

# RINITIS MEDICAMENTOSA: DEL USO TERAPÉUTICO AL CONSUMO PERSISTENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

**AUTOR: JORGE DIEGO LÓPEZ MARTÍNEZ**

ESTUDIANTE DE LA ESCUELA DE MEDICINA, DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
UNIVERSIDAD ANÁHUAC QUERÉTARO.

## RESUMEN

La disponibilidad de descongestionantes nasales de venta libre ha favorecido la aparición y perpetuación de la rinitis medicamentosa, condición caracterizada por congestión nasal persistente secundaria a su uso prolongado. Este fenómeno puede generar un ciclo de consumo difícil de interrumpir, asociado tanto a la recurrencia sintomática como a patrones conductuales compatibles con dependencia farmacológica. El objetivo de esta revisión fue analizar la rinitis medicamentosa como una forma subestimada de dependencia farmacológica, evaluando sus mecanismos y su impacto en la salud pública. Se realizó una revisión narrativa crítica que integró estudios clínicos y observacionales sobre prevalencia, severidad y patrones de uso de descongestionantes nasales, así como fuentes clínicas de referencia y un estudio cualitativo eje sobre componentes de adicción en rinitis medicamentosa. La rinitis medicamentosa alcanzó una prevalencia de hasta 17% en pacientes con rinitis no alérgica, frente a 5% en población control. Cerca del 50% de los pacientes con rinitis persistente presentó uso indiscriminado de descongestionantes. El uso regular se asoció con mayor severidad clínica y mayor proporción de casos moderados a severos. La rinitis medicamentosa representa una entidad clínica subestimada, asociada a mayor severidad sintomática, consumo persistente y conductas compatibles con dependencia farmacológica. Su disponibilidad como medicamento de venta libre refuerza su relevancia como problema de salud pública

**Palabras clave:** rinitis medicamentosa; descongestionantes nasales; dependencia farmacológica; otorrinolaringología.

## ABSTRACT

The availability of non-prescription nasal decongestants has contributed to the development and persistence of rhinitis medicamentosa, a condition characterized by persistent nasal congestion secondary to prolonged use. This phenomenon may generate a cycle of consumption that is difficult to interrupt, associated both with symptom recurrence and behavioral patterns compatible with pharmacological dependence. The objective of this review was to analyze rhinitis medicamentosa as an underestimated form of pharmacological dependence, evaluating its mechanisms and its impact on public health. A critical narrative review was conducted, integrating clinical and observational studies on the prevalence, severity, and patterns of nasal decongestant use, as well as clinical reference sources and a key qualitative study on addiction components in rhinitis medicamentosa. Rhinitis medicamentosa reached a prevalence of up to 17% among patients with non-allergic rhinitis, compared with 5% in the control population. Approximately 50% of patients with persistent rhinitis reported indiscriminate use of decongestants. Regular use was associated with greater clinical severity and a higher proportion of moderate to severe cases. Rhinitis medicamentosa represents an underestimated clinical entity associated with greater symptom severity, persistent consumption, and behaviors compatible with pharmacological dependence.

Its availability as a non-prescription medication reinforces its relevance as a public health problem.

**Keywords:** rhinitis medicamentosa; nasal decongestants; pharmacological dependence; otolaryngology.

## INTRODUCCIÓN

La congestión nasal es uno de los síntomas más frecuentes en la práctica clínica y representa un motivo común de automedicación. Debido a su impacto sobre la respiración, el sueño, el rendimiento diurno y la calidad de vida, los pacientes suelen buscar tratamientos de acción rápida que les permitan recuperar la permeabilidad nasal de forma inmediata. En este contexto, los descongestionantes nasales tópicos han ocupado un lugar importante dentro del manejo sintomático de la obstrucción nasal, particularmente por su efecto vasoconstrictor rápido y su amplia disponibilidad como medicamentos de venta libre. Sin embargo, el mismo beneficio que explica su popularidad también puede favorecer su uso repetido, prolongado y no supervisado

La rinitis medicamentosa se define como una forma de rinitis no alérgica inducida principalmente por el uso prolongado o inapropiado de descongestionantes nasales tópicos. Su característica clínica central es la congestión nasal persistente o recurrente secundaria al consumo repetido de estos fármacos, lo que genera un fenómeno de congestión de rebote y perpetúa el ciclo de uso.

