

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Química Farmacéutica

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE
SEGUIMIENTO FARMACOLÓGICO PARA EL
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**

Guatemala, 2003



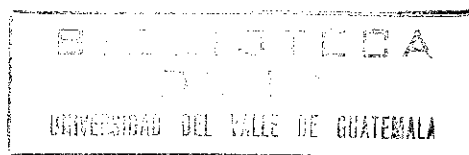
**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE
SEGUIMIENTO FARMACOLÓGICO PARA
EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Química Farmacéutica

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE
SEGUIMIENTO FARMACOLÓGICO PARA EL
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**


Carlos Roberto Alvarado Del Valle

Trabajo de Graduación presentado para
optar al Grado académico de
Licenciatura en Química Farmacéutica




Guatemala, 2003

Vo. Bo.:

(f) 
Licenciada Claudia Bonilla
Asesor

Tribunal:

(f) 
Licenciada Claudia Bonilla
Departamento de Química Farmacéutica
de la Universidad del Valle de Guatemala

(f) 
Licenciado Edgar Alvarado Gordillo
Departamento de Dicafor
Ministerio de Trabajo

(f) 
Licenciado Eliego Rolando Lopez
Director Departamento de Química Farmacéutica
de la Universidad del Valle de Guatemala

Fecha de aprobación: 1 de julio del 2003

Dedicatoria

A Dios y la Virgen María

- A mi Padre: Porque todo lo que soy, es fruto de su esfuerzo por enseñarme y guiarme con amor, para afrontar la vida de una manera ética y responsable.
- A mi Madre: Por demostrarme y enseñarme, cómo mantener un hogar con amor, donde nunca falta nada, pese a las dificultades que se puedan presentar.
- A mis hermanos: Juanjo, Ana Celeste (la nena) y Ricky, gracias por su compañía, consejos y todos los momentos alegres que hemos vivido juntos.
- A María José: La mujer de mi vida, gracias por el amor y apoyo que siempre me ha dado. Agradezco infinitamente a Dios el día en que la conocí.
- A mis sobrinos: Juanjito, Javi y Dani, por sus travesuras y alegrías porque en sus caras veo la esperanza de un futuro mejor.
- Al Chino, Roberto e Iván: Mis mejores amigos, con los cuales compartí desvelos de estudios y momentos alegres.
- A familiares, amigos y compañeros: Quienes me han apoyado en un momento de mi vida, muchas gracias.

INDICE

	Pag. No.
I. INTRODUCCION	1
II. MARCOCONCEPTUAL	3
A. Antecedentes	3
B. Justificación	9
C. Planteamiento del problema	11
D. Alcances y Límites	11
1. Alcances	11
2. Límites	11
III. MARCO TEORICO	12
A. Trastorno Depresivo	12
B. Tipos de Depresión	13
1. Depresión reactiva	15
2. Depresión endógena	15
3. Depresión orgánica	16
C. Síntomas de depresión y manía	16
1. Depresión	16
2. Manía	17
3. Depresión y Suicidio	17
D. Causas de depresión	19
E. Depresión en la mujer	20
F. Depresión en el hombre	21
G. Depresión en la vejez	21
H. Depresión en la niñez	22
I. Evaluación diagnóstica y tratamiento	24
1. Medicamentos	27
a. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	27
b. Productos tricíclicos	27
c. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)	28
d. Efectos secundarios	30
2. Terapia electro-convulsiva	34
3. Terapia naturista	34
4. Psicoterapias	35
J. Cómo puede ayudarse a sí mismo cuando se esta deprimido	36
K. Cómo pueden ayudar los familiares y amigos	37
IV. MARCOMETODOLÓGICO	39
A. Objetivos	39
1. Generales	39
2. Específicos	39

B. Población y muestra	40
1. Población	40
2. Muestra	40
C. Procedimiento	41
D. Diseño de investigación	41
E. Análisis Estadístico	42
V. MARCO OPERATIVO	42
A. Recabación y tratamiento de datos	42
B. Recursos	42
1. Humanos	42
2. Materiales	43
VI. RESULTADOS	50
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	55
VIII. CONCLUSIONES	57
IX. RECOMENDACIONES	58
X. BIBLIOGRAFIA	59
XI. ANEXOS	60
Parámetros para la Obtención de datos estadísticos	60
Propuesta de Programa de Seguimiento Farmacológico para el tratamiento de la Depresión	61

RESUMEN

Este presente trabajo tiene como objetivo fundamental establecer la necesidad de crear un programa de seguimiento farmacológico para el tratamiento de la Depresión y proponer su implantación. Incluye información acerca de los medicamentos antidepresivos utilizados más frecuentemente, sus efectos adversos, sus interacciones medicamentosas y un modelo para el seguimiento farmacológico.

Se hicieron investigaciones en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Hospitales Nacionales y los Departamentos de Bomberos Municipales y Voluntarios, acerca de la problemática de la depresión, como un problema de salud en la población guatemalteca; con el fin de establecer la necesidad de crear el programa en cuestión.

Para conocer la incidencia de esta enfermedad, se recopiló información referente a la incidencia de casos de depresión que acuden en busca de ayuda a los hospitales nacionales, sobre los que reciben tratamiento como internos y los ambulatorios, así como la incidencia de suicidios, como resultado de estados depresivos en todo tipo de población.

Luego de analizar la información obtenida y de evidenciar la carencia de una guía informativa sobre esta enfermedad y su tratamiento, se elaboró el programa de seguimiento farmacológico para la depresión. En él se incluye la guía de medicamentos antidepresivos, con información acerca de las acciones, efectos e interacciones de los medicamentos disponibles y más frecuentemente utilizados. También contiene folletos informativos de educación al paciente, con lectura y dibujos fácilmente comprensibles para la mayoría de la población, boletines informativos referentes a medicamentos para los médicos, así como las herramientas necesarias del Programa Dáder de Implantación del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico que incluye la propuesta de un formato para documentar la historia farmacoterapéutica.

El personal del MSPAS consciente de la carencia de una herramienta, como lo es el programa en cuestión y ante los datos de incidencia de pacientes

depresivos que acuden a los hospitales, mostró interés en la realización del mismo, para que, luego de la revisión del programa propuesto, por personas expertas y capacitadas, se pueda evaluar la posibilidad de su implantación en los hospitales nacionales.

En el programa propuesto se recomienda, que al momento de ser implantado sea ejecutado preferentemente bajo la dirección de un Licenciado en química farmacéutica, pues es el profesional experto en el manejo de medicamentos. Es de suma importancia hacer notar que los Programas de Seguimiento Farmacológico tienen como finalidad el apoyo a la labor del médico con el fin de alcanzar los objetivos terapéuticos planteados para el paciente. No se persigue el reemplazo del médico por el químico farmacéutico, sino el trabajo en equipo que aumente la probabilidad de éxito en la búsqueda del beneficio de salud. La labor del químico farmacéutico en el campo del Seguimiento Farmacológico como un profesional que se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos consolida el reconocimiento de su valiosa aportación al equipo multidisciplinario de salud.

I. INTRODUCCION

Los trastornos depresivos interfieren con el comportamiento cotidiano de las personas. Estos causan dolor y sufrimiento no sólo a quienes los padecen, sino también a quienes forman su entorno familiar. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar.

La mayoría de las personas deprimidas no buscan tratamiento, aun cuando la gran mayoría (incluso quienes sufren de depresión severa) podría recibir ayuda. Esto se debe a que la mayoría de personas no saben que la depresión es una enfermedad curable.

La depresión es una enfermedad que afecta fisiológica y psicológicamente a la persona, pues puede provocar daños en órganos vitales, así como cefaleas, gastritis, etc. El daño psicológico se manifiesta con síntomas como la baja autoestima, rechazo social y la alteración mental de la persona, lo cual lleva al paciente a un estado de estrés que incluso puede ocasionarle la muerte. La depresión no es sinónimo de tristeza o un estado de debilidad que el paciente pueda dejar atrás con momentos agradables y que se pueda recuperar con voluntad propia, sino que se requiere de tratamiento terapéutico y psicológico. Cuando la depresión se manifiesta por síntomas, está en estado avanzado y de cuidado. Los mismos síntomas pueden durar un largo tiempo, por lo cual se requiere de tratamiento farmacológico.

Existen tres tipos de depresión: ***depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar***, éstos presentan diversos síntomas en los pacientes, tanto depresivos como maniáticos.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética diferente, de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición

genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad, posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

Por lo tanto, luego de tener en cuenta que el ritmo de vida que lleve una persona puede ser determinante para que entre en depresión, se entiende que todas las personas, sin importar raza, nivel social, etc., pueden padecer de un trastorno depresivo.

A su vez, se observa que el trastorno depresivo es un problema psicológico, pero que puede tratarse también con una terapia farmacológica, mediante diversos medicamentos antidepresivos como ***Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO's), los inhibidores de la recaptación de noradrenalina, los inhibidores de la recaptación de serotonina y los antidepresivos atípicos***, entre otros. Es recomendable que el tratamiento farmacológico se asocie con una terapia psicológica.

II. MARCO CONCEPTUAL

A. ANTECEDENTES

Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos.

Guido Aguilar, Hade de Eduardo, & Carlos Berganza (1992)

Evaluaron a adolescentes guatemaltecos y encontraron niveles significativos de depresión en ellos (28.78%), con diferencias respecto al género. Según el estudio las mujeres tienen mayores porcentajes de depresión que los varones (36.61% vs 21.56%). Se midió la autoestima total, lo mismo que la autoestima global, familiar, académica, física y social. Se encontró una correlación negativa significativa entre la depresión y la autoestima ($r=-.612$, $p<.05$). Se utilizó un análisis de regresión y se encontró que la autoestima y sus componentes contribuían significativamente a los niveles de depresión: total (37.4%), global (25.7%), académica (14.9%), física (20.5%), familiar (22.8%), y social (19.2%). Se discuten las implicaciones de estos resultados y su relación con el Modelo Económico Transaccional en Adolescentes Guatemaltecos (Berganza y Aguilar, 1989). (Aguilar, et. al., 2000)

En el 2001, se realizó el análisis en población guatemalteca en donde los resultados reportan que un 4.86% de esta población adulta padece de enfermedades depresivas, en población adolescente 3.14% y de población infantil un 1.46%, lo cual da un total de 9.46% (aproximadamente un millón de personas), de la población total guatemalteca acude a centro de salud u hospitales en busca de ayuda para enfermedades depresivas, debido a que estos datos fueron recabados en hospitales, centros de salud, centros de rehabilitación de la drogadicción. (Aguilar, et. al., 2000)

Por otra parte, no se conoce la incidencia real, ya que en muchas ocasiones el paciente no busca ayuda profesional ante un problema de depresión clínica, pues existe desconocimiento sobre el padecimiento. La población en general tiende a tipificar sus síntomas como problemas personales, que el paciente debería poder solucionar por sí mismo.

En los hospitales del país, tanto nacionales como privados, se carece de un programa de seguimiento farmacológico del paciente ambulatorio con depresión, con la excepción del Hospital nacional de Salud Mental (HNSM).

En este hospital, existe control sobre los medicamentos antidepresivos, antiepilépticos y otros. Tiene una adecuada distribución (UNIDOSIS) para sus pacientes internos y un despacho aceptable para los pacientes de hospital de día. A su vez cuenta con programas de rehabilitación para los pacientes, como realizar manualidades y/o actividades recreativas. En lo que respecta, a la depresión existe seguimiento farmacológico y es obligatorio, debido a que en este hospital los pacientes internos son exclusivamente de problemas mentales.

El informe de la Oficina Sanitaria Panamericana, realizado en 1996 por el Programa de Medicamentos Esenciales recomienda al personal de la salud, conocer los efectos que pueden tener los medicamentos que prescribieron; lo cual lleva a hacer algunas preguntas a los pacientes o a sus familiares:

Antes de usar cualquier medicamento:

- Si alguna vez ha presentado alguna reacción o alergia a algún medicamento.
- Si está embarazada o en período de lactancia.
- Si sufre o ha sufrido otro problema de salud diferente al que consulta.
- Si en la actualidad o recientemente ha consumido otro medicamento.

Lo anterior evitará problemas relacionados con alergias, reacciones inesperadas, daño al feto si está embarazada o al niño, si esta lactando, uso de medicamentos contraindicados e interacciones entre medicamentos. (Oficina Sanitaria Panamericana, 1996)

Que recomendar para el uso adecuado de medicamentos:

Es importante recomendarle al paciente que utilice el medicamento tal y como se le indica, a la hora correcta y durante todo el tiempo que dure el tratamiento. (Oficina Sanitaria Panamericana, 1996)

Recordar que:

- Cada medicamento puede usarse por una sola vía.
- Debe cumplir con el horario de administración y el tiempo total de tratamiento, para evitar curaciones parciales y recaídas.

(Oficina Sanitaria Panamericana, 1996)

Forma de uso de los medicamentos por vía oral:

- Es mejor administrar estos medicamentos con un vaso de agua.
- Es necesario tomarlos con las comidas y otros antes de las comidas, según indicaciones.
- Si son medicamentos líquidos (jarabes, suspensiones, soluciones o elixires), utilizar una cucharadita dosificadora que indique la cantidad correspondiente.
- Si son suspensiones, indicar que deben agitarse.
- Si tiene problemas para tragar algunas cápsulas, comprimidos o tabletas, recordar que algunas no se pueden triturar, masticar o disolver.

(Oficina Sanitaria Panamericana, 1996)

Recomendaciones para el almacenamiento adecuado de los medicamentos:

- Mantenerlos fuera del alcance de los niños.
- Protegerlos del calor y de la luz directa.
- No guardar en la cocina, en el baño, ni en lugares húmedos. El calor o la humedad puede provocar la descomposición del medicamento.
- No guardar los medicamentos vencidos o que ya hayan sido abiertos. Recordar que no se pueden utilizar.
- Enseñar al paciente la manera de verificar la fecha de vencimiento.

(Oficina Sanitaria Panamericana, 1996)

Precauciones que se deben tener en cuenta al utilizar los medicamentos:

- Informar al paciente que ese medicamento ha sido recetado para su problema y que no es adecuado para el tratamiento de otra persona, por lo que no debe recomendarlo o administrárselo a alguien más.
- No utilizar medicamentos que muestren la más mínima evidencia de alteración o de que no se encuentran en buen estado.
- La mayoría de medicamentos no deben utilizarse simultáneamente con otros medicamentos, a menos que el trabajador de salud lo prescriba.
- Si el paciente considera que ha ingerido una sobredosis, darle las instrucciones para consultar inmediatamente al servicio. Si ya se evidencian síntomas de intoxicación provocar el vómito y trasladar al paciente a un centro asistencial. (Oficina Sanitaria Panamericana, 1996)

Por otra parte en el Nuevo Código de la Salud de Guatemala, del Decreto 90-97, publicado en 1998, se hace mención a la organización y funciones del MSPAS (Capítulo IV), y así mismo a la formación y capacitación de Recursos Humanos en salud (Capítulo VI):

Artículo 17. Funciones del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud tendrá las funciones siguientes:

- a) Ejercer la rectoría del desarrollo de las acciones de salud a nivel nacional;
- b) Formular políticas nacionales de salud;
- c) Coordinar las acciones en salud que ejecute cada una de sus dependencias y otras instituciones sectoriales;
- d) Normar, monitorear, supervisar y evaluar los **programas y servicios** que sus unidades ejecutoras desarrollen como entes descentralizados;
- g) Desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y las complementarias pertinentes a fin de procurar a la población la satisfacción de sus necesidades de salud;

- j) Coordinar las acciones y el ámbito de las Organizaciones no Gubernamentales relacionadas con la salud, con el fin de promover la complementariedad de las acciones y evitar la duplicidad de esfuerzos;

(Código de Salud de Guatemala, 1998)

Artículo 27. Formulación de planes y programas. El Ministerio de Salud participará de manera conjunta con las universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos de salud en la formulación de planes y programas para la formación, capacitación y gestión de recursos humanos en salud, sobre la base de modelos de atención que se establezca y el perfil epidemiológico de la población. (Código de Salud de Guatemala, 1998)

El sitio norteamericano Medscape, publica una buena gama de artículos novedosos, con muy buena información sobre medicamentos actuales de suma importancia, de esta fuente se obtuvo un artículo llamado "Nuevos paradigmas para el Tratamiento Depresión en el cuadro de cuidados primarios", en donde se mencionan estrategias de tratamiento, y se hace mucho énfasis en la importancia del tratamiento de la depresión con terapia farmacológica:

Evidencias recientes permiten concluir que un pobre y recurrente tratamiento, hace que persistan los resultados de cambios neurodegenerativos en pacientes con depresión, primero en el hipocampo y el cortex prefrontal. Esto está asociado con elevaciones de cortisol y puede reducir el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) como secuela secundaria. El BDNF actúa protegiendo las células del cerebro de neurotoxinas. Por lo tanto los pacientes bajo estrés, con depresión persistente y con BDNF reducido, atrofian las células del cerebro y las mata a un ritmo acelerado. Esto explica el curso natural de la depresión, lo que trae consigo si no es tratado, episodios más fuertes y frecuentes de depresión. (Medscape, 2002)

Antes de la farmacoterapia con antidepresivos tricíclicos e IMAOs, la psicoterapia era el tratamiento de elección para la depresión. Luego de tener resultados muy poco favorables y de observar que los pacientes que eran tratados

tardaban meses e incluso años en recuperarse o incluso no se recuperaban, se observó la posibilidad de tratamiento con fármacos, aunque los fármacos pueden provocar reacciones adversas o interacciones medicamentosas o con alimentos. (Medscape, 2002)

Con el tratamiento farmacológico se observó que se tenían resultados favorables mas rápidos y eficaces, que con una simple psicoterapia, esto no quiere decir que no puedan ir las dos terapias combinadas, sea juntas o primero la farmacológica y luego la psicológica mientras se suspenden los fármacos. El resultado de las terapias combinadas ha sido el más satisfactorio, aunque su desventaja es el costo, pues tiende a ser elevado(Medscape, 2002)

La forma de actuar de los fármacos antidepresivos es variada:

En el caso de los IMAOs se inhibe la acción de la monoaminoxidasa (MAO), la cual está localizada en las membranas mitocondriales de las terminaciones nerviosas. Ésta existe en dos formas A y B, donde la A metaboliza la norepinefrina, serotonina, dopamina y triptamina. En exceso los IMAOs dañan las terminaciones nerviosas y provocan problemas serios de la depresión. La forma B metaboliza la dopamina, triptamina y benzilamina. (Medscape, 2002)

Los antidepresivos tricíclicos actúan bloqueando la recaptación de dopamina, norepinefrina y serotonina en la neurona, las cuales en exceso dañan las neuronas. (Medscape, 2002)

Los antidepresivos ISRS actúan inhibiendo selectivamente la serotonina, y tiene menores efectos adversos en el área cardíaca. (Medscape, 2002)

En conclusión, los antidepresivos protegen el cerebro en sus neuronas o terminaciones nerviosas, al no dañarlas ni reducir el BDNF, no atrofia las células cerebrales y detiene la muerte acelerada de las mismas. (Medscape, 2002)

B. JUSTIFICACION

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es la institución gubernamental de Guatemala, encargada de velar por que se cumplan las normas y las responsabilidades de las organizaciones o instituciones públicas y privadas encargadas de la salud.

El MSPAS no dispone de un programa de seguimiento farmacológico para el tratamiento de la depresión, el cual pueda ser implantado en los hospitales públicos y privados, a los cuales llega una población considerable con problemas depresivos. En dicho ministerio se manifestó interés por desarrollar este trabajo, aunque se conocen estudios y análisis de diferentes años, en donde se indican porcentajes de la población con depresión, no existen estadísticas exactas dentro del MSPAS que indiquen la incidencia real de ésta enfermedad en la población. En el Hospital Nacional de Salud Mental se da seguimiento hasta cierto punto, pero es necesaria su estructuración, debido a que una cantidad considerable de pacientes que ingresan, llegan por depresión o por algún problema mental avanzado que se inició con una depresión. A su vez en el MSPAS no se tiene el conocimiento del seguimiento farmacológico que se lleva a cabo en este hospital.

La terapia que los pacientes depresivos reciben puede generar, por su naturaleza, otros problemas fisiológicos o psicológicos y afectar a las personas que están alrededor del paciente. Es necesario tener cuidado de no creer que la terapia puede ser únicamente psicológica, también se requiere de tratamiento farmacológico bastante controlado. Debido a que los medicamentos en su mayoría presentan interacciones potencialmente serias, incluso con medicamentos de uso común como analgésicos y antigripales, alimentos y otros.

Muchas veces el paciente no sabe qué debe hacer por su estado depresivo y los familiares tampoco. Si a eso se le suma que se le presenta un cuadro de reacciones adversas o de interacción con otro fármaco, se puede complicar más el estado del paciente tanto físico, como psicológicamente, lo que hace aún más difícil llevar a cabo el tratamiento a cabalidad, pues es muy común el fenómeno de abandono del mismo. Por ello se considera necesario crear e implantar un

programa de seguimiento farmacológico para el tratamiento de la depresión, aplicable en hospitales sean públicos o privados. Ya que esta enfermedad puede afectar a las personas indistintamente, es conveniente que el hospital, centro de salud o institución encargada cuente con un programa completo, el cual debe incluir educación al paciente y/o a los familiares de los pacientes. Éste puede efectuarse por medio de folletos informativos, con lectura y dibujos comprensibles a todo tipo de población y boletines informativos de actualización para los médicos sobre los medicamentos más nuevos que existen para combatir esta enfermedad.

Es necesario hacer hincapié en que la creación de este programa que se plantea, es una herramienta de utilidad para todo hospital, y que contribuirá al mejoramiento de los conocimientos de los pacientes y sus familiares en referencia a la depresión, sobre los medicamentos y sus ventajas y cuidados, y tendrá información de utilidad para los médicos.

