

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**

**UNAN-LEON**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS**

**CARRERA DE FARMACIA**



**“A la libertad por la universidad”**

**“UTILIZACIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES REFERIDOS AL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL, ALFONSO CORTEZ, (CAPS-LEÓN) DURANTE EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2012”.**

**TESIS:**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO QUÍMICO-FARMACÉUTICO.**

**Autor: Carlos Javier Quintana Pineda.**

**Tutor (a): Lic. María Lourdes Rosales M.**

**“2012: Año del bicentenario y refundación de la universidad”**



**Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial  
(CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.**

---

**DEDICATORIA**

A Dios por prestarme la vida para terminar mis estudios universitarios.

A mis Padres, quienes me han guiado por el buen camino y han sabido inculcarme buenos principios para servir a mis semejantes.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

---

### AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios todo poderoso por haberme dado la oportunidad de formarme y poder lograr mis metas.

A mis Padres, María Elena Pineda y Alfonso Roberto Quintana, por su confianza y apoyo constantes quienes son fuente de mi inspiración.

A mis maestros por haber tenido la paciencia necesaria en el ejercicio de sus labores durante mi formación académica.

A mi Tutora, Lic. María Lourdes Rosales, por darme todo su apoyo en la realización de este estudio.

A la directora del centro de atención psicosocial Alfonso Cortés, (CAPS). Dra. Maritza Sansón su apoyo administrativo sin la cual no hubiera sido posible la realización de este estudio.



<b>INDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Antecedentes.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Justificación.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Planteamiento del problema.....</b>	<b>6</b>
<b>5. Objetivos.....</b>	<b>7</b>
<b>6. Marco Teórico.....</b>	<b>8</b>
<b>7. Material y método .....</b>	<b>38</b>
<b>8. Resultados.....</b>	<b>42</b>
<b>9. Análisis de los resultados.....</b>	<b>50</b>
<b>10. Conclusión.....</b>	<b>53</b>
<b>11. Recomendaciones.....</b>	<b>54</b>
<b>12. Bibliografía.....</b>	<b>55</b>
<b>13. Anexos.....</b>	<b>57</b>



## INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población y además es una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Aunque es una enfermedad tratable, seis de cada diez personas que la padecen en América Latina y el Caribe, no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan.

Cada año, cerca de 20 millones de personas intentan quitarse la vida y un millón de ellas lo logran. De estos suicidios cerca de un 60% tienen por causa postrastornos de tipo depresivo. La organización mundial de la salud señala que aunque el comportamiento suicida tiende a aumentar con la edad, actualmente se presenta un alarmante crecimiento entre jóvenes de 15 a 25 años. No obstante, "los niños y adolescentes con depresión no suelen presentar el ánimo triste. Sus síntomas son irritabilidad, problemas de conducta o dificultad para relacionarse", afirma García Vera. En un estudio de la OMS de 1998, la depresión era la quinta causa de muerte, pero la previsión de este organismo para el 2020 es de que llegue a ser la segunda, por detrás tan sólo de las cardiopatía isquémica. Las aterradoras previsiones de los organismos de salud pública de 185 países son los que han llevado a la OMS a pintar este futuro tan negro. <sup>(18)</sup>

Los antidepresivos están indicados para el tratamiento de esta afección en su modalidad endógena, un trastorno bioquímico cerebral que se manifiesta por incapacidad para enfrentarse a las tensiones ordinarias, alteraciones del sueño y el apetito, fatiga, agitación y nerviosismo, falta de concentración, desinterés sexual y anhedonia (incapacidad para experimentar placer), En ocasiones también se recetan para la depresión asociada al trastorno afectivo bipolar (maniaco-depresivo). <sup>(3)</sup>

La creciente carga de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe se ha convertido en un problema demasiado relevante como para ser ignorado. Una revisión realizada por la OPS (2005) de los estudios epidemiológicos más relevantes sobre los trastornos mentales, en los últimos 15 años, reveló una prevalencia media anual estimada



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

de 1% para psicosis no afectivas, 4.9% para depresión mayor y 5.7% para abuso o dependencia de alcohol.

Pero la brecha de tratamiento, es decir la proporción de personas con enfermedades mentales que no reciben ningún grado de atención es muy alta; más de un tercio de las personas con psicosis no afectiva, más de la mitad con trastornos de ansiedad y tres cuartas partes con abuso o dependencia de alcohol, no recibieron ningún tipo de atención en salud mental en los servicios especializados, ni en los servicios generales de salud.

En ese sentido, el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) se originó en los años ochenta con ayuda de cooperación extranjera con el fin de prestar servicios de índole psiquiátrica y psicológica a la comunidad. En la actualidad existen tres Centros de Atención Psicosocial en el país, los cuales se encuentran ubicados en las ciudades de: León, Chinandega y Granada. En León el centro de atención psicosocial actúa como una extensión del hospital escuela Oscar Danilo Rosales.<sup>(16)</sup>

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad estudiar y hacer un análisis del uso de los antidepresivos en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) para identificar algunas problemática y proponer recomendaciones para apoyar le uso racional de medicamentos y satisfacer las necesidades de los pacientes.



## ANTECEDENTES

Los criterios diagnóstico de la depresión se comenzaron a desarrollar en la década de los 80 y continúan en constante evolución tratando de diferenciar una depresión “normal”, causada por “un mal día”, de un verdadero trastorno del estado de ánimo, considerado ya como una auténtica psicopatía.<sup>(20)</sup>

La incidencia es del 5.6% de la población mundial, con una prevalencia del 5% al 11%, a lo largo de la vida. La probabilidad de que se dé la enfermedad, es dos veces mayor en mujeres que en el hombre, siendo el pico de comienzo habitual entre 20-40 años.<sup>(25)</sup>

En julio del año 1993, Muñoz Antón Luis, estudió los patrones de prescripción de psicofármacos en dos centros de atención ambulatorios del municipio de León, encontrando que la proporción del uso de antidepresivos solos, fue muy baja (2.5%) en relación a la combinación de antidepresivos mas tranquilizantes menores que fue de 4.8% y antidepresivos mas neurolépticos (10.4%) del total de 433 prescripciones realizada. En el centro de atención psicosocial (CAPS) 154 prescripciones equivalente al 35.6%, constituyeron prescripciones de polifármacos en las que se combinaron con igual o diferente indicación terapéutica.<sup>(16)</sup>

En el periodo Enero – Diciembre del año 2001 se realizó un estudio que aborda el uso de los antidepresivos donde se demostró los siguientes resultados: el perfil de uso de los fármacos de acción central en los servicios de medicina interna y emergencia del hospital San José de Diriamba, indico que la amitriptilina fue prescrita en pacientes de 42 – 56 años (50%), la protriptilina en el grupo de 57 – 71 años (71.44%), y la fluvoxamina en persona mayores de 72 años (66.66%).<sup>(16)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

Un estudio realizado por la OMS en el 2004 señala que América latina es una de las regiones del mundo que se agobia más fácilmente. Según la investigación realizada entre hombres y mujeres de 20 a 45 años, los países más deprimidos son: Chile 9%, Ecuador 8%, Brasil 7%, México 6%, EEUU 10%, Alemania 10%, Rusia 10%, India 10%, Canadá 5%. También se calcula que una persona muere cada 40 segundos por suicidio en el mundo a causa de la depresión. <sup>(13)</sup>

González María Teresa, Jarquin Espinoza Oscar Danilo y Linarte Wagner Ana Isabel, en enero – diciembre del año 2004 estudiaron el uso de antidepresivos en pacientes femeninos de 20-50 años de edad atendidas en el centro de atención psicosocial (CAPS), obteniendo como resultado lo siguiente: La Depresión se presentó mayoritariamente en el grupo etareo de 20-30 años de edad, de procedencia urbana, con escolaridad secundaria; amas de casa, con un número de hijos entre 1 – 3 y también en las solteras. El fármaco de mayor utilización fue la amitriptilina y la dosis más utilizada fue de 25 mg/día, los rangos de dosis estaban inferiores al límite y la vía de administración fue la vía oral en pacientes ambulatorios. <sup>(16)</sup>





## **JUSTIFICACIÓN**

Con la reinauguración del Centro de Atención Psicosocial en Salud Mental, (CAPS) “Alfonso Cortes”, en julio del 2009, en la cabecera departamental de León, más de 600 pacientes que padecen de alteraciones de salud mental, reciben atención siquiátrica y medicamentos, y son incorporados a dinámicas de grupos en donde participan familiares y líderes comarcales, con la finalidad de incluir a la comunidad en un problema social que afecta a todos.<sup>(6)</sup>

El presente estudio tiene como propósito principal analizar el uso de antidepresivos en los pacientes que asisten al Centro de Atención Psicosocial, (CAPS) “Alfonso Cortes” con el objeto de contribuir al uso racional de medicamentos lo cual implica que mediante el estudio se logra visualizar alguna problemática en el uso de este grupo de fármacos y de esta forma proporcionar recomendaciones alrededor del uso de los mismos, además se pretende contrastar las pautas de tratamiento utilizadas en el centro de atención psicosocial y las establecidas en la bibliografía de consulta, con miras a la mejora del uso adecuado de los fármacos y contribuir con la mejora de salud de los pacientes.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

---

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mala utilización de medicamentos antidepresivos en Nicaragua según estudios realizados conlleva a sospechar, del uso inadecuado de los medicamentos, los tratamientos insuficientes en pacientes, y exceso del tratamiento.

Por lo tanto surge el siguiente problema:

¿Cómo es la utilización de los medicamentos antidepresivos para el tratamiento de los trastornos depresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero a junio del 2012?



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

---

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar la utilización de antidepresivos en pacientes referidos al Centro de atención psicosocial, Alfonso Cortez (CAPS-León), durante el periodo Enero – Junio del 2012.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir las características sociodemográficas de los individuos en estudio.
2. Determinar los tipos de depresión que presentan los pacientes en estudio así como los factores predisponentes que conllevan a la prescripción de los antidepresivos.
3. Identificar los fármacos antidepresivos más utilizados y las pautas terapéuticas.



## MARCO TEÓRICO

La OMS definió los estudios de utilización de medicamentos (EUM) como aquellos que se ocupan de “la comercialización, distribución, prescripción y uso de los medicamentos en una sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes”.<sup>(7)</sup>

El grupo de expertos del drug utilization research group (DURG) propone una definición menos general: “los trabajos de investigación sobre los aspectos cuantitativos y cualitativos de los determinantes del uso de medicamentos y de sus efectos, en pacientes específicos o en la población general”.<sup>(5)</sup>

La utilización de medicamentos se considera un indicador socio sanitario, siendo los EUM la herramienta que nos permite su evaluación y posterior diseño de estrategias de intervención.

El proceso de evaluación de cualquier medicamento incluye tres pasos complementarios:

1. La evaluación de los beneficios de los medicamentos, por ejemplo la evaluación cuantitativa y cualitativa de su eficacia.
2. El estudio del riesgo de los medicamentos, tanto en estudios controlados como en condiciones normales de cuidado.
3. La evaluación del impacto de los tratamientos en la historia natural de la enfermedad y en la sociedad.<sup>(5)</sup>

### Objetivos de los EUM

Algunos autores marcan como objetivos generales mejorar la calidad de la utilización de los medicamentos mediante la mejora del nivel de conocimientos sobre los mismos:

- Identificando problemas en su utilización
- Identificando factores que condicionan la mala utilización.<sup>(15)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

Otros autores matizan:

- Identificación de problemas relacionados con el empleo de fármacos
- Análisis de dichos problemas en relación con su magnitud, causas y posibles consecuencias.
- Propuesta de soluciones.
- Evaluación de su impacto.<sup>(9)</sup>

### **Tipos de estudios de utilización de medicamentos:**

Los estudios de utilización de medicamentos los pueden diseñar, organizar, y realizar los propios prescriptores en ocasiones como un “control de calidad interno” o bien profesionales sanitarios sin una relación directa con la prescripción en ocasiones como “un control de calidad externo”.

- 1- Estudios de consumo: describen que medicamentos se utilizan y en qué cantidades.
- 2- Estudios de indicación-prescripción: describen los fármacos utilizados en determinada indicación o grupo de indicaciones.
- 3- Estudio de prescripción-indicación: describen las indicaciones en las que se utilizan un determinado fármaco o grupo de fármacos.
- 4- Estudio sobre el esquema terapéutico: describen las características de la utilización práctica de los medicamentos (dosis, monitorización de los niveles plasmáticos, duración del tratamiento, cumplimiento, etc.).
- 5- Estudio de los factores que condicionan los hábitos de utilización (prescripción, dispensación, automedicación, etc.): describen características de los prescriptores, de los dispensadores, de los pacientes o de otros elementos relacionados con los medicamentos y su relación con los hábitos de utilización de los mismos.
- 6- Estudio de las consecuencias prácticas de la utilización de los medicamentos: describen beneficios, efectos indeseables o costos reales del tratamiento farmacológico; así mismo pueden describir su relación con las características de la utilización de los medicamentos.<sup>(7)</sup>



- 7- Estudio de intervención: describen las características de la utilización de medicamentos en relación con un programa de intervención sobre el uso de los mismos.<sup>(7)</sup>

### **Bases biológicas de la depresión.**

#### **Fisiología del sistema nervioso central**

La psicofarmacología actual se basa en la neurotransmisión química.

