****

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA PERSONAS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

**Demián Rodante – Pablo Gagliesi**

****

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Programa Psicoeducativo del tratamiento farmacológico** **para personas con Trastorno Límite de la Personalidad** |

**Autores: Demián Rodante, Pablo Gagliesi.**

Índice

1. Introducción
2. ¿Por que usar medicación en el TLP?
3. ¿Qué piensan los consultantes sobre la medicación, y qué consecuencias tiene?
4. ¿Qué pautas de tratamiento debo acordar con el médico antes de iniciar el tratamiento farmacológico?
5. ¿Sobre qué síntomas puede ser útil la medicación?
6. ¿Cuáles son los objetivos de la farmacoterapia en DBT?
7. Conociendo los distintos fármacos o medicaciones.
8. ¿Qué hacer en caso de una intoxicación medicamentosa?

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Introducción** |

El objetivo de este texto es brindar información con rigor científico de una forma clara y sencilla, sobre los *psicofármacos* y su relación con un problema que afecta a millones de personas en el mundo, llamado *Desorden Borderline o Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).*

La información que se ofrece a lo largo de este material puede resultar algo general. Sin embargo, el fin es complementar la información que el profesional de salud mental brinda a las personas con este desorden, a sus familiares y allegados, para que puedan comprender mejor lo que le sucede a quienes sufren del mismo.

**Bajo ningún punto de vista este manual sustituye el consejo o indicaciones de su psiquiatra.**

Previo a la lectura de este manual, es recomendable leer el ***Programa Psicoeducativo dirigido a personas con trastorno límite de la personalidad, sus familiares y allegados***. Es importante recordar que los psicofármacos no *curan* los trastornos mentales pero en muchos casos pueden ayudar a que una persona alivie sus síntomas y su malestar, y esto, no necesariamente significa que el cuadro sea más o menos grave.

Por último, cualquier duda que este manual le genere, deberá consultar inmediatamente con su psiquiatra o equipo de salud para aclarar las inquietudes de la mejor manera posible.

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **¿Por qué usar medicación en el tratamiento de personas con Trastorno Limite de la Personalidad?** |

La psicoterapia es el tratamiento fundamental en todos los trastornos de la personalidad. El tratamiento con fármacos es auxiliar o complementario a la psicoterapia. Sin embargo en muchas ocasiones, la medicación es de mucha utilidad.

El tratamiento conjunto entre psicoterapia y fármacos se denomina **Tratamiento Combinado**. En este modelo de terapia, la farmacoterapia es dirigida a los rasgos fundamentales de vulnerabilidad.

Estos se expresan en diferentes dimensiones:

1. DIMENSIÓN DE DESREGULACIÓN EMOCIONAL.
2. DIMENSIÓN DE DESREGULACIÓN IMPULSIVO-CONDUCTUAL.
3. DIMENSIÓN DE DESREGULACIÓN COGNITIVA-PERCEPTUAL.
4. DIMENSIÓN DE DESREGULACIÓN INTERPERSONAL.
5. DIMENSIÓN DE DESREGULACIÓN DEL SELF (del sentido de uno mismo).

Los criterios que constituyen al TLP pueden agruparse en las distintas dimensiones de la siguiente manera:

|  |  |
| --- | --- |
| DIMENSIÓN | **CRITERIOS** |
| **DESREGULACIÓN EMOCIONAL** | Inestabilidad emocional Enojo inapropiado o dificultad para controlar la ira |
| **DESREGULACIÓN IMPULSIVO-CONDUCTUAL** | Impulsividad (en distintas áreas)Ideas o Conducta suicida, autocortes o autodaño. |
| **DESREGULACIÓN COGNITIVA-PERCEPTUAL** | Disociación/paranoia (frente a estresores) |
| **DESREGULACIÓN INTERPERSONAL** | Esfuerzos frenéticos (miedo) para evitar el abandono Relaciones inestables, intensas y caóticas (idealización y desvalorización) |
| **DESREGULACIÓN DEL SELF** | Sentimientos crónicos de vacío o aburrimientoAlteraciones de la autoimagen (o del sentido de sí mismo) |

Las dimensiones para las cuales se sugiere un tratamiento psicofarmacológico – farmacoterapia - son las primeras tres: *Desregulación emocional, impulsivo-conductual y cognitivo-perceptual.*

Situaciones en donde es necesario recurrir a la medicación:

1. Periodos de descompensación
2. Crisis
3. Síntomas específicos que responden moderadamente a fármacos (ej. Rumiación, atracones o insomnio)
4. Trastornos psicológicos y psiquiátricos presentes, **además del TLP**, en donde existe evidencia de que responden a determinados psicofármacos (ej. Depresión o Trastornos de Ansiedad, Trastorno Obsesivo-compulsivo, Trastornos de la conducta Alimentaria, Trastorno Bipolar) Recordemos aquí que la existencia de más de un diagnóstico es frecuentes en TLP. Sugerimos una lectura del *Manual Psicoeducativo para Personas con TLP*, sus familiares y allegados para tener más información al respecto.