Aunque suele describirse como una complicación farmacológica local, su importancia clínica va más allá del edema de la mucosa nasal o de la pérdida progresiva de eficacia del medicamento. En muchos pacientes, la necesidad percibida de continuar el descongestionante se incorpora a la rutina diaria y puede acompañarse de dificultad para suspenderlo, temor a la obstrucción nasal, uso preventivo antes de dormir o salir de casa, y recaídas tras intentos fallidos de abandono. [1,2]

A diferencia de otros fármacos asociados de manera más evidente con dependencia o abuso, los descongestionantes nasales suelen percibirse como productos inocuos, de uso doméstico y bajo riesgo. Esta percepción favorece que muchos pacientes prolonguen su consumo más allá del periodo recomendado, sin identificar que el propio tratamiento puede estar contribuyendo a la persistencia o agravamiento de los síntomas. La disponibilidad sin receta, la automedicación y la falta de orientación clara sobre la duración máxima de uso constituyen factores que pueden transformar una intervención terapéutica breve en un patrón de consumo persistente. [2,3]

Desde una perspectiva epidemiológica, la rinitis medicamentosa también merece mayor atención. Se ha descrito que ciertos fenotipos de rinitis no alérgica presentan una carga clínica significativa y se asocian con mayor severidad sintomática.

Dentro de este contexto, el uso regular de descongestionantes nasales no debe interpretarse únicamente como una conducta aislada, sino como un marcador de enfermedad persistente, mal control sintomático y posible dependencia del alivio farmacológico inmediato. [4]

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura con el objetivo de analizar la rinitis medicamentosa desde una perspectiva clínica, farmacológica, conductual y de salud pública. El propósito del trabajo no fue realizar una estimación cuantitativa del efecto terapéutico, sino integrar evidencia heterogénea sobre los mecanismos fisiopatológicos, los patrones de uso persistente de descongestionantes nasales y los elementos conductuales compatibles con dependencia farmacológica.

Se incluyeron artículos publicados entre 2022 y 2026, así como una fuente clínica de referencia utilizada para contextualizar la definición, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la rinitis medicamentosa. Las publicaciones seleccionadas comprendieron estudios observacionales, revisiones farmacológicas, estudios cualitativos, artículos de discusión académica y estudios transversales relacionados con la práctica farmacéutica.

El análisis se organizó en cuatro ejes principales. El primero abordó el concepto clínico y la fisiopatología de la rinitis medicamentosa, incluyendo el efecto vasoconstrictor inicial de los descongestionantes tópicos, la congestión de rebote, la taquifilaxia y la perpetuación del uso. El segundo examinó la evidencia epidemiológica y clínica disponible, con énfasis en la prevalencia de rinitis medicamentosa dentro de fenotipos de rinitis no alérgica, la severidad de los síntomas y el uso indiscriminado de descongestionantes nasales. Para ello, se consideraron variables como la escala visual análoga de síntomas nasales y la clasificación de severidad propuesta por ARIA. [5]

El tercer eje se centró en la dimensión conductual del consumo persistente. Para este análisis se tomó como referencia el modelo de componentes de adicción de Griffiths, utilizado en un estudio cualitativo para explorar elementos como saliencia, modificación del ánimo, tolerancia, abstinencia, conflicto y recaída en pacientes con rinitis medicamentosa. [5] Este enfoque permitió valorar si el uso prolongado de descongestionantes puede interpretarse como una forma de dependencia farmacológica, sin asumir de manera automática que constituye una adicción conductual formal. Finalmente, el cuarto eje integró la perspectiva de salud pública, considerando la disponibilidad de descongestionantes nasales como medicamentos de venta libre, la automedicación, la percepción de bajo riesgo, el papel de los farmacéuticos en la educación del paciente y la necesidad de estrategias preventivas. [3,6,7]

## Concepto y fisiopatología de la rinitis medicamentosa.

Los descongestionantes nasales tópicos, como los derivados imidazólicos y otros agonistas adrenérgicos, producen vasoconstricción de la mucosa nasal mediante estimulación de receptores alfa-adrenérgicos. Este efecto reduce transitoriamente el edema de los cornetes y mejora la permeabilidad de la vía aérea nasal. Por ello, el paciente percibe un alivio rápido y eficaz, especialmente en cuadros de congestión intensa. Sin embargo, cuando estos medicamentos se utilizan más allá del periodo recomendado, el efecto vasoconstrictor inicial puede transformarse en un fenómeno paradójico de congestión de rebote. [1,2]

La fisiopatología exacta de la rinitis medicamentosa no está completamente definida, pero se han propuesto varios mecanismos complementarios.