Para entender los trastornos del sistema nervioso central (SNC) y la acción de los fármacos que tratan de mejorar esos trastornos, es necesario hacer un repaso de la fisiología del sistema nervioso central (SNC) y los principios de la neurotransmisión.<sup>(4)</sup>

El cerebro tiene más de  $10^{11}$  neuronas, aunque lo que determina su tamaño no es el número de neuronas, sino el crecimiento de éstas. Gracias al aumento del número de axones y dendritas, el cerebro llega a ser hasta cuatro veces mayor en el adulto que en el recién nacido. El cerebro culmina su capacidad de desarrollo cuando establece asociaciones entre distintas áreas cerebrales, según lo requiera el entorno, esto es según la necesidad de adaptación.<sup>(19)</sup>

El sistema nervioso central (SNC) se representa como una serie de neuronas, que se conectan por sus axones. Los impulsos nerviosos que se envían y reciben no saltan directamente de unas neuronas a otras, si no que lo hacen a través de un neurotransmisor que lanza la neurona presináptica que se une al receptor de una neurona postsináptica. Por tanto el impulso eléctrico se convierte en señal química en la sinapsis, y vuelve a convertirse en impulso eléctrico que se desencadena respuestas bioquímicas en la segunda neurona.<sup>(24)</sup>

La neurotransmisión consiste en el siguiente proceso: el neurotransmisor es almacenado en vesículas en la neurona presináptica. Al llegar un impulso eléctrico el neurotransmisor se dispara, atravesando la sinapsis, buscando y uniéndose en el lugar diana del receptor



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

selectivo que se sitúa en la neurona postsináptica. Esto inicia el proceso que desemboca en un nuevo impulso eléctrico y en sus correspondientes respuestas bioquímicas. <sup>(4)</sup>

### **Existen tres elementos importantes en la neurotransmisión:**

#### **Neurotransmisores, receptores y enzimas:**

1. La misión de los neurotransmisores es salir desde el axón de la neurona presináptica, buscar e impactar en el lugar diana del receptor específico.
2. Se da mucha importancia a la interacción selectiva entre el único sitio de unión del neurotransmisor y los receptores, ya que esta es la forma en que la información es codificada y decodificada.
3. Las enzimas convierten el precursor de neurotransmisor en la molécula de neurotransmisor activa y una vez que este ha actuado se une a él para destruirlo. <sup>(4)</sup>

Hay muchos neurotransmisores que se liberan a las distintas sinapsis, los más implicados en los trastornos depresivos son:

#### **Acetilcolina (ACH).**

Tiene un efecto excitador, es inductor del sueño REM, facilitador de la memoria y que tiene el control neuromuscular del movimiento. Encontrándose aumentado en la depresión y en el alcoholismo. <sup>(25)</sup>

#### **Dopamina (DA).**

Hacen posible el pensamiento, la toma de decisiones, el movimiento corporal, la exaltación del ánimo y la agresividad, su efecto suele ser inhibitor. <sup>(19)</sup>

#### **Noradrenalina (NE).**

Participa en el control del sueño-vigilia, en la disminución de la agresividad la buena memoria y aprendizaje, además regula el humor y la conciencia, aumentando el estado de alerta. <sup>(26)</sup>

#### **Serotonina (SE).**

Participa en el control del sueño-vigilia, en la exaltación del ánimo, contribuye a la disminución de la sensibilidad al dolor, a la regulación del apetito y del estado afectivo.

Los receptores y las enzimas son el blanco de las acciones de los fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central. <sup>(22)</sup>



### **Alteraciones neurosinápticas en la depresión**

Se desconoce cuál es la causa exacta de la depresión. Los factores causales pueden dividirse en: factores biológicos, genéticos y psicosociales, aunque se sabe que los tres pueden interactuar entre sí, se han reportado en diversos estudios, datos sobre anomalías observadas en los metabolitos de las aminas biógenas, como el ácido homovanílico y el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol en sangre, orina y líquido cefalorraquídeo de pacientes con trastornos del estado de ánimo. De entre estas sustancias, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de la depresión. Otras clases de evidencias también implican a los receptores presinápticos  $\alpha_2$ -adrenérgicos en la depresión, ya que la activación de estos receptores produce un descenso en la cantidad de noradrenalina liberada. Estos receptores también se encuentran en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina que se libera. La serotonina se ha convertido en el neurotransmisor más relacionado con la depresión. Se ha observado que la disminución de serotonina puede precipitar una depresión y en algunos pacientes suicidas se han observado menores concentraciones de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo.<sup>(16)</sup>

### **Clasificación formal de la depresión:**

1. Desórdenes afectivos de primer orden.
2. Reacción psicótica de depresión.
3. Neurosis depresiva.<sup>(16)</sup>

### **Principales desórdenes afectivos:**

Figuran las enfermedades maniaco-depresivas y la melancolía involuntaria. El concepto de enfermedad maniaco-depresivo fue introducido por Kraepelin para cubrir todos los casos de “exceso afectivo”.





## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

Identifica a los individuos que pasan continuamente de la manía a la depresión. Se aplica por igual a las personas exclusivamente deprimidas así como a las exclusivamente maníacas.<sup>(16)</sup>

### Los síntomas de la manía incluyen perturbaciones en:

1. El estado de ánimo: El paciente puede estar eufórico y manifestar excesiva confianza en sí mismo al mismo tiempo es fácilmente irritable y susceptible.<sup>(16)</sup>
2. El pensamiento: El paciente hablará por lo general rápidamente, a menudo acerca de planes grandiosos para el futuro y puede cambiar frecuentemente de temas, las llamadas fugas de ideas.<sup>(16)</sup>
3. Actividad motriz: Está aumentada.<sup>(16)</sup>

### Depresión neurótica y depresión psicótica:

Son las categorías más usadas en la actualidad. Ambas se diferencian de la depresión maníaco-depresiva, por el hecho de que se supone que algún hecho ambiental suscitó las reacciones. Los depresivos psicóticos tienen ilusiones y sus síntomas son más graves que los de los depresivos neuróticos.<sup>(16)</sup>

### Depresión Endógena

Este tipo de depresiones son una respuesta a algún proceso endógeno o interno desconocido. Estas depresiones no son desencadenadas por ningún acontecimiento externo; simplemente, se abalanzan sobre la persona afectada. Por lo general, presentan ciclos temporales regulares y pueden ser bipolares o unipolares.

La 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 unipolar consiste en una alternancia regular de desesperación y neutralidad, sin aparición de manía. Las depresiones endógenas responden a menudo al tratamiento con fármacos y pueden tener un origen hormonal. También pueden hallarse genéticamente



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

predispuestas (ej.: si la madre es depresiva y el padre alcohólico es posible que el descendiente llegue a ser depresivo).<sup>(16)</sup>

Se ha dicho 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.<sup>(16)</sup>

### **Depresión exógena (por causas externas)**

#### *Definición*

Es un estado psíquico-emocional que se caracteriza por sentir una profunda tristeza, apatía, cansancio, desinterés por todo, pérdida o ganancia de peso y sensación de que nada vale la pena. La persona no saldría de casa y de hecho se pasaría el día en la cama durmiendo o le ocurre al contrario y sufre insomnio.<sup>(16)</sup>

#### *Causas.*

- La depresión exógena (hay unos factores externos que de una forma u otra nos hacen estar deprimidos) puede ser causada por factores muy diversos:
- Hechos concretos como problemas emocionales, de trabajo, familiares, etc.
- El exceso de estrés y la falta de ejercicio físico impiden que nuestro cuerpo tenga los niveles adecuados de endorfinas.<sup>(16)</sup>
- Hongos, parásitos y virus pueden producirnos estados de fatiga física y mental que pueden producir un estado parecido a la depresión.
- Algunos medicamentos muy agresivos pueden generar depresión.<sup>(16)</sup>

El estado de intoxicación continuo de nuestro cuerpo por el tabaco, el alcohol, el exceso de cafeína, y el abuso de drogas como la cocaína, heroína, éxtasis, etc.), favorecen los estados de ánimos fluctuantes. Así después de la subida o momentos de excitación nos viene el "bajón". Si seguimos así llega un momento que los bajones son cada vez mayores y más largos.<sup>(16)</sup>

#### **Deben tomarse en cuenta diversos factores:**

- La tensión es una coincidencia temporal.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

- El evento angustiante puede ser consecuencia de una enfermedad.
- La experiencia angustiante puede interactuar con un factor esencial de predisposición o de alguna manera activar un problema latente en una personalidad vulnerable.
- El factor angustiante puede haber sido la causa principal de la depresión, ya sea por la naturaleza o la intensidad de la tensión experimental.<sup>(16)</sup>

### **Depresión Mayor**

Se caracteriza por sentimientos de intensa tristeza, desesperación, lentitud mental, pérdida de la concentración, preocupación pesimista, agitación, autodesprecio. También se producen cambios físicos en especial en la depresión grave o melancólica; estos cambios incluyen: insomnio o hipersomnia, anorexia, pérdida de peso (o en algunas ocasiones hiperorexia), disminución de la energía y la libido, interrupción del ritmo cardíaco normal de actividad, temperatura corporal y varias funciones endocrinas. Las personas que padecen de depresión tienen ciertos síntomas característicos que les afectan casi todos los días por un período de dos semanas.<sup>(16)</sup>

### **Síntomas:**

- Perder interés en las cosas que antes disfrutaba.
- Sentir que no tiene energía, cansado, o al contrario sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo.
- Sentir como que no vale nada o sentirse culpable.
- Aumento o disminución del apetito o el peso.
- Tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
- Tener problemas para concentrarse, pensar, recordar o tomar decisiones.
- No poder dormir, o dormir demasiado.
- Dolores de cabeza.
- Dolores generales por todas las partes del cuerpo.
- Problemas sexuales.
- Sentirse pesimista.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

- Sentirse ansioso o preocupado.<sup>(24)</sup>

### ✓ Tomando en cuenta estos síntomas la depresión puede ser:

**Depresión severa:** Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y la cual le impide realizar sus actividades de la vida diaria.<sup>(16)</sup>

**Depresión moderada:** Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y éstos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.<sup>(16)</sup>

**Depresión leve:** Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y al realizar sus actividades de la vida diaria toman un esfuerzo extraordinario.<sup>(16)</sup>

**Síndrome depresivo:** Conjunto de síntomas psíquicos endógenos que son:

- Alteración primaria del ánimo en un sentido de tristeza angustiada.
- Lentitud del curso del pensamiento.
- Inhibición motora.
- Ideas delirantes.<sup>(16)</sup>

**Depresión reactiva:** Es de origen motivado, con desorden psíquico de proporción anormal, se relaciona específicamente con el contenido de las vivencias que la suscitan. Es un estado anímico y a veces anímico-espiritual, y no vital, aunque se acompañe de inapetencia e insomnio y no raramente desencadene síntomas vegetativos. Los pacientes son con frecuencia sujetos que carecen de confianza en si mismo, susceptibles, de trato difícil o reservado, obstinado e irascible. El embarazo expone a las mujeres a un riesgo mayor a desarrollar una variedad de problemas psiquiátricos, como el desapego maternal con su primer hijo, posibilidad para él suicidio o infanticidio. Una revisión de los cambios hormonales durante el embarazo sugiere algunas razones por las cuales en el postparto los cambios afectivos son tan comunes: los niveles de hormonas segregadas por el cuerpo lúteo



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

y la placenta suben dramáticamente; muchas de las cuales son psicoactivas. Por ejemplo: progestágeno, estradiol, prolactina.<sup>(16)</sup>

Otra condición afectiva que puede ocurrir en algunas mujeres son cambios de humor o genio en el periodo premenstrual. El síndrome premenstrual es caracterizado por síntomas que aparecen la semana anterior a la menstruación.<sup>(16)</sup>

### **Para su determinación es necesario:**

- La mujer debe tener el desorden casi todos los meses.
- Tener cinco o más síntomas dentro de un plazo de tiempo característico.
- Los síntomas deben estar presentes invariablemente la semana anterior del comienzo de la menstruación y deben haber desaparecido la semana después que esta ha terminado.<sup>(16)</sup>

Los síntomas incluyen: inquietud, irritabilidad, pérdida de interés o placer en cosas, dificultad de concentración, letargo, cambios en el apetito, hipersomnia o insomnio, sentimientos fuera de control y otros síntomas físicos.<sup>(1)</sup>

Estos criterios son muy estrictos. El diagnóstico no puede ser con base en la memoria de la mujer acerca de sus sentimientos y síntomas, porque la distorsión retrospectiva es muy grande; lo que amerita que ésta lleve un registro diario de sus sentimientos y síntomas.

Hay muchos otros contribuyentes de la depresión a demás de las hormonas, pues algunas mujeres son maltratadas, tienen muchas responsabilidades y poca autonomía, son económicamente dependientes, están en relaciones abusivas. Durante la menopausia los ovarios fracasan, ellos producen menos estrógeno y progesterona; a la vez la glándulas: pituitaria, gonadotropina, folículo estimulante y luteinizante; observándose destellos calientes, dificultades de sueño, depresión, etc.<sup>(16)</sup>

Estudios realizados afirman que las mujeres se les prescriben más medicamentos psicotrópicos, pues son más propensas que los hombres a sufrir problemas psiquiátricos.  
(25)



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo enero – junio del 2012.

Las actitudes de los médicos pueden contribuir a que las mujeres reciban más medicamentos psicotrópicos. Los médicos frecuentemente percibirán la queja física de la mujer como inherentemente psicológica y así administrarán medicamentos que cambian el ánimo. Esto es sugerido por las imágenes usadas en muchos de los materiales promocionales para medicamentos psicotrópicos. Las mujeres son frecuentemente las más representadas sufriendo de difusos síntomas emocionales, mientras que los hombres son mostrados sufriendo de la ansiedad como resultado del trabajo o acompañado de una enfermedad orgánica.<sup>(24)</sup>

Los factores sociales, económicos y físicos pueden tener influencia en la depresión. El tratamiento con antidepresivos debe ser considerado sólo después que se haya determinado la naturaleza de los síntomas y las causas de la depresión.<sup>(16)</sup>

Algunos pacientes pueden necesitar psicoterapia individual o grupal, otros pueden responder a la consejería o a medicamentos. Algunos pueden responder a placebos y un mejoramiento espontáneo de la depresión ocurren las personas dentro del primer mes más o menos o después de algunos meses del suministro de los placebos. La industria farmacéutica argumenta que las amplias posibilidades de elección entre diferentes pero en general similares medicamentos es que los médicos pueden elegir el más apropiado basándose en la reacción de la persona. Un método de elección se basa en los efectos secundarios.<sup>(16)</sup>

El tratamiento contra la depresión ayuda a reducir la preocupación de su enfermedad, hace desaparecer todos los síntomas de la depresión permitiendo que reanude su vida normal.