**No existe evidencia para la eficacia de los fármacos para las dimensiones de DESREGULACIÓN INTERPERSONAL y de DESREGULACIÓN DEL SELF, pero sí funciona la psicoterapia para ellas.**

Existen también algunos síntomas de depresión o ansiedad que son secundarios y propios del mismo TLP, y no corresponden a trastornos independientes, llamados **“Síntomas secundarios asociados al TLP”,** los cuales no tienen que ser tratados como cosas por separado, sino a través del tratamiento del TLP.

***Resumiendo, el tratamiento farmacológico estaría dirigido al tratamiento de algunos síntomas en el período de crisis y a modificar la vulnerabilidad o susceptibilidad a padecerlas, sobre todo dirigido a los síntomas de DESREGULACIÓN EMOCIONAL, IMPULSIVO-CONDUCTUAL Y COGNITIVO-PERCEPTUAL.***

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **¿Qué piensan los consultantes acerca de la medicación?** |

Debido a que el incumplimiento de las tomas y las sobreingestas - es decir, tomar más de lo indicado por el médico- llegan a producirse en la mitad de los casos **es importante aclarar y ser franco con el médico tratante respecto de lo que se piensa de la medicación.**

Aunque parezca extraño, las atribuciones y creencias, tanto positivas como negativas, pueden confundir tanto al médico como al consultante e interferir en el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Esto significa que el consultante puede, por este motivo, no entender o no estar de acuerdo con la indicación médica, y el médico puede no comprender por qué el consultante no cumple con la medicación o no la toma como está indicado.

A continuación citaremos las creencias positivas y negativas sobre la medicación y sobre los médicos, que se presentan con mayor frecuencia en consultantes con TLP.

**Creencias positivas:**

Sobre la medicación:

* Estoy enfermo, es necesaria la medicación.
* La medicación disminuye el sufrimiento.
* La medicación puede curar.

Sobre el psiquiatra que prescribe:

* Tiene formación médica.
* Desea aliviar el sufrimiento.
* Hará todo lo posible.
* Puedo confiar en él.

**Creencias negativas:**

Sobre la medicación:

* La medicación es irrelevante.
* La medicación controla mi mente.
* La medicación es adictiva, provoca discapacidad.
* La medicación me va a tener sedada todo el día.
* Voy a tener que tomarla toda mi vida.
* Si tomo medicación, mi cuadro es más grave.

Sobre el psiquiatra:

* Los médicos solo se preocupan de las enfermedades.
* No tienen interés en implicarse.
* No cree que la terapia pueda ayudar.
* Desea controlarme.

**Es muy importante poder explicar al médico y al terapeuta qué piensa y siente uno respecto de la medicación para poder acordar pautas y objetivos de tratamiento.**

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **¿Qué pautas de tratamiento debo acordar con el médico antes de iniciar el tratamiento farmacológico?** |

Algo a tener muy en cuenta, **es dejar claro qué puede esperar el consultante de la medicación.** Por eso al iniciar el tratamiento farmacológico se hace necesario entender y cumplir ciertas pautas:

1. La medicación puede ser útil pero desempeña un papel auxiliar. **No se puede esperar que “cure” el TLP.**
2. Aprender a colaborar con el médico en identificar los problemas, síntomas o conductas que los fármacos pueden aliviar; esto es, conocer los síntomas o conductas problemas para participar activamente en el tratamiento.
3. Para que aparezcan resultados positivos muchas veces hay que tener paciencia y esperar algunas semanas para que el fármaco haga efecto, ya que determinadas medicaciones (consulta con el psiquiatra cuáles) tardan un lapso de tiempo en producir el efecto buscado.
4. Todos los medicamentos pueden producir efectos no deseados, por esto se le debe preguntar al psiquiatra cuáles son los más frecuentes, ya que no todos los efectos adversos que figuran en el prospecto se presentan con la misma frecuencia y algunos lo hacen muy rara vez. Es necesario avisar si alguno aparece, a fin de poder acordar cómo manejarlos o si se deben realizar cambios en la dosis o en el fármaco.
5. Es importante que el consultante cuente con información adecuada y lea acerca de los medicamentos que se le prescriben. Lo mejor es pedirle al psiquiatra tratante información o literatura al respecto, y evitar la consulta indiscriminada a Internet, ya que en ésta existen muchos datos incorrectos respecto a la medicación.
6. Como con cualquier otra medicación, los psicofármacos no producen el mismo efecto en todas las personas, por lo que el proceso terapéutico que se hace entre psiquiatra y consultante evoluciona hasta saber cuáles son los medicamentos que pueden ayudar a cada consultante.
7. Respetar lo acordado con el psiquiatra teniendo en cuenta, además de las pautas anteriores, la elevada frecuencia de incumplimientos y las consecuencias que esto produce.
8. Antes de abandonar la medicación o hacer cambios en la toma de la misma, consultar telefónicamente al psiquiatra tratante. Muchas veces, estas conductas llevan a confundir a consultantes y psiquiatras, y no saber si las mejorías o empeoramientos son debidos a mantenimiento, suspensión o modificación de la medicación.
9. Informar al psiquiatra sobre otros medicamentos y sustancias (drogas o alcohol) que se consumen ya que éstas además de tener interacciones con la medicación (los anticonceptivos, en algunas oportunidades, pueden perder su eficacia), pueden estar siendo usadas para aliviar determinados síntomas (funcionarían como automedicación) que son posibles de abordar farmacológicamente, evitando así las consecuencias del consumo de las mismas.
10. Es muy importante informar al médico si hay deseos de quedar embarazada, planificar un embarazo, o decisiones de suspender los métodos anticonceptivos, ya que muchas drogas pueden producir malformaciones fetales o poner en riesgo el embarazo. Para minimizar los riesgos, es necesario que comuniques esto a tu psiquiatra tratante a fin de que evalúen juntos la conducta a seguir y la planificación del embarazo. También es muy importante que las mujeres en edad fértil que mantienen relaciones sexuales usen un método anticonceptivo eficaz (anticonceptivos, DIU, entre otros).

|  |  |
| --- | --- |
| **5** | **¿Sobre que síntomas puede ser útil la medicación?** |

En general los fármacos actúan sobre tres objetivos sintomáticos principales: **la desregulación de la conducta, desregulación emocional y del estado de ánimo, y la desregulación cognitivo-perceptual. H**ay que recordar que la medicación no es eficaz en todos los casos por igual y se considera como una herramienta más en el tratamiento del TLP.

**Conducta:**

* Conductas que son riesgosas para la vida propia y de otros como en el manejo o el sexo.
* Atracones o vómitos.
* Conductas de auto-daño.
* Abuso de sustancias.
* Gastar dinero en exceso.
* Explosiones de ira.
* Violencia física o verbal.
* Insomnio.

**Estado de ánimo:**

* Volátil.
* Irritable.
* Lábil o inestable (feliz/triste, hostil/afectuoso).
* Hipersensible.
* Deprimido.
* Agitado.

**Pensamientos e ideas de ellos mismos y/o su entorno:**

* Proyección (falsas atribuciones, idea de que se es perjudicado o perseguido).
* Distractibilidad.
* Vaguedad de pensamiento (dificultad para focalizar en un tema).
* Alteraciones de la percepción (percibir raro el entorno, percibir raro el propio cuerpo, distorsión de la imagen corporal).
* Ideas o creencias raras (ej. clarividencia, telepatía, persecución).

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **¿Cuáles son los objetivos de la farmacoterapia en DBT?** |

La farmacoterapia es una de las modalidades que tiene DBT para mejorar o incrementar las capacidades del consultante; el ejemplo más claro es este manual psicoeducativo.

**¿Para qué?** Para atenuar la intensidad extrema del malestar o desregulación, su frecuencia, y favorecer la capacidad reflexiva antes de la conducta.

**¿Por cuánto tiempo?** En las personas que poseen TLP sin otro trastorno, existe la posibilidad de discontinuar la medicación una vez el consultante incorpore habilidades que le permitan estabilizarse. Depende principalmente de la adquisición de habilidades aprendidas en psicoterapia individual y grupal; y en segundo lugar de la exposición a eventos estresantes de la vida.