En Guatemala, lamentablemente no existe un programa de seguimiento farmacológico para el tratamiento de la depresión del paciente ambulatorio, en la mayoría de los hospitales públicos y privados, pero si es considerado el aspecto de que el paciente que sufre depresión puede ser cualquier persona y que el tratamiento farmacológico conlleva riesgos de reacciones adversas medicamentosas e interacciones serias, es por eso la importancia de este trabajo. Como resultado de la investigación efectuada se plantea esta propuesta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a hospitales, psicólogos y psiquiatras, pues es un problema a nivel nacional que no debe ser tratado por hospitales individuales, sino todos en general y evaluar la posibilidad de implantar el programa en cuestión por medio de Código de Salud.

C. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una enfermedad a la que ninguna persona es inmune, sin importar raza, sexo, edad o condición social y cuyo tratamiento farmacológico suele ser complicado. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala no tiene un programa de seguimiento farmacológico para la depresión, en el cual se presenten aspectos importantes como los medicamentos, reacciones adversas, interacciones, etc., a pesar de que para el año 2001 se reportó un porcentaje de 9.46% de la población con depresión, que acude a hospitales y centros de salud en busca de ayuda.

D. ALCANCES Y LIMITES

1. Alcances:

- Todos los hospitales públicos o centros de salud de la red nacional de salud y privados que atiendan a paciente depresivo ambulatorio.

2. Límites:

- El trabajo es planteado para el MSPAS, hospitales públicos y privados, químicos farmacéuticos, psicólogos y psiquiatras, para que por medio de esta institución gubernamental y de los profesionales encargados de las salud, se implante en los hospitales a los cuales acudan pacientes depresivos ambulatorios.

III. MARCO TEORICO

"Tus emociones no deben ser paralizadoras. No deberían defenderse. No deberían impedirte ser todo lo que puedes ser".

Wayne W. Dyer

Para los pacientes con depresión el costo económico es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente. Causan dolor y sufrimiento no sólo a quienes los padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar. (Blehar, 1997)

La mayoría de las personas deprimidas no busca tratamiento, aun cuando la gran mayoría (incluso quienes sufren de depresión severa) podría recibirla. Gracias a años de investigación, hoy se sabe que ciertos medicamentos y psicoterapias son eficaces para la depresión. Estas son conocidas por los nombres de terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia de apoyo (tratamiento de conversación o plática). Estos tratamientos alivian el sufrimiento de la depresión. (Blehar, 1997)

Desgraciadamente, muchas personas no saben que la depresión es una enfermedad tratable, con fármacos y asociados a una terapia psicológica. (Blehar, 1997)

A. Trastorno depresivo

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar. Afecta la forma en que la persona come y duerme, cómo se valora (autoestima) y la forma en que piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno pueda liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las

personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado. (Ferketick, 2000)

B. Tipos de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos más comunes son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno varían el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas. (Ferketick, 2000)

La **depresión severa** se manifiesta por una combinación de síntomas (ver la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante podría ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces. La **distimia**, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero que interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida. (5)

Otro tipo de depresión es el **trastorno bipolar**, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Este no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede ser hiperactiva, hablar excesivamente y tener mucha energía. La manía, a menudo, afecta la manera de pensar, el juicio y el comportamiento. Puede llevar a que al paciente se le presenten graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones descabelladas sobre negocios, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse

en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón). (Ferketick, 2000)

Consideremos otros tres tipos de depresión agrupadas bajo la categoría de *trastornos afectivos*, similares a los anteriores, pero conocidos en forma diferente:

- depresión reactiva o neurótica,
- depresión endógena,
- depresión orgánica.

(6)

Los tres tienen en común los siguientes factores:

- Humor depresivo.
- Pérdida de placer e interés.
- Inutilidad y culpabilidad.
- Baja autoestima.
- Incapacidad.
- Pensamientos suicidas.
- Ansiedad.
- Dificultades para pensar.
- Obsesiones y paranoia.
- Perturbación del sentido del tiempo.
- Despersonalización (en casos más graves pueden llegar a sentirse apartados de la realidad, como si simplemente fueran observadores, sin involucrarse emocionalmente).
- Pérdida de energía.
- Lentitud y agitación.
- Trastornos del apetito y el peso.
- Problemas de sueño.
- Reducción de la libido (falta de deseo en las mujeres).
- Síntomas corporales (jaquecas, náuseas, dolores varios, calambres etc...).

(Ciudad Futura, 2002)

Todos estos síntomas pueden o no estar presentes en la mujer deprimida. Estos son un consenso de todos los observados a lo largo de la experiencia.

(Ciudad Futura,2002)

1. Depresión reactiva

Las depresiones reactivas son las más comunes y del tipo que a todos es familiar. No presentan ciclos temporales regulares, por lo general no responden a las terapias físicas (fármacos) no se hallan genéticamente predispuestas y responden a la terapia cognitivo-conductual. (Ciudad Futura,2002)

Este tipo de depresión normalmente parece coincidir con un acontecimiento adverso de la vida, tal como la muerte de un ser querido, el divorcio, las desavenencias conyugales, los problemas económicos o los problemas de desempleo. El inicio de la depresión no tiene porque ocurrir inmediatamente después del acontecimiento, sino, a veces al cabo de unas semanas o meses. La primera aparición se produce, normalmente en la vida adulta temprana y está caracterizada por sintomatología física y psicológica variada. Es un estado más benigno y no psicótico, aunque, hasta cierto punto, la recuperación está influida por factores de personalidad. (Ciudad Futura,2002)

2. Depresión endógena

Estas depresiones son una respuesta a algún proceso endógeno o interno desconocido. No son desencadenadas por ningún acontecimiento externo, simplemente, aparecen en la persona afectada. Por lo general presentan ciclos temporales regulares y pueden ser bipolares o unipolares. La depresión de tipo bipolar recibe el nombre de maníaco-depresiva (el individuo pasa repetidamente de la desesperación a un estado de ánimo neutro, de aquí a un estado maníaco hiperactivo y superficialmente eufórico, para volver a la desesperación, pasando por el estado neutro). La depresión de tipo unipolar consiste en una alternancia regular de desesperación y neutralidad, sin aparición de manía. (Ciudad Futura,2002)

Las depresiones endógenas pueden tener un origen hormonal y responden a menudo al tratamiento con fármacos. También las personas pueden hallarse

genéticamente predispuestas, por ejemplo, si la madre es depresiva y el padre alcohólico es posible que el descendiente llegue a ser depresivo. Se dice que en los hombres, el alcoholismo es el equivalente de la depresión en las mujeres y sus síntomas suelen ser más graves que los de las depresiones reactivas. (Ciudad Futura,2002)

3. Depresión orgánica

Cuando se hace un diagnóstico de depresión es importante descartar las bases orgánicas, puesto que el efecto y la conducta depresiva están asociadas muchas veces a una lesión cerebral o a la acción de ciertos fármacos. (Ciudad Futura,2002)

C. Síntomas de depresión y manía

No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también variar con el tiempo. (Ciudad Futura,2002)

1. Depresión

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluida la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.

- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

2. Manía

- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportamiento inapropiado en situaciones sociales.

(Ciudad Futura,2002)

3. Depresión y suicidio

La enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión (entre un 10 y un 15% de quienes padecen depresión llegan al suicidio). Los períodos de mayor riesgo ocurren cuando disminuye la inhibición y la melancolía o cuando se inicia la depresión. Los síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son:

- Aumento del insomnio.
- Aumento del abandono del cuidado personal.
- Aumento del deterioro cognitivo.

Existen varias opiniones sobre la significación de los síntomas psiquiátricos en el paciente suicida, aunque la mayoría de las revisiones nos indican que en una proporción del 70%, los intentos de suicidio presentan una condición depresiva que es fácil de reconocer. Los pacientes depresivos endógenos corren mayor riesgo que los pacientes depresivos reactivos, los intentos de suicidio son impulsivos, pueden decidirse una hora antes. (Ciudad Futura,2002)

Los intentos de suicidio son especialmente comunes entre las mujeres menores de 35 años (más entre 15 y 24 años), los hombres lo hacen en edad más avanzada. Por clases sociales es más común en las más bajas, pero más efectivo entre las clases altas y grupos profesionales de alto estatus económico. (Ciudad Futura,2002)

Factores asociados al riesgo de suicidio:

- Mujeres menores de 35 años, hombres mayores de 40.
- Separación, divorcio o muerte del cónyuge.
- Pérdida inminente de un ser querido.
- La soledad y el aislamiento social.
- Problemas económicos, paro reciente o jubilación.
- Mala salud.
- Ocupación de alto estatus.
- Depresión (sobre todo endógena).
- Enfermedad terminal.
- Problemas con alcohol y drogas.
- Anteriores intentos de suicidio.
- Historia previa de trastornos afectivos.
- Historia familiar de trastornos afectivos, suicidio, alcoholismo.
- Indicios suicidas (avisos o conversaciones suicidas).
- Preparativos (hacer testamento, seguros, nota suicida).

En general los pacientes suicidas están dispuestos a hablar de sus intenciones y para algunos la necesidad de hablar con alguien es terapéuticamente positivo. Cuando existe la posibilidad de suicidio, se debe animar a la persona a que hable de ello y procurar emplear tiempo en el futuro para seguir hablando del tema. Con esto se puede facilitar el ingreso temporal en una unidad psiquiátrica y/o proporcionar la ayuda necesaria para atenuar la circunstancias que provocan el intento suicida. (Ciudad Futura,2002)

La situación más difícil para un paciente depresivo suicida, es recibir psicoterapia, con resultados aparentemente positivos, en donde se manifieste

mejoría y que todo sale bien y al mes se produce el suicidio, es por eso la importancia de la terapia farmacológica y no sólo la psicológica. (Ciudad Futura,2002)

D. Causas de la depresión

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugiere que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad, posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio. (Frank et. al., 1993)

En algunas familias, la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales. (Frank et. al., 1993)

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad. (Frank et. al., 1993)

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación

personal, los problemas económicos, o cualquier situación preocupante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación semejante. (Frank et. al., 1993)

E. La depresión en la mujer

La depresión se presenta en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la manifestada en el hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el período de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos. (NIMH, 2002)

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por su sigla en inglés) demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual severo (SPM) se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto. (NIMH, 2002)

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión posparto. Aunque las que por primera vez son madres comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico responsable y el apoyo emocional de la

familia son de importancia vital para que la madre recupere su bienestar físico y mental. (NIMH, 2002)

F. Depresión en el hombre

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados. El hombre tiende a ser más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. (NIMH, 2002)

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo. (NIMH, 2002)

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Algunas compañías ofrecen programas de salud mental para sus empleados. Estos pueden ser de gran ayuda para el hombre. Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea de que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento. (NIMH, 2002)

G. La depresión en la vejez

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con su vida. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente

un aspecto normal de la vejez. Si la depresión en los ancianos no se diagnostica ni se trata causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano puede tener una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede únicamente describir síntomas físicos. Esto pasa porque el anciano puede ser reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo. (NIMH, 2002)

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales reconocen que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano toma, o debidos a una enfermedad física concomitante. Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de pláticas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y le permiten aprender a combatir los pensamientos negativos que generalmente acompañan a la depresión), es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia también es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos. Estudios de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con ésta. (NIMH, 2002)

El mejor reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este periodo de la vida sea más placentero para el anciano deprimido, para su familia y para quienes lo cuidan. (NIMH, 2002)

H. La depresión en la niñez

La depresión en la niñez se empezó a reconocer sólo hace dos décadas. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, no querer

separase de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera. El niño de edad más avanzada puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse como un niño travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido. Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es difícil, a veces, establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si verdaderamente padece de depresión. A veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser él mismo". En tal caso, después de descartar problemas físicos, el pediatra puede sugerir que el niño sea evaluado, preferiblemente por un psiquiatra especializado en niños. De ser necesario un tratamiento, el médico puede sugerir psicoterapia, generalmente hecha por otro profesional, como un trabajador social o un psicólogo, mientras él receta medicamentos si son necesarios. Los padres no deben tener miedo de hacer preguntas: ¿Está capacitado el profesional que va a llevar a cabo la psicoterapia? ¿Qué tipo de psicoterapia recibirá el niño? ¿Deberá la familia participar en la terapia? ¿Será el niño tratado con antidepresivos? De ser así, ¿cuáles podrían ser los efectos secundarios? (NIMH, 2002)

El Instituto Nacional de Salud Mental ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños como un área importante de investigación. Las Unidades de Investigación en Psicofarmacología Pediátrica (Research Units on Pediatric Psychopharmacology, RUPP), respaldadas y financiadas por el Instituto Nacional de Salud Mental, conforman una red de siete centros de investigación donde se llevan a cabo estudios clínicos. Estos investigan la eficacia de medicamentos usados para tratar varios trastornos mentales en niños y adolescentes. Entre los medicamentos en estudio, se cuentan algunos antidepresivos que demuestran ser efectivos en el tratamiento de niños con depresión, cuando el médico los receta y supervisa correctamente. (NIMH, 2002)

I. Evaluación diagnóstica y tratamiento

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un diagnóstico médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si las causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o recomendar al paciente a un psiquiatra o psicólogo. (Frank et al., 1993)

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Ha sufrido depresión algún pariente? ¿Si fue tratado, qué tratamientos recibió y cuales fueron efectivos? (Frank et al., 1993)

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones del habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva. (Frank et al., 1993)

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtiene un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos, para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia y para aprender a enfrentar los problemas de la vida, incluida la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que demuestran ser efectivas para la depresión, o ambos, de

acuerdo al diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas. (Frank et al., 1993)

Importancia de dar un seguimiento farmacológico para la depresión:

Actualmente, la psiquiatría dejó atrás el viejo enfrentamiento entre fármacos y psicoterapia. El mejor tratamiento es, muchas veces, una combinación de ambos, a los que incluso se pueden añadir algunas técnicas de apoyo. Lo importante es hacer un buen diagnóstico para después seleccionar el tratamiento más adecuado. (Onda salud, 2001)

Cuando la sintomatología ansiosa es consecuencia del abuso de café o de bebidas estimulantes, el tratamiento apropiado será la reducción o eliminación de la ingestión de cafeína más que la administración de un fármaco ansiolítico. (Onda salud, 2001)

Análogamente, la angustia puede ser resultado del empleo de medicamentos que reducen el apetito, descongestionantes y hormonas tiroideas, o del desarrollo de una glándula tiroidea hiperactiva. En estos casos, el tratamiento adecuado consistirá en la supresión del agente ansiógeno o en la corrección de la alteración endocrina. (Onda salud, 2001)

La depresión está asociada, muchas veces, a la ansiedad y en esos casos lo importante es tratar la depresión con antidepresivos y, en un segundo plano, la ansiedad como síntoma secundario. En ese caso será conveniente prescribir benzodiazepinas (un efectivo ansiolítico) mientras se esperan los resultados de los antidepresivos. (Onda salud, 2001)

Si el paciente ha desarrollado la sintomatología de angustia recientemente o está ansioso con respecto a una situación estresante, en principio puede ser tratado con psicoterapia sin apoyo de medicación. Si se decide aplicar medicación ansiolítica en atención a la intensidad del cuadro ansioso, ésta debe ser prescrita por un periodo de tiempo limitado, probablemente dos o tres semanas, y evaluar de nuevo el estado del sujeto tras la supresión paulatina de la medicación. Es necesario considerar que puede haber pacientes que requieran un empleo más prolongado, por su estado crónico. (Onda salud, 2001)

El trastorno de ansiedad generalizada se trata combinando las benzodiazepinas con un tratamiento no farmacológico (psicoterapia individual o grupal, ejercicios de relajación). En los ataques recurrentes de angustia sin conducta de evitación fóbica relevante el tratamiento más eficaz es el farmacológico: medicamentos antidepresivos y ansiolíticos de alta potencia. En la agorafobia con crisis espontáneas de angustia, los mejores resultados se logran asociando a la medicación antidepresiva o al ansiolítico la terapia conductual de exposición en vivo. (Onda salud, 2001)

En el tratamiento de la fobia social, los ensayos clínicos han verificado la eficacia tanto de la terapia farmacológica como de la psicoterapia conductual. Entre los fármacos destacan los inhibidores de la monoaminoxidasa. Respecto a la terapia comportamental, se utiliza con éxito dos modalidades de tratamiento: la exposición al estímulo fóbico y la terapia cognitiva. (Onda salud, 2001)

Para las fobias simples se recomienda una técnica llamada "exposición mantenida sistemática". Por el momento, no se dispone de ningún fármaco que resuelva el problema. No obstante, tanto los ansiolíticos como los betabloqueantes pueden ayudar a la terapia conductual, ya que al reducir la ansiedad anticipatoria se facilita el contacto del sujeto con la situación temida. (Onda salud, 2001)

El tratamiento más adecuado para el trastorno por estrés postraumático se basa en la verbalización de la situación traumática, lo que facilita la expresión emocional. En algunos pacientes, parecen útiles los antidepresivos, aunque las benzodiazepinas tienen una acción más incierta. (Onda salud, 2001)

Se admite que los mayores fracasos con todas las técnicas de tratamiento se encuentran en el trastorno obsesivo-compulsivo. Actualmente, se usan los antidepresivos y la terapia conductual conjuntamente y, como promedio, se consigue reducir la sintomatología obsesivo-compulsiva en un 40-50 por ciento, aunque en algunos casos se logra la desaparición completa del cuadro clínico. (Onda Salud, 2001)

1. Medicamentos.

Existen tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Estos incluyen:

a) **"Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina"(ISRS)**, los cuales actúan inhibiendo selectivamente la recaptación de serotonina, con menor acción sobre la norepinefrina (menor cardiotoxicidad). Causan ciertos efectos anticolinérgicos, antihistamínicos y α 1-adrenérgicos. En personas normales no se observa efecto estimulante, son inhibidores potentes de las oxidasas microsómicas hepáticas. En su utilidad se considera que tienen la misma eficacia que los tricíclicos. Son de utilidad en la depresión severa, en la enfermedad obsesivo compulsiva, trastornos psicósomáticos, crisis de pánico y fobia social. (Goodman & Gilman, 1999)

Entre las reacciones adversas que presentan se pueden mencionar, que en el SNC hay dolor de cabeza, nerviosismo, insomnio, ansiedad, temor, mareos. En el SCV, la trazodona puede desencadenar hipertensión o hipotensión, con riesgo de infarto al miocardio. El TGI puede causar náusea, vómitos, diarrea, boca seca, anorexia, dispepsia, constipación; en el TGU, menstruaciones dolorosas, disfunción sexual, impotencia y problemas de la eyaculación. . (Goodman & Gilman, 1999)

b) Los productos **"tricíclicos"** que son medicamentos inhibidores de la recaptación de noradrenalina (TCAs), son sintetizados como análogos de las fenotiazidas. Su mecanismo de acción se manifiesta con bloqueo de la recaptación de dopamina, norepinefrina y serotonina en la neurona. Además bloquean los receptores α -adrenérgicos, los histamínicos y los muscarínicos. Los tricíclicos de aminas terciarias inhiben la recaptación de norepinefrina y serotonina, los tricíclicos de minas secundarias inhiben la recaptación de norepinefrina y dopamina. (Goodman & Gilman, 1999)

Los medicamentos tricíclicos se utilizan para la depresión severa, fobias, enuresis en niños mayores a 6 años, hiperactividad con déficit de

atención, crisis de pánico y estrés postraumático. (Goodman & Gilman, 1999)

Entre los efectos adversos que presenta están los efectos antimuscarínicos, como una leve visión borrosa, xerostomía, retención urinaria, constipación, aumento de los problemas de glaucoma, depresión del músculo liso cardíaco, arritmias. En el bloqueo α -adrenérgico, está la hipotensión postural, sobrestimulación cardíaca que se evidencia con taquicardia leve sinusal. (Goodman & Gilman, 1999)

Las reacciones adversas que presenta son :

En el SNC, sedación, dificultad de atención , convulsiones. En el SCV, hipotensión ortostática, problemas cardiovasculares (hipertensión, arritmias). En el TGI, sequedad en la boca, constipación. (Goodman & Gilman, 1999)

Las interacciones más importantes se presentan con el consumo de alcohol, pues hay sedación tóxica y con los IMAOs, pues puede haber un aumento del efecto hipertensor arterial, hiperpirexia, convulsiones y coma. (Goodman & Gilman, 1999)

Ejemplos de aminas terciarias son la imipramina, amitriptilina, doxepina, trimipramina, clomipramina. Y entre las aminas secundarias están la amoxapina, desmipramina, maprotilina, nortriptilina, protriptilina. (Goodman & Gilman, 1999)

c) **Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO):** Existe un pequeño grupo de personas que no responden a los antidepresivos usados más comúnmente (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) y para las cuales los IMAO son el mejor tratamiento. Las personas que toman esta clase de antidepresivos deben evitar determinados alimentos. Ciertos alimentos contienen niveles elevados de tiramina (la que normalmente se encuentra en quesos fermentados, vinos y encurtidos o alimentos en conserva de vinagre). Cuando el paciente toma un IMAO, estos alimentos deben ser estrictamente evitados, al igual que algunos medicamentos como los descongestionantes que se toman para los resfríos y algunas alergias.