El tratamiento precoz es más eficaz y mientras más tiempo pase antes de iniciarlo, más difícil será superar la depresión.<sup>(16)</sup>



## CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS <sup>(8)</sup>

### ✓ Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAOs)

- fenelzina
- Selegilina
- Tranilcipromina

### ✓ Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRSs)

- Citalopram
- Fluoxetina
- Paroxetina
- Escitalopram
- Fluvoxamina
- Sertralina

### ✓ Antidepresivos Tricíclicos (ATCs)

- Amitriptilina
- Desipramina
- Nortriptilina
- Amoxapina
- Doxepina
- Protriptilina
- Clomipramina
- Imipramina
- Trimipramina

### ✓ Otros

- Bupropion
- Mirtazapina
- Nefazodona
- Trazodona
- Venlafaxina



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### ✓ INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDOSA (IMAOs)

#### *Propósito y beneficios de estos medicamentos*

La mayoría de las veces se usan para aliviar los síntomas de la depresión, tal como ver el lado negativo de las cosas, sentirse impotente, desesperanzado, inútil, triste, fatigado o con pérdida de su nivel normal de energía, pérdida de interés, cambios en el sueño, cambios en el apetito o hábitos de comer, dificultad tomando decisiones, disminución en la agilidad mental y la capacidad de concentrarse, irritabilidad, preocupación o culpa excesiva y pensamientos de hacerse daño uno mismo. Estos medicamentos también pueden ayudar a prevenir que los síntomas de la depresión regresen, cuando ya hayan desaparecido. También pueden reducir la ansiedad, ataques de pánico o temores irrazonables (fobias). Es importante tomar en cuenta que todos los medicamentos antidepresivos toman un tiempo para comenzar a funcionar, usualmente varias semanas o más. <sup>(8)</sup>

#### *Riesgos de estos medicamentos*

Los efectos secundarios más comunes de éste medicamento son: la sedación, somnolencia, mareos, presión arterial baja, estreñimientos, sequedad de la boca, visión borrosa, aumento de peso, malestar estomacal, dificultad al orinar, ritmo cardíaco inusualmente acelerado o irregular, cambios en el apetito y funcionamiento sexual, tal como la incapacidad de experimentar un orgasmo. <sup>(8)</sup>

Los efectos secundarios menos comunes incluyen: confusión, convulsiones, sudoración, problemas hepáticos, reacciones de la presión arterial alta, dolor de pecho, dolor de cabeza, sarpullido, empeoramiento de glaucoma. <sup>(8)</sup>

#### *Riesgos en el embarazo*

Los efectos de este medicamento durante el embarazo no se conocen completamente. Existe el riesgo potencial de que puede causarle daño al feto. El amamantamiento debe ser evitado porque el medicamento va a estar presente en la leche materna. <sup>(8)</sup>





## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### **Pensamientos o acciones suicida**

Las personas que toman medicamentos antidepresivos pueden experimentar un empeoramiento de su depresión y tener pensamientos de hacerse daño a sí mismos.

Es importante ser consciente de su estado de ánimo. Las personas allegadas le pueden ayudar, prestando atención a su estado de ánimo y sus acciones. <sup>(8)</sup>

### **Las comidas que debe evitar cuando tome este medicamento**

Comidas ahumadas o encurtidos, incluyendo pescado, salame, quesos añejos (no requesón ni queso crema); yogurt, cerveza y vino; frijoles habas; chocolate o cafeína excesivos. <sup>(8)</sup>

## ✓ ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

### **Farmacocinética:**

Los antidepresivos tricíclicos se absorben muy bien por vía oral. Dosis altas pueden causar disminución de la actividad gastrointestinal y tiempo de vaciamiento gástrico, provocando una absorción más lenta. Sus concentraciones máximas pueden alcanzarse de 2 – 12 horas después de su administración. Una vez absorbidos estos agentes lipofílicos se distribuyen ampliamente. Se unen fuertemente a las proteínas plasmáticas y a constituyentes tisulares. Pueden volverse tóxicos cuando sus concentraciones plasmáticas superan 1ug/ml. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) cuando se administran por vía oral se absorben muy bien. Producen una inhibición máxima de la monoaminoxidasa (MAO) dentro de los 5 – 10 días. Dan lugar a la liberación de productos activos, que son inactivados principalmente por acetilación. <sup>(16)</sup>

Dentro del marco psiquiátrico resulta aconsejable cuando la electroconvulsoterapia es rechazada, en los procesos psicopatológicos en los que la ansiedad, las fobias, las crisis de pánico o la disforia son prominentes, trastornos obsesivo – compulsivo y en la bulimia. <sup>(4)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### Efectos de los antidepresivos Tricíclicos

#### Reacciones secundaria:

Es muy común que los antidepresivos tricíclicos provoquen efectos colaterales significativos, y la prevalencia estimada alcanza niveles tan altos como el 5%.<sup>(4)</sup>

La mayoría de las reacciones están relacionadas con sus efectos antimuscárinicos y la intoxicación cerebral, aunque también representan problemas serios la toxicidad cardíaca y la hipotensión ortostática. Las consecuencias clínicas de los efectos antimuscárinicos incluyen: sequedad bucal y sabor acre o metálico, malestar epigástrico, constipación, mareos, taquicardia, palpitaciones, visión borrosa y retención urinaria. También puede presentarse hiperhidrosis, pero su mecanismo se desconoce. La debilidad y la fatiga que se presentan se atribuyen a los efectos centrales. Los pacientes ancianos tienden a sufrir más por mareos, hipotensión postural, constipación, micción retardada, edema y temblores musculares.<sup>(4)</sup>

Otro efecto colateral que producen los antidepresivos es una transición en ciertos pacientes de la depresión a la excitación hipomaniaca o maniaca. Además de estas reacciones, son comunes la confusión o el delirium. Estos pueden aparecer en aproximadamente el 10% de los pacientes tratados (y en más del 30% de los pacientes mayores de 50 años). Estos síntomas pueden ser secundarios a la actividad anticolinérgica central.<sup>(1)</sup>

#### Complicaciones

Entre las complicaciones del SNC asociadas con los antidepresivos tricíclicos, las reacciones extrapiramidales son raras, aunque el temblor es frecuente.<sup>(16)</sup>

Tal vez un 10% de los pacientes que reciben un agente tricíclicos presenta un temblor fino: la prevalencia de este efecto es mucho mayor en los pacientes de más edad, particularmente cuando se le administran dosis altas.

Otro efecto toxico de los antidepresivos tricíclicos es la existencia de un riesgo mayor de convulsiones tónico-clónicas.<sup>(16)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

Los niños parecen ser especialmente vulnerables a los efectos cardiotoxicos e inductores de convulsiones que provocan las dosis altas de compuestos tricíclicos. Se han producido muertes en niños después de sobredosis accidentales o deliberadas con solo unos pocos cientos de miligramos del agente. Entre los variados efectos tóxicos que provocan los antidepresivos tricíclicos se encuentran ictericia, agranulocitosis y erupciones cutáneas, aunque son muy poco frecuentes. <sup>(1)</sup>

El aumento de peso es un efecto colateral común que se produce en la mayoría de los antidepresivos. También se ha reportado demora en el orgasmo e impotencia orgásmica. No ha sido bien establecida la acción de los antidepresivos tricíclicos durante el embarazo y la lactancia o en el tratamiento de niños pequeños. <sup>(1)</sup>

La intoxicación aguda con antidepresivos tricíclicos es un hecho común y potencialmente puede poner en peligro la vida. Lamentablemente, la mayoría de los fármacos empleados para el tratamiento de las alteraciones graves del estado de ánimo son en potencia letales en las dosis habitualmente disponibles para pacientes con un riesgo elevado de suicidio.

La aparición de síntomas y el curso de los episodios que se producen durante una intoxicación aguda con un antidepresivo Tricíclicos, con frecuencia es complejo.

Con los antidepresivos que tienen una potencia antimuscarinicasrelativamente fuerte, los efectos anticolinérgicos son llamativos, con midriasis, piel seca y enrojecida y sequedad de mucosas, ausencia de ruidos intestinales, retención urinaria y taquicardia u otras arritmias cardiacas. <sup>(4)</sup>

En principal efecto psicomotor de estos agentes es su capacidad para recuperar el humor del paciente deprimido. Los antidepresivos tricíclicos, al contrario de los inhibidores de la monoaminoxidasa, inducen al sueño, producen cansancio, torpeza e inseguridad en bipedestación, durante algunos días de la medicación el individuo presenta dificultad de concentración y de pensamiento. Estos efectos iniciales van desapareciendo al cabo de dos semanas para dar paso al efecto antidepresivo. En la actualidad los antidepresivos tricíclicos se usan en toda una serie de cuadros psiquiátricos y no psiquiátricos. <sup>(4)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

Los trastornos afectivos unipolares, particularmente la depresión mayor, constituyen su indicación principal, resultan eficaces en el tratamiento de la depresión mayor.

Se emplean también, con una eficacia menor, en las fases depresivas de la enfermedad maníaco-depresiva, en el tratamiento de la distimia (depresión neurótica) y ciclotimia, en los trastornos obsesivo-compulsivos, en las fobias (agorafobia), en las crisis de pánico, en el alcoholismo, en las depresiones orgánicas y en los trastornos de la conducta alimenticia (bulimia y anorexia nerviosa).<sup>(16)</sup>

La prevalencia de efectos adversos significativos ha obligado a los pacientes a suspender o disminuir la medicación, en este sentido de receptores muscarínicos, que originan estreñimiento o sequedad de boca y, en sujetos predispuestos, retención urinaria, trastornos de la acomodación visual o crisis de glaucoma. A nivel central, el bloqueo muscarínicos puede favorecer la aparición de trastornos de la memoria. A dosis terapéuticas, puede observarse una ligera taquicardia sinusal. En tratamientos prolongados causa aumento de peso lo que causa incumplimiento terapéutico.<sup>(4)</sup>

### **Interacciones medicamentosas**

Los antidepresivos tricíclicos participan en varias interacciones con fármacos que poseen importancia clínica. La unión de los antidepresivos tricíclicos a la albúmina plasmática puede reducirse por la competencia con fenitoína, fenilbutazona, aspirina, aminopirina, escopolamina y fenotiacinas. Otras interacciones que también pueden potenciar los efectos de los antidepresivos tricíclicos pueden resultar de la interferencia con su metabolismo hepática. Este efecto ha sido asociado con neurolépticos, metilfenidato y ciertos esteroides, entre los que se encuentran los anticonceptivos orales.<sup>(16)</sup>

Por lo contrario, los barbitúricos y algunos otros sedantes, así como el tabaquismo, pueden aumentar el metabolismo hepática de los antidepresivos por inducción de sistemas enzimáticos microsomales. Los antidepresivos potencian los efectos del alcohol y probablemente de otros sedantes. La actividad anticolinérgica de los antidepresivos tricíclicos hace que sea importante efectuar un control continuo de los resultados cuando



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

los agentes deben usarse en forma simultánea con agentes antiparkinsonianos, antipsicóticos de baja potencia u otros compuestos con actividad antimuscarínicas.