**¿Cómo?** La farmacoterapia y sus objetivos, duración y reevaluación, las definen el psiquiatra y el consultante. Luego de periodos de estabilidad, los esfuerzos deben estar orientados a reducir o suspender gradualmente la droga evitando la abstinencia.

**¿Cuándo si**? Cuanto la gravedad o intensidad de la psicopatología del TLP imposibilite o sea relevante para la efectividad del tratamiento psicoterapéutico.

**¿Cuándo no?** Se deben evitar cambios de medicación durante las crisis. Al indicar medicación en la crisis, se puede malinterpretar que la mejoría es por los fármacos y no porque la emoción tiene un principio y fin, más allá de la toma de medicación. Es decir, la medicación puede transformarse en un refuerzo o a pensar que la solución va a encontrarse en la toma de la medicación y no en la implementación de habilidades. Recordar que la primera línea de tratamiento es la psicoterapia.

**La farmacoterapia debe estar orientada a:**

* **Disminuir conductas que atenten contra la terapia.**

Ausencia a sesión.

* **Disminuir conductas estándar específicas que son manejadas efectivamente por fármacos.**

Episodios depresivos, Trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastornos por Estrés, Atracones y otros Trastornos de la Conducta alimentaria.

* **Incrementar el automanejo de las conductas relacionadas con la salud.**

Ejercicio, patrón de sueño, de alimentación, control de enfermedades médicas (ej. Hipotiroidismo), consumos de sustancias (ej. Alcohol), las cuales vulnerabilizan y predisponen al sufrimiento y malestar de los consultantes.

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **Conociendo los distintos fármacos o medicaciones.** |

Existen diferentes grupos de fármacos y es importante que el consultante conozca sus características y efectos no deseados, para de esta manera poder cooperar y participar activamente en el tratamiento.

En la elección de cada fármaco en particular el psiquiatra deberá evaluar qué exámenes de laboratorio debe solicitar al consultante a fin de reducir posibles efectos adversos y detectar la aparición de los mismos. Es útil realizar a la brevedad los estudios que el psiquiatra solicita.

* **ANTIDEPRESIVOS**

**Existen diferentes tipos de antidepresivos, los cuales se encuentran en orden de frecuencia de su uso en la práctica clínica:**

* **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).** FLUOXETINA, PAROXETINA, FLUVOXAMINA, SERTRALINA, CITALOPRAM Y ESCITALOPRAM. Su utilización depende de que si la persona con TLP posee un Trastorno Depresivo, un Trastorno de Ansiedad, Trastorno Obsesivo-compulsivo o Trastorno de la conducta alimentaria (Bulimia Nerviosa o TANE) simultáneamente, pero no si sólo tiene TLP.

Son fármacos eficaces que provocan pocos efectos secundarios, razón por la cual en la actualidad son un grupo de fármacos muy usado, llamados de *primera línea o elección* en el tratamiento de la depresión y la ansiedad.

Muchas veces, sus efectos secundarios se reducen a ligeras molestias digestivas al inicio del tratamiento y disfunción sexual; algunos de estos efectos, como los digestivos, desaparecen luego de 2 semanas de tratamiento, y otros de estos efectos son reversibles, es decir, desaparecen una vez se completa el tratamiento. Algunos de los ISRS más utilizados son la fluoxetina y la paroxetina, esta última muy indicada en depresiones con un gran componente ansioso, y finalmente la sertralina, la fluvoxamina, el escitalopram y el citalopram. La elección depende del tipo de depresión y del tipo de trastorno de ansiedad.

* **Inhibidores selectivos de serotonina y noradrenalina (ISRNS).** VENLAFAXINA, DESVENLAFAXINA, DULOXETINA y MIRTAZAPINA. Son uno de los antidepresivos de más reciente aparición. Su efecto puede ser más potente que el de los ISRS; podrían considerarse igual de eficaces que los tricíclicos (ver más adelante) y además se asocian a menos efectos secundarios. Es importante el control de presión arterial cuando se utilizan. Poseen indicaciones similares a las ISRS en cuanto a depresión, no así a ansiedad.
* **Inhibidores selectivos de la noradrenalina y la dopamina (ISRND).** BUPROPIÓN. Es un antidepresivo que tiene varias indicaciones. Dentro de estas, se prescribe en el tratamiento de la cesación tabáquica, aunque es un eficaz antidepresivo. En algunos casos, puede ser de elección en los personas que poseen tanto TLP como Trastorno Bipolar, siempre y cuando por este último, se encuentren en tratamiento con estabilizadores del ánimo
* **Otros menos usados: Antidepresivos tricíclicos** y **Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO).**

**ESTABILIZADORES DEL ANIMO O ANTIRECURRENCIALES:**

Llamamos **estabilizadores del ánimo** a los fármacos encargados de mantener la estabilidad del estado de ánimo. Entre los fármacos disponibles actualmente para éste fin contamos con el Litio, con algunos anticonvulsivantes y con algunos antipsicóticos.