La interacción de la tiramina con los IMAO puede ocasionar una crisis hipertensiva (subida brusca y extrema de la presión arterial) que puede llevar a la ruptura de una arteria en el cerebro, es decir un accidente cerebro-vascular. El médico debe proporcionar al paciente una lista completa de los alimentos prohibidos. El paciente debe llevar la lista consigo en todo momento. Las otras clases de antidepresivos (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) no requieren restricciones alimenticias. (NIMH, 2002)

Para explicar más la actividad de los IMAOs, hay que saber lo que es la MAO (Monoaminooxidasa). Está localizada en las membranas mitocondriales de las terminaciones nerviosas, el hígado y otros órganos: Es muy importante para la degradación metabólica de monoaminas tanto endógenas como exógenas. (Goodman & Gilman, 1999)

Existen dos formas, la MAO-A y la MAO-B. El tipo A tiene metabolismo de la norepinefrina, serotonina, dopamina y triptamina. La tipo B tiene metabolismo de la dopamina, triptamina, β -feniletilamina y benzilamina. Ambas isoformas se encuentran presentes en las neuronas. (Goodman & Gilman, 1999)

Los medicamentos IMAOs pueden dividirse en selectivos y no selectivos:

Los no selectivos, tiene como acciones la inhibición de la desaminación oxidativa provocada por la enzima mitocondrial monoaminooxidasa (MAO, tanto A como B). Bloquea otras enzimas oxidativas, tiene interferencia con el metabolismo hepático de varios fármacos. Son inhibidores cuya acción es irreversible. (Goodman & Gilman, 1999)

Estos medicamentos se utilizan para la depresión severa, crisis de pánico, estrés post-traumático, trastornos psicósomáticos. (Goodman & Gilman, 1999)

Se presentan también algunas reacciones adversas como la sedación o excitación de conducta. En las personas normales puede

observarse un efecto estimulante, un incremento leve sostenido de la presión arterial diastólica e hipotensión postural. (Goodman & Gilman, 1999)

Sus interacciones más importantes son el IMAO con un tricíclico, que provoca una toxicosis grave en el SNC, hiperpirexia, convulsiones y coma. También está el IMAO con Levodopa que provoca agitación e hipertensión. (Goodman & Gilman, 1999)

Ejemplos de estos IMAOs son la isocarboxacida, fenelzina y la tranilcipromina. (Goodman & Gilman, 1999)

Los IMAOs selectivos se dividen en IMAOs-A e IMAOs-B. Los tipo A son utilizados en el tratamiento de la depresión, por su selectividad sobre la serotonina, norepinefrina y dopamina, mientras que los tipo B se utilizan en el tratamiento del mal de Parkinson por su acción sobre la dopamina, no así sobre la serotonina y norepinefrina. (Goodman & Gilman, 1999)

d.) **Efectos secundarios**

En algunas personas, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios que generalmente son leves y temporales (conocidos a veces como efectos adversos). Por lo general son molestos, pero no graves. Sin embargo si se presenta una reacción o efecto secundario que es inusual o que interfiere con el funcionamiento normal, el médico debe ser notificado de inmediato. Estos son los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos y las formas de manejarlos:

- **Boca seca:** es útil tomar sorbos de agua, masticar goma de mascar, cepillar los dientes diariamente.
- **Estreñimiento:** la dieta debe incluir cereales con contenido alto de fibra, ciruelas, frutas y vegetales.
- **Dificultad al orinar:** vaciar la vejiga puede ser difícil y el chorro de orina puede no ser tan fuerte como de costumbre. Debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor.

- **Problemas sexuales:** el funcionamiento sexual puede alterarse. Si se vuelve preocupante, se debe conversarse con el médico.
- **Visión borrosa:** esto generalmente pasa pronto y no se requieren lentes nuevos.
- **Mareos:** conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.
- **Somnolencia o modorra diurna:** esto generalmente pasa pronto. Una persona que se sienta somnolienta o sedada no debe conducir ni operar máquinas. Los antidepresivos más sedantes se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.

(Domínguez-Gil, 1996)

Los antidepresivos innovadores tienen diferentes tipos de efectos secundarios:

- **Dolor de cabeza:** generalmente se revierte sin tratamiento.
- **Náusea:** también es pasajera, incluso cuando la sensación de náusea ocurre después de cada dosis, es sólo por un rato.
- **Nerviosismo e insomnio (dificultad para dormir o despertarse a menudo durante la noche):** estos pueden ocurrir durante las primeras semanas. Usualmente se resuelven con el tiempo o al tomar una dosis más pequeña.
- **Agitación (sentirse inquieto, tembloroso o nervioso).** Si esto pasa por primera vez después de tomar el medicamento y es persistente, el médico debe ser notificado.
- **Problemas sexuales:** el médico debería ser consultado si el problema es persistente o preocupante. (Domínguez-Gil, 1996)

Los ISRS y otros medicamentos aún más nuevos que afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico prueba una variedad de antidepresivos antes de encontrar el medicamento o combinación de medicamentos más efectivo. Generalmente la dosis se debe ir aumentando hasta que la medicación es efectiva. Por lo general, el efecto terapéutico completo

de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente. Hay que tomarlo en dosis adecuadas por 3 ó 4 semanas y en algunos casos lleva hasta 8 semanas, para que se produzca el efecto completo. Sin embargo a veces se empiezan a ver mejorías en las primeras semanas. (Domínguez-Gil, 1996)

Es posible que el paciente se sienta tentado a dejar de tomar el medicamento prematuramente. Puede sentirse mejor y pensar que ya no lo necesita. O puede pensar que el medicamento no le ayuda en absoluto. Es importante seguir tomando el medicamento hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo. Algunos efectos secundarios pueden aparecer incluso antes de que se produzca el efecto antidepresivo. Una vez que el paciente se sienta mejor, es importante continuar el medicamento de 4 a 9 meses para prevenir la recaída de la depresión. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente (es decir reducir la dosis poco a poco) para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de abstinencia, los que se producen cuando algunos medicamentos se discontinúan abruptamente. En los casos de trastorno bipolar y depresión severa crónica o recurrente, es posible que el paciente tenga que tomar el medicamento por un tiempo indefinido. (NIMH, 2002)

Al contrario de lo que algunas personas piensan, **los medicamentos antidepresivos no crean hábito**. Sin embargo, como sucede con cualquier tipo de medicamento recetado por periodos prolongados, los antidepresivos deben ser supervisados cuidadosamente por el médico para determinar si se están dando en una dosis correcta. El médico debe verificar la dosificación y la efectividad del tratamiento en forma periódica. (NIMH, 2002)

Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tipo sin consultar al médico. Cualquier otro profesional de la salud que pueda recetarle un medicamento (por ejemplo el dentista u otro especialista) tiene que saber qué medicamentos está tomando el paciente. Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman en combinación con otros pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos. Algunas sustancias, como el alcohol y las drogas de adicción, pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y por lo

tanto se deben evitar. Deben evitarse el vino, la cerveza y las bebidas alcohólicas destiladas, por ejemplo tequila, gin, ron, vodka, güisqui y licores. A algunas personas que están tomando uno de los antidepresivos nuevos, el médico puede permitirles el uso de una cantidad moderada de alcohol, si la persona no ha tenido un problema de alcoholismo.

Los sedantes o medicamentos ansiolíticos que se dan para la ansiedad, no son antidepresivos. A veces son recetados junto con los antidepresivos. Sin embargo, por sí solos no son efectivos para tratar la depresión. Los estimulantes, como las anfetaminas, no son efectivos para la depresión. Ocasionalmente se utilizan bajo estricta supervisión médica en personas que padecen al mismo tiempo de una enfermedad física y de depresión. (NIMH, 2002)

El litio por muchos años fue el tratamiento de elección para el trastorno bipolar, por su efectividad para prevenir los extremos del estado de ánimo comunes en este trastorno. Su uso debe ser supervisado cuidadosamente por el médico, ya que hay poca diferencia entre las dosis efectivas y las tóxicas. Si una persona tiene un trastorno preexistente de tiroides, renal, cardíaco o epilepsia el litio puede no ser recomendable. Afortunadamente, otros medicamentos han demostrado ser útiles para controlar cambios de ánimo extremos. Entre éstos se encuentran dos anticonvulsivos: la carbamazepina y el ácido valproico. Ambos medicamentos tienen una aceptación amplia en la práctica clínica. El ácido valproico ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los EE.UU. (Food and Drug Administration, FDA) como un tratamiento de primera línea para la manía aguda. Otros anticonvulsivos que se empezaron a utilizar más recientemente son la lamotrigina y la gabapentina. Se está estudiando qué tan eficaces son éstos para el tratamiento del trastorno bipolar. (NIMH, 2002)

La mayoría de las personas con trastorno bipolar toman más de un medicamento. Junto con el litio y un anticonvulsivo, el paciente puede necesitar un medicamento para otros síntomas que se asocian frecuentemente con la bipolaridad: agitación, ansiedad, depresión e insomnio. Es de vital importancia encontrar la mejor combinación posible de estos medicamentos para cada

paciente. Para esto se requiere que el médico supervise el tratamiento cuidadosamente. (NIMH, 2002)

Es importante tomar las debidas precauciones en el tratamiento con antidepresivos, pues el diagnóstico de la depresión debe estar bien diferenciado, ya que en los casos en los que la persona sufra de otros tipos de trastornos, el tratamiento puede desencadenar: excitación hipomaniaca o maniaca, estado maniaco depresivo disfórico o estado maniaco depresivo mixto.

El diagnóstico diferenciado deberá ser llevado a cabo por un especialista, ya que la confusión y delirio subyacentes de las anteriores enfermedades pueden encontrarse enmascarados por los episodios de depresión. (Goodman & Gilman, 1999)

2. La terapia electro-convulsiva (TEC o "Electro-shock"):

Es útil, especialmente para los pacientes cuya depresión es severa o pone su vida en peligro y para los pacientes que no pueden tomar antidepresivos. La TEC es a menudo efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio suficiente. En los últimos años la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace bajo anestesia de duración breve, se administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza para enviar impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe TEC no percibe conscientemente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico se requieren varias sesiones de TEC, usualmente programadas con un promedio de tres por semana.

3. Terapia naturista:

En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento tanto de la depresión como de la ansiedad ha generado un gran interés. La yerba de San Juan o Corazoncillo (St. John's wort o *Hypericum perforatum*), que es una hierba muy utilizada en Europa para el tratamiento de la depresión moderada, ha captado recientemente la atención de los estadounidenses. La yerba de San Juan, una

planta muy bonita y de crecimiento lento que se cubre de flores amarillas en el verano, ha sido usada durante siglos en muchos remedios naturales y populares. En Alemania, el Hypericum se utiliza actualmente para el tratamiento de la depresión, más que cualquier otro antidepresivo. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado porque los estudios científicos que se han llevado a cabo fueron a corto plazo y utilizaron varias dosis diferentes. (NIMH, 2002)

Dado al enorme interés en la yerba de San Juan, los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) están llevando a cabo un estudio de tres años, auspiciado por tres integrantes del NIH: el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), el Centro Nacional para Medicina Complementaria y Alternativa (National Center for Complementary and Alternative Medicine) y la Oficina de Suplementos Dietéticos (Office of Dietary Supplements). El estudio está diseñado para 336 pacientes con depresión severa, los que son asignados al azar a uno de tres tratamientos de 8 semanas de duración. Una tercera parte de los pacientes recibirá una dosis uniforme de yerba de San Juan, una tercera parte recibirá un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) que se receta frecuentemente para depresión y la tercera parte recibirá un placebo (una píldora que parece exactamente igual al ISRS o a la yerba de San Juan, pero que no tiene ingredientes activos). (NIMH, 2002)

La FDA hizo un anuncio oficial para la salud pública el 10 de febrero del 2000. En este se afirma que la yerba de San Juan parece utilizar uno de los procesos metabólicos de otros medicamentos. Por ejemplo varios de los medicamentos que se recetan para tratar problemas tales como las enfermedades del corazón, la depresión, las convulsiones, ciertos cánceres y para prevenir los rechazos de transplantes. Por lo tanto, los médicos deben alertar a sus pacientes acerca de estas posibles interacciones farmacológicas. Cualquier suplemento naturista se debe tomar únicamente después de consultar con el médico u otro profesional de salud, capacitado. (NIMH, 2002)

4. Psicoterapias:

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de

conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente a que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión. (Domínguez-Gil, 1996)

Estudios de investigación han comprobado que dos psicoterapias a corto plazo son útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la cognitiva-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas, en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión. (Domínguez-Gil, 1996)

Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos (o ECT bajo condiciones especiales), junto con, o antes de, una psicoterapia. (Domínguez-Gil, 1996)

J. Cómo puede ayudarse a sí mismo cuando está deprimido:

Los trastornos depresivos hacen que uno se sienta exhausto, inútil, desesperanzado y desamparado. Esas maneras negativas de pensar y sentirse hacen que las personas quieran darse por vencidas. Es importante ser consciente de que las maneras negativas de ver las cosas son parte de la depresión. Estas son distorsiones que, por lo general, no se basan en circunstancias reales. Los pensamientos negativos desaparecen cuando el tratamiento empieza a hacer efecto. Mientras tanto se debe:

- Fijar metas realistas, tomando en cuenta la depresión y no tratar de asumir una cantidad excesiva de responsabilidades.
- Dividir las metas en partes pequeñas, establecer prioridades y hacer lo que pueda cuando pueda.
- Tratar de estar acompañado y de confiar en alguna persona. Siempre es mejor que estar solo y no hablar con nadie.
- Tomar parte en actividades que ayuden a sentirse mejor.
- Hacer ejercicio liviano, ir al cine, ir a un juego deportivo, o participar en actividades recreativas, religiosas, sociales o de otro tipo. Todo eso puede ayudar.
- No esperar que su estado de ánimo mejore de inmediato, sino gradualmente. Sentirse mejor toma tiempo.
- Es aconsejable que posponga las decisiones importantes hasta que la depresión mejore. Antes de hacer cambios importantes, como cambiar de trabajo, casarse o divorciarse, consulte con personas que lo conozcan bien y tengan una visión más objetiva de su situación.
- La gente rara vez sale de una depresión de un día para el otro. Pero se puede sentir un poco mejor cada día.
- Recordar patrones positivos de pensamiento eventualmente ayuda a reemplazar los pensamientos negativos que son parte de la depresión. Los patrones negativos van a desaparecer tan pronto su depresión responda al tratamiento. Recuerde, tan pronto su depresión responda al tratamiento, los pensamientos negativos van a ser reemplazadas por pensamientos positivos.
- Dejar que sus familiares y amigos lo ayuden.

(Blehar, 1997)

K. Cómo pueden los familiares y amigos ayudar a la persona deprimida:

Lo más importante que alguien puede hacer por la persona deprimida es ayudarla a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados. Esto tal vez implique que tenga que aconsejar al paciente para que no deje el tratamiento antes de que los síntomas puedan empezar a aliviarse (varias semanas). Tal vez

implique ayudarlo a obtener un tratamiento diferente, si no se observa ninguna mejoría con el primer tratamiento. En ocasiones puede requerir que el familiar o amigo haga una cita y acompañe a la persona deprimida al médico. A veces es necesario asegurarse que la persona deprimida esta tomando el medicamento. A la persona deprimida se le debe recordar que obedezca las órdenes médicas con respecto a no beber bebidas alcohólicas mientras está medicado. Otra cosa muy importante es dar apoyo emocional. Esto implica comprensión, paciencia, afecto y estímulo. Busque la forma de conversar con la persona deprimida y escucharla con atención. No minimice los sentimientos que el paciente expresa, pero señale la realidad y ofrezca esperanza. No ignore comentarios o alusiones al suicidio. Informe al terapeuta si la persona deprimida hace comentarios sobre la muerte o el suicidio. Es conveniente invitar a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine y a otras actividades. Persista con delicadeza si su invitación es rechazada. Fomente la participación del paciente en actividades que antes le daban placer, como pasatiempos, deportes, actividades religiosas o culturales, pero no fuerce a la persona deprimida a hacer excesivas cosas, demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero muchas exigencias pueden aumentar su sentimientos de fracaso. (Blehar, 1997)

No acusar a la persona deprimida de simular enfermedad o de ser perezosa, ni esperar que salga de esa situación de un día para el otro. Con tratamiento, la mayoría de las personas mejora. Tener eso presente y repetirle a la persona deprimida que con tiempo y ayuda va a sentirse mejor. (Blehar, 1997)

IV. MARCO METODOLOGICO

A. Objetivos

1. Generales:

- a. Promover en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), en hospitales que disponen de Químicos Farmacéuticos en conjunto con psicólogos y psiquiatras, programas de seguimiento farmacológico para el tratamiento de la depresión en el paciente ambulatorio.
- b. Generar información actual de importancia, referente a los medicamentos más novedosos o de uso más frecuente en el tratamiento de la depresión, para promover los programas de seguimiento farmacológico.

2. Específicos:

- a. Exponer la importancia de un programa de seguimiento farmacológico para la depresión, en el MSPAS, para mejorar la evaluación y atención a los pacientes depresivos ambulatorios que acuden a los hospitales nacionales.
- b. Elaborar una propuesta de un programa de seguimiento farmacológico para el tratamiento de la depresión en el paciente ambulatorio, a partir de las evidencias que muestran la carencia de dicho programa.
- c. Elaborar folletos informativos como un tipo de educación al paciente con lectura comprensible, y boletines informativos sobre la depresión, debido tratamiento y medicamentos más eficaces.
- d. Establecer las necesidades y problemas del paciente depresivo al proponer el programa de seguimiento farmacológico y los folletos informativos.

B. Población y muestra

1. Población:

Pacientes depresivos que acuden a los hospitales nacionales.

2. Muestra:

Pacientes depresivos que acudieron a los hospitales nacionales en los años 2000-2002.

C. Procedimiento

1. Identificación del problema
2. Revisión bibliográfica en todo tipo de fuentes
3. Selección de la información de interés
4. Elaboración de un plan de investigación
5. Visitas al MSPAS, hospitales nacionales y Departamento de Bomberos Voluntarios y Municipales.
6. Se investigó, en los archivos del MSPAS y en los hospitales nacionales, la incidencia de pacientes depresivos en los años comprendidos entre el 2000 y el 2002. Se realizarán visitas al Departamento de Bomberos Voluntarios y Municipales, para obtener información en los archivos de la incidencia de suicidios.
7. Análisis de la información y resultados obtenidos
8. Elaboración de folletos informativos de educación al paciente, y de boletines informativos sobre medicamentos.
9. Elaboración del programa de seguimiento farmacológico para el tratamiento de la depresión en paciente ambulatorio.
10. Discusión de resultados
11. Elaborar conclusiones y recomendaciones
12. Elaboración del informe final

D. Diseño de investigación

El trabajo es de tipo descriptivo, en el que se utiliza información del MSPAS y hospitales nacionales, en el período 2000-2002, para tener en cuenta los casos de pacientes depresivos e información de los Departamentos de Bomberos Municipales y Voluntarios que expone la incidencia de suicidios en Guatemala. Con base en esta información se diseña el programa para el MSPAS.

E. Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva que representa los resultados obtenidos. Estos se muestran con gráficas y porcentajes.

V. MARCO OPERATIVO

A. Recabación y tratamiento de datos

La recabación de datos se efectuó en forma retrospectiva por medio de la investigación y el análisis de los historiales de los archivos del MSPAS y de los hospitales nacionales, sobre los índices de pacientes con depresión. El análisis se realizó descriptivamente, al notar que la cantidad de pacientes depresivos es considerable, lo que justifica la creación de un programa de seguimiento farmacológico.

B. Recursos

1. Humanos:

- a. Autor: Carlos Roberto Alvarado del Valle
- b. Asesor: Licenciada Claudia Bonilla
- c. Director de Departamento de Farmacia: Licenciado Rolando López
- d. Personal del MSPAS y Hospitales Nacionales encargados de las estadísticas nacionales.

2. Materiales:

- a. Material bibliográfico: Bibliografía especializada en el tema de interés: libros, tesis, publicaciones, folletos y manuales, información de Internet.
- b. Materiales: Computadora, material de escritorio, impresora, fotocopias, Internet.

VI. RESULTADOS

La información que se presenta a continuación es el resultado de una investigación en las bases de datos de los archivos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en donde se encontró documentación sobre los casos de depresión de 1999 a abril del 2002. Se utilizó según el protocolo, los datos del 2000 a abril del 2002.

1. ¿Existe un programa de tratamiento farmacológico para la depresión en los hospitales nacionales de la red del MSPAS?

Sí existe _____

No existe _____

Lo dejan al criterio del médico X

No existe un programa de tratamiento farmacológico para el seguimiento de la depresión, en los hospitales nacionales de la red del MSPAS. Los hospitales investigados fueron el Hospital General San Juan de Dios, El Hospital Roosevelt y Centros de Salud, en los que se obtuvo la misma respuesta. Según la información obtenida, se da libertad al médico de que evalúe la situación que presentan los pacientes y en base a ello elegir según su experiencia, sin dar una referencia o una herramienta, a falta de un programa estructurado.

2. ¿Está enterado el MSPAS de cómo es el tratamiento farmacológico para los pacientes ambulatorios con depresión?

Sí está enterado _____

No está enterado X

Se lo informan los médicos _____

El MSPAS no está enterado de las circunstancias en las cuales los pacientes depresivos ambulatorios llevan el tratamiento farmacológico que es recetado por el médico y si lo cumplen o no, etc. Tampoco tiene conocimiento de

los parámetros por medio de los cuales se toman las decisiones acerca de internar a un paciente o tratarlo en forma ambulatoria.

3. ¿Cómo se informa el MSPAS de la incidencia de los casos de depresión de los hospitales nacionales?