Uno de los más relevantes es la disminución progresiva de la respuesta vascular al fármaco, fenómeno relacionado con taquifilaxia o tolerancia farmacológica. Con el uso repetido, la mucosa nasal puede requerir aplicaciones más frecuentes para alcanzar el mismo grado de alivio. Esta pérdida relativa de eficacia favorece que el paciente incremente la dosis, la frecuencia o la duración del tratamiento, reforzando el ciclo de dependencia sintomática. [1]

Además, la vasoconstricción sostenida puede alterar la regulación vascular normal de la mucosa nasal. Tras el efecto inicial del medicamento, puede presentarse vasodilatación reactiva, aumento del flujo sanguíneo local, edema de la mucosa y obstrucción nasal más intensa. Desde el punto de vista histológico y funcional, se ha descrito que el uso persistente de descongestionantes puede asociarse con inflamación local, edema epitelial, alteración de la función mucociliar e hiperreactividad nasal. Estas modificaciones contribuyen a que la mucosa se vuelva más susceptible a la obstrucción y menos capaz de recuperar su regulación fisiológica normal. [1,2]

Este proceso también puede explicarse como una interacción entre el mecanismo farmacológico y la experiencia subjetiva del paciente. La congestión nasal no solo representa un dato clínico, sino una sensación altamente molesta que puede interferir con el sueño, la actividad diaria y la percepción de bienestar. Por esta razón, el alivio rápido producido por el descongestionante adquiere un valor conductual importante. Con el tiempo, el consumo deja de estar vinculado únicamente al cuadro respiratorio inicial y pasa a formar parte de una estrategia habitual para evitar la incomodidad de la obstrucción nasal.

### ***Epidemiología y severidad clínica.***

La frecuencia verdadera es difícil de establecer, debido a que suele subdiagnosticarse, confundirse con rinitis alérgica, rinitis no alérgica persistente o sinusopatía crónica, y porque muchos pacientes no informan espontáneamente el uso prolongado de descongestionantes nasales. Además, al tratarse de medicamentos de venta libre, su consumo puede ocurrir fuera del seguimiento médico formal, lo que limita la capacidad de los sistemas de salud para dimensionar su prevalencia real.

Dentro del espectro de las rinitis no alérgicas, la rinitis medicamentosa representa un fenotipo particularmente importante, ya que combina un componente inflamatorio-funcional de la mucosa nasal con un patrón de exposición farmacológica modificable. En un estudio transversal orientado a caracterizar los fenotipos de rinitis no alérgica en población general, la rinitis medicamentosa se identificó con una frecuencia mayor en pacientes con rinitis no alérgica que en controles. La prevalencia reportada alcanzó hasta 17% en pacientes con rinitis no alérgica, en comparación con 5% en población control. [4]

La relevancia clínica de estos datos aumenta al considerar que la rinitis medicamentosa no solo implica congestión nasal, sino también mayor severidad sintomática. En la evidencia revisada, los pacientes que utilizaban descongestionantes nasales de forma regular presentaron puntuaciones más elevadas en la escala visual análoga de síntomas nasales, con valores de VAS de  $45 \pm 26$  frente a  $19 \pm 24$  en quienes no los utilizaban regularmente. Esta diferencia fue estadísticamente significativa y refleja una mayor carga subjetiva de síntomas en los usuarios habituales de estos fármacos. [4]

De manera concordante, la proporción de casos clasificados como moderados a severos también fue considerablemente mayor entre los pacientes con uso regular de descongestionantes. Se reportó una frecuencia de enfermedad moderada a severa de 84% en usuarios regulares, frente a 36% en no usuarios. Aunque esta relación no permite establecer causalidad absoluta en todos los casos, sí muestra que el uso habitual de descongestionantes se concentra en pacientes con síntomas más intensos y probablemente peor controlados. [4]

La automedicación también desempeña un papel central en este fenómeno. Se ha descrito que aproximadamente la mitad de los pacientes con rinitis persistente pueden presentar uso indiscriminado de descongestionantes nasales, lo cual refleja una brecha importante entre la disponibilidad del medicamento y la comprensión de sus riesgos.