Los antidepresivos tricíclicos tienen interacciones importantes y potencialmente peligrosas, con aminas biogénicas como la noradrenalina. La estimulación del sistema nervioso central producida por la amfetamina puede ser potenciada, por los antidepresivos tricíclicos. Los agentes tricíclicos y la trazoona pueden bloquear la acción antihipertensiva central de la clonidina.<sup>(16)</sup>

### AMITRIPTILINA.

#### **Mecanismo de acción.**

No se conoce con exactitud el mecanismo de acción de los antidepresivos tricíclicos, aunque se cree que está relacionado con una reducción en la recaptación de la norepinefrina y serotonina. La amitriptilina es metabolizada a nortriptilina que también posee actividad antidepresiva. El aumento de la concentración de neurotransmisores sinápticos que se observa después de la administración de la amitriptilina ocasiona un reajuste en los receptores límbicos.<sup>(16)</sup>

#### **Indicaciones Terapéuticas:**

Depresión mayor, trastorno bipolar (en fase depresiva), trastornos depresivos en la psicosis. Estados de ansiedad asociados con depresión. Depresión con signos vegetativos. Dolor crónico severo (cáncer, enfermedades reumáticas, neuralgia postherpética, neuropatía postraumática o diabética). Antidepresivo tricíclicos con propiedades sedantes.<sup>(16)</sup>

#### **Farmacocinética y Farmacodinamia:**

Tiene margen de seguridad amplio, baja toxicidad, es absorbido y metabolizado rápidamente. La amitriptilina es metabolizada por N – demetilación e hidroxilación en puente, la dosis administrado se excreta en forma de conjugados glucurónidos o sulfatados de metabolitos.<sup>(16)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### **Contraindicaciones:**

Hipersensibilidad a la amitriptilina, no se debe administrar al mismo tiempo que un inhibidor de la monoaminoxidasa. No se recomienda emplear este medicamento durante la fase aguda de recuperación de un infarto del miocardio y tampoco en pacientes con hipertrofia, prostáticas, glaucoma o embarazo. <sup>(16)</sup>

### **Reacciones Adversas**

Hipotensión, síncope, hipertensión, taquicardia, palpitaciones, apoplejía, estado de confusión, alteración de la concentración, desorientación, ilusiones, alucinaciones, excitación, inquietud, somnolencia, insomnio, pesadillas, hormigueo, ataxia, temores, convulsiones, tinnitus. Sequedad de la boca, visión borrosa midriasis aumento de la presión intraocular, retención urinaria, erupción cutánea, urticararia, edema facial, leucopenia, náusea, malestar epigástrico, vomito, anorexia, estomatitis, sabor extraño, diarrea, debilidad, fatiga, cefalea, pérdida de peso o aumento, edema, micción frecuente. <sup>(16)</sup>

### **Dosis**

#### **Tratamiento de la depresión (incluyendo pacientes con esquizofrenia o psicosis depresiva):**

- Vía oral:
  - Adultos y adolescentes entre 13 y 65 años: iniciar el tratamiento con dosis de 25 a 75 mg/día en una sola dosis a la hora de acostarse. Esta dosis inicial puede aumentarse en incrementos de 25 mg/día semanales hasta 200 mg/día.  
La máxima dosis a administrar, en pacientes hospitalizados es de 300 mg/día. O Adultos > 65 años: Inicialmente una dosis de 10 a 25 mg a la hora de acostarse, aumentando paulatinamente la misma hasta 150 mg/día. <sup>(16)</sup>
  - Niños: las dosis iniciales son de 1 mg/kg/día en tres administraciones hasta un máximo de 1.5 mg/kg/día. <sup>(16)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### Tratamiento del pánico y fobias:

- Vía oral
  - Adultos: inicialmente dosis de 25 mg tres veces a día. Aumentar las dosis gradualmente hasta un máximo de 200 mg/día en incrementos semanales de 25 a 50 mg/día.<sup>(16)</sup>

### Tratamiento de déficit de la atención asociado a un síndrome de hiperactividad:

- Adultos: iniciar el tratamiento con 25 mg tres veces al día por vía oral. Aumentar las dosis en incrementos de 25 a 50 mg/día semanales dependiendo de la respuesta y de los efectos secundarios hasta un máximo de 200 mg/día. Se han observado buenas respuestas con dosis medias de 75 mg/día.
- Niños de 6 a 12 años: 10 a 30 mg/día o 1 a 5 mg/kg/día en dosis divididas por vía oral.<sup>(16)</sup>

### ✓ INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

#### CITALOPRAM

##### Mecanismo de acción:

El citalopram potencia los efectos farmacológicos de la serotonina en el sistema nerviosocentral. Como otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, el citalopram no afecta o afecta muy poco otros neurotransmisores. Aunque el mecanismo completo del citalopram no ha sido dilucidado, se cree que el fármaco inhibe la recaptación de la serotonina en la membrana de la neurona.<sup>(2)</sup>

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son menos sedantes, anticolinérgicos y tienen menos efectos cardiovasculares que los antidepresivos tricíclicos debido a su nula o muy pequeña actividad sobre los receptores histamínicos, colinérgicos y adrenérgicos. Tampoco tiene el citalopram ningún efecto sobre la monoaminoxidasa.<sup>(2)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### **Indicaciones terapéuticas:**

Episodios depresivos mayores. Tratamiento preventivo de las recaídas/recurrencias de la depresión. Trastorno de angustia con o sin agorafobia. Trastorno obsesivo compulsivo. <sup>(2)</sup>

### **Posología y forma de administración:**

#### **Depresión:**

-Adultos: la dosis mínima eficaz es de 20 mg/día. Dependiendo de la respuesta individual del paciente y de la gravedad de la depresión, la dosis puede incrementarse progresivamente hasta un máximo de 60 mg/día. La dosis óptima es de 40 mg/día. <sup>(2)</sup>

-Ancianos: la dosis recomendada es de 20 mg/día. Dependiendo de la respuesta individual del paciente y de la gravedad de la depresión, la dosis se puede incrementar hasta un máximo de 40 mg/día. <sup>(2)</sup>

-Duración del tratamiento: el efecto antidepresivo generalmente se inicia después de 2 a 4 semanas de iniciado el tratamiento. El tratamiento con antidepresivo es sintomático y por tanto debe continuarse durante un periodo de tiempo apropiado, generalmente durante 6 meses a fin de prevenir recaídas. <sup>(2)</sup>

#### ➤ **Trastorno de angustia:**

-Adultos: la dosis inicial es de 10 mg/día. Después de una semana se incrementa la dosis a 20 mg/día. La dosis óptima es de 20-30 mg/día. En caso de no obtener respuesta suficiente a dosis, puede incrementarse hasta un máximo de 60 mg/día.

-Ancianos: se recomienda una única dosis oral de 10mg/día durante la primera semana antes de incrementarse la dosis a 20 mg/día. La dosis puede incrementarse hasta 40 mg/día, dependiendo de la respuesta individual del paciente.

-Duración del tratamiento: es de larga duración. Se ha comprobado que se mantiene el efecto terapéutico en tratamiento a largo plazo (1año).

#### ➤ **Trastorno obsesivo-compulsivo:** adultos: se recomienda una dosis inicial de 20 mg/día. La dosis se puede aumentar en incremento de 20 mg hasta una dosis de 60 mg diario si es necesario según el criterio del médico.





## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

Duración del tratamiento: el inicio de la de la acción del tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo es de 2-4 semanas, con una mayor mejoría con el tiempo.

Pacientes con insuficiencia hepática: no deberían recibir dosis mayores de 30 mg/día.

### **Forma de administración:**

Se pueden administrar en una sola toma diaria, en cualquier momento del día, independientemente de las comidas.

### **Contraindicaciones:**

Hipersensibilidad al citalopram o a cualquiera de los excipientes del medicamento.  
Asociación con los IMAO no selectivos e IMAO selectivos B.

### **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:**

-Asociaciones contraindicadas: IMAO no selectivos riesgo de aparición de síndrome serotoninérgicos. Respetar un descanso de dos semanas entre la retirada de un IMAO y el inicio del tratamiento con citalopram y de al menos una semana entre la retirada del citalopram y el inicio del tratamiento con el IMAO. <sup>(8)</sup>

-Litio: que aumenta la neurotransmisión serotoninérgicos puede igualmente provocar un síndrome serotoninérgicos con los inhibidores de recaptación de serotonina, pero de una manera más atenuada. <sup>(8)</sup>

-Asociaciones no recomendables: IMAO selectivos A (moclobemida, toloxatonas) riesgo de aparición de síndrome serotoninérgicos. <sup>(8)</sup>

-Embarazo y lactancia: la escasez de observaciones clínicas disponibles impone la prudencia en la mujer embarazada y durante la lactancia. En estudios preclínicos se ha observado que concentraciones muy bajas de citalopram pasan a la leche. <sup>(8)</sup>

### **Efectos adversos**

Los efectos adversos observados con Citalopram son en general leves o moderados.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

Serán evidentes durante la primera e incluso las dos primeras semanas del tratamiento, y posteriormente desaparecen al mejorar el episodio depresivo. Se han encontrado, en monoterapia o en asociaciones con otros psicótopos, los siguientes trastornos:

- Neuropsíquicos: nerviosismo, somnolencia, astenia, cefalea, vértigo, trastorno del sueño, pérdida de la memoria, tendencia suicida, síndrome serotoninérgicos.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, sequedad de boca.
- Cutáneos: exantema, prurito, diaforesis.
- Visuales: trastorno de adaptación.
- Metabólicas: pérdidas o aumento de peso.
- Cardiovasculares: taquicardia, hipotensión ortostática, bradicardia en los pacientes que tienen frecuencia cardíaca baja.
- Sistema reproductor y mama: alteraciones de la libido.
- Renales y urinarios: trastornos de la micción.<sup>(2)</sup>

### Presentación

Citalopram bromhidrato 20 mg en tableta.<sup>(2)</sup>

## FLUOXETINA

### Mecanismo de acción

La acción antidepresiva de la fluoxetina se debe a la inhibición de la captación neuronal de la serotonina a nivel del Sistema Nervioso Central.<sup>(16)</sup>

### Farmacocinética

Tras la administración de una dosis oral de 40 mg de fluoxetina, se observan concentraciones plasmáticas máximas de 15 a 55 ng/ml después de 6 a 8 hrs.

El 94.5% se une a proteínas plasmáticas. Este agente se metaboliza por el hígado a norfluoxetina, el cual es su único metabolito activo. Su eliminación es por vía renal. La T<sub>max</sub> de la fluoxetina es de 6 a 8 horas, mientras que la vida media es de 1.9 días para el fármaco precursor y de 7 días para su metabolito.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

La penetración de la fluoxetina a la leche materna es relativamente baja, presentando un índice leche-plasma de 0.29:1 para el precursor y 0.21 para su metabolito. Después de la administración de 60 mg de fluoxetina. La vida media se incrementa en pacientes con cirrosis alcohólica de 2.2 a 6.6 días. Mientras que la depuración plasmática se reduce a 56% debido al metabolismo extenso en el hígado. La insuficiencia renal tiene poco efecto sobre la depuración de fluoxetina. La farmacocinética de este agente no se altera con la edad ni con los alimentos. <sup>(16)</sup>

### Reacciones secundaria

Las reacciones más observadas con el empleo de fluoxetina son: insomnio, ansiedad, cansancio, fatiga, sudoración, temblores e hipotensión ortostática.

También se han observado náuseas, diarrea, anorexia, pérdida de peso, desvanecimiento y mareos. Los síntomas de sobredosificación son: náuseas, vómito, hipomanía, inquietud y excitación del sistema nervioso central (SNC). <sup>(16)</sup>

### Interacciones medicamentosas

La principal interacción medicamentosa es con los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), teniendo riesgo de inducir el síndrome de serotonina.

Cuando la fluoxetina es administrada con otros fármacos, induce alteraciones en el metabolismo hepática que tienden a elevar las concentraciones plasmática de estas drogas, como por ejemplo: la Carbamazepina, litio, Trazodona, antipsicóticos, fenitoína, warfarina y pentazocina. La fluoxetina inhibe el metabolismo de los antidepresivos tricíclicos.

El uso de fluoxetina y triptófano desarrolla síntomas como agitación, malestar gastrointestinal e inquietud, Cuando se administran inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) Y fluoxetina se ha reportado: rigidez, hipertermia, inestabilidad autónoma, agitación, y delirio. <sup>(16)</sup>

### Dosificación

La dosis es de 20 mg/día por la mañana. <sup>(16)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### PAROXETINA

#### **Indicaciones terapéuticas:**

Antidepresivo, inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina. Depresión de diversos tipos, incluyendo depresión reactiva y grave. Depresión acompañada de ansiedad y para el tratamiento de los ataques de pánico con o sin agorafobia y de los trastornos obsesivos compulsivos.<sup>(16)</sup>

#### **Contraindicaciones:**

Hipersensibilidad al principio activo, embarazo y lactancia, niños menores de 14 años, administración simultánea con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).<sup>(16)</sup>

#### **Precauciones general:**

Como la mayoría de los antidepresivos, no debe ser usado en combinación con los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) o en las semanas de terminado el tratamiento con IMAOs. Posteriormente el tratamiento debe ser iniciado cuidadosamente y la dosis incrementada gradualmente hasta alcanzar una respuesta óptima.

Los IMAOs no deberán ser utilizados dentro de las dos semanas de suspensión de la terapia con paroxetina.<sup>(16)</sup>

#### **Reacciones secundaria y adversa:**

Por lo general los efectos adversos de paroxetina son de naturaleza leve y no modifican la calidad de vida del paciente. Las experiencias adversas pueden disminuir en intensidad y frecuencia al continuar con el tratamiento y en general, no producen interrupción del tratamiento. Los efectos adversos más comunes asociados con el uso de paroxetina y que no se observaron con la misma incidencia en los pacientes tratados con placebo fueron: náusea, somnolencia, sudoración, temblor, astenia, sequedad de boca y disfunción sexual.<sup>(16)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### **Interacciones medicamentosas:**

Al igual que con otros inhibidores de la recaptura de serotonina (5-HT), estudios en animales indican que puede presentarse una interacción entre paroxetina y triptófano, dando como resultado el “síndrome de serotonina” que se traduce en una combinación de agitación, insomnio y síntomas gastrointestinales, incluyendo diarrea. Al igual que los demás inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, paroxetina inhibe la enzima hepática citocromo P-450 y esto puede aumentar los niveles en plasma de algunos medicamentos coadministrados y que son metabolizados también por estas enzimas. Aunque no incrementa las alteraciones de la destreza mental y motora causada por el alcohol, no se recomienda administrar simultáneamente paroxetina y alcohol en los pacientes deprimidos.<sup>(16)</sup>

### **Dosis y vía de administración:** Oral.

Dosis: Una sencilla dosis única al día de 20 mg es recomendada, ya que la dosificación ha demostrado ser la dosis óptima para la mayoría de los pacientes. En caso necesario, ésta puede aumentarse con incrementos de 10 mg hasta 50 mg diarios de acuerdo con la respuesta del paciente. Se recomienda que se administre una vez al día por las mañanas y con alimentos.<sup>(16)</sup>

Habitualmente la dosis de mantenimiento es igual a la dosis de inicio (20 mg diarios) para la mayoría de los pacientes.<sup>(16)</sup>

- Trastorno obsesivo compulsivo: La dosis recomendada es de 40 mg diarios. Los pacientes deberán comenzar con 20 mg y la dosis podría aumentarse 10 mg semanalmente de acuerdo a la respuesta del paciente, algunos pacientes requieren una dosis máxima diaria de 60 mg.<sup>(16)</sup>
- Trastorno de pánico: La dosis recomendada es de 40 mg diarios, los pacientes deberán comenzar con 10 mg diarios y la dosis aumentará 10 mg semanalmente según la respuesta del paciente. Algunos pacientes requerirán de una dosis máxima diaria de 60 mg.<sup>(16)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### SERTRALINA

#### **Mecanismo de acción:**

El clorhidrato de sertralina es un derivado de la naftilamina inhibidor potente y específico de la recaptación neuronal de serotonina (5-HT), la sertralina solo tiene efectos adversos muy débiles sobre la recaptación neuronal de norepinefrina y dopamina. En dosis clínica, la sertralina bloquea la captación de serotonina dentro de las plaquetas humanas.

En estudios controlados en voluntarios normales, la sertralina no produjo sedación y no interfirió con la actividad psicomotriz. La sertralina no aumenta la actividad catecolaminérgica, ni tiene afinidad para los receptores muscarínicos (colinérgicos), serotoninérgicos, (5HT 1A, 5HT1B, 5HT2) dopaminérgicos, adrenérgicos (alfa 1, alfa 2 o beta), histaminérgicos, GABA o benzodiazepínicos.<sup>(1)</sup>

#### **Acción terapéutica:**

Indicado para el tratamiento de la sintomatología de la depresión mayor. Así mismo, es útil en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno del estrés postraumático.<sup>(1)</sup>

#### **Farmacocinética**

Después de la administración por vía oral en dosis de 50 a 200 mg de sertralina, durante 14 días la sertralina se adsorbe de manera lenta por el tracto gastrointestinal, su concentración plasmática se alcanza entre 4.5 a 8.5 horas experimentando un amplio metabolismo de primer paso por el hígado, siendo la vía inicial primaria de demetilación a N-desmetilsertralina, que es menos sustancialmente menos activa que el compuesto original.

La vida media de la N-desmetilsertralina es de 52 a 104 horas. La sertralina al igual que la N-desmetilsertralina son extensamente metabolizado en el humano, los metabolitos resultante se excretan en la orina solo una pequeña cantidad (<0.2%).<sup>(20)</sup>

Tanto la sertralina como sus metabolitos son ampliamente distribuidos a los tejidos y la unión a las proteínas plasmáticas es muy alta cerca del 98%. La eliminación de sertralina tiene una vida media de 24 a 26 horas. Se distribuye en la leche materna.<sup>(1)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### Indicaciones

- Tratamiento de los síntomas de la depresión, incluida la depresión acompañada de síntomas de ansiedad, en pacientes con o sin antecedentes de manía.
- Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
- Tratamiento del trastorno del pánico con o sin agorafobia.
- Tratamiento del trastorno del estrés postraumático (TEPT) y para el tratamiento de las fobia social, también conocida como trastorno de ansiedad social.<sup>(1)</sup>

### Reacciones secundaria y adversa:

- ✓ Frecuentemente (> 10%): somnolencia, mareos, dolor de cabeza, insomnio, vómito, náusea, diarrea y disfunción eyaculatoria.
- ✓ Ocasionalmente (1-9%) puede causar agitación, ansiedad, nerviosismo, palpitaciones, anorexia, constipación, dispepsia, flatulencia, incremento del apetito, decremento de la libido, anorgasmia; tanto en hombres como en mujeres e impotencia.
- ✓ Raramente (< 1%): priapismo, sedación, vasodilatación, ruborización, dolor de cabeza, pesadez, hipertonía, hiperestesia, sequedad de boca, dolor de espalda, elevación de enzimas hepáticas, astenia, malestar general, mialgia, rinitis y dolor torácico. En individuos predispuestos se puede presentar: hipomanía o manía.<sup>(1)</sup>

### Precauciones general:

No se administre concomitantemente con los IMAOs, ya que se ha reportado que presentan algunas reacciones graves:

- Epilepsia: No administrarse en pacientes con epilepsia inestable. Vigilancia en pacientes con epilepsia controlada. Deberá interrumpirse la administración en pacientes que presenten convulsiones.
- Insuficiencia hepática: Se recomienda utilizar dosis menores o administrarla con menor frecuencia.<sup>(1)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

- Embarazo o lactancia: la sertralina se puede utilizar en el embarazo de acuerdo si los beneficios superan los riesgos.<sup>(1)</sup>

### **Interacciones medicamentosas:**

No se recomienda el uso de concomitante de sertralina con alcohol, litio, sumatriptán.

Fenitoína: efectuarlos ajustes necesarios en la dosis de Fenitoína.

La sertralina con warfarina, diazepam o tolbutamida produjo un aumento mínimo, pero estadísticamente significativo en algunos parámetros farmacocinéticas.

La sertralina tiene poco o ningún potencial para inhibir CYP1A2.<sup>(1)</sup>

### **Dosis y vía de administración:**

Debe de administrarse en una sola dosis diaria, ya sea en la mañana o en la noche.

- Depresión: iniciar con dosis de 50 mg diario, pacientes que no tienen una respuesta satisfactoria puede incrementarse con intervalo mínimo de una semana hasta una dosis máxima de 200 mg diario.
- Desordenes obsesivos-compulsivos: dosis inicial de 50 mg diario.
- Trastorno del pánico con o sin agorafobia y desordenes de estrés postraumático: la dosis usual inicial es de 25 mg una vez al día incrementando después de una semana 50 mg diario.
- Desorden compulsivo-obsesivo en niños mayores de 6 años: los niños en edad de 6-12 años la dosis usual inicial es de 25 mg una vez al día, en adolescente se puede iniciar con 50 mg una vez al día.<sup>(1)</sup>

### **Presentación:**

Sobre de 10 tabletas que contienen 50 mg de sertralina.

Sobre de 10 tabletas que contienen 100 mg de sertralina.<sup>(1)</sup>





## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### ✓ INHIBIDOR SELECTIVO DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA. (ISRS)

#### VENLAFACINA

##### **Mecanismo de acción.**

La Venlafaxina es un agente fenetil-amina con efectos presinápticos noradrenérgicos y Serotoninérgicos, aunque son menores que los efectos provocados por los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).<sup>(16)</sup>

##### **Farmacocinética.**

Este fármaco tiene un metabolito activo: O-desmetil-venlafaxina y dos metabolitos menores inactivos, N-desmetil-venlafaxina y N, O- didesmetil-venlafaxina.

Su metabolito activo tiene 0.2 a 3.3 veces la actividad de la droga. Tiene una farmacocinética lineal en dosis de 25 a 150 mg cada 8 hrs. Los valores de la Tmax para la Venlafaxina son de 2.7 a 3.8 hrs y de 9.3 a 10.7 para su metabolito activo.<sup>(16)</sup>

##### **Reacciones secundaria.**

Los efectos adversos que más comúnmente se han reportado con venlafaxina son: náusea, somnolencia e insomnio. Otros menos frecuentes son: sequedad de boca, nerviosismo, constipación, eyaculación anormal, astenia, anorexia, convulsiones e hipertensión.<sup>(1)</sup>

##### **Interacciones Medicamentosas.**

No deben usarse conjuntamente con: inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y Venlafaxina. La cimetidina aumenta la actividad farmacológica de la Venlafaxina. Este antidepresivo aumenta la concentración máxima de haloperidol.<sup>(16)</sup>

##### **Dosificación.**

75mg/día, por las noches. Como dosis de mantenimiento.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### MATERIAL Y METODO

**Tipo de Estudio:** Es de tipo Descriptivo y de corte transversal.

**Área de estudio:** Centro de Atención Psicosocial (CAPS) el cual se encuentra ubicado del Teatro “José de la Cruz Mena” 25 varas al este, León.

**Población de estudio:** 51 pacientes que se les prescribió medicamentos antidepresivos ingresados de enero a junio del año 2012.

#### **Variables de estudio:**

- ✓ Procedencia.
- ✓ Edad.
- ✓ Sexo.
- ✓ Ocupación.
- ✓ Número de Hijos.
- ✓ Estado civil.
- ✓ Fármaco Antidepresivo.
- ✓ Factores por lo que se prescriben los fármacos Antidepresivos.
- ✓ Pauta terapéutica.
- ✓ Tipo de depresión

#### **Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes que asistieron al centro de atención psicosocial (CAPS) en el periodo comprendido de enero-junio del año 2012.
- ✓ Pacientes con expediente completo.
- ✓ Pacientes con tratamiento antidepresivo.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### **Criterios de exclusión:**

- ✓ Pacientes que no asistieron al centro de atención psicosocial en el año enero-junio 2012.
- ✓ Expediente incompleto.
- ✓ Pacientes que no fueron diagnosticados con depresión.
- ✓ Pacientes que tenían otro tratamiento además del antidepresivo.

- **Métodos e instrumentos de recolección de información:**

**Fuente de Información:** La información fue obtenida mediante la revisión de los expedientes clínicos, hojas de enfermería, perfil fármaco terapéutico.

**Procedimiento de recolección de información:** Para la recolección de la información se hizo la coordinación con el director del centro CAPS para tener acceso a la búsqueda de la información de los pacientes en los expedientes clínicos y otros de cada uno de los pacientes en estudio con el compromiso de que la información obtenida sería del conocimiento único del autor de la presente monografía y utilizada solamente para fines de estudio. En el área de estadísticas fueron recolectados los datos mediante una ficha elaborada para tal fin.

### **Plan de análisis:**

1. Edad vs sexo
2. Procedencia vs ocupación
3. Número de hijos
4. Estado civil.
5. Fármacos antidepresivos vs factores predisponente a la prescripción.
6. Fármacos antidepresivos vs tipo de depresión
7. Fármacos antidepresivos vs pautas terapéuticas.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

**Procesamiento y análisis de la información:** Los datos fueron procesados manualmente a través de la técnica de los palotes para poder clasificar y tabular los datos para luego ser verificada de manera automatizada con la utilización del software.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos de barra y de pastel estadísticos, utilizando programas de computación (Microsoft Excel y Word), con sus respectivos análisis, los cuales reflejan el grado de cumplimiento de los objetivos planteados en el estudio. Esto permitió hacer las respectivas conclusiones y recomendaciones.

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Valor
<b>Procedencia</b>	Lugar de origen de donde es la persona.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Urbana</li><li>• rural</li></ul>	Porcentual
<b>Edad</b>	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el tiempo de obtener la información.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Números de años cumplidos</li></ul>	Porcentual
<b>Ocupación</b>	Es el empleo u oficio de cada persona.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Maestro</li><li>• Ama de casa</li><li>• Estudiante</li></ul>	Porcentual
<b>Número de hijos</b>	Cantidad de descendientes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li><li>• 1-5</li><li>• 6-9</li></ul>	Porcentual
<b>Estado civil</b>	Es condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soltero</li><li>• Matrimonio</li><li>• Viudez</li><li>• divorcio</li></ul>	Porcentual



Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

<b>Fármacos antidepresivos</b>	Es Toda sustancia o producto natural o sintético que se utiliza para la prevención y tratamiento de las enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tipos de medicamentos</li></ul>	Porcentual
<b>Pauta terapéutica</b>	Es la cantidad total de medicamento que se administra de una sola vez o el total de las cantidades fraccionarias administradas durante un periodo.	<ul style="list-style-type: none"><li>• dos veces al día</li><li>• Antes de acostarse</li><li>• diario</li><li>• antes de la comida</li></ul>	Porcentual
<b>Factores predisponentes a la prescripción de antidepresivos</b>	Causa por la cual reciben fármacos antidepresivos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedad.</li><li>• Stress</li><li>• Síndrome de estrés posttraumático.</li><li>• Síndrome demencial.</li><li>• Idea intrusa.</li><li>• Desánimo.</li><li>• Síndrome ansioso.</li></ul>	Porcentual
<b>Tipos de depresión</b>	Diferentes forma en que se presenta la patología según sus sintomatología.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome depresivo mayor</li><li>• Síndrome depresivo.</li><li>• Trastorno ansioso depresivo.</li><li>• Conducta depresiva.</li></ul>	porcentual



Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial  
(CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

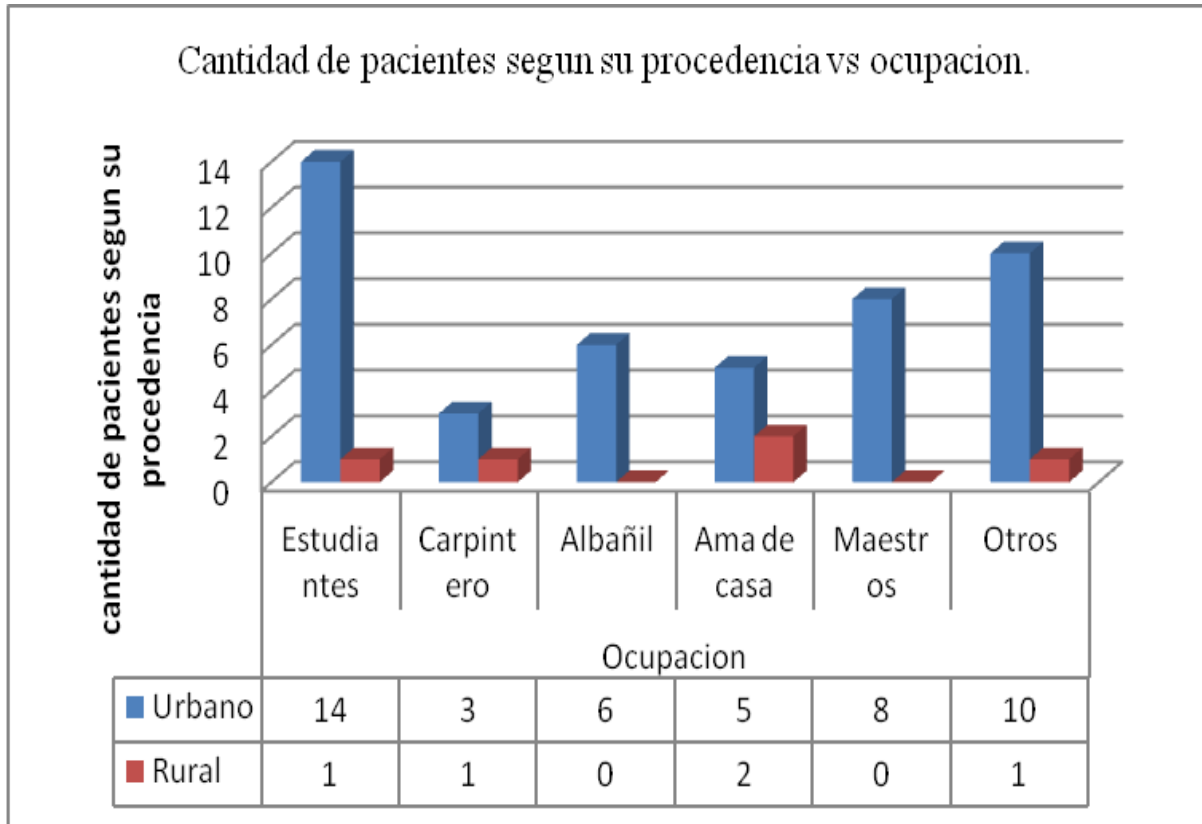
---

# RESULTADOS



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

**Grafico 1.** Cantidad de pacientes que fueron referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo en estudio según su ocupación vs su procedencia.

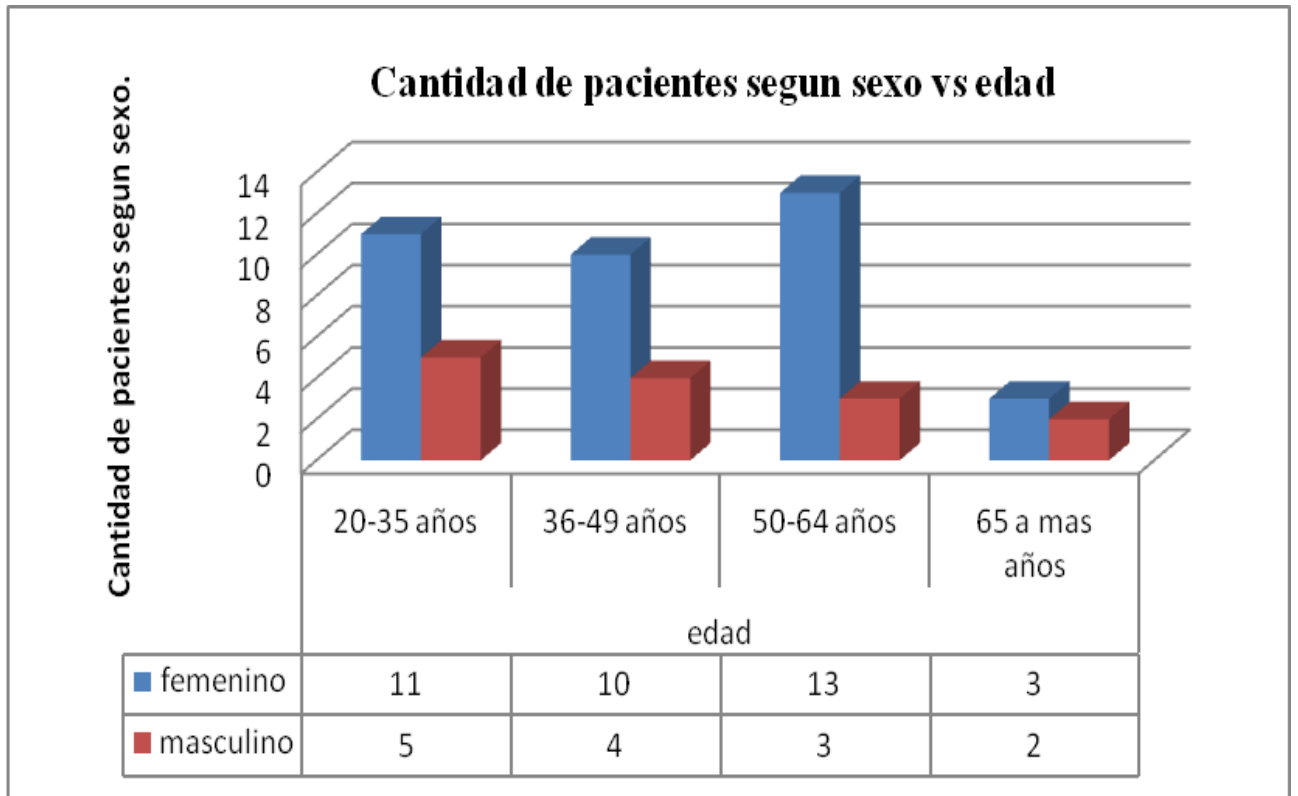


**Fuente:** Área de estadística o base de datos del (CAPS)



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

**Grafico 2.** Cantidad de pacientes que fueron referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo en estudio según su Sexo vs Edad.



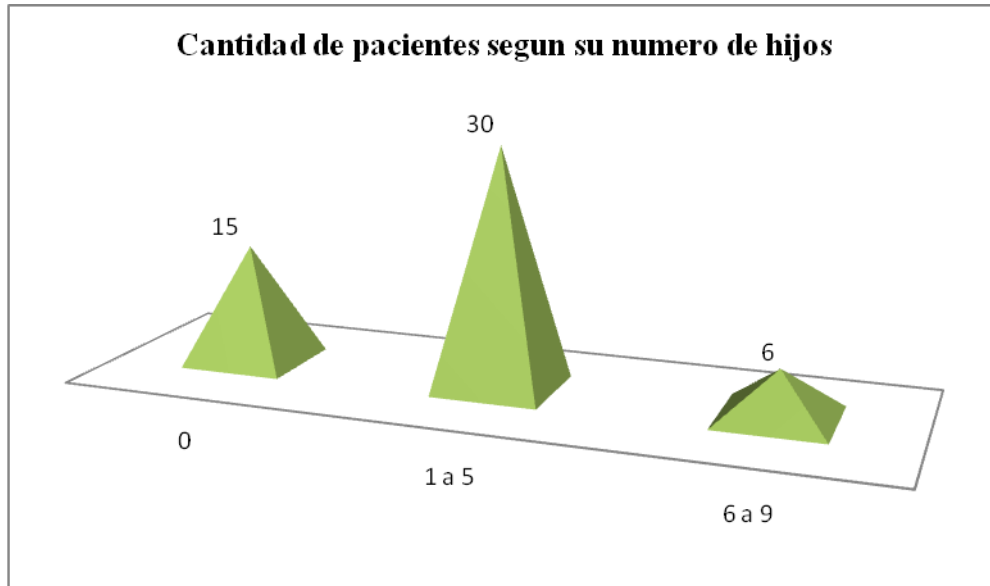
**Fuente:** Área de estadística o base de datos del (CAPS).





## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

**Grafico N°3.** Cantidad de pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo de estudio según el número de hijos.

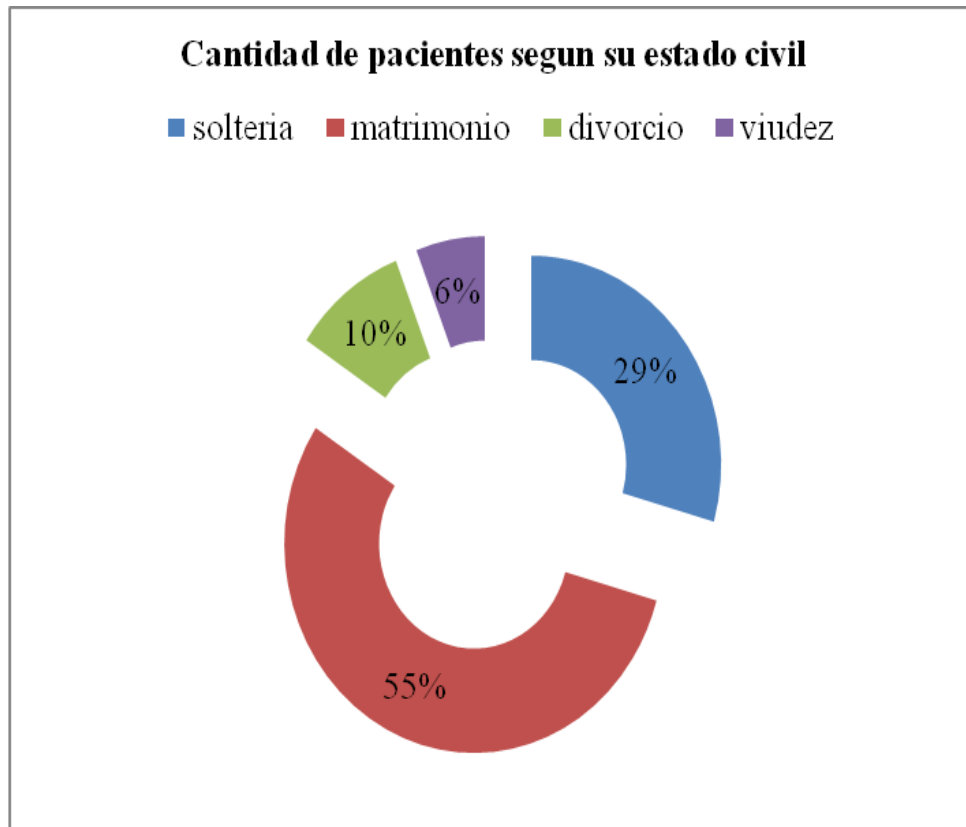


Fuente: Área de estadística o base de datos del (CAPS)



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

**Grafico N° 4.** Cantidad de pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo en estudio según Estado civil

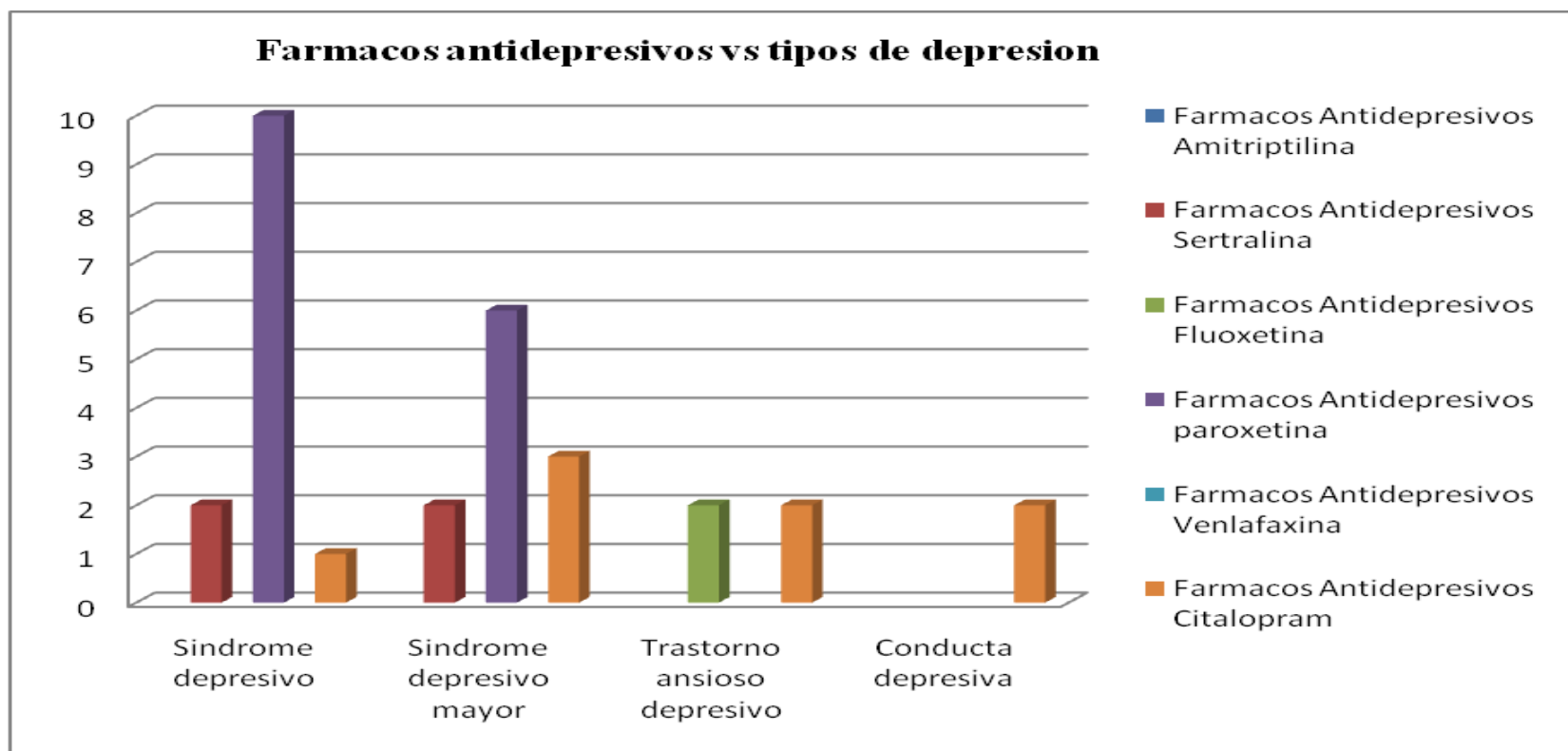


Fuente: Área de estadística o base de datos del (CAPS)