Reporte de los hospitales _____

Investigaciones en los hospitales X

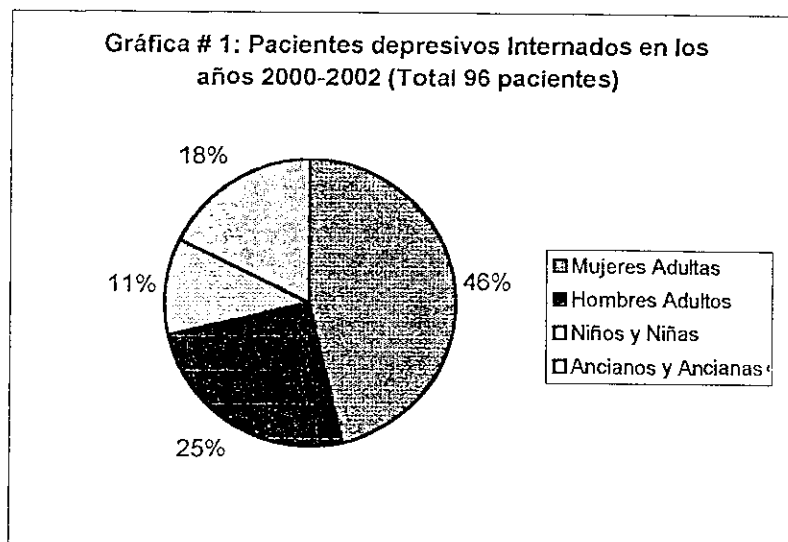
No se informa _____

El MSPAS realiza investigaciones esporádicas en los hospitales de su red, entre éstos se puede mencionar el Hospital San Juan de Dios, el Roosevelt, Centros de Salud, pero sólo se informan de la incidencia de las enfermedades más comunes por las cuales los pacientes acuden al hospital. Por esta vía se le informa sobre los pacientes depresivos. La información respectiva se mantiene en archivos y no está bien detallada.

4. Incidencia de pacientes depresivos que acuden a los hospitales nacionales de la red del MSPAS, que son internados y no internados, reportados al MSPAS en el período de los años 2000-2002.

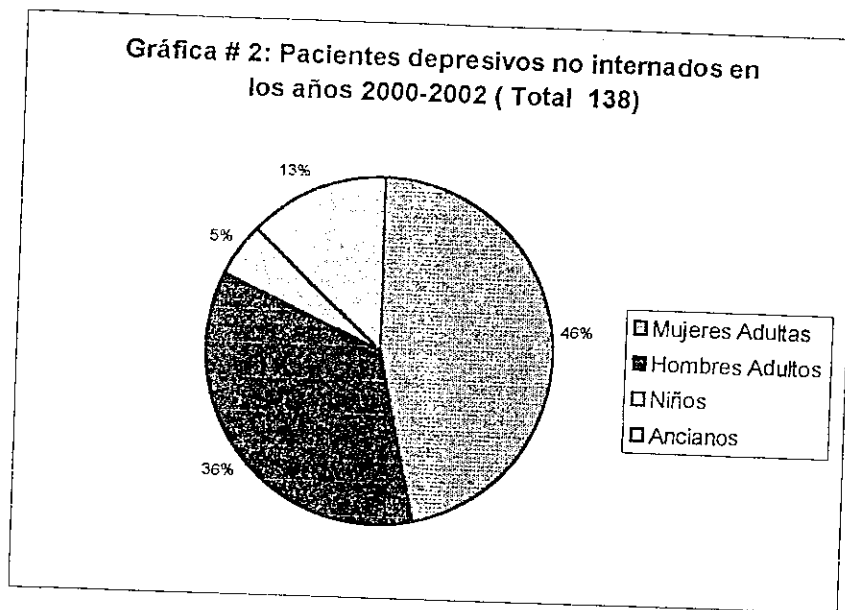
Internados 96 , mujeres adultas 44 , hombres adultos 25

Niños (Ambos sexos) 10 Ancianos (Ambos sexos) 17



No internados 138, mujeres adultos 64, hombres adultos 49
 Niños (Ambos sexos) 7 Ancianos (Ambos sexos) 18

Gráfica # 2: Pacientes depresivos no internados en el período 2000-2002



5. Incidencia de casos de suicidio o intento de suicidio reportados por el Departamento de Bomberos Municipales y Voluntarios en el período de los años 2000-2002.

Número de suicidios

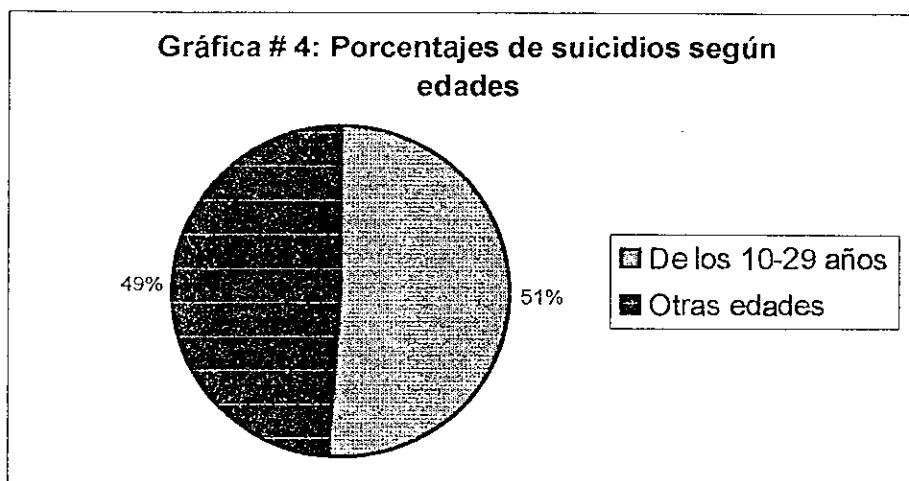
Durante el período de estudio (2000-2002) se encontraron 186 casos reportados como suicidio. Hay un promedio de 62 suicidios por año, lo que significa que, *en el departamento de Guatemala, ocurren de 1 a 2 suicidios semanales.*

Edad y sexo

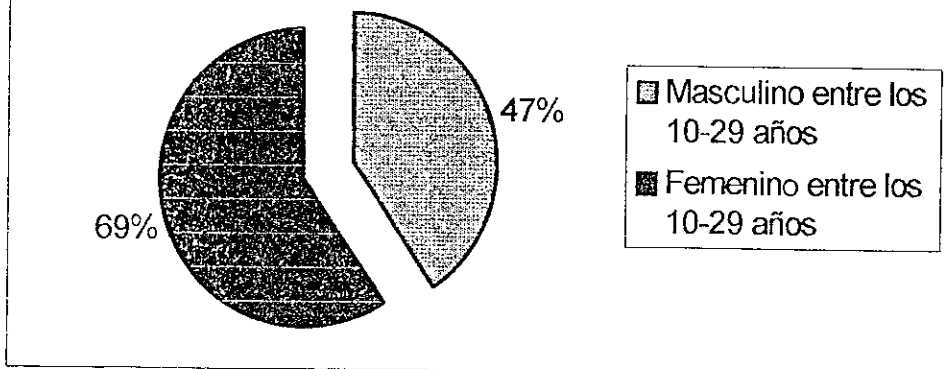
De los 186 suicidios reportados, 152 (82%) fueron de personas del sexo masculino y tan sólo 34 (18%) del sexo femenino. En otras palabras *por cada suicidio femenino suceden cinco del sexo masculino*.



En cuanto a la edad, el 51% (95) de todos los suicidios fueron cometidos por personas entre los 10 y los 29 años. En el grupo de sexo masculino el 49% (71) de los suicidios ocurrieron en el rango de los 10 a los 29 años; en el sexo femenino fue el 69% (23).



Gráfica # 5: Suicidios según sexo y edad en los años 2000-2002



Por otro lado, en el grupo de sexo masculino, los suicidios en personas mayores de 60 años son significativos ya que representan el 14.4% (22) del total de suicidios reportados para ese sexo, a pesar de que este grupo de personas representa apenas el 6% de la población total en el departamento de Guatemala.

Estado Civil

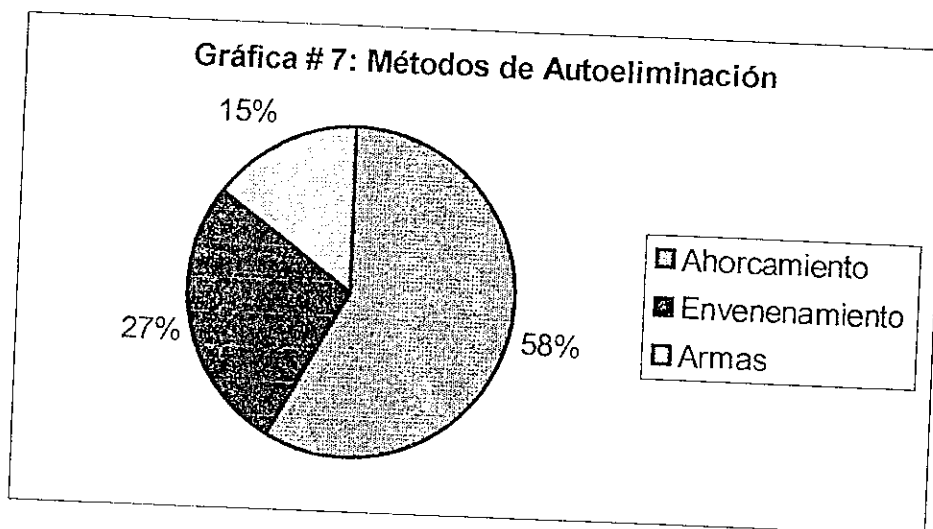
La mayoría de personas que cometieron suicidio durante el período de estudio eran solteras. El 63% (117) eran solteras, el 28% (52) eran casadas, el 7% (13) eran unidas y el 2% (4) eran viudas.

Gráfica # 6: Suicidios registrados en los años 2000-2002, según estado civil



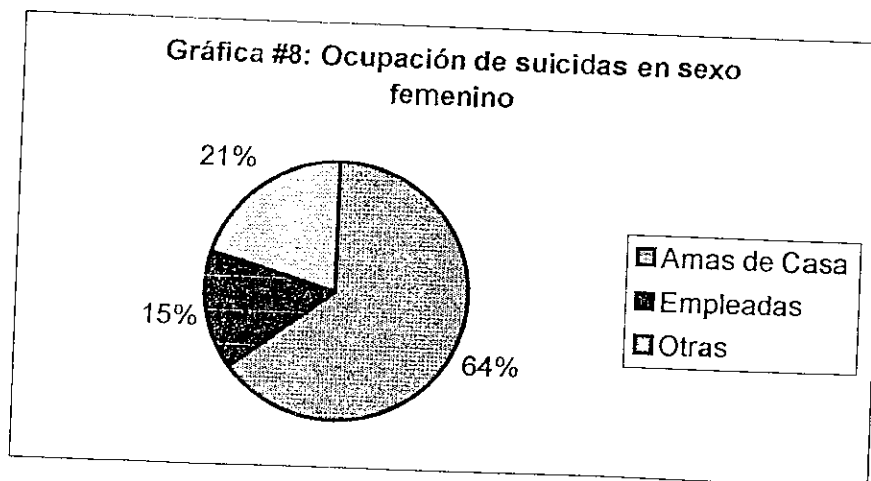
Métodos de auto-eliminación

El método más utilizado para cometer suicidio fue el ahorcamiento (58%). La autointoxicación o envenenamiento fue el segundo más utilizado (27%), seguido del uso de armas de fuego (15%).

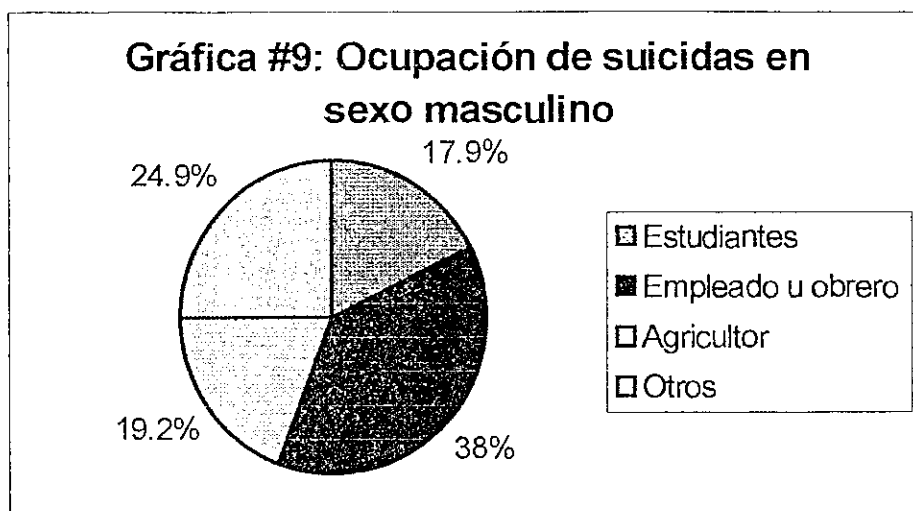


Ocupación

El 64% (22) de todos los suicidios ocurridos en el grupo de sexo femenino fueron ejecutados por amas de casa o personas dedicadas a las labores domésticas. Tan sólo el 15.4%(5) ocurrió en personas económicamente activas (comerciante, empleada, obrera).



La ocupación que predominó en las personas de sexo masculino que cometieron suicidio fue la de empleado u obrero (58 casos, es decir, el 38%). La ocupación de agricultor/labores agrícolas ocupó el segundo lugar (29 casos, es decir, el 19.2%) y la clasificación de estudiante el tercer puesto (27 casos, es decir, el 17.9%).



VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La depresión es una enfermedad a la que ninguna persona es inmune, sin importar raza, sexo o condición social y para la cual existen tratamientos tanto psicológicos como farmacológicos, por lo que negar la importancia de tratar esta enfermedad es negarle a la persona su derecho de mejorar su calidad de vida. Además es una enfermedad que se ha quedado en el olvido, debido a que no es un riesgo de salud inmediato que provoque intensa investigación como otras enfermedades, pero su impacto en la sociedad es inminente.

Guatemala es un país en el cual esta enfermedad está presente y las autoridades de salud no le han adjudicado la importancia que se merece. Es por eso que surgió la intención de llamar la atención hacia esta problemática y crear un programa de seguimiento farmacológico para el tratamiento de la depresión. Luego de revisar varios archivos de datos estadísticos en el MSPAS, se encontró deficiencia en aspectos como orden y presentación de información detallada de las situaciones, en los hospitales nacionales que se rigen bajo la red de esta institución gubernamental. Además de esto, tampoco existen programas de seguimiento farmacológico para las enfermedades que son de importancia para nuestra población. También se realizaron visitas a algunos hospitales, donde no se permite la revisión de los archivos de información estadística y, en aquellos que dan acceso a esta información, no se encontró datos confiables, ni protocolos o programas que puedan ser utilizados como una herramienta por los médicos y químicos farmacéuticos para apoyarlos en la prescripción y seguimiento de un tratamiento de esta naturaleza.

El método por medio del cual el MSPAS se informa de la incidencia de las enfermedades más comunes que se presentan en los hospitales nacionales, es con base en investigaciones esporádicas que realiza en algunos de ellos y, aún cuando obtiene información alarmante y de gran impacto para la situación de salud del país, la actuación que genera es mínima y los datos sirven únicamente como información estadística. En el caso de la depresión, se cuenta con datos sobre la incidencia de los pacientes que acuden a los hospitales y si son

internados o no, pero no se da a conocer el tratamiento que se les indica, pues lo dejan al criterio de cada médico. Los datos obtenidos en esta investigación demuestran una incidencia alta para casos de pacientes depresivos. Se encontró que existe un 9.6% de la población guatemalteca que sufre de depresión y en el departamento de Guatemala se obtuvieron datos considerables de pacientes depresivos que acudieron a los hospitales en un período de tiempo comprendido en los años 2000-2002, tanto de internados como de externos. Hay que destacar que las cifras que se presentan en las gráficas # 1 y 2 son únicamente los pacientes que acudieron en busca de ayuda a un hospital, no se toma en cuenta todos aquellos pacientes que no buscan tratamiento y que cuyo pronóstico es desconocido. Tampoco se toma en cuenta aquellos pacientes que se involucran en drogas a causa de la depresión o, en el peor de los casos, los pacientes que por su estado depresivo cometen suicidio.

Se puede decir que la depresión y el suicidio son dos términos que en la mayoría de los casos están íntimamente relacionados. Las causas por las que una alguien se suicida pueden ser varias, pero lamentablemente en la mayoría de los casos son personas que sufren de episodios de depresión antes del intento suicida. Debido a este hecho conocido se recurrió a los departamentos de Bomberos Municipales y Voluntarios y al cuerpo de la Policía Nacional del departamento de Guatemala, para investigar la incidencia de suicidios y se obtuvieron resultados alarmantes, en donde se encuentra una incidencia considerable de suicidios, en la cual se han involucrado hasta niños de diez años. Esto demuestra una problemática que hay que tratar con calidad de urgencia, ya que se presentan casos de suicidio que se deben a una depresión previa, los cuales se podrían evitar si se trata esa depresión y se logra aliviar a ese paciente, antes de que la enfermedad lo trastorne y lo lleve a esta medida tan drástica.

En la parte de la investigación que se enfoca en el suicidio como indicador de casos de depresión severa, se trabajó el mismo período de tiempo de 2000-2002. Se observó que ocurrieron 186, lo que evidencia que hubo 62 suicidios promedio por año, de los cuales 156 fueron hombres y 34 mujeres, como se presenta en la gráfica # 3. Si bien es cierto que los suicidios pueden deberse a la

situación que se vive en el país, a nivel económico, laboral, situaciones personales, etc., muchos son debidos a un estado depresivo, el cual pudo haber sido tratado.

Esta parte de la investigación fue realizada también con el objeto de conocer el perfil del suicida, en el departamento de Guatemala, y así poder determinar quiénes están en un momento dado en mayor riesgo de cometer suicidio. Claramente se puede inferir que el sexo masculino es más vulnerable de cometer el suicidio y que hay alta incidencia en personas jóvenes de ambos sexos (10 a 29 años) y en personas masculinas mayores de 60 años. Este dato se presenta en la gráfica # 4.

En el sexo masculino el perfil de la persona que cometió suicidio durante el período de estudio fue el siguiente: *de los 20 a 29 años o mayor de sesenta años, soltero, obrero o empleado, utilizó el ahorcamiento como método de autoeliminación.*

En el sexo femenino fue el siguiente: *entre los 20 y 29 años, soltera, dedicada a las labores domésticas, utilizó la autointoxicación como método de autoeliminación.*

En los adolescentes la situación acerca de los suicidios no difiere mucho, debido a que es un reflejo catastrófico de las depresiones y frustraciones de la ciudadanía.

La situación económica, la falta de salud de algún miembro de su familia, la incomprensión de sus padres hacia sus actitudes y el rompimiento de una relación amorosa serían las principales causas por la que los adolescentes deciden acabar con su vida, causas que comúnmente los llevan a la depresión.

Otros factores que están muy ligados a los suicidios en adolescentes son las drogas y el alcohol, ya que los hacen atravesar por una fase maníaca de exaltación y luego caen en un "efecto lúgubre" que produce depresión y aumenta el riesgo de que cometan ese acto.

Es importante considerar que los suicidios, alcanzaron a menores de 10 años, edad a la cual la víctima todavía es un niño.

Este aspecto es importante ya que la personalidad de un niño o niña se define entre el primero y segundo año de vida y si en esa época no se le transmitió confianza a través del afecto, amor y seguridad, su carácter será débil y sensible y se le pone en riesgo de enfrentarse con episodios de depresión y posiblemente con la muerte.

En la mayoría de suicidios, los jóvenes manifiestan sus intenciones por medio de diversas formas que demuestran que algo está mal. Se pueden observar cambios en su personalidad y aislamiento en sus relaciones externas. Si los padres conocen a sus hijos percibirán las alteraciones por más sutiles y cubiertas que sean.

Es importante hacer notar que luego de la muerte de un adolescente por suicidio, la familia atraviesa por una etapa difícil de superar, ya que en algunas ocasiones se cae en la depresión ocasionada por vergüenza, frustración, culpa y enojo.

Es por eso que los padres de familia deben ofrecer a sus hijos un ambiente de tranquilidad y confianza, además de apoyarlos y asistirlos en las tareas que ellos mismos se impongan, ya que si se vive dentro de una familia que no les presta atención, que les exige metas que no son alcanzables o que no los dejan desarrollarse como personas, serían hijos propensos al suicidio.

Por todo lo anterior, es importante dar a conocer tanto a los pacientes depresivos, como a las familias, lo que es la enfermedad de depresión, sus síntomas, cómo puede afectar a la persona, qué tipos de depresión existen, como pueden desarrollarla y, lo más importante, demostrarles que hay cura y que pueden liberarse de esta enfermedad. Esta es una enfermedad que ataca la autoestima de la persona, afecta a toda la familia a tal grado de poder llegar a separarla y puede ser una de las causas de la destrucción de hogares, hecho muy común actualmente. Además, existe el impacto socioeconómico por la disminución de la capacidad laboral del afectado. Todo esto podría ser evitado al proveer información sobre la enfermedad para que el paciente busque ayuda.

Lo expuesto anteriormente, pone de manifiesto la importancia de contar con un programa de seguimiento farmacológico para el tratamiento de la depresión,

con el cual aumente la probabilidad de éxito de dicho tratamiento, boletines informativos dirigidos a los médicos sobre los medicamentos más frecuentemente utilizados, así como de los medicamentos más innovadores para combatir esta enfermedad y también folletos informativos de educación al paciente y a los familiares.

El programa que se propone, incluye objetivos, alcances, una explicación teórica sobre la depresión y sus diferentes tipos. También se proporciona una guía con los diferentes medicamentos que se encuentran en el mercado para el tratamiento de la depresión y que son más frecuentemente utilizados en Guatemala, con especificación de principio activo, instrucciones para su utilización, vías de administración y dosis, las reacciones adversas que pueden presentarse y sus interacciones medicamentosas y con alimentos, así como contraindicaciones y un modelo para el seguimiento farmacoterapéutico según la Metodología Dáder.