* **Litio**: Tiene un alto poder preventivo, sobre todo para reducir la inestabilidad anímica que afecta a muchos consultantes. Por otra parte, cabe destacar su potencial efecto antisuicida. La supresión brusca del fármaco puede precipitar una recaída, por lo que de ser necesario, éste debe suspenderse en forma gradual (excepto causa médica o efecto adverso grave).

Abandonar el tratamiento de forma repentina y sin seguir indicaciones del psiquiatra puede ser la causa de una futura resistencia al litio, es decir, que no funcionará cuando volvamos a iniciar el tratamiento.
Los efectos secundarios más frecuentes - aunque no siempre ocurren - son: temblor (sobre todo en las primeras semanas), diarrea, aumento de la necesidad de orinar y retención de líquidos. Más infrecuentemente produce acné y molestias gastrointestinales. Todos estos en general cambian con el tiempo.

La dosis de litio debe regularse según los niveles de éste en la sangre (llamados **“litemia”**), por ello requiere mediciones cuya frecuencia varía según el momento del tratamiento. La medida del nivel de litio en la sangre (litemia) debería hacerse aproximadamente a los 7 días del inicio y luego de cada cambio de dosis (dejando transcurrir de 5 a 7 días). Cuando existe sospecha de toxicidad, se deberá hacer una litemia de forma inmediata.

El mejor momento para medir la litemia es 12 horas después de que el consultante ha tomado su última dosis nocturna – Es decir, si la última toma de litio fue a las 21 hs, se deberá hacer la extracción de sangre a las 9 de la mañana del día siguiente, **SIN** haber tomado la dosis de litio de la mañana. Estos datos sobre el momento y el lugar de realización serán brindados por su médico.

Es importante conocer algunos síntomas que aparecen en la intoxicación a fin de consultar al médico en caso de su aparición, ya que el litio es una droga de bajo índice terapéutico (la dosis tóxica es cercana a la dosis terapéutica).

Frente a la intoxicación leve pueden aparecer: alteraciones garstrointestinales, leve trastorno en la marcha y en el habla.

En intoxicaciones moderadas a severas: nauseas, falta de atención, temblor generalizado, confusión mental y los síntomas de una intoxicación leve pero más marcados.

En intoxicaciones severas: los síntomas anteriores mas estupor, convulsiones y coma.

Es muy importante consultar al médico frente a la aparición de cualquiera de estos síntomas a fin de que éste nos indique la conducta a seguir, desde disminuir las dosis y suspender el fármaco, hasta una internación clínica de urgencia.

Con el uso del litio pueden aparecer alteraciones en la **glándula tiroides** (que suelen revertir cuando se suspende el litio, aunque muchas veces el “devela” un problema de hipotiroidismo que estaba latente) por lo que el funcionamiento de la misma también será controlado con regularidad. También se deberá controlar la función renal y la función cardíaca (con un Electrocardiograma-ECG-) antes y durante el tratamiento, especialmente si hay antecedentes.

Por lo demás el Litio es muy bien tolerado y no tiene mayores efectos secundarios como cansancio o somnoliencia, o alteraciones de la concentración.

**Es muy importante preguntarle al psiquiatra tratante antes de tomar otras medicaciones, así cómo informarle a cualquier otro médico, o incluso al dentista, que uno está recibiendo litio.**

Cuidados y pautas que un consultante deberá tener al tomar litio:

1. Uno de los cuidados más importantes es la ingesta de sal (o sodio). A partir de que un consultante recibe litio, la dieta debe ser normosalina, es decir, con cantidad de sal habitual o normal. Una dieta baja en sodio o sal puede elevar los niveles de litemia y hacer tóxico al litio.
2. Frente a estados gripales, dolores corporales o de cabeza, la persona que recibe litio no puede tomar ibuprofeno o diclofenac u otro antiinflamatorio, ya que también aumentan la toxicidad del litio. Los únicos antiinflamatorios que se pueden tomar son la **ASPIRINA** (acido acetil salicílico) o el **Paracetamol**; estos dos últimos son seguros.
3. Si el consultante recibe también tratamiento por hipertensión arterial, casi todos los antihipertensivos aumentan los niveles y la toxicidad del litio, por lo que deberá consultar a la brevedad con el médico clínico o cardiólogo para ajustar el tratamiento anti-hipertensivo.