### ***Dependencia farmacológica y patrones conductuales de uso persistente.***

Uno de los aspectos más relevantes de la rinitis medicamentosa es que su persistencia no puede explicarse únicamente por los cambios fisiopatológicos de la mucosa nasal. Aunque la congestión de rebote, la taquifilaxia y la inflamación local son mecanismos centrales, muchos pacientes continúan utilizando descongestionantes nasales incluso cuando reconocen que su uso se ha vuelto excesivo o problemático.

A diferencia de las adicciones clásicas asociadas con sustancias psicoactivas, el objetivo principal del consumo no es obtener placer o euforia, sino evitar una sensación física desagradable: la obstrucción nasal.

Sin embargo, el patrón de uso puede compartir elementos conductuales similares a los observados en otros fenómenos de dependencia, como uso compulsivo, dificultad para suspender el medicamento, tolerancia, recaídas y persistencia del consumo pese a consecuencias negativas.

Esta dimensión ha sido explorada mediante un estudio cualitativo centrado en pacientes con rinitis medicamentosa, utilizando como marco conceptual los componentes de adicción de Griffiths. Este modelo incluye seis elementos: saliencia, modificación del ánimo, tolerancia, abstinencia, conflicto y recaída. Aunque originalmente se ha utilizado para analizar distintos comportamientos adictivos, su aplicación a la rinitis medicamentosa permite comprender por qué algunos pacientes mantienen el uso de descongestionantes nasales más allá de la indicación clínica. [5]

La saliencia se refiere a la centralidad que adquiere el medicamento en la vida cotidiana del paciente. En la rinitis medicamentosa, esto puede manifestarse como la necesidad de llevar siempre el aerosol nasal consigo, revisar si está disponible antes de dormir, comprar frascos de reserva o evitar situaciones en las que no se pueda usar.

La modificación del ánimo no debe entenderse aquí como una búsqueda de intoxicación o placer farmacológico, sino como el alivio emocional secundario a poder respirar mejor. La aplicación del descongestionante produce una sensación rápida de control, tranquilidad y bienestar, particularmente en personas que experimentan congestión nasal como angustiante o incapacitante.

De esta manera, el medicamento no solo mejora temporalmente la permeabilidad nasal, sino que reduce la ansiedad asociada a la obstrucción.

La tolerancia aparece cuando el paciente percibe que necesita utilizar el medicamento con mayor frecuencia o en mayor cantidad para obtener el mismo efecto. Este componente tiene una doble interpretación. Por un lado, puede relacionarse con mecanismos farmacológicos locales, como la taquifilaxia y la reducción progresiva de la respuesta vascular. Por otro lado, también tiene una dimensión conductual: el paciente aprende que cada episodio de congestión puede resolverse rápidamente mediante una nueva aplicación.

La abstinencia se expresa principalmente como reaparición o intensificación de la congestión nasal al suspender el fármaco. Aunque este fenómeno tiene una base fisiopatológica clara, su impacto subjetivo puede ser considerable.

El conflicto aparece cuando el uso persistente del descongestionante genera consecuencias clínicas, personales o médicas. Un ejemplo de ello es que pueden recibir la indicación de suspenderlo y, aun así, continuar utilizándolo por miedo a no poder respirar adecuadamente. Otros pueden experimentar frustración, culpa o preocupación al reconocer que dependen del medicamento para dormir o realizar actividades cotidianas.

La recaída es otro componente relevante. Este patrón no necesariamente implica una adicción formal, pero sí muestra la fragilidad del proceso de suspensión cuando no se trata la causa subyacente ni se ofrece una estrategia terapéutica clara.

No obstante, es importante mantener una postura conceptual prudente. Se ha advertido sobre el riesgo de ampliar excesivamente el concepto de adicción y clasificar como "adicciones conductuales" fenómenos que podrían explicarse mejor por mecanismos fisiológicos, hábitos de uso o dependencia sintomática. Esta crítica es especialmente relevante en la rinitis medicamentosa, donde la conducta de consumo está estrechamente ligada a un síntoma físico real y a un efecto farmacológico local. Por ello, afirmar que todos los pacientes con rinitis medicamentosa presentan una adicción sería impreciso y potencialmente estigmatizante. [6]

Sin embargo, negar por completo la dimensión conductual también sería limitado. El valor del enfoque cualitativo no radica necesariamente en demostrar que la rinitis medicamentosa sea una nueva adicción conductual, sino en visibilizar que algunos pacientes presentan patrones de uso persistente que comparten elementos con la dependencia. En este sentido, el término dependencia farmacológica resulta más adecuado que "adicción" para describir el fenómeno, ya que reconoce la interacción entre necesidad percibida, alivio sintomático, dificultad para suspender el medicamento y recurrencia del consumo, sin asumir necesariamente una entidad psiquiátrica formal. [5,6]

En determinados contextos, el tratamiento puede convertirse en el problema central. Esta idea resulta particularmente aplicable a la rinitis medicamentosa: el medicamento que inicialmente ofrece alivio termina contribuyendo a la perpetuación de la congestión y al mantenimiento de una conducta repetitiva. [7]

**Tratamiento y abordaje multidisciplinario.**

El tratamiento tiene como objetivo principal interrumpir el ciclo de congestión, alivio transitorio y reutilización del descongestionante nasal. Aunque la medida terapéutica central es la suspensión del fármaco responsable, el manejo no debe reducirse a una indicación aislada, ya que muchos pacientes experimentan empeoramiento transitorio de la congestión y pueden interpretar este fenómeno como fracaso terapéutico. Por ello, el tratamiento debe integrar suspensión farmacológica, control de la inflamación nasal, educación del paciente y prevención de recaídas.

[1]

La primera intervención consiste en identificar y retirar el descongestionante nasal tópico que perpetúa el cuadro. Esta suspensión puede realizarse de forma abrupta o gradual, dependiendo de la severidad de los síntomas, la duración del consumo, la ansiedad asociada a la obstrucción nasal y la capacidad del paciente para tolerar el rebote inicial. En algunos casos, la suspensión abrupta permite romper de manera directa el ciclo de uso; sin embargo, en pacientes con consumo prolongado, uso nocturno indispensable o temor intenso a la congestión, puede considerarse una reducción progresiva. Entre las estrategias graduales descritas se encuentra suspender primero una fosa nasal y posteriormente la otra, o disminuir paulatinamente la frecuencia de aplicación.

Un punto fundamental es anticipar al paciente que la congestión puede empeorar temporalmente después de suspender el descongestionante. Esta explicación tiene valor terapéutico, porque evita que el rebote sea interpretado como necesidad real de reiniciar el medicamento.

En la rinitis medicamentosa, el empeoramiento inicial no significa que el tratamiento esté fallando, sino que forma parte del proceso de recuperación de la mucosa nasal. Cuando esta información se comunica de manera clara, el paciente puede tolerar mejor los primeros días de suspensión y reducir el riesgo de recaída.

Los corticosteroides intranasales constituyen una de las principales herramientas farmacológicas durante la suspensión. Su utilidad radica en disminuir la inflamación local, reducir el edema de la mucosa y facilitar la recuperación sintomática. A diferencia de los descongestionantes tópicos, los corticosteroides intranasales no producen vasoconstricción inmediata ni generan el mismo patrón de rebote, por lo que pueden emplearse como tratamiento de apoyo mientras se retira el fármaco responsable. [1,2]

Las irrigaciones nasales con solución salina representan una intervención complementaria útil, segura y de bajo costo. Aunque no sustituyen la suspensión del descongestionante, pueden aliviar la sequedad, mejorar la higiene nasal, reducir la carga de irritantes y ofrecer una alternativa no farmacológica durante el periodo de abstinencia sintomática.

En casos seleccionados, particularmente cuando existe congestión intensa, inflamación marcada o gran dificultad para suspender el descongestionante, pueden considerarse cursos breves de corticosteroides sistémicos bajo supervisión médica. Esta opción debe reservarse para situaciones específicas, valorando riesgos, comorbilidades y contraindicaciones. [1,2].

Desde la perspectiva conductual, el tratamiento debe reconocer que algunos pacientes presentan una relación de dependencia con el descongestionante. Explicar el ciclo de la rinitis medicamentosa de manera sencilla desplaza la culpa del paciente hacia la comprensión del mecanismo, favoreciendo una alianza terapéutica menos punitiva y más efectiva. La prevención de recaídas debe formar parte del plan desde el inicio. Una vez resuelto el cuadro, el paciente debe recibir instrucciones claras sobre evitar la reutilización de descongestionantes nasales tópicos o limitarse estrictamente a períodos muy breves y bajo orientación médica.

El abordaje multidisciplinario es especialmente relevante debido a la naturaleza clínica, farmacológica y conductual del problema. El médico de primer contacto puede identificar el patrón de sobreuso y orientar la suspensión inicial; el otorrinolaringólogo puede evaluar daño mucoso, hipertrofia de cornetes, pólipos u obstrucciones anatómicas; el alergólogo puede estudiar y tratar el componente alérgico; y el farmacéutico puede intervenir desde el punto de venta para advertir sobre el riesgo de uso prolongado. En casos de consumo compulsivo, recaídas repetidas o ansiedad intensa relacionada con la obstrucción nasal, puede considerarse apoyo psicológico breve orientado a manejo de síntomas, tolerancia al malestar y adherencia terapéutica. [3,5]

## CONCLUSIONES

La principal aportación de esta revisión es integrar la rinitis medicamentosa como un fenómeno clínico, farmacológico, conductual y sanitario.

Esta mirada permite entender que el problema no reside únicamente en el medicamento ni exclusivamente en la conducta del paciente, sino en la interacción entre ambos.

En conjunto, esta patología debe reconocerse como una condición clínica subestimada, prevenible y frecuentemente subdiagnosticada. Su identificación temprana requiere preguntar de forma directa por el uso de descongestionantes nasales, duración, frecuencia, intentos de suspensión y dependencia percibida. Además, su manejo debe orientarse no solo a resolver la congestión, sino a romper el patrón de consumo persistente que mantiene el problema.

Su relevancia en salud pública se relaciona con la amplia disponibilidad de estos medicamentos como productos de venta libre, la baja percepción de riesgo y la falta de educación sobre los efectos del uso prolongado. La prevención requiere advertencias claras, consejería farmacéutica, educación médica y detección temprana del consumo crónico. [3]

En síntesis, la rinitis medicamentosa debe entenderse como la transición problemática entre el uso terapéutico y el consumo persistente. Reconocer esta transición permite prevenir su cronificación, mejorar el manejo clínico y reducir su impacto individual y sanitario.



## REFERENCIAS

1. Wahid NWB, Shermetaro C. Rhinitis medicamentosa. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538318/>
2. Wang J, Mao ZF, Cheng L. Rise and fall of decongestants in treating nasal congestion related diseases. *Expert Opin Pharmacother*. 2024;25(14):1943-1951. doi:10.1080/14656566.2024.2411009
3. Mokhatrish MM, Almatrafi SD, Aldrees TM, Aldriweesh TA, AlGhamdi FM, Al-Dosary AS, et al. Pharmacists' attitudes towards long-term use of nasal decongestants: a cross-sectional study. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:1079-1090. doi:10.2147/JMDH.S451835
4. Avdeeva KS, Fokkens WJ, Segboer CL, Reitsma S. The prevalence of non-allergic rhinitis phenotypes in the general population: a cross-sectional study. *Allergy*. 2022;77(7):2163-2174. doi:10.1111/all.15223
5. Lakatos L, Koltai BG, Ferencz V, Demetrovics Z, Rác J. Does nose spray addiction exist? A qualitative analysis of addiction components in rhinitis medicamentosa. *J Behav Addict*. 2025 ;14(1):548-560. doi:10.1556/2006.2024.00078
6. Starcevic V, Schimmenti A. Rhinitis medicamentosa: still searching for "new" behavioural addictions? *J Behav Addict*. 2026. doi:10.1556/2006.2025.00359
7. Szabo A. When treatment becomes the problem: a qualitative analysis of addiction components in rhinitis medicamentosa. *J Behav Addict*. 2026. doi:10.1556/2006.2025.00461