Hay que destacar también que el químico farmacéutico tiene un papel muy importante en el planteamiento, elaboración y la implantación de éste programa de seguimiento farmacológico, pues es el profesional idóneo con base en sus conocimientos, el capaz de crear este tipo de programas, evaluarlos, y así poder relacionarse con los médicos, como una forma de apoyo y colaboración hacia ellos, en el aspecto de medicamentos que se prescriben, para detallar y dar a conocer posibles efectos adversos, interacciones, etc.

VIII. CONCLUSIONES

1. La depresión es una enfermedad a la que ninguna persona es inmune y para la cual existe un tratamiento farmacológico y uno psicológico que pueden ser utilizados para aliviar a los pacientes que la presentan.
2. En Guatemala, la incidencia de casos de depresión es considerable. Se reporta un 9.6% de la población guatemalteca con esta enfermedad. En el departamento de Guatemala, sólo en el período comprendido entre los años 2000-2002, se han registrado 96 pacientes que se internan en un hospital y 138 que no se internan, esto sin contar los que no acuden en busca de ayuda y aquellos que no han sido diagnosticados.
3. Los datos estadísticos de pacientes depresivos que se registran en los archivos del MSPAS han sido recopilados por investigaciones esporádicas que tal institución realiza en los hospitales y que no reflejan la totalidad de los casos en Guatemala.
4. En los hospitales de la red del MSPAS, no se cuenta con un programa de seguimiento farmacológico para la depresión.
5. No existe una herramienta estandarizada de apoyo al médico para la prescripción y seguimiento farmacológico de los medicamentos utilizados para el tratamiento de la depresión.
6. El MSPAS no tiene conocimiento del manejo farmacológico al cual son sometidos los pacientes depresivos.
7. La incidencia de suicidios reportada en Guatemala, en el período comprendido en los años 2000-2002, es de 186, lo que da un promedio de 62, por año.

8. Es un hecho conocido que en la mayoría de suicidios se presenta un estado depresivo previo, lo que podría ser evitado con un tratamiento efectivo de la depresión.
9. Al ser expuesta la problemática que presenta la depresión en la población guatemalteca, se hace notar la importancia de plantear un programa de seguimiento farmacológico para su tratamiento.
10. El químico farmacéutico por sus conocimientos es el profesional encargado, de plantear y elaborar este tipo de programas de seguimiento farmacológico y, a su vez, evaluar su implantación en los hospitales, para así poder relacionarse en forma adecuada con los médicos, en aspectos de apoyo y colaboración con ellos para la prescripción de medicamentos y el seguimiento farmacoterapéutico para beneficio del paciente.

IX. RECOMENDACIONES

1. Se propone un programa de seguimiento farmacológico bajo la dirección del MSPAS, para el tratamiento de la depresión, el cual es planteado para su aprobación y utilización como una herramienta para combatir esta enfermedad.
2. En Guatemala, se debe considerar la situación social y económica de la población para tratar a un paciente depresivo, de acuerdo a su situación para establecer objetivos realistas.
3. En la mayoría de casos de suicidio se ha concluido que previamente han presentado estados depresivos, los cuales son de importancia y se les debe administrar un tratamiento efectivo, pues esto podría disminuir los episodios depresivos y evitar que se llegue a medidas extremas, para colaborar así también con problemas sociales que se pueden dar por estados depresivos previos.
4. Es necesario que se haga hincapié en que, sea de preferencia, el químico farmacéutico el profesional encargado de llevar a cabo el planteamiento, la elaboración y la implantación de los programas de seguimiento farmacológico, debido a que por sus conocimientos, lo hace ser el profesional experto en el área y así tener una mejor relación con los médicos, en aspectos de apoyo y colaboración con respecto a la prescripción de medicamentos.
5. Este tipo de programas requiere de su actualización semestral o anual y los modelos de folletos, boletines, etc., también deben actualizarse, para que cada institución los utilice según sus necesidades específicas.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Blehar MD, Oren DA. **Gender differences in depression.** *Medscape Women's Health*, 1997;2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12.
2. Ciudad Futura, <http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/depresion.htm>
3. Domínguez-Gil A; Bonal, J. **Farmacia Hospitalaria.** España. Glaxo. 1996.
4. Ferketick AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. **Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study.** National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal Medicine*, 2000; 160(9): 1261-8.
5. Frank E, Karp JF, Rush AJ (1993). **Efficacy of treatments for major depression.** *Psychopharmacology Bulletin*, 1993; 29:457-75.
6. Goodman & Gilman. 1999. **Las bases farmacológicas de la terapéutica.** Novena edición. Editorial McGraw-Hill Latinoamericana. Vol I y II. 1996 pp.
7. Guido Aguilar, Hade de Eduardo, & Carlos Berganza.
[http://www.rlpsi.org/volumen_28_2.htm#Autoestima y depresi3n.](http://www.rlpsi.org/volumen_28_2.htm#Autoestima%20y%20depresi3n)
8. Machuca, M., F. Fernández-Llimos, M.J. Faus. 2003. **Método Dáder, Guía de seguimiento farmacoterapéutico.** Editorial Programa Dáder. Granada, España. 47pp. Oficina Sanitaria Panamericana. Educación al paciente. Programa de medicamentos esenciales. 1996.
9. Medscape, 2002. http://www.medscape.com/viewarticle/441429_3
Copyright © 2002 Medscape.
10. National Institute of Mental Health (NIMH), 2002.
<http://www.nimh.nih.gov/publicat/spdepression.cfm#intro>
11. Onda Salud, 2001, USA.
<http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5190,00.html>
12. Organismo Legislativo, Congreso de la República de Guatemala. 1998.
Nuevo código de salud, Decreto 90-97. Guatemala, C.A. 52pp.

XI. ANEXOS

Siglas:

- **IMAOs:** Inhibidores de la monoaminooxidasa
 - No selectivos:** Isocarboxacida, Fenelzina, Tranilcipromina.
 - Selectivos:** Moclobemid (Aurovix ®), Selegilina (Deprenyl ®, Jumex ®)
- **Tricíclicos:** Inhibidores de la recaptación de la noradrenalina
 - Aminas terciarias:** Imipramina (Tofranil®), Amitriptilina (Elavil®), Doxepina (Adapin®), Trimipramina, Clomipramina (Anafranil®).
 - Aminas secundarias:** Amoxapina, Desmipramina, Maprotilina (Ludiomil ®), Nortriptilina, Protriptilina.
- **SSRIs:** Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina
 - Fluoxetina (Prozac®, Alzac®), Citalopram (Celexa®), Fluvoxamina (Luvox®), Paroxetina (Paxil ®), Sertralina (Artruline ®, Zoloft ®), Trazodona.
- **SNRIs:** Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina
 - Venlafaxina
- **MSPAS:** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- **HNSM:** Hospital Nacional de Salud Mental

PARÁMETROS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS

1. **¿Existe un programa de tratamiento farmacológico para la depresión en los hospitales nacionales de la red del MSPAS?**
 Sí existe _____
 No existe _____
 Lo dejan al criterio del médico _____

2. **¿Está enterado el MSPAS de cómo es el tratamiento farmacológico para los pacientes ambulatorios con depresión?**
 Sí está enterado _____
 No está enterado _____
 Se lo informan los médicos _____

3. **¿Cómo se informa el MSPAS de la incidencia de los casos de depresión de los hospitales nacionales?**
 Reporte de los hospitales _____
 Investigaciones en los hospitales _____
 No se informa _____

4. **Incidencia de pacientes depresivos que acuden a los hospitales nacionales de la red del MSPAS, que son internados y no internados, reportados al MSPAS en el período de los años 2000-2002.**
 Internados _____, mujeres adultos _____, hombres adultos _____ Niños
 (Ambos sexos) _____ Ancianos (Ambos sexos) _____
 No internados _____, mujeres adultos _____, hombres adultos _____ Niños
 (Ambos sexos) _____ Ancianos (Ambos sexos) _____

5. **Incidencia de casos de suicidio o intento de suicidio reportados por el Departamento de Bomberos Municipales y Voluntarios en el período de los años 2000-2002.**
 Municipales _____, mujeres _____, hombres _____
 Voluntarios _____, mujeres _____, hombres _____

**PROPUESTA DE PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
FARMACOLÓGICO PARA EL TRATAMIENTO DE
LA DEPRESIÓN**

INDICE

	Pag.
I. Introducción	1
II. Justificación	2
Programa de Seguimiento Farmacológico para el tratamiento de la depresión	
III. Aspectos importantes acerca de la depresión y su tratamiento	4
A. Trastorno Depresivo	4
B. Tipos de Depresión	4
C. Evaluación diagnóstica y tratamiento	5
D. Importancia de dar seguimiento farmacológico para la depresión	6
IV. Recursos Necesarios	8
A. Personal	8
B. Material	8
V. Población Diana	8
VI. Plan de Acción	9
VII. Bibliografía	9
Anexos	10
Guía informativa de medicamentos antidepresivos para el asesoramiento del tratamiento farmacológico para la depresión	
Ficha de historia farmacoterapéutica	
Guía de seguimiento farmacoterapéutico con base en modelo Dáder	
Modelo de boletines informativos sobre medicamentos	
Modelo de folletos informativos para educación al paciente	

I. INTRODUCCIÓN

Este programa se desarrolla ante la carencia de una herramienta de apoyo en el seguimiento farmacológico del tratamiento de la depresión. Las autoridades sanitarias por medio de hospitales, quienes son los encargados de velar por la salud de la población en Guatemala, han evaluado la necesidad de dar a conocer información sobre una enfermedad que ha cobrado vidas, que la padecen un considerable número de personas y que se ha dejado en el olvido, por considerarla como una enfermedad psicológica, sin tomar en cuenta que existen tratamientos farmacológicos con los cuales se puede combatir la enfermedad, de la que se hace mención, que es la depresión.

Otro punto importante que se debe tomar en cuenta para la aplicación de este programa, es no sólo dar a conocer los medicamentos antidepresivos, sino también dar el seguimiento necesario para detectar efectos adversos, complicaciones que pueda provocar el tratamiento, interacciones medicamentosas y alimenticias, para que los médicos tomen en cuenta todas las precauciones posibles antes de recetar un tratamiento y tengan la información necesaria durante el tratamiento para su continuación o modificación, según el caso.

Por otra parte este programa también tiene la intención de ofrecer información sobre la enfermedad en sí y su tratamiento, a los pacientes depresivos, para que estos ya no le teman a un seguimiento farmacológico, si se lleva de manera profesional.

Siendo el químico farmacéutico el responsable del programa de seguimiento farmacológico y de educación al paciente, es necesario que estudie y se actualice, para informarse adecuadamente acerca del tema y así poder responder todas las dudas que puedan surgir.

II. JUSTIFICACIÓN

Para ejecutar un programa de este tipo, primero hay que evaluar la necesidad de que exista el mismo y es por eso que se investigó en los archivos de los hospitales nacionales y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, en donde se encontró que la incidencia de depresión, tanto en pacientes internados como ambulatorios, es considerable y que aún con el conocimiento de esto, se carece de una guía de tratamiento farmacológico para la depresión.

A su vez se investigó la incidencia de suicidios en la población, como indicador de depresión severa, y también se encontró que siendo significativa, la mayoría viene de un estado depresivo previo en la persona suicida que pudo haber sido evitado con un tratamiento adecuado.

Es importante que la población conozca acerca de esta enfermedad, por lo que es indispensable la educación al paciente. Para poder explicar una enfermedad como ésta, es necesario adecuar el nivel del lenguaje e ilustrar el material para maximizar el entendimiento de los pacientes y sus familiares. Además, con respecto a los médicos, se sugiere investigar cuáles son los medicamentos de uso más frecuente y los más novedosos para publicar boletines que los mantengan actualizados.

**PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOLÓGICO
PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**

III. ASPECTOS IMPORTANTES ACERCA DE LA DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO

A. Trastorno depresivo

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo y la manera de pensar, también la forma en que la persona come y duerme y el autoestima. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno pueda liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado. (Ferketick, 2000)

B. Tipos de depresión:

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos más comunes son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían. (Ferketick, 2000)

La **depresión severa** se manifiesta por una combinación de síntomas (ver la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante podría ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces. La **distimia**, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero que interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida. (5)

Otro tipo de depresión es el **trastorno bipolar**, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Este no es tan frecuente como los otros

trastornos depresivos. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede ser hiperactiva, hablar excesivamente y tener mucha energía. La manía, a menudo, afecta la manera de pensar, el juicio y el comportamiento. Puede llevar a que al paciente se le presenten graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones descabelladas sobre negocios, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón). (Ferketick, 2000)

C. Evaluación diagnóstica y tratamiento

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un diagnóstico médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si las causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o recomendar al paciente a un psiquiatra o psicólogo. (Frank et al., 1993)

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Ha sufrido depresión algún pariente? y ¿Si fue tratado, qué tratamientos recibió y cuales fueron efectivos? (Frank et al., 1993)

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones del habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva. (Frank et al., 1993)

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtiene un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos, para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia y para aprender a enfrentar los problemas de la vida, incluida la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que demuestran ser efectivas para la depresión, o ambos, de acuerdo al diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas. (Frank et al., 1993)

D. Importancia de dar un seguimiento farmacológico para la depresión

Actualmente, la psiquiatría dejó atrás el viejo enfrentamiento entre fármacos y psicoterapia. El mejor tratamiento es, muchas veces, una combinación de ambos, a los que incluso se pueden añadir algunas técnicas de apoyo. Lo importante es hacer un buen diagnóstico para después seleccionar el tratamiento más adecuado. (Onda salud, 2001)

Cuando la sintomatología ansiosa es consecuencia del abuso de café o de bebidas estimulantes, el tratamiento apropiado será la reducción o eliminación de la ingestión de cafeína más que la administración de un fármaco ansiolítico.

(Onda salud, 2001)

Análogamente, la angustia puede ser resultado del empleo de medicamentos que reducen el apetito, descongestionantes y hormonas tiroideas, o del desarrollo de una glándula tiroidea hiperactiva: En estos casos, el tratamiento

adecuado consistirá en la supresión del agente ansiógeno o en la corrección de la alteración endocrina. (Onda salud, 2001)

La depresión está asociada, muchas veces, a la ansiedad y en esos casos lo importante es tratar la depresión con antidepresivos y, en un segundo plano, la ansiedad como síntoma secundario. En ese caso será conveniente prescribir benzodiazepinas (un efectivo ansiolítico) mientras se esperan los resultados de los antidepresivos. (Onda salud, 2001)

Si el paciente ha desarrollado la sintomatología de angustia recientemente o está ansioso con respecto a una situación estresante, en principio puede ser tratado con psicoterapia sin apoyo de medicación. Si se decide aplicar medicación ansiolítica en atención a la intensidad del cuadro ansioso, ésta debe ser prescrita por un periodo de tiempo limitado, probablemente dos o tres semanas, y evaluar de nuevo el estado del sujeto tras la supresión paulatina de la medicación. Es necesario considerar que puede haber pacientes que requieran un empleo más prolongado, por su estado crónico. (Onda salud, 2001)

El trastorno de ansiedad generalizada se trata combinando las benzodiazepinas con un tratamiento no farmacológico (psicoterapia individual o grupal, ejercicios de relajación). En los ataques recurrentes de angustia sin conducta de evitación fóbica relevante el tratamiento más eficaz es el farmacológico: medicamentos antidepresivos y ansiolíticos de alta potencia. En la agorafobia con crisis espontáneas de angustia, los mejores resultados se logran asociando a la medicación antidepresiva o al ansiolítico la terapia conductual de exposición en vivo. (Onda salud, 2001)

En el tratamiento de la fobia social, los ensayos clínicos han verificado la eficacia tanto de la terapia farmacológica como de la psicoterapia conductual. Entre los fármacos destacan los inhibidores de la monoaminoxidasa. Respecto a la terapia comportamental, se utiliza con éxito dos modalidades de tratamiento: la exposición al estímulo fóbico y la terapia cognitiva. (Onda salud, 2001)

Para las fobias simples se recomienda una técnica llamada "exposición mantenida sistemática". Por el momento, no se dispone de ningún fármaco que resuelva el problema. No obstante, tanto los ansiolíticos como los betabloqueantes

pueden ayudar a la terapia conductual, ya que al reducir la ansiedad anticipatoria se facilita el contacto del sujeto con la situación temida. (Onda salud, 2001)

El tratamiento más adecuado para el trastorno por estrés postraumático se basa en la verbalización de la situación traumática, lo que facilita la expresión emocional. En algunos pacientes, parecen útiles los antidepresivos, aunque las benzodiazepinas tienen una acción más incierta. (Onda salud, 2001)

Se admite que los mayores fracasos con todas las técnicas de tratamiento se encuentran en el trastorno obsesivo-compulsivo. Actualmente, se usan los antidepresivos y la terapia conductual conjuntamente y, como promedio, se consigue reducir la sintomatología obsesivo-compulsiva en un 40-50 por ciento, aunque en algunos casos se logra la desaparición completa del cuadro clínico. (Onda salud, 2001)

IV. RECURSOS NECESARIOS

- A. **Personal:** De preferencia Licenciados en química farmacéutica.
- B. **Material:** Guía informativa de los medicamentos antidepresivos, boletines informativos sobre los medicamentos antidepresivos más frecuentemente utilizados y los más innovadores, como información para los médicos y folletos informativos con dibujos y lectura comprensible para todo tipo de población, como una especie de educación al paciente. Estos materiales anteriormente expuestos se presentan en la sección de anexos.

También documentación básica como: Ficha de Historia farmacoterapéutica del paciente según metodología, Guía de seguimiento farmacoterapéutico, con base en el programa Dáder del año 2003. Esta documentación, se presenta en la sección de anexos.

V. POBLACIÓN DIANA

Pacientes depresivos que acudan a los hospitales nacionales.

VI. PLAN DE ACCIÓN

En este plan se incluyen tres puntos fundamentales, los cuales son:

- La identificación/evaluación del trastorno depresivo, este aspecto es evaluado por el médico, luego de una serie de exámenes que se le realizan al paciente.
- El tratamiento farmacológico, es establecido por el médico, luego de identificar y evaluar el estado que presente el paciente.
- El seguimiento farmacológico. En este punto hay que considerar la intervención del químico farmacéutico, ya que éste último puede colaborar y apoyar al médico, llevando un seguimiento farmacoterapéutico, para detectar cualquier problema relacionado con medicamentos y comunicárselo al médico tratante para que éste tome las medidas necesarias. Para el seguimiento se sugiere basarse en la Metodología Dáder.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Domínguez-Gil A; Bonal, J. **Farmacia Hospitalaria**. España. Glaxo. 1996.
2. Ferketick AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. **Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study**. National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal Medicine*, 2000; 160(9): 1261-8.
3. Frank E, Karp JF, Rush AJ (1993). **Efficacy of treatments for major depression**. *Psychopharmacology Bulletin*, 1993; 29:457-75.
4. Goodman & Gilman. 1999. **Las bases farmacológicas de la terapéutica**. Novena edición. Editorial McGraw-Hill Latinoamericana. Vol I y II. 1996 pp.
5. Joe & Teresa Graedon. **Dangerous Drug Interactions**. 1999. Editorial ST. MARTINS. USA .510pp.
6. Karch, Amy. **Nursing Drug Guide**. 2001. Editorial Lippincott. USA. 1420pp.
7. Machuca, M., F. Fernández-Llimos, M.J. Faus. 2003. Método Dáder, **Guía de seguimiento farmacoterapéutico**. Editorial Programa Dáder. Granada, España. 47pp.
8. Onda Salud, 2001, USA.
<http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5190,00.html>

ANEXOS

**GUIA INFORMATIVA DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS
PARA EL ASESORAMIENTO DEL TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO PARA LA DEPRESIÓN**

GRUPO DE FARMACOS ANTIDEPRESIVOS

GENERALIDADES

En general en algunas personas, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios que generalmente son leves y temporales (conocidos a veces como efectos adversos). Por lo general son molestos, pero no graves. Sin embargo si se presenta una reacción o efecto secundario que es inusual o que interfiere con el funcionamiento normal, el médico debe ser notificado de inmediato. Estos son los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos y las formas de manejarlos:

- **Boca seca:** es útil tomar sorbos de agua, masticar goma de mascar, cepillar los dientes diariamente.
- **Estreñimiento:** la dieta debe incluir cereales con contenido alto de fibra, ciruelas, frutas y vegetales.
- **Dificultad al orinar:** vaciar la vejiga puede ser dificultoso y el chorro de orina puede no ser tan fuerte como de costumbre. Debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor.
- **Problemas sexuales:** el funcionamiento sexual puede alterarse. Si se vuelve preocupante, se debe conversarse con el médico.
- **Visión borrosa:** esto generalmente pasa pronto y no se requieren lentes nuevos.
- **Mareos:** conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.
- **Somnolencia o modorra diurna:** esto generalmente pasa pronto. Una persona que se sienta somnolienta o sedada no debe conducir ni operar máquinas. Los antidepresivos más sedantes se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.

(Domínguez-Gil, 1996)

Los antidepresivos innovadores tienen diferentes tipos de efectos secundarios:

- **Dolor de cabeza:** generalmente se revierte sin tratamiento.
- **Náusea:** también es pasajera, incluso cuando la sensación de náusea ocurre después de cada dosis, es sólo por un rato.
- **Nerviosismo e insomnio (dificultad para dormir o despertarse a menudo durante la noche):** estos pueden ocurrir durante las primeras semanas. Usualmente se resuelven con el tiempo o al tomar una dosis más pequeña.
- **Agitación (sentirse inquieto, tembloroso o nervioso).** Si esto pasa por primera vez después de tomar el medicamento y es persistente, el médico debe ser notificado.
- **Problemas sexuales:** el médico debería ser consultado si el problema es persistente o preocupante. (Domínguez-Gil, 1996)

Los ISRS y otros medicamentos aún más nuevos que afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico prueba una variedad de antidepresivos antes de encontrar el medicamento o combinación de medicamentos más efectivo. Generalmente la dosis se debe ir aumentando hasta que la medicación es efectiva. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente. Hay que tomarlo en dosis adecuadas por 3 ó 4 semanas y en algunos casos lleva hasta 8 semanas, para que se produzca el efecto completo. Sin embargo a veces se empiezan a ver mejorías en las primeras semanas. (Domínguez-Gil, 1996)

Es posible que el paciente se sienta tentado a dejar de tomar el medicamento prematuramente. Puede sentirse mejor y pensar que ya no lo necesita. O puede pensar que el medicamento no le ayuda en absoluto. Es importante seguir tomando el medicamento hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo. Algunos efectos secundarios pueden aparecer incluso antes de que se produzca el efecto antidepresivo. Una vez que el paciente se sienta mejor, es importante continuar el medicamento de 4 a 9 meses para

prevenir la recaída de la depresión. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente (es decir reducir la dosis poco a poco) para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de abstinencia, los que se producen cuando algunos medicamentos se discontinúan abruptamente. En los casos de trastorno bipolar y depresión severa crónica o recurrente, es posible que el paciente tenga que tomar el medicamento por un tiempo indefinido. (NIMH, 2002)

Al contrario de lo que algunas personas piensan, **los medicamentos antidepresivos no crean hábito**. Sin embargo, como sucede con cualquier tipo de medicamento recetado por periodos prolongados, los antidepresivos deben ser supervisados cuidadosamente por el médico para determinar si se están dando en una dosis correcta. El médico debe verificar la dosificación y la efectividad del tratamiento en forma periódica. (NIMH, 2002)

Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tipo sin consultar al médico. Cualquier otro profesional de la salud que pueda recetarle un medicamento (por ejemplo el dentista u otro especialista) tiene que saber qué medicamentos está tomando el paciente. Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman en combinación con otros pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos. Algunas sustancias, como el alcohol y las drogas de adicción, pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y por lo tanto se deben evitar. Deben evitarse el vino, la cerveza y las bebidas alcohólicas destiladas, por ejemplo tequila, gin, ron, vodka, güisqui y licores. A algunas personas que están tomando uno de los antidepresivos nuevos, el médico puede permitirles el uso de una cantidad moderada de alcohol, si la persona no ha tenido un problema de alcoholismo.

Los sedantes o medicamentos ansiolíticos que se dan para la ansiedad, no son antidepresivos. A veces son recetados junto con los antidepresivos. Sin embargo, por sí solos no son efectivos para tratar la depresión. Los estimulantes, como las anfetaminas, no son efectivos para la depresión. Ocasionalmente se utilizan bajo estricta supervisión médica en personas que padecen al mismo tiempo de una enfermedad física y de depresión. (NIMH, 2002)

El litio por muchos años fue el tratamiento de elección para el trastorno bipolar, por su efectividad para prevenir los extremos del estado de ánimo comunes en este trastorno. Su uso debe ser supervisado cuidadosamente por el médico, ya que hay poca diferencia entre las dosis efectivas y las tóxicas. Si una persona tiene un trastorno preexistente de tiroides, renal, cardíaco o epilepsia el litio puede no ser recomendable. Afortunadamente, otros medicamentos han demostrado ser útiles para controlar cambios de ánimo extremos. Entre éstos se encuentran dos anticonvulsivos: la carbamazepina y el ácido valproico. Ambos medicamentos tienen una aceptación amplia en la práctica clínica. El ácido valproico ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los EE.UU. (Food and Drug Administration, FDA) como un tratamiento de primera línea para la manía aguda. Otros anticonvulsivos que se empezaron a utilizar más recientemente son la lamotrigina y la gabapentina. Se está estudiando qué tan eficaces son éstos para el tratamiento del trastorno bipolar. (NIMH, 2002)

La mayoría de las personas con trastorno bipolar toman más de un medicamento. Junto con el litio y un anticonvulsivo, el paciente puede necesitar un medicamento para otros síntomas que se asocian frecuentemente con la bipolaridad: agitación, ansiedad, depresión e insomnio. Es de vital importancia encontrar la mejor combinación posible de estos medicamentos para cada paciente. Para esto se requiere que el médico supervise el tratamiento cuidadosamente. (Goodman & Gilman, 1999)

Son importantes tomar las debidas precauciones con el tratamiento con antidepresivos; pues el diagnóstico de la depresión debe de estar bien diferenciado ya que en los casos en los que la persona sufra de otros tipos de trastornos, el tratamiento puede desencadenar:

- Excitación hipomaníaca o maníaca.
- Estado maníaco depresivo disfórico.
- Estado maníaco depresivo mixto.

El diagnóstico diferenciado deberá ser llevado a cabo por un especialista, ya que la confusión y delirio subyacentes de las anteriores enfermedades pueden

encontrarse enmascarados por los episodios de depresión. (Goodman & Gilman, 1999)

A. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRIs)

Estos medicamentos actúan inhibiendo selectivamente la recaptación de serotonina, con menor acción sobre la norepinefrina (menor cardiotoxicidad). Causan ciertos efectos anticolinérgicos, antihistamínicos y α 1-adrenérgicos. En personas normales no se observan efecto estimulante, son inhibidores potentes de las oxidasas microsómicas hepáticas. En su utilidad se considera que tiene la misma eficacia que los tricíclicos, son de utilidad en la depresión severa, en la enfermedad obsesivo compulsiva, trastornos psicósomáticos, crisis de pánico y fobia social. (Goodman & Gilman, 1999)

1. Efectos Adversos. Los SSRIs son menos sedativos que los antidepresivos tricíclicos y tienen menos efectos cardiotóxicos y antimuscarínicos. Entre los efectos reportados se incluyen: boca seca, y molestias gastrointestinales como la náusea, vómitos, constipación y diarrea. Puede presentarse anorexia y pérdida de peso. Efectos neurológicos como la ansiedad, nerviosidad, insomnio, fatiga, dolor de cabeza, temores, disnea, convulsiones, alucinaciones y disfunción sexual también pueden presentarse. Se han reportado a su vez, sudoraciones, prurito, alergias en la piel y urticaria. (Goodman & Gilman, 1999)

a) **Efectos en la sangre.** Han sido asociados a anomalías en la agregación plaquetaria, pero ésta vuelve a la normalidad cuando se discontinúa. (Goodman & Gilman, 1999)

b) **Tratamiento de efectos adversos.** El tratamiento de sobredosis requiere de terapia sintomática apropiada y de soporte. Entre las terapias se pueden mencionar lavados gástricos, diálisis, transfusiones de sangre y medidas para incrementar la producción de orina. (Goodman & Gilman, 1999)

c) **Precauciones.** Los SSRIs, tienen metabolismo hepático y excreción renal, por lo que se debe tener precaución en su uso y reducir dosis en pacientes con función anormal renal o hepática. Se recomienda no usarse en pacientes con fallas hepáticas o renales. Los SSRIs se deben utilizar con mucha precaución en pacientes con epilepsia, con enfermedades cardíacas o con historial de problemas hemorrágicos. Los SSRIs pueden alterar el control de la glicemia de los pacientes diabéticos. Se debe tomar mucha precaución en los pacientes con problemas de circulación sanguínea, con madres lactantes, pues se han reportado cólicos en niños de seis semanas cuyas madres ingieren SSRIs 20mg diariamente. En pacientes diabéticos, pues altera la hipoglicemia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1, y se regresa a la normalidad con la interrupción de la ingesta de SSRIs. Las mujeres embarazadas no deben tomar SSRIs en el primer trimestre del embarazo, ya que provoca malformaciones fetales. (Goodman & Gilman, 1999)

2. **Interacciones.** Los SSRIs debido a que inhiben la actividad en las isoenzimas del citocromo p450, interaccionan con un buen rango de drogas. (Goodman & Gilman, 1999)

a) **Antibacteriales.** Se desarrolla un estado de delirio, pues se incrementa las concentraciones de la SSRIs en el plasma y se produce la inhibición de las enzimas del citocromo p450, un ejemplo de interacción antibacterial son los SSRIs con Claritromicina. (Goodman & Gilman, 1999)

b) **Anticoagulantes.** Se incrementa la actividad anticoagulante de la Warfarina. (Goodman & Gilman, 1999)

c) **Antidepresivos.** Se debe tener un estricto control de la combinación de antidepresivos, pues se puede provocar

sobredosis y gran toxicidad, provocando la muerte. (Goodman & Gilman, 1999)

d) **Antihistamínicos.** La Ciproheptadina, puede provocar tanto a hombres como a mujeres una disfunción sexual, al combinarse con SSRIs. (Goodman & Gilman, 1999)

e) **Otras interacciones.** Con medicamentos antimaláricos (Proguanil), con drogas para la migraña (Sumatriptan), Antimuscarínicos (Benzatropine), Antisicóticos (Clorpromazina), Antivirales (Inhibidores de la HIV-proteasa), Ansiolíticos (Benzodiazepinas), Beta bloqueadores, Dopaminérgicos, drogas gastrointestinales, Anestésicos, AINEs y analgésicos opioides, y con el vicio del cigarro en pacientes fumadores. (Goodman & Gilman, 1999)

3. **Farmacocinética.** Los SSRIs son absorbidos desde el tracto gastrointestinal y aparecen en el plasma de 6 a 8 horas después de la administración. La biodisponibilidad no se ve afectada por la ingesta de alimentos. Es extensivamente metabolizado en el hígado, y su excreción es por la vía urinaria. Tiene una vida media de 1-3 días. (Goodman & Gilman, 1999)

Tabla # 2: Interacciones medicamentosas de los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs)

Interacciones medicamentosas	Fluoxetina	Citalopram	Fluvoxamina	Paroxetina	Sertralina	Trazodona
Benzodiazepinas (Diazepam, Flurazepam, Bromazepam, alprazolam, Triazolam, Midazolam)	X	X	X			X
Anticoagulantes	X			X	X	X
Anticonvulsivantes (Carbamazepina, Ácido Valproico)	X		X			
Antidepresivos IMAOs (Moclobemid, Selegilina)	X	X	X	X	X	X
Antidepresivos SSRIs (Trazodona)	X	X	X	X	X	
Antidepresivos Tricíclicos (Imipramina, Amitriptilina, Clomipramina)	X	X	X	X	X	X
Antihistamínicos	X		X			
Beta-bloqueadores (Atenolol)	X	X	X		X	X
Bloqueadores de canales de calcio (Propranolol)	X					
Drogas para alteraciones obsesivas compulsivas (Clomipramine)	X	X	X	X	X	X

(Joe & Teresa, 1999)

Tabla # 1: Reacciones adversas de los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs)

Reacción adversa	Fluoxetina	Citalopram	Fluvoxamina	Paroxetina	Sertralina	Trazodona
SNC: Dolor de cabeza, nerviosidad, insomnio, ansiedad, agitación, sedación, temores, disnea, convulsiones	X	X	X	X	X	X
GI: Náusea, vómitos, diarrea, boca seca, anorexia, constipación, flatulencia, gastroenteritis, disfagia, gingivitis.	X	X	X	X	X	X
CV: Calores, palpitaciones	X	X		X	X	X
Respiratorios: Infecciones respiratorias, faringitis, tos, disnea, bronquitis reñitis	X		X	X	X	
GU: Menstruación dolorosa, disfunción sexual, vaginitis, cistitis, impotencia, incontinencia urinaria	X	X	X	X	X	X
Dermatológicos: Sudoraciones, prurito, acné, alopecia,	X	X	X	X	X	
Otros: Fiebre, pérdida de peso, dolor de espalda, sed.	X				X	X
Generales: Dolor de cabeza, astenia				X		
Hematológicos: Anemia, neutropenia, leucopenia.						X
Músculo esquelético: Dolores y torceduras						X
Hipersensitividad: Alergias en la piel, edema, prurito.						X

(Joe & Teresa, 1999)

B. Inhibidores de la recaptación de noradrenalina, antidepresivos tricíclicos

Estos medicamentos son sintetizados como análogos de las fenotiazidas. Su mecanismo de acción se manifiesta con bloqueo de la recaptación de dopamina, norepinefrina y serotonina en la neurona, además bloquean los receptores α -adrenérgicos, los histamínicos y los muscarínicos. Los tricíclicos de aminas terciarias inhiben la recaptación de norepinefrina y serotonina, los tricíclicos de aminas secundarias inhiben la recaptación de norepinefrina y dopamina. (Goodman & Gilman, 1999)

Los medicamentos tricíclicos se utilizan para la depresión severa, fobias, enuresis en niños mayores de 6 años, hiperactividad con déficit de atención, crisis de pánico y estrés postraumático. (Goodman & Gilman, 1999)

1. **Efectos Adversos de las aminas terciarias.** Los medicamentos incluidos entre las aminas terciarias son bastante sedativos y tienen bastante efectos cardiotóxicos y antimuscarínicos. Los efectos adversos mas pronunciados son: Sedación, confusión, desorientación, alucinaciones, pérdida de la memoria, ansiedad, nerviosismo, agitación, insomnio, problemas gastrointestinales como boca seca, náusea, vómitos, constipación, anorexia, diarrea, flatulencia, salivación incrementada, hepatitis, transaminasas elevadas, fosfatasa alcalina elevada, problemas cardiovasculares como hipotensión ortostática, síncope, taquicardia, palpitaciones arritmias. (Goodman & Gilman, 1999)
 - a) **Efectos en la sangre.** Pueden provocar agranulocitosis, eosinofilia, púrpura, trombocitopenia y leucopenia. (Goodman & Gilman, 1999)
 - b) **Tratamiento de efectos adversos.** El tratamiento de sobredosis requiere de terapia sintomática apropiada y de soporte. Entre las terapias se pueden mencionar lavados gástricos, diálisis, transfusiones de sangre, cuando hay convulsiones puede ser tratado con diazepam IV. (Goodman & Gilman, 1999)

c) **Precauciones.** Las aminas terciarias, por sus efectos antimuscarínicos, deben ser utilizadas con mucha precaución en pacientes con retención urinaria, hiperplasia prostática o constipación crónica. Las concentraciones de azúcar en la sangre pueden incrementarse en pacientes con diabetes mellitus. Las aminas terciarias no son recomendadas para la depresión en niños. Se ha observado que en la leche materna aparecen pequeñas cantidades distribuidas cuando las madres lactantes ingieren este tipo de tricíclicos. Por lo mismo, este tipo de terapia debe ser suspendido mientras la madre está lactando. (Goodman & Gilman, 1999)

2. **Interacciones de las aminas terciarias.** Los antidepresivos tricíclicos inhiben la actividad en las isoenzimas del citocromo p450 y, como resultado de ello, interaccionan con un buen rango de drogas. (Goodman & Gilman, 1999)

- a) **Alcohol.** Produce sedación y, en casos de sobredosis, la muerte. (Goodman & Gilman, 1999)
- b) **Anticoagulantes.** Se incrementa la actividad anticoagulante de la warfarina. (Goodman & Gilman, 1999)
- c) **Antidepresivos.** Se debe tener un estricto control de la combinación de antidepresivos, pues se puede provocar sobredosis y gran toxicidad y provocar la muerte. (Goodman & Gilman, 1999)
- d) **Antihistamínicos.** La ciproheptadina, al combinarse con tricíclicos puede provocar, tanto a hombres como a mujeres una disfunción sexual. (Goodman & Gilman, 1999)

e) **Otras interacciones.** Con medicamentos antiarrítmicos, antidiabéticos, antiepilépticos, antifúngicos, antihipertensivos, antipsicóticos, antivirales, ansiolíticos, barbitúricos, beta-bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio. (Goodman & Gilman, 1999)

3. **Farmacocinética de aminas terciarias.** Las aminas terciarias son absorbidas desde el tracto gastrointestinal y aparecen en el plasma en pocas horas después de la administración oral. Tienen un extenso metabolismo de primer paso. La biodisponibilidad se ve afectada por la ingesta de bebidas alcohólicas. Son extensivamente metabolizadas en el hígado y son excretadas por la vía urinaria. Atraviesan la placenta y llegan a la leche materna. (Goodman & Gilman, 1999)

4. **Efectos Adversos de las aminas secundarias.** Las aminas secundarias tienen efectos adversos similares a las aminas terciarias, son pocas las diferencias, entre las cuales se pueden mencionar efectos antidopaminérgicos, pues poseen actividad neuroléptica y se ha demostrado que tienen propiedades de bloqueo de los receptores de dopamina. También presentan efectos en el sistema endocrino, pues 5 días después de comenzar el tratamiento se puede desarrollar una hiperglicemia reversible en mujeres mayores de 49 años, que tienen historial de diabetes mellitus. Los siguientes efectos adversos hacen referencia a las aminas terciarias. (Goodman & Gilman, 1999)

a) **Efectos en la sangre.** Similar a aminas terciarias.

b) **Tratamiento de efectos adversos.** El tratamiento de sobredosis o de efectos adversos es igual al que se refiere en las aminas terciarias. (Goodman & Gilman, 1999)

c) **Precauciones.** Las aminos secundarias difieren muy poco con relación a las precauciones que se deben tomar con las aminos terciarias, por lo que se debe hacer referencia a estas últimas. (Goodman & Gilman, 1999)

5. **Interacciones de las aminos secundarias.** Hacer referencia a las aminos terciarias. (Goodman & Gilman, 1999)
6. **Farmacocinética de las aminos secundarias.** Las aminos secundarias son absorbidas desde el tracto gastrointestinal metabolizadas por hidroxilación y excretadas por la vía urinaria. Tienen una vida media de 8 horas y se enlazan bien a las proteínas plasmáticas. Por todo lo demás hacer referencia a las aminos terciarias. (Goodman & Gilman, 1999)
7. **Forma de uso de las aminos secundarias.** La dosis usual para el tratamiento de la depresión, es de 50 mg dividida en dos o tres dosis diarias, se puede incrementar gradualmente hasta 100 mg en tres dosis diarias si fuese necesario. En casos de depresión severa y en pacientes internos en el hospital, se pueden utilizar altas dosis de 600 mg diarios. (Goodman & Gilman, 1999)

Tabla # 3: Reacciones adversas de los inhibidores de la recaptación de noradrenalina (Tricíclicos), divididos en aminas terciarias y secundarias.

Reacción adversa	Aminas Terciarias						Aminas Secundarias					
	Imipramina	Amitriptilina	Doxepina	Trimipramina	Ciomipramina	Amoxapina	Desipramina	Maprotilina	Nortriptilina	Protriptilina		
SNC: Dolor de cabeza, nerviosidad, insomnio, ansiedad, agitación, sedación, temores, disnea, convulsiones	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
GI: Náusea, vómitos, diarrea, boca seca, anorexia, constipación, flatulencia, gastroenteritis, disfaagia, gingivitis.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
CV: Hipotensión ortostática, hipertensión, síncope, taquicardia, palpitaciones, arritmias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
GU: Irregularidades menstruales, disfunción sexual, vaginitis, cistitis, impotencia, retención urinaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Endocrinos: Elevación o disminución del azúcar en la sangre, elevación de niveles de prolactina, secreción de ADH inapropiada.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Otros: Fiebre, pérdida de peso, dolor de espalda, sed, vértigo, pesadillas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Generales: Dolor de cabeza, congestión nasal, cambios de peso, alopecia, legiración.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Hematológicos: Anemia, neutropenia, leucopenia,	X	X	X	X	X							
Química Sanguínea: Alteraciones enzimáticas del hígado	X	X	X	X	X							
Hipersensibilidad: Alergias en la piel, edema, prurito.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

(Joe & Teresa, 1999)

Tabla # 4: Interacciones medicamentosas de los inhibidores de la recaptación de noradrenalina (Tricíclicos), divididos en aminas terciarias y secundarias.

	Aminas Terciarias						Aminas Secundarias				
	Imipramina	Amitriptilina	Doxepina	Trimipramina	Clomipramina	Amoxapina	Desipramina	Maprotilina	Nortriptilina	Protriptilina	
Interacción medicamentosa											
Drogas para Diabetes (Hipoglicemiantes Glibenclámid, Tolbutamida)	X	X	X	X			X		X	X	
Drogas para la presión cardíaca/sanguínea	X					X					
Anticonvulsivantes (Carbamazepina, Ácido Valproico)	X	X	X	X			X		X	X	
Antidepresivos IMAOs (Moclobemid, Selegilina)	X	X	X	X	X		X		X	X	
Antidepresivos SSRIs (Trazodona)	X	X	X	X	X		X		X	X	
Antidepresivos Tricíclicos (Imipramina, Amitriptilina, Clomipramina)	X	X	X	X	X		X		X	X	
Drogas para las úlceras Gastrointestinales (Bloqueadores H2 Ranitidina, Famotidina)	X	X	X	X	X		X	X	X	X	
Anticoagulantes				X							
Con alcohol					X						

(Joe & Teresa, 1999)

C. Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs)

Existe un pequeño grupo de personas que no responden a los antidepresivos usados más comúnmente (tricíclicos, ISRS y otros nuevos) y para quienes los IMAO son el mejor tratamiento. Las personas que toman esta clase de antidepresivos deben evitar determinados alimentos, como los que contienen niveles elevados de tiramina (la que normalmente se encuentra en quesos fermentados, vinos y encurtidos o alimentos en conserva de vinagre). Cuando el paciente toma un IMAO, estos alimentos deben ser estrictamente evitados, al igual que algunos medicamentos como los descongestionantes que se toman para los resfríos y algunas alergias. La interacción de la tiramina con los IMAO puede ocasionar una crisis hipertensiva (subida brusca y extrema de la presión arterial), que puede llevar a la ruptura de una arteria en el cerebro, es decir un accidente cerebro-vascular. El médico debe proporcionar al paciente una lista completa de los alimentos prohibidos. El paciente debe llevar la lista consigo en todo momento. Las otras clases de antidepresivos (tricíclicos, ISRS y otros nuevos) no requieren restricciones alimenticias. (Goodman & Gilman, 1999)

Para explicar más la actividad de los IMAOs hay que saber lo que es la MAO (Monoaminooxidasa). Ésta enzima se encuentra localizada en las membranas mitocondriales de las terminaciones nerviosas, el hígado y otros órganos. Es muy importante para la degradación metabólica de monoaminas tanto endógenas como exógenas. (Goodman & Gilman, 1999)

Existen dos formas, la MAO-A y la MAO-B. El tipo A se encarga del metabolismo de la norepinefrina, serotonina, dopamina y triptamina. La tipo B se encarga del metabolismo de la dopamina, triptamina, β -feniletilamina y benzilamina. Ambas isoformas se encuentran presentes en las neuronas. (Goodman & Gilman, 1999)

Los medicamentos IMAOs pueden dividirse en dos selectivos y no selectivos.