Los  **anticonvulsivantes** más usados actualmente son el valproato, la carbamazepina, la oxcarbamazepina, la lamotrigina y el topiramato.

**Valproato (o Acido Valproico):** es un medicamento prometedor en la disminución de la desregulación afectiva (o inestabilidad emocional), con menor evidencia para la conducta agresiva/impulsiva; hacen falta más estudios para establecer la eficacia de éste compuesto. Entre sus efectos secundarios se encuentran el aumento de peso (importante) y más raramente el cambio de textura o caída del cabello. Puede generar también aumento de las enzimas hepáticas.

Esta medicación no puede usarse durante el embarazo. Por esto, no es de primera elección en mujeres de edad fértil (o que busquen embarazo).

* **Carbamacepina:** es considerada un buen fármaco para tratar la impulsividad, especialmente en consultantes deprimidos, aunque hasta el momento no haya suficiente evidencia. Generalmente no se asocia a efectos secundarios importantes, aunque puede provocar visión doble, fatiga, dificultad para orinar y, excepcionalmente, descenso de los niveles de sodio en sangre (hiponatremia), siendo esto último motivo para retirar el fármaco.

Es importante mencionar que interacciona con otras drogas por ejemplo con los anticonceptivos orales y es por ello que hay que comunicarle al médico todos los fármacos que uno toma.

Esta medicación no puede usarse durante el embarazo. Por esto, no es de primera elección en mujeres de edad fértil (o que busquen embarazo).

* **Oxcarbamacepina:** tiene características similares a la carbamazepina, pero con menos efectos secundarios y menos interacciones farmacológicas.
* **Lamotrigina:** es un fármaco eficaz en la prevención de los episodios depresivos en algunos consultantes (sobre todo con Trastorno Bipolar y TLP). Existe evidencia de su eficacia en TLP en las áreas de Desregulación Emocional, Desregulación Impulsivo-conductual.

En ensayos recientes se observó un aumento marcado del nivel de actividad global, desaparición del comportamiento impulsivo, de la promiscuidad, abuso de sustancias y la ideación suicida, se aguardan ensayos clínicos mayores.

El efecto secundario - 4 en 10.000 casos - que se vuelve un problema es la aparición de una reacción alérgica en la piel (llamado “rash”) que no suele ser grave en la mayoría de los casos y que se suele evitar cuando el aumento de la dosis se hace de manera lenta y escalonada. En mucha menor frecuencia pueden presentarse efectos secundarios graves a nivel de la piel que constituyen una urgencia, por esto en caso de cualquier reacción en la piel se debe comunicar rápidamente al médico.

Esta medicación no puede usarse durante el embarazo. Por esto, no es de primera elección en mujeres de edad fértil (o que busquen embarazo).

* **Topiramato**: Existe algunos estudios que evalúan la eficacia del Topiramato en el TLP Se requieren mayores estudios para demostrar solidamente la efectividad de este fármaco, se lo a propuesto para síntomas asociados como los atracones en Trastornos Alimentarios. Además de esto, algunas veces produce alteraciones cognitivas por lo que la administración de este fármaco puede dificultar el progreso cognitivo de la psicoterapia.
* **ANTIPSICÓTICOS:**
* **Neurolépticos o antipsicóticos clásicos:** Son eficaces para el tratamiento de los síntomas psicóticos, como los delirios y las alucinaciones. También se usan frente a comportamientos autoagresivos y automutilantes. Su uso es muy limitado y puntual hoy en día en el tratamiento del TLP.

Un ejemplo de estos es el Haloperidol. Su uso está limitado por sus efectos secundarios entre los que se presentan, rigidez muscular, temblor, aparición de tics, sensación de abatimiento, aparición de inquietud en las piernas (acatisia) y sequedad de boca. A veces son usados en emergencias psiquiátricas.

* **ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN O ATÍPICOS:** Se trata de fármacos tan eficaces como los neurolépticos y que provocan menos efectos secundarios. Además se utilizan como exelentes estabilizadores del ánimo. Muchos de estos, se utilizan en cuadros de disociación extrema y trauma, a dosis muy bajas, o como potenciadores de otros fármacos en numerosos cuadros como la depresión. En ocaciones son una buena opción para los problemas de sueño, especialmente para evitar el uso de medicación como las benzodiacepinas.