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

**Grafico N° 5** Fármacos antidepresivos según tipos de depresión presentada por los pacientes en estudio.

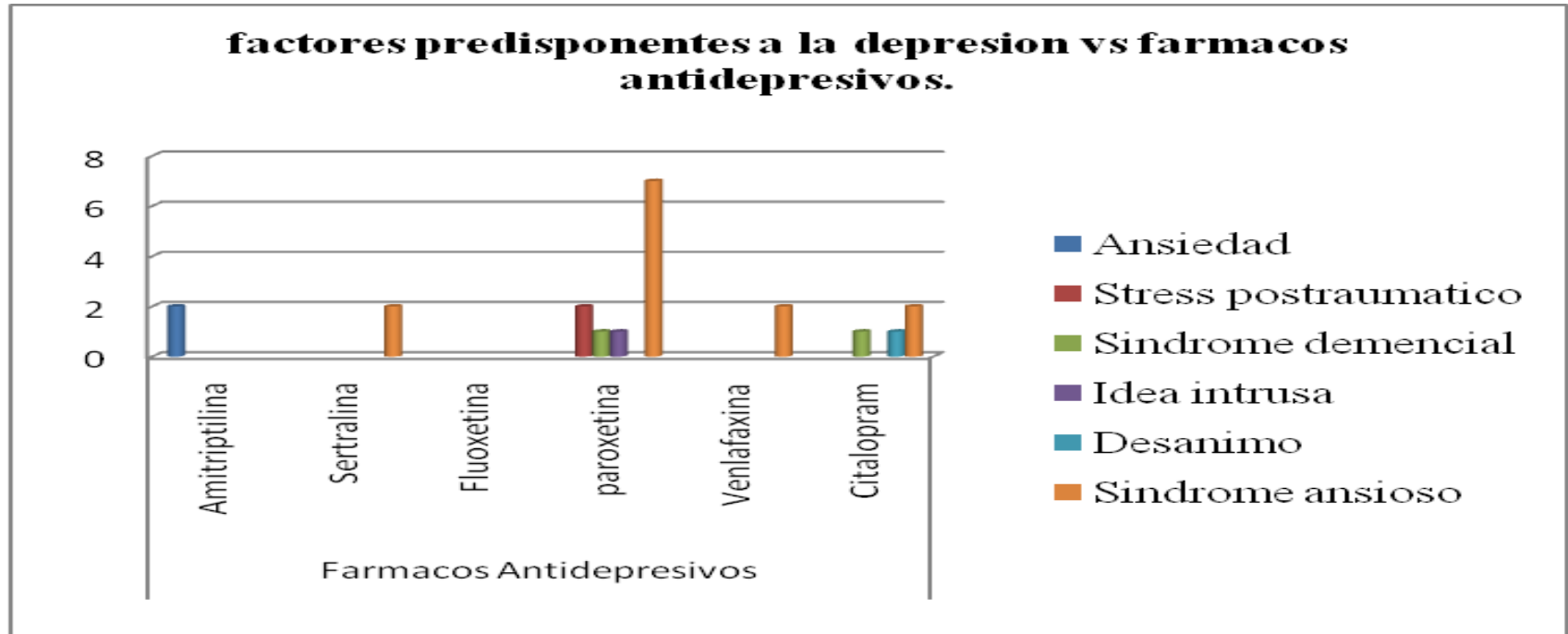


**Fuente:** Área de estadística o base de datos del (CAPS)



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

**Grafico N°6.** Factores predisponente a la depresión según fármacos antidepresivos indicados en los pacientes en estudio.

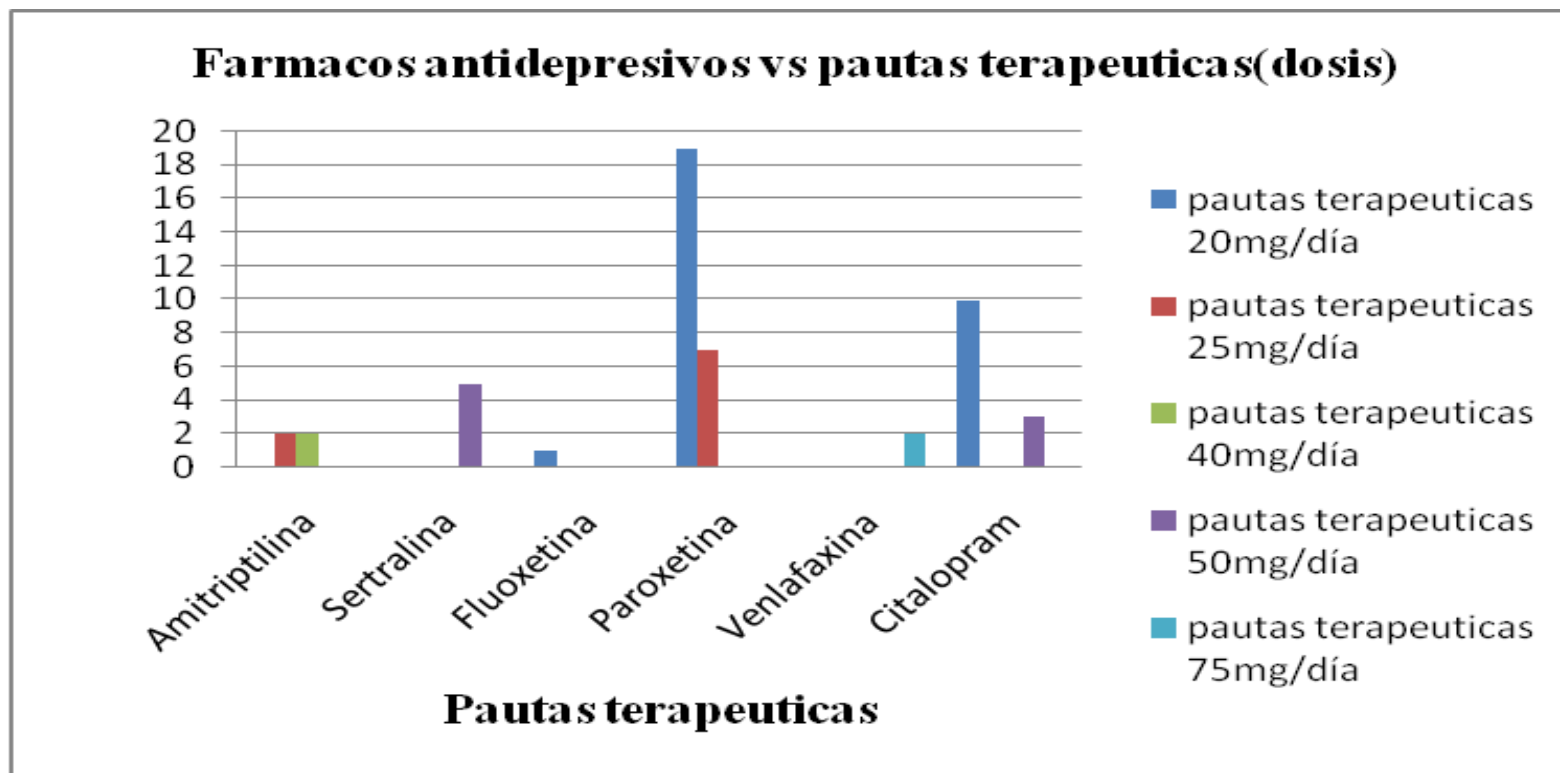


**Fuente:** Área de estadística o base de datos del (CAPS)



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

**GRAFICO N°7.** Fármacos antidepresivos utilizados vs pautas terapéuticas en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo de estudio.



Fuente: Área de estadística o base de datos del (CAPS)



Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial  
(CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

# ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

Para llegar a la conclusión del estudio se realiza el siguiente análisis de los resultados obtenidos:

En el grafico N° 1 se observan las variables ocupación y procedencia de los pacientes en estudio encontrándose que 15 pacientes son estudiantes y corresponden al 29% de la población en estudio, otros (domesticas, agrónomos, abogados, desempleados, etc.) corresponde al 22%, maestros en un 16%, amas de casa a un 14%, albañiles un 12%, seguido de la ocupación de carpinteros al cual corresponde el 8%. Los pacientes con ocupación estudiante, son los más afectados con depresión y como se puede observar, el 90 % son de procedencia urbana, y un 10% de procedencia rural, demostrando así que la mayor parte de pacientes en estudio que padecen de algún tipo de depresión son las personas que viven en la ciudad, por lo tanto, se comprueba que son las personas que visitan más frecuentemente el centro de atención psicosocial solo por vivir en la ciudad. Eso le favorece en su tratamiento, requiriendo de menos costo para asistir al centro de atención psicosocial con respecto a los de procedencia rural, además su padecimiento puede estar relacionado a las características de la vida en las grandes ciudades del áreas urbana, además del estrés, vida agitada y otros.

En el grafico N° 2 se describe el n° de pacientes referidos al CAPS según edad y sexo, encontrando acá que el grupo etario mas afectado es el de 50 – 64 años, seguido de los de 20 – 35 años, luego el de 36 – 49 y finalmente el de 65 a mas y fueron las de sexo femenino las de mayor porcentaje de afectación correspondiendo al 73%. Según estudios realizados afirman que las edades de mayor prevalencia para la depresión se encuentran entre los 20 hasta los 42 años, <sup>(27)</sup> y que son las mujeres las que presentan más frecuentemente estas patologías en comparación al sexo masculino, quienes en la mayoría de los casos se refugia en el licor o el suicidio, por el contrario las mujeres buscan ayuda profesional para poder salir de la situación por la que pasan.

El grafico N° 3 revela información sobre el número de hijos que tienen los pacientes que son atendidos en el centro, encontrándose que el 59% tienen de 1 – 5 hijos, el 29% no tiene ninguno y un 12 % tiene de 6 -9 hijos. Esta característica es importante considerarla ya que pudiera ser uno de los factores que puede incidir en la aparición de sintomatología de la depresión por el hecho de que son los padres los que deben garantizar la manutención de los hijos.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

En el grafico N° 4, podemos observar el numero y porcentaje de individuos en estudio de acuerdo a su estado civil. Se encontró que el 55 % de los pacientes en estudio están casados; un 29 % se encuentra soltero; el 10 % de la población se encuentra divorciado y un 6 % de la población se encuentran en estado de viudez. En este sentido se puede considerar que es un factor influyente en la estabilidad emocional de las persona y que pudiera estar influyendo en la aparición de la enfermedad.

El grafico N° 5 describe los fármacos antidepresivos utilizados de acuerdo al tipo de depresión, encontrando que de los 51 pacientes en estudios, 30 pacientes equivalentes al 59% padecen de algún tipo de depresión por lo cual utilizan fármacos antidepresivos en su tratamiento. El fármaco mayormente utilizado fue la Paroxetina, seguido de la Citalopram y Sertralina con un porcentaje de uso del 53.33%, 26.6% y 13.33% respectivamente. Por otro lado el tipo de depresión que más se encontró fue el Síndrome depresivo con un 25%, seguido del síndrome depresivo mayor, 22% y los trastornos ansiosos con el 8%.

El grafico N° 6 describe que de los 51 pacientes en estudio el 41% (21 pacientes) presenta algún tipo de factor que predispone al padecimiento de la depresión por lo cual se tratan como pacientes depresivos. En mayor porcentaje, esto es el 25%, se presento el Síndrome ansioso, la ansiedad, síndrome demencial y estrés postraumático se presentaron en un 4% y el resto en un porcentaje menor. Al igual, el fármaco de mayor uso fue la Paroxetina y la Citalopram respectivamente.

En el grafico N° 7 se puede observar que la Paroxetina es el fármaco de mayor uso y que fue utilizado principalmente en dosis de 20mg y 25mg con un total de 26 prescripciones equivalente a un 51%, seguidamente del citalopram con 13 prescripciones en dosis de 20mg y 50mg, equivalente a un 25%. Seguido de la sertralina con 5 prescripciones en dosis de 50mg día, equivalente a un 10%, seguidamente la amitriptilina en dosis de 25mg y 40mg con 4 prescripciones, correspondiendo a un 8%, continuando con la Venlafaxina con 2 prescripciones en dosis de 75mg, equivalente a un 4%, y finalmente en último lugar la fluoxetina con 1 prescripción en dosis de 20mg, equivalente a un 2%. Las pautas del tratamiento son correctas de acuerdo a bibliografía revisada.





## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### CONCLUSIÓN

Se concluye que en el Centro de Atención Psicosocial “Alfonso Cortés” (CAPS-León) la utilización de los medicamentos antidepresivos es adecuada al contrastarlo con la bibliografía consultada, además se corresponde al tipo de padecimiento encontrado en los pacientes en estudio. Esto significa que en dicho centro los facultativos están realizando la práctica del uso racional de los medicamentos, esto implica que se está utilizando el fármaco correcto, las dosis y pautas terapéuticas adecuadas para cada padecimiento, contribuyendo de esta manera con la mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### RECOMENDACIONES

- ✓ Incentivar a los pacientes para que no abandonen las terapias realizando campañas educativas a lo interno del centro explicándole más sobre su enfermedad y la importancia de mantener el tratamiento.
- ✓ Incluir un registro de las RAM si se presentan en los expedientes de cada paciente para así tomar medidas pertinentes para mejorar la calidad de vida del paciente durante su tratamiento.
- ✓ Al Comité de Uso Racional del SILAIS, proponer un protocolo de tratamiento para que sea aplicado en los pacientes con depresión, apoyados por un farmacéutico.
- ✓ Al personal médico y enfermería llenar de forma completa los datos incluidos en los expedientes para darle un mejor servicio médico al paciente.