Los no selectivos, tiene como acciones la inhibición de la desaminación oxidativa provocada por la enzima mitocondrial monoaminooxidasa (MAO, tanto A como B). Bloquean otras enzimas oxidativas y tienen interferencia con el metabolismo hepático de varios fármacos. Son inhibidores cuya acción es irreversible. (Goodman & Gilman, 1999)

Estos medicamentos se utilizan para la depresión severa, crisis de pánico, estrés post-traumático, trastornos psicósomáticos. (Goodman & Gilman, 1999)

Provocan también algunas reacciones adversas como la sedación o excitación de conducta. En las personas puede observarse un efecto estimulante, un incremento leve sostenido de la presión arterial diastólica e hipotensión postural. (Goodman & Gilman, 1999)

Sus interacciones más importantes son el IMAO con un tricíclico que causa una toxicosis grave en el SNC, hiperpirexia, convulsiones y coma. También está el IMAO con levodopa que provoca agitación e hipertensión. (Goodman & Gilman, 1999)

Ejemplos de estos IMAOs son la isocarboxácida, la fenelzina y la tranilcipromina. (Goodman & Gilman, 1999)

Los IMAOs selectivos se dividen en IMAOs-A e IMAOs-B. Los tipo A son utilizados en el tratamiento de la depresión, por su selectividad sobre la serotonina, norepinefrina y dopamina; mientras que los tipo B se utilizan en el tratamiento de mal de Parkinson por su acción sobre la dopamina, no así sobre la serotonina y norepinefrina. (Goodman & Gilman, 1999)

- 1. Efectos Adversos de los medicamentos no selectivos.** Los mayores efectos adversos de estos medicamentos son la sedación o excitación de la conducta. Se ha observado que tienen un efecto estimulante y puede haber un incremento leve sostenido de la

presión arterial diastólica y la hipotensión postural. (Goodman & Gilman, 1999)

- a) **Efectos en la sangre.** Pueden provocar agranulocitosis, eosinofilia, púrpura, trombocitopenia y leucopenia. (Goodman & Gilman, 1999)
- b) **Tratamiento de efectos adversos.** Se puede dar el síndrome de la serotonina, que es la estimulación central excesiva con reacciones cerebrotóxicas, lo que lleva a inquietud, fasciculaciones, mioclonía, hiperreflexia, sudoración, erección, escalofríos, temblor, convulsiones y coma. Se alivia con la interrupción del tratamiento, lavados gástricos y medidas para incrementar la producción de orina. Los efectos tóxicos afectan principalmente el hígado, el cerebro y aparato cardiovascular. (Goodman & Gilman, 1999)
- c) **Precauciones.** La MAO degrada otras aminas, entre ellas la tiramina, que actúa como un vasopresor. Esta se encuentra presente principalmente en quesos, vinos y carnes rojas. La presencia excesiva de tiramina en el cuerpo produce crisis hipertensivas severas: "El Síndrome del Queso". La persona que está bajo tratamiento con IMAOs debe contar con una lista de alimentos que no puede consumir, como productos lácteos, carnes, pescado, embutidos, bebidas con cafeína, chocolate, aguacate y otros, hasta 10 días de suspendido el tratamiento con IMAOs. Se debe limitar la cantidad disponible a pacientes con tendencias suicidas. El cambio de un IMAO a otro antidepresivo debe incluir una omisión de aproximadamente 14 días, para asegurar la eliminación del primero y evitar problemas de toxicidad por sinergismo. El

cambio de otro antidepresivo hacia un IMAO requiere de un período de omisión de aproximadamente 7 días. (Goodman & Gilman, 1999)

2. Interacciones de los medicamentos no selectivos. Los antidepresivos IMAOs no selectivos tienen sus mayores interacciones con los antidepresivos tricíclicos y con la levodopa, además de que interaccionan con los alimentos como el vino, quesos y carnes rojas. (Goodman & Gilman, 1999)

a) **Alcohol.** Produce sedación y en casos de sobredosis la muerte. (Goodman & Gilman, 1999)

b) **Anticoagulantes.** Se incrementa la actividad anticoagulante de la Warfarina. (Goodman & Gilman, 1999)

c) **Antidepresivos.** Se debe tener un estricto control de la combinación de antidepresivos, pues se puede provocar sobredosis y gran toxicidad que provoca la muerte. (Goodman & Gilman, 1999)

d) **Otras interacciones.** Con medicamentos anti-arrítmicos, anti-diabéticos, anti-epilépticos, anti-fúngicos, anti-hipertensivos, anti psicóticos, anti virales, ansiolíticos, barbitúricos, beta-bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio. (Goodman & Gilman, 1999)

3. Farmacocinética de los medicamentos IMAOs no selectivos. Tienen buena absorción por la vía oral. La inhibición máxima de la MAO se da al cabo de 5-10 días, hay inactivación por acetilación, la vida media permite una dosis al día. (Goodman & Gilman, 1999)

4. Forma de uso de los medicamentos IMAOs no selectivos: Se utiliza para la depresión severa, las crisis de pánico, el estrés post-traumático y los trastornos psicósomáticos. La dosis recomendada efectiva es de 30 mg diarios en dosis divididas. (Goodman & Gilman, 1999)

Los IMAOs Selectivos. Se dividen en IMAOs A e IMAOs B. Tienen todas las características expuestas para los IMAOs no selectivos. Las únicas diferencias son:

Los IMAOs A son utilizados en el tratamiento de la depresión por su selectividad sobre la serotonina, norepinefrina y dopamina. (Goodman & Gilman, 1999)

Los IMAOs B son utilizados en el tratamiento del mal de Parkinson, por su acción sobre la dopamina, no así sobre la serotonina y norepinefrina. (Goodman & Gilman, 1999)

Tabla # 5: Reacciones adversas de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) no selectivos y selectivos

Reacción adversa	NO SELECTIVOS			SELECTIVOS		
	Isocarboxacida	Fenelzina	Tranicipromina	Moclobemid	Selegilina	
SNC: Dolor de cabeza, nerviosidad, insomnio, ansiedad, agitación, sedación, temores, disnea, convulsiones	X	X	X	X	X	
GI: Náusea, vómitos, diarrea, boca seca, anorexia, constipación, flatulencia, gastroenteritis, disfagia, gingivitis.	X	X	X	X	X	
CV: Calores, palpitaciones	X	X	X	X	X	
GU: Menstruación dolorosa, disfunción sexual, vaginitis, cistitis, impotencia, incontinencia urinaria	X	X	X	X	X	
Dermatológicos: Sudoraciones, prurito, acné, alopecia.	X	X	X	X	X	
Otros: Fiebre, pérdida de peso, dolor de espalda, sed.	X		X	X	X	
Generales: Dolor de cabeza, astenia			X	X	X	

(Joe & Teresa, 1999)

**Tabla # 6: Interacciones medicamentosas de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs)
no selectivos y selectivos**

Interacción medicamentosa	NO SELECTIVOS				SELECTIVOS		
	Isocarboxácida	Fenelzina	Tranilcipromina	Moclobemid	Selegilina		
Drogas para diabetes (Hipoglicemiantes Glimepirida, Tolbutamida)	X	X	X	X	X		
Drogas para la presión cardíaca/sanguínea	X	X	X				
Anticonvulsivantes (Carbamazepina, Ácido Valproico)	X	X	X	X	X		
Antidepresivos IMAOs (Moclobemid, Selegilina)	X	X	X	X	X		
Antidepresivos SSRIs (Trazodona)	X	X	X	X	X		
Antidepresivos Tricíclicos (Imipramina, Amitriptilina, Clomipramina)	X	X	X	X	X		
Drogas para las úlceras gastrointestinales (Bloqueadores H2 Ranitidina, Famotidina)	X	X	X				
Con alcohol	X	X	X	X	X		
Alimentos (Vino, quesos y carnes rojas)	X	X	X	X	X		

(Joe & Teresa, 1999)

**FICHA DE HISTORIA
FARMACOTERAPÉUTICA**
(Guía de seguimiento farmacoterapéutico,
Programa Dáder, 2002)

FICHA DE HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA
(Guía de seguimiento farmacoterapéutico, Programa Dáder, 2002)

HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

Paciente No. _____

NOMBRE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: _____	SEXO: _____ RAZA: _____
	PESO: _____ ALTURA: _____
OCUPACIÓN: _____	ESTADO CIVIL: _____
DIRECCIÓN: _____	TELEFONO: _____
MÉDICO DE REFERENCIA _____	
DIRECCIÓN: _____	
TELEFONO: _____	CELULAR: _____

FECHA DE APERTURA DE FICHA: _____

PRIMERA VISITA
Preocupaciones de salud

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Medicamentos que utiliza el paciente

NOMBRE 1	CUMPLE: B, R, M LO CONOCE: B, R, M
1. ¿Lo utiliza?	6. ¿Cuánto?
2. ¿Quién lo recetó?	7. ¿Cómo?
3. ¿Para qué?	8. ¿Hasta cuándo?
4. ¿Cómo le va?	9. ¿Dificultades?
5. ¿Desde cuando?	10. ¿Algo extraño?

NOMBRE 2	CUMPLE: B, R, M LO CONOCE: B, R, M
1. ¿Lo utiliza?	6. ¿Cuánto?
2. ¿Quién lo recetó?	7. ¿Cómo?
3. ¿Para qué?	8. ¿Hasta cuándo?
4. ¿Cómo le va?	9. ¿Dificultades?
5. ¿Desde cuando?	10. ¿Algo extraño?

NOMBRE 3	CUMPLE: B, R, M LO CONOCE: B, R, M
1. ¿Lo utiliza?	6. ¿Cuánto?
2. ¿Quién lo recetó?	7. ¿Cómo?
3. ¿Para qué?	8. ¿Hasta cuándo?
4. ¿Cómo le va?	9. ¿Dificultades?
5. ¿Desde cuando?	10. ¿Algo extraño?

NOMBRE 4	CUMPLE: B, R, M LO CONOCE: B, R, M
1. ¿Lo utiliza?	6. ¿Cuánto?
2. ¿Quién lo recetó?	7. ¿Cómo?
3. ¿Para qué?	8. ¿Hasta cuándo?
4. ¿Cómo le va?	9. ¿Dificultades?
5. ¿Desde cuando?	10. ¿Algo extraño?

NOMBRE 5	CUMPLE: B, R, M LO CONOCE: B, R, M
1. ¿Lo utiliza?	6. ¿Cuánto?
2. ¿Quién lo recetó?	7. ¿Cómo?
3. ¿Para qué?	8. ¿Hasta cuándo?
4. ¿Cómo le va?	9. ¿Dificultades?
5. ¿Desde cuando?	10. ¿Algo extraño?

NOMBRE 6	CUMPLE: B, R, M LO CONOCE: B, R, M
1. ¿Lo utiliza?	6. ¿Cuánto?
2. ¿Quién lo recetó?	7. ¿Cómo?
3. ¿Para qué?	8. ¿Hasta cuándo?
4. ¿Cómo le va?	9. ¿Dificultades?
5. ¿Desde cuando?	10. ¿Algo extraño?

NOMBRE 7	CUMPLE: B, R, M LO CONOCE: B, R, M
1. ¿Lo utiliza?	6. ¿Cuánto?
2. ¿Quién lo recetó?	7. ¿Cómo?
3. ¿Para qué?	8. ¿Hasta cuándo?
4. ¿Cómo le va?	9. ¿Dificultades?
5. ¿Desde cuando?	10. ¿Algo extraño?

NOMBRE 8	CUMPLE: B, R, M LO CONOCE: B, R, M
1. ¿Lo utiliza?	6. ¿Cuánto?
2. ¿Quién lo recetó?	7. ¿Cómo?
3. ¿Para qué?	8. ¿Hasta cuándo?
4. ¿Cómo le va?	9. ¿Dificultades?
5. ¿Desde cuando?	10. ¿Algo extraño?

NOMBRE 9	CUMPLE: B, R, M LO CONOCE: B, R, M
1. ¿Lo utiliza?	6. ¿Cuánto?
2. ¿Quién lo recetó?	7. ¿Cómo?
3. ¿Para qué?	8. ¿Hasta cuándo?
4. ¿Cómo le va?	9. ¿Dificultades?
5. ¿Desde cuando?	10. ¿Algo extraño?

NOMBRE 10	CUMPLE: B, R, M LO CONOCE: B, R, M
1. ¿Lo utiliza?	6. ¿Cuánto?
2. ¿Quién lo recetó?	7. ¿Cómo?
3. ¿Para qué?	8. ¿Hasta cuándo?
4. ¿Cómo le va?	9. ¿Dificultades?
5. ¿Desde cuando?	10. ¿Algo extraño?

**GUÍA DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO
(Modelo Dáder, 2003)**

GUÍA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

(Modelo Dáder, 2003)

El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) se define como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM). Este servicio implica un compromiso y debe proporcionarse en forma continuada, sistemática y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. (Machuca, 2003)

El método Dáder se basa en la obtención de la historia farmacoterapéutica del paciente, esto es los problemas de salud que presenta y los medicamentos que utiliza, la evaluación de su estado de situación en una fecha determinada, para identificar y resolver los posibles problemas que el paciente pueda estar padeciendo en relación con medicamentos (PRM). Tras esta identificación se realizan las intervenciones farmacéuticas necesarias para resolver los PRM, después de las cuales se evalúan los resultados obtenidos. (Machuca, 2003)

El concepto de problemas relacionados con medicamentos (PRM) queda enunciado como problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados. (Machuca, 2003)

El PRM es una variable de resultado clínico, un fallo de la farmacoterapia que conduce a la aparición de un problema de salud, mal control de la enfermedad o efecto no deseado. (Machuca, 2003)

Estos PRM son de tres tipos: a) relacionados con la necesidad de medicamentos por parte del paciente, b) con su efectividad y c) con su seguridad. (Machuca, 2003)

Clasificación de problemas relacionados con los medicamentos

Necesidad	
PRM 1	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.
PRM 2	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.
Efectividad	
PRM 3	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de la ineffectividad no cuantitativa de la medicación.
PRM 4	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de la ineffectividad cuantitativa de la medicación.
Seguridad	
PRM 5	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de la inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
PRM 6	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de la inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Según el Programa Dáder se entiende por problema de salud (PS) "cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el médico perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta a la capacidad funcional del paciente".

Se define intervención farmacéutica (IF) como la acción del farmacéutico tendente a mejorar el resultado clínico de los medicamentos, mediante la modificación de la utilización de los mismos. Esta intervención se enmarca dentro de un plan de actuación acordado previamente con el paciente.

Plan de actuación es el conjunto de intervenciones que paciente y farmacéutico acuerdan realizar para resolver los PRM detectados por éste.

Plan de seguimiento es el proyecto de encuentros acordado por paciente y farmacéutico, para asegurar que los medicamentos que toma el paciente siguen

siendo sólo aquellos que necesita y que continúan siendo los más efectivos y seguros posibles. (Machuca, 2003)

El procedimiento de SFT consta de las siguientes fases:

1. Oferta del servicio.
2. Primera Entrevista.
3. Estado de Situación.
4. Fase de Estudio.
5. Fase de la Evaluación.
6. Fase de Intervención.
7. Resultado de la intervención.
8. Nuevo Estado de Situación.
9. Entrevistas sucesivas.

(Machuca, 2003)

A. Oferta del servicio

El inicio del proceso se da cuando acude el paciente a la farmacia por diversos motivos como:

1. Consulta al farmacéutico sobre sus necesidades relacionadas con la medicación o con los problemas de salud o en referencia a algún informe sobre su salud. Son actos profesionales en los que no hay "transacción de medicamentos".
2. Distribución de medicamentos.
3. Medición de algún parámetro fisiológico al paciente, tal y como puede ser la medida de la presión arterial, una determinación de glucemia, o cualquier otro servicio que pueda ofrecer una farmacia.
4. Solicitud del propio paciente.

El momento idóneo para ofrecer el servicio se da cuando el farmacéutico sospeche que puedan existir problemas relacionados con los medicamentos. A modo de ejemplo se exponen las siguientes razones de consulta:

- Medida en la farmacia, de un parámetro fisiológico o bioquímico, que resulte un valor desviado de lo normal.
- Queja del paciente por la distribución sobre algún medicamento prescrito.
- Consulta sobre algún problema de salud.
- Consulta sobre algún medicamento.
- Consulta sobre algún parámetro bioquímico.

(Machuca, 2003)

B. Primera entrevista

La primera entrevista se estructurará en tres partes claramente diferenciadas:

1. **Fase de preocupaciones y problemas de salud del paciente.** El objetivo de esta fase es lograr que el paciente se exprese sobre aquellos problemas de salud que más le preocupan. Para lograr esto se comienza con una pregunta abierta que permita al paciente exponer en su propio lenguaje dichos problemas. En esta fase es muy importante, escuchar con mucha atención y dejar hablar al paciente sin interrumpirlo.
2. **Medicamentos que usa el paciente.** El objetivo que se persigue en esta fase es tener idea del grado de conocimiento que el paciente tiene sobre sus medicamentos y el cumplimiento terapéutico. Esta fase debe comenzarse, en lo posible, mediante alguna pregunta abierta que permita al paciente expresarse libremente, lo que aumentará la confianza.
3. **Fase de repaso.** En este momento se le puede decir al paciente que la entrevista ha terminado y que se va a hacer un repaso, para comprobar que la información obtenida es correcta.

Esta fase tiene los siguientes objetivos:

- a) Profundizar en aquellos aspectos que en la primera fase de la entrevista se habían mencionado, y sobre los que quedase alguna información por completar, ya que en la primera parte hacíamos especial hincapié en establecer la relación afectiva, evitando las interrupciones.
- b) Descubrir nuevos medicamentos y nuevos problemas de salud que no habían aparecido antes, probablemente porque no preocupaban demasiado al paciente.
- c) Hacer ver al paciente que se ha escuchado con interés.

(Machuca, 2003)

C. Estado de situación

El estado de situación (ES) de un paciente se define como la relación entre sus problemas de salud y medicamentos, en una fecha determinada. Representa una foto del paciente en relación a estos aspectos. También es el documento que se utiliza para presentar casos en sesiones clínicas.

El primer ES resulta de la obtención de los datos de la primera entrevistas. La fecha indican el día de la entrevista.

En la llamada foto se reflejan aquellos aspectos singulares del paciente que puedan particularizar especialmente dicho estado de situación como la edad, el sexo, las alergias a medicamentos o el índice de masa corporal (IMC), que pueden influir a la hora de ponderar el ES.

En el estado de situación se tratan cuatro zonas:

1. Problemas de salud.
2. Medicamentos.
3. Evaluación
4. Intervención Farmacéutica.

(Machuca, 2003)

D. Fase de estudio

El objetivo de esta fase es obtener la información necesaria de los problemas de salud y medicamentos reflejados en el Estado de Situación, para su evaluación posterior.

Seguidamente se analizarán las dos partes diferenciadas del Estado de Situación: Los problemas de salud y los medicamentos.

Es recomendable que este estudio se realice horizontalmente, es decir, no estudiar por una parte todos los problemas de salud y por otra todos los medicamentos, sino estudiar cada problema con los medicamentos que lo tratan y así sucesivamente.

Cuando se traten los problemas de salud, es conveniente comenzar por estudiar los problemas de salud del paciente, especialmente los que estén diagnosticados por el Médico. Analizar Signos y Síntomas y los mecanismos fisiológicos de aparición de la enfermedad.

Los aspectos más relevantes a tener en cuenta de los medicamentos son los siguientes:

- a) Indicaciones autorizadas,
- b) Acciones y mecanismo de acción,
- c) Posología,
- d) Rango de utilización,
- e) Farmacocinética,
- f) Interacciones,
- g) Interferencias analíticas,
- h) Precauciones,
- i) Contraindicaciones,
- j) Problemas de seguridad.

(Machuca, 2003)

E. Fase de evaluación

El objetivo de esta fase es establecer las sospechas de PRM que el paciente pueda estar experimentando.

En esta fase es conveniente tener en cuenta que:

1. Es primordial tener una imagen de conjunto, por medio de una sucinta revisión externa el Estado de Situación del paciente, para así poder interiorizar el tipo de paciente del que se trata y establecer prioridades en el balance efectividad-seguridad. Es decir, tener la capacidad de saber qué elegir si una de esas características debe prevalecer sobre la otra en un momento determinado, a la hora de desarrollar un plan de acción.
2. Es importante anotar todo cuanto se crea que pueda tener relación. Evidentemente, es más que probable que todo lo anotado no se esté produciendo, pero es aconsejable tenerlo en cuenta para después desarrollar la mejor secuencia de intervenciones en el plan de actuación.

Una vez realizada la visión de conjunto, se pasa a realizar sobre cada fila del Estado de Situación, que corresponde a una estrategia farmacoterapéutica para un problema de salud, las preguntas que contestan las tres propiedades que debe tener la farmacoterapia: necesidad, efectividad y seguridad:

- ¿Necesita el paciente el/los medicamentos?
- ¿Está/n siendo efectivo/s?
- ¿Es seguro?

(Machuca, 2003)

F. Fase de intervención

El objetivo de esta fase es elaborar un plan de actuación de acuerdo con el paciente y desarrollar las intervenciones necesarias para resolver los PRM que pueda estar sufriendo.

A la hora de iniciar el proceso de intervención es muy importante tener en cuenta qué problemas preocupan más al paciente y cuáles son las posibles prioridades que como profesionales de la salud se tengan.

La intervención del químico farmacéutico puede ser de dos formas:

1. Farmacéutico - paciente: Si el PRM se debe a causas derivadas del uso de los medicamentos por parte del paciente.
2. Farmacéutico - paciente - médico: Si es la estrategia diseñada por el médico la que no consigue los efectos esperados, o si se trata de un problema de salud que necesite del diagnóstico médico.

(Machuca, 2003)

G. Resultado de las intervenciones

El objetivo de esta fase es determinar el resultado de la intervención farmacéutica para la resolución del problema de salud planteado. No puede decirse que existe un PRM hasta que tras el resultado de la intervención hubiera desaparecido o controlado el problema de salud.

El resultado de la intervención dará lugar a un nuevo Estado de Situación en el paciente.

Los resultados de las intervenciones pueden ser:

1. Intervención aceptada, problema de salud resuelto.
2. Intervención aceptada, problema de salud no resuelto.
3. Intervención no aceptada, problema de salud resuelto.
4. Intervención no aceptada, problema de salud no resuelto.

Se considera intervención aceptada cuando el paciente, en el caso de las intervenciones en las que participa, exclusivas con él o el médico, modifican el uso

de medicamentos para tratar el problema a consecuencia de la intervención del farmacéutico.

El problema de salud está resuelto cuando a consecuencia de la intervención del farmacéutico desaparece el motivo de la misma.

(Machuca, 2003)

H. Nuevo estado de situación

El objetivo de ésta es reflejar los cambios, que haya habido tras la intervención, en cuanto a problemas de salud y medicamentos.

Para esta fase es importante considerar lo siguiente:

1. En el caso de que el médico se haya empeñado en seguir con las mismas estrategias, el Estado de Situación no haya cambiado aparentemente, pero hay que seguir la medicación para verificar nuevamente si se necesita una nueva intervención.
2. A partir de aquí, con los cambios que se han dado, se iniciará una nueva fase de estudio, en la que se tendrán en cuenta nuevos aspectos que puedan darse, por lo que hay que volver a repasar los medicamentos y estudiar los nuevos y seguir profundizando en los problemas de salud según las nuevas circunstancias.

(Machuca, 2003)

I. Visitas sucesivas

Los objetivos de esta fase son:

1. Continuar resolviendo los PRM pendientes según el plan de actuación acordado.
2. Cumplir con el plan de seguimiento para prevenir la aparición de nuevos PRM.
3. Obtener información para poder documentar los nuevos estados de situación y mejorar la fase de estudio.

(Machuca, 2003)

**MODELO DE BOLETINES INFORMATIVOS
SOBRE MEDICAMENTOS**

¿Qué es un trastorno depresivo?



El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, y la manera de pensar, también la forma en que una persona come y duerme, cómo se valora a sí mismo. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza.

Tipos de depresión



Este panfleto describe brevemente los tres tipos más comunes.

Depresión severa. Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y

disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

Distimia. Un tipo menos grave, incluye síntomas a largo plazo que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona.



Trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. El

trastorno bipolar se caracteriza

por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Causas de la depresión:

Al parecer, hay factores rutinarios que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia,

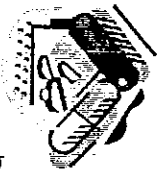
trabajo o estudio y en algunas personas es posible que sea hereditaria.

Síntomas:



- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Tratamiento de la Depresión:



El tratamiento que se le da a esta enfermedad puede variar, pues el tratamiento, depende del tipo de depresión que el paciente presente. Este puede ser

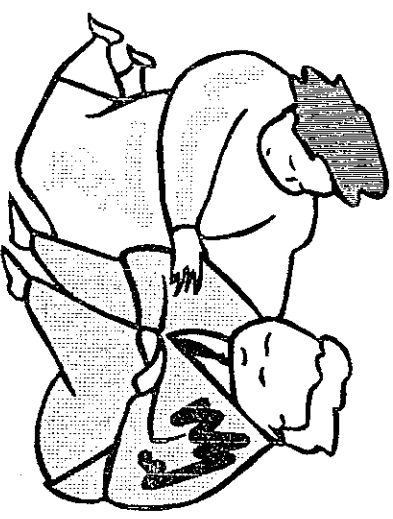
- ✓ psicológico,
- ✓ farmacológico o
- ✓ psicológico-farmacológico

Siempre debe consultar a su médico. La persona no debe autoelegir un tratamiento.



El tratamiento de elección para la depresión severa, es el psicológico-farmacológico, pues trata al paciente por dos vías y sus resultados son más eficaces.

DEPRESIÓN



*Una enfermedad
olvidada*

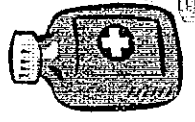
Guatemala, Guatemala
Mayo, 2003
Elaborado por:
Carlos Alvarado del Valle

La selección del tratamiento dependerá del resultado de esta evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, de acuerdo al diagnóstico del paciente y la seriedad de los síntomas. Lo más importante es que el paciente acepte que "necesita ayuda".



Medicamentos antidepresivos

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Estos incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Los ISRS afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico prueba una variedad de antidepresivos antes de encontrar el medicamento o combinación de medicamentos más efectivo. Generalmente la dosis se debe ir aumentando hasta que la medicación es efectiva. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente. Hay que tomarlo en dosis adecuadas por 3 ó 4 semanas, en algunos casos lleva hasta 8 semanas para que se produzca el efecto completo. Sin embargo a veces se empiezan a ver mejorías en las primeras semanas.



Es posible que se sienta tentado a dejar de tomar el medicamento prematuramente. Puede sentirse mejor y pensar que ya no lo necesita. O puede pensar que el medicamento no le está ayudando en absoluto. Es importante seguir tomando el medicamento hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo. Algunos efectos secundarios pueden aparecer incluso antes de que se produzca el efecto antidepresivo. Una vez que se sienta mejor, es importante continuar el medicamento de 4 a 9 meses, para prevenir una recaída de la depresión. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de abstinencia, los que se producen cuando algunos medicamentos se discontinúan abruptamente. En los casos de trastorno bipolar y depresión severa crónica o recurrente, es posible que tenga que tomar el medicamento por un tiempo indefinido.



Al contrario de lo que algunas personas piensan, *los medicamentos antidepresivos no crean hábito*. Sin embargo, como sucede con cualquier tipo de medicamento recetado por períodos prolongados, los antidepresivos deben ser supervisados cuidadosamente por el médico para determinar si se están dando en una dosis correcta. El médico debe verificar la dosificación y la efectividad del tratamiento en forma periódica.

Tratamiento de la depresión

Fascículo No.2

Efectos secundarios



En algunas personas, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios que generalmente son leves y temporales. Sin embargo si se presenta una reacción o

efecto secundario que es inusual o que interfiere con el funcionamiento normal, el médico debe ser notificado de inmediato. Estos

son los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos y las

formas de manejarlos:

- Boca seca
- Estreñimiento
- Dificultad al orinar
- Problemas sexuales
- Visión borrosa
- Mareos
- Somnolencia o modorra diurna

Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tipo sin consultar

al médico. Cualquier otro profesional de la salud que pueda recetarle un medicamento (por ejemplo el dentista) tiene que saber qué medicamentos está tomando el paciente. Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman en combinación con otros pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos. Algunas sustancias, como el alcohol y las drogas de adicción, pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y por lo tanto se deben evitar. Deben evitarse el vino, la cerveza y las bebidas alcohólicas destiladas



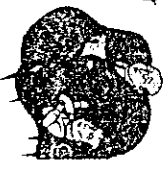
Consulte a su médico sobre los medicamentos y los problemas que pueden estar relacionados con ellos, y por ningún motivo tome medicamentos que el médico no le haya recetado.

Evaluación diagnóstica y tratamiento



El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, una entrevista y análisis de laboratorio. Si las causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir a el paciente a un psiquiatra o psicólogo.

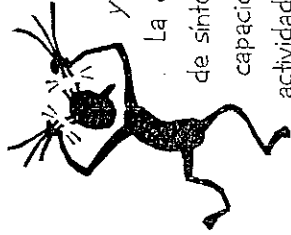
Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se les dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de su familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?



Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones del habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva.

puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años.

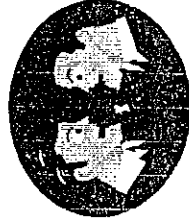
Tipos de depresión



Este panfleto describe brevemente los tres tipos más comunes que son: *depresión severa*, *la distimia* y *el trastorno bipolar*.

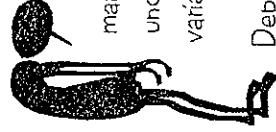
La *depresión severa* se manifiesta por una combinación de síntomas (vea la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. La *distimia*, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con *distimia* también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

El *trastorno bipolar* es llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de



varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas.

Síntomas de depresión y manía



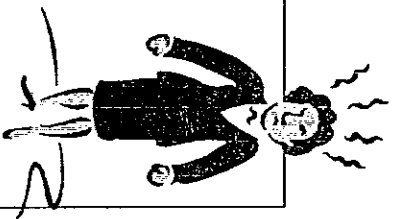
No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

Depresión

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacio" en forma persistente.
- Sentimientos de pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Manía

- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.



Causas de la depresión

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que lo padecen en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En nuestro próximo fascículo:

TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.



DEPRESION

Fascículo No. 1

Introducción

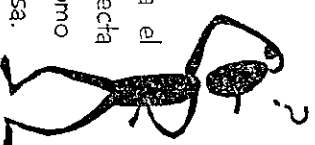
Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano de las personas. Ellos causan dolor y sufrimiento no sólo a quienes los padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar.

La mayoría de las personas deprimidas no buscan tratamiento. Aun cuando la gran mayoría (incluso quienes sufren de depresión severa) podría recibir ayuda. Desgraciadamente, muchas personas no saben que la depresión es una enfermedad tratable. Si usted, o un ser querido, sufre de depresión y no recibe tratamiento, esta información puede ayudarle a salvar su vida o la de un ser querido.

¿Qué es un trastorno depresivo?

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que piensa.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno



**MODELO DE FOLLETOS INFORMATIVOS
PARA EDUCACIÓN AL PACIENTE**

con un incremento en el riesgo de malformaciones mayores. Otros autores apoyan estos resultados con su experiencia clínica.

- Por otro lado la evaluación farmacocinética y farmacodinámica de la administración conjunta de alprazolam y fluvoxamina, aconseja una reducción de la dosis de alprazolam. La fluvoxamina incrementa la concentración plasmática de alprazolam hasta en un 100%. La vida media del alprazolam aumenta de 20 a 34 hs. después de la administración conjunta con fluvoxamina. Este tipo de interacción ocurre con otras benzodiazepinas.
- El riesgo de alteraciones en el feto no parece ser mayor en mujeres expuestas a alprazolam durante el embarazo que en mujeres no expuestas. Sin embargo, su uso debe ser limitado a aquellos casos donde sea imprescindible. Para fluvoxamina no se han encontrado datos de seguridad durante el embarazo. La interacción existente entre la fluvoxamina y el alprazolam aconseja, en cualquier caso, la reducción de la dosis de este último fármaco.

BIBLIOGRAFIA

1. Base Bibliográfica Farmacológica: Iowa Drug Information Service, Oakdale Hall, The University of Iowa, 1984-92.
2. Benfield P; Ward A. Fluvoxamine: a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetics properties, and therapeutic efficacy in depressive illness. *Drugs* 1986; 32: 313-34.
3. Búsqueda Bibliográfica MEDLINE 1966-1992. U.S. National Library of Medicine. Silver Platter International N.V.
4. Fitec. 2002
<http://www.fitec.ull.es/docs/boletn6.html>
5. Fleishaker J.C; Hulst L.K. A pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation of the combined administration of alprazolam and fluvoxamine. *Eur J Clin Pharmacol* 1994; 46 (1): 35-9.
6. Pastuszak A et al. Pregnancy outcome following first-trimester exposure to fluoxetine (Prozac®). *JAMA* 1993; 269: 2246-8.
7. Tueth MJ, Goldstein DJ. Psychotropic Medications During Pregnancy: Risk to the Fetus. *JAMA*, 1993; 270 (18): 2177.

**Una consulta terapéutica sobre:
Alprazolam y Fluvoxamina durante el embarazo.**

Mujer de 22 años con síndrome depresivo, está embarazada de cinco o seis semanas. Actualmente recibe tratamiento antidepresivo con alprazolam 1,5 tres veces al día y fluvoxamina 20mg/día. Se solicita información sobre los efectos de estos fármacos en el feto.

Respuesta.

- Se ha discutido, durante muchos años, la posibilidad de que las benzodiazepinas induzcan efectos teratogénicos, pero la opinión consensuada en la actualidad es que no se ha demostrado una correlación entre el uso de benzodiazepinas durante el embarazo y defectos al nacimiento u otros efectos post-parto. De hecho, si durante el embarazo se requiere un ansiolítico o un hipnótico, éste debe ser una benzodiazepina y evitar el empleo de barbitúricos u otros similares. Algunos autores sostienen todavía que las benzodiazepinas pueden producir efectos indeseados sobre el feto, (se ha sugerido que pueden provocar un incremento del riesgo de deformaciones de la línea media: labio o paladar hendido), pero la evidencia científica no ha permitido confirmar este extremo. En concreto se sabe que el riesgo de malformaciones por

benzodiazepinas es igual que el riesgo general. Sin embargo la seguridad de estos fármacos está menos clara cuando el tratamiento se realiza de forma continuada durante toda la gestación, ya que los datos disponibles sobre la seguridad se refieren a la administración ocasional de benzodiazepinas y no a un tratamiento prolongado durante todo el embarazo.

- En cuanto a la fluvoxamina, realizada una búsqueda bibliográfica, no se han encontrado datos sobre su seguridad en el embarazo y sus posibles efectos sobre el feto. Aunque sí hay datos disponibles para otros inhibidores de la recaptación de serotonina. En este sentido, se realizó un estudio con 128 mujeres embarazadas y expuestas a fluoxetina durante el primer trimestre, en el que se comparan los nacimientos después de la exposición a fluoxetina, durante el primer trimestre con una dosis diaria media de $25,8 \text{ mg} \pm 13 \text{ mg}$, frente a dos grupos de mujeres expuestas también durante el primer trimestre de embarazo a antidepresivos tricíclicos sin efectos teratogénicos. Los resultados del mismo muestran que los rangos de malformaciones mayores aparecidas son comparables entre los tres grupos y no exceden el riesgo esperado en la población general, por lo que sugieren que el empleo de fluoxetina durante la embriogénesis no está asociado

clotrimazol y nutrición parenteral. No tiene antecedentes de convulsiones.

Las convulsiones como reacción adversa a medicamentos tienen una baja incidencia. En un estudio sobre más de 12.000 episodios de convulsiones sólo 17 (0,13%) se relacionaron con medicación.

Aunque la información aportada por los fabricantes señala las convulsiones entre los posibles efectos secundarios del fluconazol, y en algunos trabajos se describen reacciones adversas neurológicas como cefalea, mareos y convulsiones con una incidencia del 2%, con los datos de que se dispone no puede descartarse la atribución de causalidad en este paciente a otra medicación concomitante con buena penetración en el líquido cefalorraquídeo (betalactámicos y cefalosporinas) o a una interacción entre ellos.

Ni en la base de reacciones adversas de la OMS, ni en FEDRA se encuentra ningún caso que relacione al fluconazol con convulsiones. Las convulsiones como consecuencia de la interacción entre estos fármacos tampoco está descrita.

Caso 2: Metamizol y somnolencia.

Se ha comunicado somnolencia en tres pacientes en tratamiento analgésico con metamizol. En ninguno de ellos existía tratamiento concomitante con psicofármacos, y sólo en uno se administró un antibiótico. Realizada la revisión bibliográfica y consultadas la bases de datos disponibles, no se han encontrado datos sobre la somnolencia como efecto adverso del metamizol. Aunque en su acción analgésica parece existir un componente sobre el SNC, su acción sedante es muy inferior a la de los

opiáceos. A dosis elevadas podría producir decaimiento o aturdimiento.

Caso 3: Alopurinol y exantema y fiebre.

Anciano hipertenso en tratamiento desde hace un mes con alopurinol, presenta un exantema generalizado (incluyendo palmas y plantas) y fiebre (40°C). Al sospechar escarlatina se le pone tratamiento, pero no mejora el cuadro en una semana. ¿Este cuadro puede estar relacionado con el alopurinol?

La piel es el órgano que se afecta con más frecuencia en el síndrome de hipersensibilidad por alopurinol. Los síntomas se desarrollan después de 2 a 5 semanas de tratamiento. Tiene una incidencia estimada de 1/1.000 pacientes hospitalizados. Como complicación mayor del síndrome de hipersensibilidad se puede presentar una infección estafilocócica extensa con septicemia y endocarditis.

Estas reacciones por alopurinol son más comunes en pacientes con afectación renal, o que están recibiendo diuréticos tiazídicos. Los síntomas pueden ser aislados (rash, urticaria, erupción eritematosa, reacción papulovesicular, prurito), o formar parte de una reacción generalizada con afectación hepática y/o renal.

dietético, aunque está incluida en el apartado de "Orphan Drug and Biological Listing", con indicación para los desórdenes del ritmo del sueño en personas ciegas. La FDA está intentando evaluarla como medicamento, pues el producto comercializado se obtiene por síntesis. En España, por tratarse de un producto farmacológicamente activo, en fase de estudio, tiene la consideración de medicamento. Por tanto, sus indicaciones y comercialización deben ser aprobadas por el Ministerio de Sanidad después de demostrarse su utilidad clínica y su seguridad. Este producto no está autorizado como medicamento en ningún país europeo, y dado que ningún laboratorio ha presentado una solicitud de registro no se ha podido evaluar su eficacia, las condiciones técnicas de fabricación (pureza, control de elaboración y calidad), ni su seguridad como especialidad comercial. Por esta razón no está autorizado su uso como medicamento, y su comercialización clandestina tiene el riesgo del fraude y la ausencia del necesario control sanitario sobre cualquier producto con actividad fisiológica y farmacológica. Este tipo de "productos para todo" y la actual forma de comercialización conlleva, para el público general un riesgo del que ya hay experiencia reciente en nuestro país (cápsulas de adelgazamiento, etc.).

- Con los datos científicos disponibles puede afirmarse la posible utilidad de este producto para indicaciones muy concretas en relación con el ritmo sueño-vigilia: trastornos en ciegos, y adaptación en viajes de larga duración ("jet lag"). En la actualidad hay diversos laboratorios farmacéuticos investigando formas de administración prolongada y en parches. Hasta su eventual autorización tras la realización de estudios adecuados y la evaluación de su seguridad, en cuanto a reacciones adversas y métodos de fabricación, debe evitarse el uso de este producto clandestino.

Sospechas de reacciones adversas. Casos Clínicos.

Sólo la acumulación de sospechas puede promover el estudio de nuevas reacciones adversas. Comuniquen cualquier sospecha de Reacción Adversa.

A continuación se presentan casos clínicos sospechosos de haber sido originados por medicamentos.

Caso 1: Fluconazol y convulsiones.

Paciente al que se le administran 200 mg de Fluconazol IV tras lo que presenta una convulsión tónico-clónica generalizada a los 10 minutos. Tratamiento concomitante Tobramicina, 100mg/8h; sucralfato, 1gr/6h; vancomicina, 1gr/12h; cefoperazona, 1gr/6h; heparina BPM; metoclopramida, 1amp/6h; loperamida, 2comp/4h;

BOLETIN INFORMATIVO

Vol.1

No. 1

Ene - Mayo 2003

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN PSIQUIATRIA

Contenido:

- ✓ Melatonina ¿Un remedio para todo?
- ✓ Sospecha de reacciones adversas
- ✓ Alprazolam y Fluvoxamina durante el embarazo

Melatonina: ¿un remedio para todo?

- La melatonina es una hormona epifisaria, que según estudios con animales, incrementa la concentración de ácido g-aminobutírico y serotonina en hipotálamo y mesencéfalo. Su farmacocinética y farmacodinamia se conoce desde hace más de diez años. Desde un punto de vista farmacológico sus principales características son las siguientes: a) acción hormonal específica reguladora del sueño, y tal vez de la fisiología reproductora; b) acción antioxidante. En relación con su acción hormonal, se ha demostrado mediante estudios controlados un déficit de esta sustancia en ancianos con insomnio, que puede mejorar gracias al tratamiento sustitutivo.

Ello ha servido de base para el tratamiento -demostrado por estudios doble ciego- del insomnio y de las molestias originadas por los cambios horarios en los viajes de avión de larga duración ("jet lag"), y en personas ciegas. Así mismo, en relación con la fisiología reproductora se ha visto que las variaciones apreciadas en la respuesta de LH y FSH al estímulo de GnRH en virtud de la administración concomitante de melatonina es muy distinta según la fase del ciclo en el que ésta se introduce.

- En relación con su capacidad antioxidante, se ha estudiado la posibilidad de emplear este compuesto en las cataratas, como anticanceroso, para demorar el envejecimiento, como inmunomodulador, como antiglaucomatoso etc. A pesar de todo no existen aún datos suficientes que permitan obtener conclusiones al respecto. En tal sentido, cualquier hipótesis resultaría aventurada.
- Actualmente se distribuye en Estados Unidos como producto