 Dentro de este grupo se encuentran:

* **Olanzapina:** Tiene un papel promisorio en el tratamiento del TLP, aunque aun faltan estudios mayores para probar su eficacia. Además, puede ser últil en el tratamiento de la sintomatología afectiva secundaria asociada al TLP como depresión o ansiedad. Provoca pocos efectos secundarios a nivel motor (rigidez, temblor, etc.) y es bien tolerado. Su principal problema es el aumento de peso y posible aumento de la glucemia (nivel de azúcar en sangre), por lo que no se recomienda el uso a largo plazo en el TLP. Es necesario iniciar conjuntamente un plan de actividad física semanal y una dieta balanceada.
* **Risperidona:** Es muy eficaz y potente antipsicótico. Sus efectos secundarios son similares a los del Haloperidol pero más atenuados, produce menor aumento de peso que la Olanzapina y puede inducir cambios hormonales como aumento de prolactina que genera perdida de la menstruación (amenorrea), secreción de leche por los pezones (galactorrea), los cuales revierten a las semanas luego de suspendido el fármaco. En casos de intensa sintomatología disociativa o impulsiva, puede ser eficaz a dosis bajas. **Paliperidona:** es un derivado de la Risperidona.
* **Quetiapina**: Es un fármaco sumamente útil en el Trastorno Bipolar. Tiene un comienzo de acción más lento que el resto debido a que la dosis debe aumentarse lentamente por la sedación que produce, pero es el que menos efectos adversos posee. De este grupo, es el que mejor evidencia tiene a la hora de reducir la sintomatología del TLP en forma global a dosis intermedias (ej: 150 mg/día). Por su poder sedativo, es un excelente fármaco para el insomnio asociado en consultantes con TLP a dosis bajas (ej. 25-50 mg/día). En algunos casos puede disminuir la presión arterial.
* **Otros: Aripiprazol**: Posee menor eficacia en el tratamiento de los trastornos psicóticos que el resto de los antipsicóticos, sin embargo es útil en el manejo sintomático. Puede producir rigidez, inquietud o intranquilidad psicomotriz o nerviosismo al inicio del tratamiento. **Asenapina**: nuevo antipsicótico cuya presentación es sublingual. Posee menos efectos adversos motores y metabólicos. No existen estudios de eficacia en TLP. **Lurasidona:** aprobada para el tratamiento del Trastorno Bipolar. Similar a la quetiapina. No existen estudios de eficacia en TLP. **Otros**: Ziprasidona, clozapina.
* **BENZODIACEPINAS:**

Son fármacos ansiolíticos. Dentro de éstos se encuentran el Alprazolam, Midazolam, Diazepam, Lorazepam y Clonazepam; éste último el más utilizado en la actualidad. Son eficaces en el tratamiento de cuadros con mucha ansiedad, agitación, irritabilidad.

Ninguno de estos fármacos está indicado para usarse en monoterapia (como único tratamiento farmacológico)

Se debe intentar evitar su uso en consultantes con TLP por varias razones:

- Generan Tolerancia: cada vez se necesitan más dosis para conseguir el mismo efecto.

- Potencial de abuso y dependencia que generan: cuanto más tiempo se utilizan, más difícil es lograr suspender su toma.

- Por su mecanismo de acción puede provocar o agravar síntomas de disociación (menos para el Clonazepam).

- Pueden producir *Efecto Paradojal*: en lugar de tranquilizar, puede generar agitación en incluso aparición o intensificación de ideación suicida. Es más frecuencia con benzodiacepinas de alta potencia y corta duración de acción como el ALPRAZOLAM.

- Refuerzo negativo en crisis: si en cada crisis se recurre a estos fármacos, produce tranquilidad o disminución transitoria de malestar, impidiendo que el consultante pueda utilizar habilidades y se haga dependiente de este fármaco para atravesar la crisis.

Ante la necesidad de retirar ésta medicación, deberá hacerse de modo lento y paulatino para evitar la aparición de síntomas de abstinencia graves. El más seguro, en este sentido, es el Clonazepam.

No son de elección en el tratamiento del insomnio por las mismas razones antes descriptas, aunque frente a casos resistentes pueden indicarse.

* + **HIPNÓTICOS:**

Son fármacos para el tratamiento del insomnio. A saber: ZOLPIDEM, ZOPICLONA Y ESZOPICLONA. También pueden producir disociación o sonambulismo, pero en mucho menor grado que las benzodiacepinas. No generar dependencia o tolerancia. Su uso crónico está desaconsejado.