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

### BIBLIOGRAFIA

- 1- Afiche de comercialización de Adeprex (sertralina ) laboratorios Panzyna Nicaragua
- 2- Afiche de comercialización de citalopram 20mg tabletas recubiertas USP. laboratorios HETERO.
- 3- Álamo C, López Muñoz F, Cuenca E: Septiembre 1998, "Contribución de los antidepresivos y reguladores del humor al conocimiento de las bases neurobiológicas de los trastornos afectivos",Vol. 2, No. 3, [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/art\\_7.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/art_7.htm)
- 4- Alarcón R. 2005psiquiatría 4º edición México .panamericana pp.122
- 5- Álvarez Luna f, farmacoepidemiología. estudio de utilización de medicamentos. parte I: conceptos y metodología. Seguimiento farmacoterapeutico, 2004
- 6- Artículo periodístico. José Luis Gonzales, la prensa “reinauguración del CASP-león, julio 2009.
- 7- Baños JE, Farré M. Principios de Farmacología Clínica. Bases científicas de la utilización de medicamentos. Barcelona: Ediciones Masson S.A. 2002.
- 8- Campos L, antidepresivos en el tratamiento de la crisis de la depresión: <http://www.salud.cibercuba.com>
- 9- Davison. Gerald G. y Neale, John M. Psicología de la conducta anormal: enfoque clínico. Experimental 1º edición 1980. México, DF. Editorial Limusa,
- 10- Diccionario enciclopédico Euro-México, 1996 ediciones trébol S.L Barcelona, realización: departamento de obras de referencias, ediciones trébol S.L.
- 11- Diccionario manual de la lengua española, vox 2007. Larousse editorial S.L.
- 12- Dres, J.M .Arnau, A. Vallano. CS. vall d’Hebron. Universidad autónoma de Barcelona, estudios de utilización de medicamentos (medicamentos y salud).
- 13- El médico interactivo.
- 14- Galiano Álvaro “ Diccionario Ilustrado de términos médicos”2010



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

- 15- Gené J, Catalán A. Martín A, Cano JF. Utilización de medicamentos en Atención Primaria. En Martín A, Cano JF eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid; 2003.
- 16- González María Teresa, Jarquin Espinoza Oscar Danilo, Linarte Wagner Ana Isabel. Uso de fármacos antidepresivos en pacientes femeninos de 20 – 50 años de edad atendidas en el centro de atención psicosocial (CAPS) en el periodo comprendido de enero – diciembre del año 2004.
- 17- Goodman y Gilman. las bases farmacológica de la terapéutica 11º edición, México McGraw Hill pp. 429-453.
- 18- Guilayn, Priscila: "Cuando el cuerpo no puede con el alma", *El País Semanal*, España, domingo 17 de octubre de 2004, n° pág. 1464.
- 19- Hayes, N 1999 psicología 2º edición .Boston; harcourt pp. 155
- 20- Howard, G, 2005 Psiquiatría general 5º edición. Atlanta , Jasen pp.323  
[http://www.Elmedicointeractivo.com/formación\\_acre2005/tema5/tema5-6/abordaje9.htm](http://www.Elmedicointeractivo.com/formación_acre2005/tema5/tema5-6/abordaje9.htm). 20050605
- 21- López, Francisco y Álamo, Cecilio. Historia de la neuropsicofarmacología. 1º edición, Madrid. Editorial Eurobook, 1998.
- 22- Martonoe, Kevin. “manual de información de medicamentos de la división de servicios de salud mental del estado de nueva jersey” noviembre 2008.
- 23- MétodoDADER para el seguimiento farmacoterapeutico.  
<http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/>
- 24- Navarra A, 2005, mejora de la atención a pacientes depresivos en atención primaria. calidad en asistencia médica. España junio. pp. 11-24.
- 25- Olortegui, F .1993. diccionario de psicología Buenos Aires; San Marcos pp. 100
- 26- Rodríguez, R 2007 guía de farmacología y terapéutica 5º edición, México. McGraw Hill pp.51-55.
- 27- [www.saludable-mente.com.mx/477094-neuroticodepresivo.html](http://www.saludable-mente.com.mx/477094-neuroticodepresivo.html)



**Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial  
(CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.**

---

# **ANEXOS**



Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

Carta de solicitud para obtener permiso para la revisión de expedientes clínicos en el (CAPS)



Universidad  
Nacional  
Autónoma de  
Nicaragua

Facultad de Ciencias Químicas

SECRETARIA ACADEMICA

"2012: Año del Bicentenario y Refundación de la Universidad"

León, 25 de Junio 2012.

Dra. Maritza Sampson  
Dir. CAPS

Estimada Dra. Sampson:

Sirva la presente para hacerle formal solicitud, a fin de que el Br. Carlos Quintana, Carnet No. 07-01720-0, egresado de la Carrera de Farmacia, quien se encuentra realizando su trabajo Monográfico de culminación de estudios, pueda obtener la información que necesita para realizar y finalizar su trabajo titulado "Estudio de utilización de antidepresivos en pacientes referidos al Centro de Atención Psicosocial, CAPS durante Enero – Junio 2012", cuyo objetivo general se plantea Analizar el uso de antidepresivos en los pacientes atendidos en el CAPS".

No omito manifestarle que dicha información será utilizada para fines del estudio solamente.

Esperando su apoyo y agradeciendo de antemano su amable atención, quedo de usted.

Atentamente,

*M. Rosales M.D.*  
MSc. María Lourdes Rosales Martínez  
Docente Tutor

Cc: archivo

*Lia Pérez*  
*26/12*  
CENTRO ATENCION PSICO SOCIAL  
(C. A. P. S.)  
"ALFONSO CORTEZ" - HEODRA. - León





## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

**TABLA 1.** Número de pacientes que fueron referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo en estudio según su Edad vs sexo.

Procedencia	Ocupación						Total	%
	Estudiantes	Carpintero	Albañil	Ama de casa	Maestros	Otros		
Urbano	14	3	6	5	8	10	46	90%
Rural	1	1	0	2	0	1	5	10%
<b>Total</b>	15	4	6	7	8	11	51	
<b>%</b>	29%	8%	12%	14%	16%	22%		100%

Fuente: Área de estadística o base de datos del (CAPS)

**TABLA 2.** Número de pacientes que fueron referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo en estudio según su Edad vs sexo.

Sexo	Edad				Total	%
	20-35 años	36-49 años	50-64 años	65 a mas años		
Femenino	11	10	13	3	37	73%
Masculino	5	4	3	2	14	27%
<b>Total</b>	16	14	16	5	51	
<b>%</b>	31%	27%	31%	10%		100%

Fuente: Área de estadística o base de datos del (CAPS)





## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

**Tabla N° 3.** Número de pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo de estudio según el número de hijos.

<b>N° de Hijos</b>			
0 hijos	1 a 5 hijos	6 a 9 hijos	%
15	30	6	
29%	59%	12%	100%

Fuente: Área de estadística o base de datos del (CAPS)

**Tabla N°4**

Número de pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo en estudio según Estado civil

<b>Estado Civil</b>				
Soltería	Matrimonio	Divorcio	Viudez	%
15	28	5	3	
29%	55%	10%	6%	100%

Fuente: Área de estadística o base de datos del (CAPS)



Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

Tabla N° 5

Número de pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo en estudio según los tipos de depresión y fármacos antidepresivos.

Tipos de depresión	Fármacos Antidepresivos							
	Amitriptilina	Sertralina	Fluoxetina	paroxetina	Venlafaxina	Citalopram	Total	%
Síndrome depresivo		2		10		1	13	25%
Síndrome depresivo mayor		2		6		3	11	22%
Trastorno ansioso depresivo			2			2	4	8%
Conducta depresiva						2	2	4%
<b>Total</b>	0	4	2	16	0	8	30	59%

Fuente: Área de estadística o base de datos del (CAPS)



Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

TABLA N°6

Número de pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo en estudio según los factores predisponentes a la depresión y fármacos antidepresivos.

Factores predisponentes a la depresión	Fármacos Antidepresivos							
	Amitriptilina	Sertralina	Fluoxetina	paroxetina	Venlafaxina	Citalopram	Total	%
Ansiedad	2						2	4%
Stress postraumático				2			2	4%
Síndrome demencial				1		1	2	4%
Idea intrusa				1			1	2%
Desanimo						1	1	2%
Síndrome ansioso		2		7	2	2	13	25%
<b>Total</b>	2	2	0	11	2	4	21	41%

Fuente: Área de estadística o base de datos del (CAPS)



Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

TABLA N° 7

Fármacos antidepresivos vs pautas terapéuticas en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS) durante el periodo de enero – junio del 2012

Fármacos antidepresivos	Pautas terapéuticas					Total	%
	20mg/día	25mg/día	40mg/día	50mg/día	75mg/día		
Amitriptilina		2	2			4	8%
Sertralina				5		5	10%
Fluoxetina	1					1	2%
Paroxetina	19	7				26	51%
Venlafaxina					2	2	4%
Citalopram	10			3		13	25%
<b>Total</b>	30	9	2	8	2	51	
<b>%</b>	59%	18%	4%	16%	4%		100%

Fuente: Área de estadística o base de datos del (CAPS)



## GLOSARIO

- **3-metoxi-4-hidroxifenilglicol:** Es el metabolito principal de la noradrenalina que se excreta por la orina. <sup>(13)</sup>
- **Acido homovanílico:** Acido producido por el metabolismo normal de la dopamina y que puede estar elevado en la orina ante tumores de la glándula suprarrenal. <sup>(13)</sup>
- **Ansiedad:** En psicoanálisis, la idea de miedo y peligro, acompañado de insomnio, tensión, taquicardia, disnea, sin relación con un estímulo claramente identificable. En psicología experimental, estado impulsivo o motivacional aprendido de sugerencias previamente neutras. <sup>(11)</sup>
- **Axón:** Prolongación alargada que parte del cuerpo de la neurona y termina en una ramificación que comunica con otras células y transmite los impulsos nerviosos. <sup>(11)</sup>
- **Cardiopatía isquémica:** Es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio). La arteriosclerosis coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos). Estos tres procesos provocan el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias. <sup>(13)</sup>
- **Dendritas:** Cada una de las prolongaciones que posee una célula nerviosa o neurona en el campo neuronal: las dendritas de las neuronas reciben los impulsos nerviosos de las células vecinas. <sup>(11)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

• **Depresivos neurótico:** Es una reacción a la pérdida o la amenaza de pérdida, al fracaso, a la desaprobación o la desilusión. Los síntomas básicos son la subestimación de sí mismo, el desaliento y la búsqueda de apoyo.

La persona neuróticamente deprimida no logra interesarse por la gente, por las cosas o por las actividades; renuncia a tener iniciativa, expresa constantemente sus sentimientos de inferioridad, de desprecio y de desesperación. <sup>(27)</sup>

• **Disternia:** Cualquier trastorno del ánimo. <sup>(27)</sup>

• **Endógeno:** que se origina o nace en el interior, o por causa internas. <sup>(11)</sup>

• **Enfermedad de Parkinson:** La enfermedad de Parkinson es un trastorno que afecta las células nerviosas, o neuronas, en una parte del cerebro que controla los movimientos musculares. En la enfermedad de Parkinson, las neuronas que producen una sustancia química llamada dopamina mueren o no funcionan adecuadamente. Normalmente, la dopamina envía señales que ayudan a coordinar sus movimientos. Nadie conoce el origen del daño de estas células. <sup>(27)</sup>

• **Enzima:** sustancia proteínica que producen las células vivas y que actúa como catalizador de los procesos metabólicos. <sup>(11)</sup>

• **Estado efectivo:** Los estados de ánimo son parte de nuestra emocionalidad, pero a estos no los podemos relacionar con acontecimientos determinados, como ocurre en el caso de las emociones y sentimientos. <sup>(11)</sup>

• **Euforia:** sensación de bienestar, resultado de una perfecta salud o de la administración de un estupefaciente. <sup>(11)</sup>



## Utilización de antidepresivos en pacientes referidos al centro de atención psicosocial (CAPS-León) durante el periodo de enero – junio del 2012.

- **Fehaciente:** que hace fe enjuicio.<sup>(11)</sup>
- **Inapetencia:** falta de apetito.<sup>(11)</sup>
- **Letargo:** estado de somnolencia profunda y prolongada.<sup>(11)</sup>
- **Libido:** Deseo o apetito sexual consciente o inconsciente.<sup>(11)</sup>
- **Manía:** Trastorno no emocional caracterizado por gran actividad psicomotriz, excitación, rápido paso de una idea a otra, exaltación y atención inestable, usualmente se produce en un trastorno bipolar.<sup>(10)</sup>
- **Neurosis:** Trastorno psicológico o conductual cuya características primaria es la ansiedad o angustia. Los mecanismos de defensa o cualquiera de las fobias son las técnicas de ajuste que el individuo aprende para afrontar esta ansiedad subyacente al contrario de la psicosis las personas con neurosis no muestran gran distorsión de la realidad ni la desorganización de la personalidad.<sup>(10)</sup>
- **Psicoactivo:** Que posee la capacidad de alterar los estados del ánimo la ansiedad o angustia, el comportamiento, los procesos cognoscitivos o la tensión mental; se aplica generalmente a agentes farmacológicos.<sup>(27)</sup>
- **Psicofarmacología:** Neuropsicofarmacología; Uso de drogas para tratar las alteraciones mentales. Ciencia de las relaciones entre drogas y la conducta.<sup>(10)</sup>
- **Sinapsis:** Contacto funcional de membrana a membrana de una célula nerviosa a otra, con una célula efectora o con una célula receptora sensitiva sirve para transmisión de impulsos nerviosos.<sup>(10)</sup>