla 12. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Mujer 3

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
Distimia, Exacerbación de rasgos de personalidad del clúster B	Cocaína, Opiáceos, Marihuana, Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodiazepinas	Sertralina	50 mg	Oral	Dos tabletas por la mañana	Sin suspender
		Topiramato	100 mg	Oral	Una tableta por la mañana y una por la noche	Sin suspender
		Risperidona	2 mg	Oral	½ tableta por la noche	Sin suspender

- Anexo 13

Tabla 13. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Mujer 4

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
-------------	-----------------------	-------------------------	-------	-----	------------	------------

T. de Inestabilidad emocional de la personalidad, Intento de suicidio, Alcoholismo crónico	Anfetaminas, Marihuana, Benzodiazepinas	Anfebutamona (Bupropión)	150 mg	Oral	Una tableta por la mañana y una por la noche	Sin suspender
		Valproato de magnesio	200 mg	Oral	Una tableta por la mañana, una por la tarde y una por la noche	Sin suspender
		Clonazepam (gotas)	2.5 mg	Oral	Dos gotas por la mañana y ocho gotas por la noche	Sin suspender
		Risperidona	2 mg	Oral	½ tableta por la mañana y una tableta por la noche	Sin suspender

- Anexo 14

Tabla 14. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Mujer 5

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
-------------	-----------------------	-------------------------	-------	-----	------------	------------

T. del control de los impulsos secundario a causa médica (Síndrome orbitofrontal), Coeficiente intelectual límite	Cocaína, Opiáceos, Marihuana, Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodiacepinas	Risperidona	2 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender
		Quetiapina	300 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender
		Valproato de magnesio	600 mg	Oral	Una tableta por la mañana y una por la noche	Sin suspender
		Fluoxetina	20 mg	Oral	Una tableta por la mañana	Sin suspender

- Anexo 15

Tabla 15. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Mujer 6

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
T. depresivo mayor recurrente grave/ T. límite de la personalidad /Historia personal de lesión autoinfligida	Cocaína, Opiáceos, Marihuana, Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodiacepinas	Paroxetina	20 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender

		Olanzapina	10 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender
		Topiramato	100 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender
		Quetiapina	100 mg	Oral	½ tableta por la noche	Sin suspender

- Anexo 16

Tabla 16. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Mujer 7

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
Esquizofrenia Paranoide	Cocaína, Opiáceos, Marihuana, Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodíacepas	Olanzapina	10 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender
		Clonazepam	2 mg	Oral	¼ de tableta por la mañana y por la noche	Sin suspender

- Anexo 17

Tabla 17. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Mujer 8

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
-------------	-----------------------	-------------------------	-------	-----	------------	------------

T. límite de personalidad / T. depresivo mayor recurrente episodio actual grave sin síntomas psicóticos	Cocaína, Opiáceos, Marihuana, Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodiacepinas	Fluoxetina	20 mg	Oral	½ tableta por la mañana	Sin suspender
		Topiramato	100 mg	Oral	Una tableta por la mañana y por la noche	Sin suspender
		Risperidona	2 mg	Oral	Una tableta por la noche	Sin suspender

- Anexo 18

Tabla 18. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Mujer 9

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
T. delirantes primario de tipo persecutorio / episodio depresivo moderado	Cocaína Opiáceos Marihuana Anfetaminas Barbitúricos Benzodiacepinas	Risperidona	2 mg	Oral	Una y media tabletas por la mañana y por la noche	Sin suspender
		Sertralina	50 mg	Oral	Una y media tabletas por la mañana	Sin suspender

- Anexo 19

Tabla 19. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Paciente Mujer 10

Diagnóstico	Sustancias consumidas	Fármacos de tratamiento	Dosis	Vía	Frecuencia	Indicación
T. de humor (afectivo) orgánico/ T. límite de personalidad / Historia personal de autolesión	Cocaína, Opiáceos, Marihuana, Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodiacepinas	Paroxetina	20 mg	Oral	Una tableta por la mañana y dos por la noche	Sin suspender
		Pregabalina	75 mg	Oral	Una cápsula por la mañana, una por la tarde y dos por la noche	Sin suspender
		Quetiapina	100 mg	Oral	Una tableta por la mañana, una por la tarde y una por la noche	Sin suspender
		Oxcarbazepina	300 mg	Oral	½ tableta por la mañana y por la noche	Sin suspender
		Propranolol	40 mg	Oral	½ tableta por la mañana y	Sin suspender

					por la noche	
--	--	--	--	--	-----------------	--