* **Otros fármacos:**

**NALTREXONA**: Hay publicaciones que apoyan la eficacia de la naltrexona en el tratamiento de los comportamientos adictivos-impulsivos, como el alcoholismo, el juego patológico, autocortes compulsivos, de manera que se podría considerar el uso de la naltrexona en los consultantes TLP con este tipo de problemas.

**OMEGA 3**: son ácidos derivados de aceite de pescado. Existen sólo dos estudios de acidos omega 3 en consultantes con TLP.

**MELATONINA:** Una hormona natural que ayuda a organizar y mejorar la calidad del sueño. Es una muy buena opción para los problemas crónicos de insomnio.

**Recomendaciones generales para el uso de la medicación**

* + Respetar las tomas diarias (No saltear tomas).
	+ Mantener un hábito en el uso de la medicación mientras dure el tratamiento.
	+ Iniciar y mantener una hoja de registro de medicación que contenga datos del consultante y medico tratante (nombres, apellidos y teléfonos), medicamento administrado, dosis y frecuencia de toma de la medicación.
	+ Clarificar junto con su psiquiatra los objetivos de la farmacoterapia.
	+ No automedicarse ni aumentar y/o disminuir dosis sin consultar al medico tratante (razón suficiente para comunicarse con el psiquiatra).
	+ Trate que alguien de su confianza también sepa de las medicaciones que toma y recurra a entregarla si está con ideas de ingerirlas en exceso.

Es importante informar al psiquiatra los “antecedentes farmacológicos”; es decir, todas las medicaciones que ha recibido el consultante, dosis, el tiempo en que fue recibido, motivos de la indicación, motivo de suspensión, discontinuación o abandono, efectos adversos padecidos. Mantenga un registro de medicaciones y sus resultados, es posible que si tiene que cambiar de tratamiento o medicación esos antecedentes sirvan en la toma de desiciones.

Mantener una memoria de cómo, qué, cuándo y dónde funcionaron ciertos medicamentos. Los psiquiatras peuden cambiar, por eso es importante guardar una historia.

|  |  |
| --- | --- |
| **8** | **¿Qué hacer en caso de intoxicación medicamentosa?** |

Cuando se trata de ayudar a una persona intoxicada no siempre se sabe qué cosas pueden resultar eficaces. De hecho, nuestros primeros auxilios pueden ser incluso peligrosos y contraproducentes.

A continuación enumeramos los puntos básicos que se deberían seguir ante una intoxicación de carácter general:

* Hay que actuar rápido, tener a la mano teléfonos de urgencias y la hoja de registro de medicación (medicamento, dosis y frecuencia de toma) del consultante a fin de poder informar a quién recibe nuestra llamada la posible causa de la intoxicación.
* En caso de inconciencia, se llamará inmediatamente a una ambulancia. Se debe llamar a Emergencias Psiquiátricas de su Obra Social, Prepaga, o de no tenerla, al 107 en CABA o al 911 en Provincia de Buenos Aires.
* A las personas inconscientes se las colocará semi-acostadas y con la cabeza hacia un lado para facilitar la respiración.
* Igualmente se retirarán de la boca los restos de vómito u objetos que pudieran dificultar la respiración.
* Se aflojarán las ropas, cinturones u otros objetos que compriman al intoxicado.
* Nunca se forzará el vómito en sujetos inconscientes, somnolientos u obnubilados, ni tampoco en los que sufren convulsiones, ya que el vómito podría invadir los pulmones causando asfixia.
* Intentaremos averiguar la causa de la intoxicación: valorar el aliento, aspecto del vómito, objetos que rodean al intoxicado.

Los siguientes son los números telefónico de los centros de toxicología de la Ciudad de Buenos Aires:

**Hospital Ricardo Gutiérrez (011) 4962-6666/ 2247.**

**Hospital Alejandro Posadas (011) 4654-6648 – 4658-7777.**

**EJEMPLO DE HOJA DE REGISTRO FARMACOTERAPIA DBT**

Nombre del consultante:

Teléfono:

Nombre del médico:

Teléfono:

Nombre de familiar o contacto:

Teléfono:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Medicación** | **Dosis** | **Esquema** **Farmacológico** | **Horarios** | **Objetivos** |
| **Desayuno** | **Almuerzo** | **Merienda** | **Cena** |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |