

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					
CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA
						1 de 2

Neiva, 8 de marzo del 2023

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Katherin Yulieth Muñoz Zapata, con C.C. No. 1075318881,
 Santiago Sanchez Rojas, con C.C. No. 1075305682,
 Karen Tatiana Veloza Hernandez, con C.C. No. 1075301875,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado uso de psicofármacos en estudiantes de medicina de la facultad de salud de la universidad surcolombiana 2021-1 presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar al título de Medico;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
GESTIÓN DE BIBLIOTECAS



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

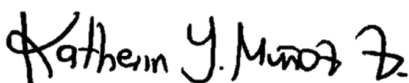
PÁGINA

2 de 2

un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: 

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: 

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: 

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA					 ISO 9001		 ISO 14001	 ISO 45001	 ICNET
	GESTIÓN DE BIBLIOTECAS									
DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO										
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA		1 de 4		

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Uso de psicofármacos en estudiantes de medicina de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana 2021-1

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Muñoz Zapata	Katherin Yulieth
Sánchez Rojas	Santiago
Veloza Hernández	Karen Tatiana

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Caviedes Pérez	Giovanni

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Castro Betancourt	Dolly

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Medico

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Medicina

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2023 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 93

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):



Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general__X_
Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros_X_

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. Psicofármacos | Psychotropic Drugs |
| 2. Estudiantes | Students |
| 3. Ansiedad | Anxiety |
| 4. Trastorno del sueño | Sleep disorder |
| 5. Salud Mental | Mental Health |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Introducción: La salud mental se constituye un grave problema de salud pública, se reporta una alta prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina lo cual lleva inherente un consumo de psicofármacos que no siempre están encaminados con un buen y efectivo tratamiento, por consiguiente, un empeoramiento de los cuadros patológicos y aumento de los efectos adversos que estos fármacos pueden ocasionar.

Objetivo: Describir el perfil de consumo de psicofármacos en una universidad de Neiva, Huila durante el año 2021.

Métodos: Estudio corte transversal con 524 estudiantes de medicina en una universidad de Neiva, Huila, Colombia



Resultados: Se recolectaron datos de 279 estudiantes. 18% han consumido medicamentos psicofármacos. No se encontró asociación con el sexo. Los estudiantes que han recibido psicofármacos tienen edad mayor. La razón de la prescripción más frecuentes son trastornos de depresión. El grupo de fármacos más formulado es el de antidepresivos, siendo la fluoxetina el fármaco que más frecuentemente han recibido los estudiantes. 41% de los que han recibido psicofármacos han experimentado efectos adversos. El más común fue la somnolencia. Algunos manifestaron haber presentado ideas suicidas relacionadas con la medicación.

Conclusiones: El porcentaje de estudiantes que han recibido psicofármacos es alto. La prevalencia de trastornos de depresión, ansiedad y del sueño en esta población es un problema que requiere medidas que incluyan políticas de salud pública al interior de los centros universitarios con estudiantes del área de la salud para asegurar el seguimiento de los casos y el tratamiento adecuado. Es pertinente la realización de más estudios poblacionales que ayuden a definir mejor la prevalencia y los factores asociados a las enfermedades mentales especialmente en estudiantes universitarios y, más aún, del área de la salud.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Introduction: Mental health constitutes a serious public health problem, a high prevalence of depressive symptoms, anxiety and stress is reported in medical students which inherently leads to a consumption of psychotropic drugs that are not always directed with a good and effective treatment, consequently, a worsening of the pathological pictures and increase of the adverse effects that these drugs can cause.

Objective: To describe the profile of psychotropic drug use in a university in Neiva, Huila during the year 2021.

Methods: Cross-sectional study with 524 medical students at a university in Neiva, Huila, Colombia

Results: Data were collected from 279 students. 18% had consumed psychotropic drugs. No association with sex was found. Students who have received psychotropic drugs are older. The most frequent reason for prescription is depressive disorders. The most frequently formulated group of drugs is antidepressants, with fluoxetine being the drug most frequently received by students. 41% of those who have received psychotropic drugs have experienced adverse effects. The most common was drowsiness. Some reported experiencing medication-related suicidal ideation.

Conclusions: The percentage of students who have received psychotropic drugs is high. The prevalence of depression, anxiety and sleep disorders in this population is a problem



that requires measures that include public health policies within university centers with students in the health area to ensure the follow-up of cases and adequate treatment. It is pertinent to carry out more population-based studies that help to better define the prevalence and factors associated with mental illness, especially in university students and, even more so, in the health area.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: DOLLY CASTRO B

Firma:

Nombre Jurado: Giovanni Caviedes Pérez

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

USO DE PSICOFÁRMACOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA 2021-1

KATHERIN YULIETH MUÑOZ ZAPATA
SANTIAGO SANCHEZ ROJAS
KAREN TATIANA VELOZA HERNANDEZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA – HUILA
2023

USO DE PSICOFÁRMACOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA
FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA 2021-1

KATHERIN YULIETH MUÑOZ ZAPATA
SANTIAGO SANCHEZ ROJAS
KAREN TATIANA VELOZA HERNANDEZ

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de Médico

Asesor:
DOLLY CASTRO BETANCOURT
Enfermera, Magíster en salud pública, Magíster en epidemiología.

Director:
GIOVANNI CAVIEDES PÉREZ
Médico, Especialista en medicina interna, Especialista en Farmacología clínica,
Especialista en Epidemiología.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA – HUILA
2023

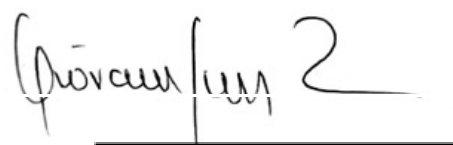
Nota de Aceptación

Aprobado



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jorge Antonio', is written over a horizontal line.

Presidente del Jurado



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Giovanna', is written over a horizontal line.

Jurado

Neiva, 8 de marzo del 2023

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios, a la virgen María y al Divino niño, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestras familias quienes con su amor y sacrificio han sido un apoyo incondicional en este largo camino para alcanzar ese sueño colectivo de convertirnos en Médicos(as) y profesionales de la salud

Katherin Yulieth
Santiago
Karen Tatiana

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, a la virgen María y al Divino niño por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestras familias por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. JUSTIFICACIÓN	16
2. ANTECEDENTES	19
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
4. OBJETIVOS	24
4.1. OBJETIVO GENERAL	24
4.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS	24
5. MARCO TEÓRICO	25
5.1. DEFINICIÓN ENFERMEDADES MENTALES	25
5.2. EPIDEMIOLOGIA	25
5.3. DEPRESIÓN	26
5.3.1. Fisiopatología.	27
5.3.2. Diagnóstico	29
5.4. ANSIEDAD	33
5.4.1. Fisiopatología	33
5.4.2. Diagnóstico	34
5.5. TRASTORNOS DEL SUEÑO	34
5.5.1. Fisiopatología	36
5.5.2. Diagnóstico	38
5.6. ANTIDEPRESIVOS	38
5.6.1. Antidepresivos Tricíclicos	38
5.6.1.1. Mecanismo de acción.	38
5.6.1.3. Indicaciones.	39

	Pág.
5.6.1.4. Posología	40
5.6.1.5. Efectos adversos	40
5.6.2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	41
5.6.2.1. Mecanismo de acción	41
5.6.2.2. Indicaciones	42
5.6.2.3. Posología	42
5.6.2.4. Efectos adversos	43
5.6.3. Moclobemida	44
5.6.3.1. Mecanismo de acción.	44
5.6.3.2. Indicación	44
5.6.3.3. Posología	44
5.6.3.4. Efectos adversos.	45
5.6.4. Bupropión	45
5.6.4.1. Mecanismo de acción.	45
5.6.4.2. Indicación.	45
5.6.4.3. Posología	45
5.6.5. Reboxetina	46
5.6.5.1. Mecanismo de acción.	46
5.6.5.2. Indicación	46
5.6.5.3. Posología	46
5.6.5.4. Efectos adversos	46
5.6.6. Nefazodona	46
5.6.6.1. Mecanismo de acción	46
5.6.6.2. Indicación	46
5.6.6.3. Posología	47
5.6.6.4. Efectos adversos	47
5.6.7. Venlafaxina	47
5.6.7.1. Mecanismo de acción	47
5.6.7.2. Indicación	47
5.6.7.3. Posología	47
5.6.7.4. Efectos adversos	48
5.6.8. Mirtazapina	48
5.6.8.1. Mecanismo de acción	48
5.6.8.2. Indicación	48
5.6.8.3. Posología.	48
5.6.8.4. Efectos adversos	48
5.7. ANSIOLÍTICOS	48
5.7.1. Mecanismo de acción	48
5.7.2. Clasificación	49
5.7.3. Indicaciones	49
5.7.4. Posología	50

	Pág.
5.7.5. Efectos adversos	51
5.8. ANTIPSICÓTICOS	51
5.8.1. Mecanismo de acción	51
5.8.2. Clasificación	52
5.8.3. Indicaciones	52
5.8.4. Posología	52
5.8.5. Efectos adversos	53
6. DISEÑO METODOLÓGICO	54
6.1. TIPO DE ESTUDIO	54
6.2. ÁREA DE ESTUDIO	54
6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	54
6.4. CRITERIOS INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	54
6.5. ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSIÓN	55
6.6. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	55
6.7. INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	56
6.8. PRUEBA PILOTO	56
6.9. CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN	56
6.10. FUENTES DE INFORMACION	57
6.11. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	57
6.12. PROCEDIMIENTO	57
7. CONSIDERACIONES ETICAS	58
7.1. CODIGO DE NÜREMBERG	58
7.2. DECLARACION DEL HELSINKI	58

	Pág.
7.3. INFORME DE BELMONT	58
7.4. RESOLUCION 8430 DE 1993	59
7.5. RIESGO	59
7.6. ALCANCE	60
7.7. IMPACTO	60
7.8. COSTO-BENEFICIO	60
8. ANALISIS DE RESULTADOS	61
9. DISCUSIÓN	66
10. CONCLUSIONES	68
11. RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	77

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el episodio de depresión mayor	31
Tabla 2. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno distímico en adultos	32
Tabla 3. Clasificación Internacional de los trastornos del sueño	35
Tabla 4. Posología antidepresivos tricíclicos	40
Tabla 5. Posología inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	42
Tabla 6. Posología Mobiclomida	44
Tabla 7. Posología Bupropión	45
Tabla 8. Posología Reboxetina	46
Tabla 9. Posología Nefazodona	47
Tabla 10. Posología Venlafaxina	47
Tabla 11. Posología Mirtazapina	48
Tabla 12. Posología Ansiolíticos	50
Tabla 13. Posología Antipsicóticos típicos	52
Tabla 14. Posología Antipsicóticos atípicos	53
Tabla 15. Variables sociodemográficas de los estudiantes respecto al consumo de psicofármacos	62
Tabla 16. Procedencia de los estudiantes que consumen psicofármacos	63
Tabla 17. Medicamentos recibidos por los estudiantes	63
Tabla 18. Efectos adversos de los psicofármacos. n=21	65

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribución de sexo del total de estudiantes encuestados (Total) y los que han recibido psicofármacos	61

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Acuerdo de confidencialidad	78
Anexo B. Acta de aprobación de bioética	81
Anexo C. Consentimiento informado	82
Anexo D. Instrumento	86
Anexo E. Operacionalización de variables	89
Anexo F. Cronograma	92
Anexo G. Presupuesto	93

RESUMEN

Introducción: La salud mental se constituye un grave problema de salud pública, se reporta una alta prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina lo cual lleva inherente un consumo de psicofármacos que no siempre están encaminados con un buen y efectivo tratamiento, por consiguiente, un empeoramiento de los cuadros patológicos y aumento de los efectos adversos que estos fármacos pueden ocasionar.

Objetivo: Describir el perfil de consumo de psicofármacos en una universidad de Neiva, Huila durante el año 2021.

Métodos: Estudio corte transversal con 524 estudiantes de medicina en una universidad de Neiva, Huila, Colombia

Resultados: Se recolectaron datos de 279 estudiantes. 18% han consumido medicamentos psicofármacos. No se encontró asociación con el sexo. Los estudiantes que han recibido psicofármacos tienen edad mayor. La razón de la prescripción más frecuentes son trastornos de depresión. El grupo de fármacos más formulado es el de antidepresivos, siendo la fluoxetina el fármaco que más frecuentemente han recibido los estudiantes. 41% de los que han recibido psicofármacos han experimentado efectos adversos. El más común fue la somnolencia. Algunos manifestaron haber presentado ideas suicidas relacionadas con la medicación.

Conclusiones: El porcentaje de estudiantes que han recibido psicofármacos es alto. La prevalencia de trastornos de depresión, ansiedad y del sueño en esta población es un problema que requiere medidas que incluyan políticas de salud pública al interior de los centros universitarios con estudiantes del área de la salud para asegurar el seguimiento de los casos y el tratamiento adecuado. Es pertinente la realización de más estudios poblacionales que ayuden a definir mejor la prevalencia y los factores asociados a las enfermedades mentales especialmente en estudiantes universitarios y, más aún, del área de la salud.

Palabras clave: Psicofármacos, Estudiantes, Ansiedad, Trastorno del sueño, Salud mental

ABSTRACT

Introduction: Mental health constitutes a serious public health problem, a high prevalence of depressive symptoms, anxiety and stress is reported in medical students which inherently leads to a consumption of psychotropic drugs that are not always directed with a good and effective treatment, consequently, a worsening of the pathological pictures and increase of the adverse effects that these drugs can cause.

Objective: To describe the profile of psychotropic drug use in a university in Neiva, Huila during the year 2021.

Methods: Cross-sectional study with 524 medical students at a university in Neiva, Huila, Colombia

Results: Data were collected from 279 students. 18% had consumed psychotropic drugs. No association with sex was found. Students who have received psychotropic drugs are older. The most frequent reason for prescription is depressive disorders. The most frequently formulated group of drugs is antidepressants, with fluoxetine being the drug most frequently received by students. 41% of those who have received psychotropic drugs have experienced adverse effects. The most common was drowsiness. Some reported experiencing medication-related suicidal ideation.

Conclusions: The percentage of students who have received psychotropic drugs is high. The prevalence of depression, anxiety and sleep disorders in this population is a problem that requires measures that include public health policies within university centers with students in the health area to ensure the follow-up of cases and adequate treatment. It is pertinent to carry out more population-based studies that help to better define the prevalence and factors associated with mental illness, especially in university students and, even more so, in the health area.

Key words: Psychoactive drugs, Students, Anxiety, Sleep disorder, Mental health

INTRODUCCIÓN

La presente investigación abarcó el consumo de psicofármacos los cuales se han considerado claves dentro del contexto de los sistemas de prestación de servicios de salud mental, por esto, se deben consumir en las cantidades apropiadas, en las formas y dosis adecuadas, con calidad asegurada e información adecuada, y a un precio que las personas puedan costear de ser necesario. (9)

Teniendo en cuenta lo anterior, la investigación de esta problemática social se realizó por el interés de conocer el perfil del consumo de psicofármacos en estudiantes de pregrado de medicina de la universidad Surcolombiana, con el fin de identificar cual es el grupo de psicofármacos que los estudiantes de medicina consumen con mayor frecuencia, además de caracterizar a los estudiantes según variables sociodemográficas, asimismo esto nos va a permitir determinar la fuente de prescripción de los psicofármacos utilizados, igualmente se podrá determinar la prevalencia de los efectos adversos relacionados con el consumo de psicofármacos, finalizando se van a identificar si la prescripción de psicofármacos usados estaban fuera de las indicaciones aprobadas.

Conforme a ello se implementó un instrumento que consistió en una encuesta virtual, la cual se le envió al correo electrónico a cada estudiante con el respectivo consentimiento informado y el acuerdo de confidencialidad, para que cada estudiante voluntariamente diligenciara la encuesta, todo esto permitió recolectar los datos a partir de las variables que se deseaban incluir en el análisis y sean relevantes en el perfil de consumo de psicofármacos, conforme a ello fue posible determinar los factores relacionados al consumo, sus consecuencias y determinar las enfermedades mentales que se asocian al consumo de estos psicofármacos.

1. JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad la salud mental siempre ha sido una parte fundamental e inherente de la salud y ha estado directamente relacionada con el bienestar tanto personal como comunitario a pesar de que muchas veces sea subestimada frente a la salud física (12). Según la Organización Mundial de la Salud aproximadamente 450 millones de personas en todo el mundo padecen de algún tipo de enfermedad psiquiátrica, además esta misma fuente informa que los trastornos mentales aumentaran en los próximos años, esto refleja que la carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa (13) (12), hablamos de un 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, por lo cual resulta evidente que los trastornos mentales tienen un importante impacto de mortalidad y morbilidad en todas las etapas de la vida y en todo el mundo (12).

En Colombia, esta información ha sido reafirmada por varios estudios, los más destacados son el Estudio Nacional de Salud Mental en 2003 el cual concluyo que 40,1% de los colombianos entre 18 y 65 años ha sufrido o sufrirá alguna vez en su vida un trastorno mental (14); el estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2010, donde la depresión aparece como la segunda causa de carga de enfermedad, reporta que, con una expectativa de vida de 65 años, en Colombia, aproximadamente 7,5 años, se vive con una discapacidad por enfermedad mental (15); la Encuesta Nacional de Salud Mental publicada en 2015, que reportó que 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tiene algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental (14).

Por lo anterior, es importante rescatar de esta información que los síntomas psiquiátricos pueden rápidamente exacerbarse por el estrés, especialmente entre los adultos jóvenes que suelen experimentar cambios de diferente índole en períodos cortos de tiempo. Además, los trastornos pueden generar conductas de riesgo, en particular el suicidio, que es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años y la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios (1) y es aquí donde surge la preocupación y el por qué hacer este estudio, pues la educación médica se ha caracterizado siempre por su alto nivel de exigencia, lo que genera niveles de estrés significativos entre los estudiantes universitarios y una mayor probabilidad de padecer morbilidades psicológicas comparados con la población en general, tales como ansiedad y depresión (16), adicional se revisaron

varios estudios los cuales tenían como objetivo determinar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en estudiantes de medicina, uno de ellos arrojó en sus resultados que los estudiantes de medicina presentan niveles altos de sintomatología depresiva y ansiosa (56.2% y 48.3% respectivamente), así como niveles significativos de estrés (64%), se determinó que la prevalencia de sintomatología emocional fue alta en comparación a los encontrados en otros países (16), lo cual nos pareció importante pues debe tenerse presente que el bienestar mental de los estudiantes de medicina es una preocupación de salud pública, ya que está correlacionado con la calidad de la atención médica que brindarán en el futuro a la población en general.

Aunado a esta problemática se encuentra la del consumo de psicofármacos, pues de acuerdo a la encuesta nacional de salud mental de Colombia realizada en 2015, el 26,5% de la población mayor de 18 años consume psicofármacos (15), otro estudio mostró que el 26% de los participantes manifestó consumir o haber consumido psicofármacos y la mayoría reportó su consumo para trastornos relacionados con el sueño seguido por la ansiedad y la depresión (4) y en estudios internacionales aplicados a jóvenes menores de 30 años se detectó un consumo de psicofármacos elevado y superior al encontrado en estudios que se realizaron anteriormente por lo cual se hace aún más necesaria la atención farmacológica en este grupo poblacional (13)

En nuestro país existe adecuada información sobre los efectos benéficos de los psicofármacos, sin embargo, son escasos los estudios que hablan sobre las consecuencias negativas de su consumo y los problemas producidos por su uso abusivo (17). Su inadecuada prescripción o automedicación, junto con la capacidad de producir efectos adversos, le da importancia a esta situación, sobre todo por la elevada cantidad de personas que, en muchos países, incluyendo el nuestro, consumen estos fármacos. En algunos estudios sobre automedicación realizados en estudiantes universitarios se reflejó que esta es una práctica común y que no siempre se lleva a cabo bajo la recomendación e indicaciones de la OMS por lo tanto se considera irresponsable e insegura (18)

Con todo lo anterior se pudo evidenciar la necesidad de realizar una intervención urgente frente a todos estos problemas que conlleva el automedicarse y también consideramos interesante estudiar cuales son las fuentes que suelen prescribir dichos tratamientos y la duración de estos, si los estudiantes que toman estos psicofármacos son advertidos sobre los efectos secundarios y si toman sus medicamentos según lo prescrito, teniendo en cuenta que en la región no existe una

investigación de este tipo y dentro de las investigaciones realizadas hasta la fecha en la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana solo se han publicado dos estudios, uno sobre el consumo exclusivo de bebidas alcohólicas y el otro sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Este es el primer artículo que tiene como propósito determinar la prevalencia de consumo de psicofármacos y factores asociados en estudiantes de esta universidad con el fin de evidenciar la problemática que permita el posterior planteamiento de nuevas estrategias para disminuir su impacto y adicional formar y concientizar a los profesionales de la salud acerca de la importancia de las indicaciones de tratamiento de los psicofármacos y poder contribuir a reducir el estigma que soportan las personas con enfermedad mental y tratamientos con psicofármacos por medio de la información.

2. ANTECEDENTES

El consumo de psicofármacos en adultos jóvenes está cada vez más presente. En cuanto a países externos a Latinoamérica, un primer trabajo realizado en Australia, “Uso de medicamentos psicotrópicos en estudiantes universitarios: Patrones de uso, abuso y monitorización médica”(1) tenía como objetivo investigar sobre las formas en las que estos medicamentos fueron prescritos y su respectivo monitoreo médico. Para ello, les realizaron la Entrevista de Tratamiento Psiquiátrico a 55 estudiantes universitarios que en ese momento tomaban medicamentos psicotrópicos para diferentes trastornos (Depresión, ansiedad e inestabilidad emocional) y quienes dieron su consentimiento para participar en el estudio, se encontró que un porcentaje importante de ellos toman los medicamentos sin tener en cuenta la prescripción del médico, bien sea aumentando o disminuyendo la dosis estipulada para su respectivo tratamiento o cambiando la frecuencia en la que se debe tomar la medicación.

Por otro lado en España, la investigación “Consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos en jóvenes universitarios y no universitarios”(2), tuvo en cuenta un total de 3177 jóvenes, de los cuales 772 eran estudiantes de la Universidad de Córdoba y los 2405 jóvenes restantes pertenecían a Córdoba pero no a la Universidad en el momento del estudio, los participantes respondieron un cuestionario en el cual se indagó sobre el perfil de consumo de las sustancias anteriormente mencionadas teniendo en cuenta las diferentes características sociodemográficas de cada participante, esto con el objetivo de encontrar la prevalencia de consumo de estas sustancias e identificar si hay diferencias entre los patrones de consumo de las mismas. Los resultados demostraron que la prevalencia de consumo de alcohol y psicofármacos es mayor en los jóvenes Universitarios y que, por otro lado, los no universitarios presentan mayor consumo de tabaco.

A nivel de Latinoamérica, en Ecuador, la tesis “Factores de riesgo psicosociales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería”(3) tenía como objetivo determinar el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de este pregrado y los factores de riesgo psicosociales predisponentes. Con este propósito, se realizó una encuesta que constaba de 15 preguntas a 108 estudiantes de enfermería pertenecientes a la Universidad Estatal del sur de Manabí; los resultados obtenidos en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales demostraron que los estudiantes tienen mayor preferencia por aquellas

sustancias que presentan importantes efectos perjudiciales para salud, como es el caso del alcohol y el tabaco. Por otro lado, al observar los resultados referentes a los psicofármacos consumidos, se encontró que más de la mitad de los estudiantes (59%) no han ingerido ninguno de estos fármacos, pero también se observó que los medicamentos estabilizadores del ánimo son los más consumidos por aquellos estudiantes que ingieren algún tipo de psicofármaco.

En un panorama más estrecho, tenemos estudios nacionales como “Consumo de psicofármacos en la ciudad de Bogotá D.C (Colombia): una nueva realidad”(4) en el cual se realizaron 504 encuestas que constaban de 12 preguntas a personas entre 20 y 83 años pertenecientes a 20 localidades de Bogotá, con el objetivo de determinar el consumo y la automedicación de psicofármacos en la ciudad estudiada y de caracterizar esta población. Se encontró que el 26% de las personas consumían o habían consumido psicofármacos y esto estaba relacionado principalmente a trastornos del sueño y en menor proporción a la depresión y ansiedad. En cuanto a la fuente prescriptora del fármaco empleado, la mayoría era una fuente médica, pero también se reportaron casos de personal de droguerías, familiares y amigos.

También encontramos otro estudio de interés en Popayán titulado “Consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de estudiantes de la Universidad del Cauca a partir del uso de un protocolo Popayán, 2011-2012”(5) en el cual tuvieron como objetivo la caracterización del consumo de drogas en un grupo de estudiantes de la Universidad del Cauca. Crearon una encuesta online teniendo en cuenta el protocolo del Observatorio Interamericano sobre Drogas y otros dos instrumentos diseñados por el equipo de la Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas y la Organización de los Estados Americanos, seleccionaron las preguntas útiles para el estudio incluyendo los datos sociodemográficos y estadísticos con el fin de caracterizar el consumo de drogas, este instrumento fue aplicado a 33 estudiantes que expresaron querer participar en el estudio. Como resultado, se encontró que la sustancia psicoactiva de mayor consumo fue el alcohol, seguido del cigarrillo y la marihuana; se observó que los tranquilizantes son consumidos en menor proporción (6,06%) y que el Clonazepam es el más utilizado de estos.

Continuando con la situación nacional, se encontró un tercer estudio nacional llevado a cabo en Medellín, titulado “Características del consumo de fármacos psicotrópicos en estudiantes de ciencias de la salud”(6), en este se realizó la encuesta de Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas a 820 estudiantes de segundo semestre de 2006 pertenecientes al programa de medicina

y enfermería de una Universidad de Medellín. Por medio de esta encuesta buscaban identificar las características sociodemográficas y del consumo de psicotrópicos teniendo en cuenta que grupo farmacológico es más consumido, con qué frecuencia y quién motivó su consumo. Los resultados obtenidos demostraron que, dentro de los fármacos psicotrópicos, los antidepresivos son aquellos que ocupan el primer lugar por su alto consumo, seguido por los ansiolíticos, hipno-sedantes, estimulantes y por último los antipsicóticos. En el caso de los hallazgos en cuanto a cada medicamento psicotrópico en particular, se encontró que el más consumido es la fluoxetina, seguida por la amitriptilina, clonazepam, metilfenidato y el zolpidem. Por último, en la mayoría de los casos, el médico fue la persona quien motivó el consumo del fármaco, en menos oportunidades el fármaco fue automedicado y aún en menor proporción su consumo fue sugerido por amigos o familiares.

Por último, a nivel local, en Neiva se llevó a cabo “Consumo de sustancias psicoactivas en una facultad de salud del sur colombiano”(7), en este tenían como objetivo establecer la frecuencia y los diferentes factores que se encuentran asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Con este fin, realizaron una encuesta producto de la adaptación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, adicionándole otras sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas y variables que eran necesarias para llevar a cabo el estudio. Esta encuesta fue aplicada a 263 estudiantes de la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana que se matricularon para el período 2014-1. Al finalizar el estudio, concluyeron que las sustancias psicoactivas más consumidas fueron el alcohol, el cigarrillo, la marihuana y en menor cantidad los tranquilizantes/sedantes. En cuanto a los motivos que precipitaron el consumo de estas sustancias, se identificó que el consumo más frecuente se da con fines recreativos, por síntomas depresivos y por ansiedad.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debemos ser conscientes que la salud mental tiene un papel primordial en el desarrollo normal de todos los seres humanos, por ello debemos conocer qué se tiene establecido en la ley de salud mental en Colombia; así que es importante destacar que en el artículo 3 de la ley 1616 de 2013 (Ley de salud mental), se define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad”(8)

Inherente a este concepto de salud mental, está el de la psicofarmacología, que se ha desarrollado a lo largo de los últimos 50 años hasta convertirse en una disciplina médica. La utilización de psicofármacos ha sido un gran aliado a la hora de controlar los síntomas y evitar las recaídas que los pacientes con enfermedades mentales pueden padecer. En función de sus propiedades terapéuticas, los psicofármacos se clasifican en: antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, hipnóticos, y psicoestimulantes.(9)

Como hemos dicho antes, esto se debe a que los psicofármacos son cruciales y se seleccionan teniendo en consideración su importancia para la salud pública, los datos de eficacia y seguridad y la rentabilidad relativa. Los psicofármacos se han considerado claves dentro del contexto de los sistemas de prestación de servicios de salud mental, por esto, se deben consumir en las cantidades apropiadas, en las formas y dosis adecuadas, con calidad asegurada e información adecuada, y a un precio que las personas puedan costear de ser necesario. (9)

Respecto a la acción de estos medicamentos es fundamentalmente sintomática y, en algunos casos, es la medida profiláctica esencial para evitar recaídas. Debido al buen uso se facilita la recuperación del paciente, pero su inadecuada utilización conduce a la aparición de efectos desagradables con una notable disminución de habilidades y aptitudes que incidirán negativamente sobre la calidad de vida.(10)

Por todo lo expuesto, a lo largo de los últimos años se han realizado numerosos estudios que ponen de manifiesto la relación entre el consumo continuado de psicofármacos y las alteraciones que provocan a nivel cerebral y con estos, se ha despertado gran interés por los perfiles de consumo psicofarmacológico de adultos

jóvenes (9); dentro de los cuales se incluyen a los estudiantes universitarios de medicina puesto que estos generalmente pueden verse afectados por factores como: exigencias académicas, dificultades en el desarrollo del aprendizaje, intensidad horaria, presiones de grupo, competitividad excesiva entre compañeros, mala calidad de sueño, consumo de sustancias adictivas, entre otros, que pueden alterar a largo plazo la salud de los alumnos, y en la mayoría de los casos la sumatoria de varios factores mencionados anteriormente, puede convertirse en un factor de riesgo para la presentación de alteraciones mentales como la depresión, ansiedad, etc. (11)

Así que, luego de evidenciar toda esta información que nos brinda la literatura, y siendo jóvenes, universitarios y estudiantes de medicina de la Universidad Surcolombiana somos conscientes de lo frágil y susceptible que es la salud mental y las múltiples enfermedades mentales que se pueden producir teniendo como consecuencia el consumo de distintos tipos de fármacos psicotrópicos, en el mejor de los casos prescritos por un especialista. De acuerdo con lo mencionado anteriormente, nuestra pregunta de investigación se basa en describir ¿cuáles son los perfiles de consumo de psicofármacos en los estudiantes de medicina de la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana de Neiva en el año 2021? Lo que nos va a permitir caracterizar y describir el perfil de consumo de psicofármacos en la población y determinar la prevalencia de distintos síntomas emocionales con sus factores asociados. La identificación de estos factores será muy útil para la implementación de intervenciones efectivas orientadas a la prevención, identificación temprana y manejo de estas condiciones.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil de consumo de psicofármacos en estudiantes del pregrado de medicina en la facultad de salud de la USCO en Neiva, Huila durante el año 2021.

4.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

Caracterizar los diagnósticos más relacionados con el uso de psicofármacos en los estudiantes de medicina de la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana de Neiva, Huila en el año 2021.

- Identificar cual es el grupo de psicofármacos consumido con mayor frecuencia por la población estudiada.
- Caracterizar la población estudiada según variables sociodemográficas (edad, sexo, estrato socioeconómico, procedencia, estado civil).
- Determinar la fuente de prescripción de los psicofármacos utilizados. (especialista, médico general, automedicación, otros)
- Determinar la prevalencia de los efectos adversos relacionados con el consumo de psicofármacos.
- Identificar la prescripción de psicofármacos usados fuera de las indicaciones aprobadas.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. DEFINICIÓN ENFERMEDADES MENTALES

La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social. Mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos y problemas mentales que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos. Inicialmente hablando de que es un problema de salud mental, es aquel que afecta la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero de manera menos severa que un trastorno mental. Los problemas mentales son más comunes y menos persistentes en el tiempo. Cabe recalcar que cualquier persona puede presentar un trastorno, problema o evento de salud mental en algún momento de su vida; esto dependerá de la forma como interactúen sus particularidades genéticas, congénitas, biológicas, psicológicas, familiares, sociales y los acontecimientos de su historia de vida. Finalmente hablando de los trastornos mentales son aquellos van a ser más persistentes en el tiempo, se caracterizan por presentar una afectación en la funcionalidad de quien los presenta (afecta su desempeño en el trabajo, estudios u otras actividades de la vida diaria y/o su forma de relaciones con otras personas).

Por otra parte, para lograr realizar el diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como su duración, coexistencia (mezcla), intensidad y afectación en la funcionalidad de quien los presenta.(19)

5.2. EPIDEMIOLOGIA

De acuerdo con la OMS cerca de 450 millones de personas sufren trastornos mentales con una prevalencia similar en hombres y mujeres, con excepción de la depresión, que es más común en mujeres, y el abuso de sustancias, que es más común en hombres. Según el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia, en nuestro país 40,1 por ciento (2 de cada 5 personas) de la población colombiana presenta alguna vez en su vida algún trastorno mental. Según este estudio, alrededor de 8 de cada 20 colombianos encuestados presentaron trastornos

psiquiátricos alguna vez en la vida. Los más frecuentemente identificados fueron los trastornos de ansiedad (19,3 por ciento), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15 por ciento) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10,6 por ciento). (19)

Los mayores riesgos de mortalidad en muchos trastornos mentales son bien conocidos y pueden empeorar con el tiempo. Los datos del estudio Global Burden of Disease (GBD) sugirieron que los trastornos mentales y del comportamiento representan 8,6 millones, o el 0,5%, de todos los años de vida perdidos por mortalidad prematura. Esto equivale a 232.000 muertes en 2010, un aumento desde 1990, cuando hubo 138.000 muertes prematuras secundarias a trastornos mentales. Más de las tres cuartas partes de estas muertes se atribuyeron a trastornos por uso de sustancias. Sin embargo, el consumo de sustancias y las enfermedades mentales suelen ser comórbidos y amplifican mutuamente el riesgo de muerte prematura, a menudo por suicidio.(20)

De igual forma, el estudio GBD también informó que el suicidio era la decimotercera causa principal de muerte a nivel mundial y era más prevalente en regiones con sistemas de atención de salud avanzados. El suicidio representó el 5% de las muertes de mujeres y el 6% de los hombres en personas de 15 a 49 años y 884.000 muertes en todas las edades.(20)

5.3. DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar. Es considerada como un desorden del talante y es la forma más común de sufrimiento mental, ya que como se ha observado, su incidencia ha aumentado exponencialmente en los últimos años logrando así que millones de personas en todo el mundo, sin importar razas, nacionalidades o culturas sufran esta enfermedad.(21). En cuanto a las fluctuaciones del estado del ánimo hay ciertas características que distinguen lo normal de lo patológico, estas son: la intensidad del estado de ánimo, su duración, su asociación con otras señales y síntomas clínicos y por último, su impacto sobre el funcionamiento de la persona.(22)

Además de lo anterior es importante resaltar los múltiples síntomas que se manifiestan en esta enfermedad, tales como el estado de ánimo deprimido, la pérdida del interés en las actividades usuales, la inhabilidad para experimentar placer, alteración en la concentración, alteración del sueño, disminución del apetito y tendencias suicidas.(23)

Dentro de este trastorno se deben tener en cuenta dos formas básicas de depresión, una exógena y otra endógena. La depresión exógena (o reactiva) se da por una causa externa que normalmente se encuentra bien definida, es vista en el caso de la pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, entre otras situaciones personales; por el contrario, la depresión endógena, no tiene una causa externa determinada, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica, como ocurre en la psicosis bipolar (maniaco-depresiva) o unipolar (depresiva).(21)

5.3.1. Fisiopatología. La depresión no es causada por alteraciones en un sólo sistema neurotransmisor y esto se ve reflejado en los múltiples síntomas que comprenden este síndrome. Desde el punto de vista biológico, esta enfermedad es considerada como un desorden de los sistemas que involucran varias regiones críticas del cerebro y rutas que involucran estas regiones.(23)

En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de diversos factores como los familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales actúan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica. Con respecto a los factores genéticos, se ha concluido que esta influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. Algunos de los marcadores genéticos potenciales para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21. Aparte de esto, se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión.(21)

En cuanto a la parte neuroquímica de la fisiopatología tenemos principalmente las alteraciones de neurotransmisores en donde existe gran evidencia acerca de niveles anormales de serotonina, norepinefrina y dopamina en este trastorno. Para empezar, dentro de la neuroquímica de un paciente sin alteraciones, la serotonina, una indolamina generada en los núcleos del rafe, ubicados en el tallo cerebral es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hematoencefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos. También se encuentra la noradrenalina generada por el locus ceruleus, un núcleo del encéfalo ubicado en el tallo cerebral, en donde su aminoácido precursor es la tirosina. En este caso, la actividad de las neuronas del locus ceruleus aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en

los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de máxima intensidad, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir; pero teniendo en cuenta esto, algunos modelos animales han demostrado que el estrés crónico genera depresión reactiva ya que las reservas de noradrenalina en el locus ceruleus tienden a disminuir. Por último, está la dopamina, una catecolamina sintetizada de igual manera a partir de la tirosina por las neuronas pigmentadas en la pars compacta del Locus niger y también por neuronas de la parte ventral del tegmento mesencefálico, esta catecolamina participa en una gran variedad de funciones incluyendo la actividad locomotora, la afectividad, la regulación neuroendocrina y la ingestión de agua y alimentos.(24)(21)

Con respecto a su influencia en el ser humano, la serotonina y la noradrenalina tienen un gran papel en los patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. En cuanto a lo anterior, desde hace 50 años la interacción de estos 3 neurotransmisores hacen parte de la “hipótesis de las monoaminas en la depresión” la cual propuso que la depresión era causada por un déficit funcional de estos 3 neurotransmisores en sitios claves del cerebro, y que, por el contrario, la manía era causada por el exceso funcional de estos.(21). Del mismo modo, podemos correlacionar la hipoactividad aminérgica con los diferentes síntomas que se presentan en los pacientes que padecen este trastorno, por ejemplo, la disfunción de la serotonina puede relacionarse principalmente con la baja tolerancia al estrés, la disminución del umbral al dolor, y parte de la alteración de los ciclos circadianos; la hipofunción de la noradrenalina es la explicación de la disfunción cognitiva y la astenia, mientras que la pérdida de interés y la dificultad o imposibilidad para sentir sensaciones placenteras están relacionados con la hipoactividad de la dopamina. (25)

Por otro lado, el aspecto neuroanatómico también es una parte importante dentro de la fisiopatología de esta enfermedad; dentro de este, el hallazgo frecuente en neuroimagen funcional más consistente ha sido la disfunción de la corteza prefrontal, como lo sugiere la disminución en el flujo sanguíneo y en el metabolismo de la glucosa de esta área y de igual manera se han descrito anomalías en los ganglios basales, el lóbulo temporal y estructuras límbicas relacionadas. Teniendo en cuenta lo mencionado, la depresión unipolar parece estar caracterizada por disfunción primaria en la corteza prefrontal y los ganglios basales. En este aspecto neuroanatómico, la imagen de resonancia magnética ha sido otra de las herramientas que se han empleado para determinar la neuroanatomía en la depresión, por ejemplo, en un estudio que se llevó a cabo se concluyó que los pacientes con historia de depresión tenían volúmenes hipocámpicos bilaterales

menores y volúmenes menores en los núcleos centrales de la amígdala en comparación a aquellos pacientes sin historia de esta enfermedad. Adicional a lo anterior, se han reportado cambios a largo plazo a causa de la depresión como atrofia de dendritas apicales en las neuronas piramidales del sector CA3 del hipocampo acompañada por deficiencias cognoscitivas específicas en aprendizaje y memoria espacial. (21)

5.3.2. Diagnostico. A pesar del impacto que la depresión tiene en múltiples esferas de la vida de las personas y de su rol como un problema relevante de salud pública, su identificación y diagnóstico por medio de la evaluación clínica es dispendioso debido a que requiere de personal capacitado. Por esto, fue necesario desarrollar pruebas de tamizaje breves y que puedan ser aplicadas por personal con mínimo entrenamiento y así poder facilitar la identificación de personas en riesgo de presentar depresión y que puedan ser fácilmente aplicadas en diferentes estudios poblacionales, para poder crear acciones que permitan evitar o mitigar los desenlaces adversos asociados con esta enfermedad.(26)

Existen diversos instrumentos que han sido utilizados con este fin, entre estos se encuentra la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), esta fue desarrollada con el propósito de identificar pacientes con la sospecha de presentar sintomatología depresiva clínicamente significativa requiriendo ayuda profesional, y además de esto también puede ser empleada para obtener información valiosa sobre la salud mental de una población. Esta escala incluye 20 ítems organizados en cuatro subescalas que deben ser evaluadas en conjunto: el afecto depresivo con las subescalas soledad, tristeza, angustia, llanto, entre otras; el afecto positivo que incluye sentirse tan bueno como los demás, esperanza, felicidad, disfrute de la vida; los síntomas somáticos y retardo motor como el agotamiento, pérdida de apetito, pérdida de sueño, cansancio; y los problemas interpersonales en donde figura el sentir que la gente no es amigable, sentirse odiado, etc. Las preguntas de este instrumento son simples, directas para que de esta manera el paciente pueda responder de forma individual y autónoma o con la ayuda de entrevistadores.(26)(27)

Además de este instrumento, también se cuenta con la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) y con el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) las cuales permiten la evaluación de cada criterio diagnóstico para establecer que el paciente cursa con depresión mayor.(26)

En el caso del DSM-IV, según sus criterios los trastornos depresivos se clasifican en formas estándares, subsindrómicas y atípicas. En primer lugar, la forma estándar o episodio de depresión mayor se presenta en el paciente como un episodio único o varios episodios depresivos. Por otro lado, en la forma subsindrómica se encuentra la distimia, la cual es una forma crónica de la depresión no bipolar y, por último, también están las formas depresivas atípicas o Trastorno depresivo no especificada, en donde se incluyen aquellas formas que no son clasificables en las otras categorías.

Además de esto, el DSM-IV considera distintos grados de la depresión según la gravedad: ligero, moderado, grave no psicótico, con características psicóticas como delirios o alucinaciones, en remisión parcial y en remisión total; dentro de este manual, la gravedad está determinada principalmente por el ajuste psicosocial del paciente en lugar de estarlo por la intensidad intrínseca de los síntomas.(22)

En cuanto al episodio depresivo mayor, se conoce que es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un bajo estado de ánimo persistente, con una duración media de 4-5 meses bajo un buen control terapéutico que se manifiesta bien sea como tristeza, irritabilidad o como una pérdida generalizada de interés o placer, acompañados al menos por otros cuatro síntomas. Estos síntomas pueden incluir perturbaciones del sueño como hipersomnia o insomnio, del apetito como hiperfagia o anorexia, de la actividad psicomotora como un estado agitado o enlentecido, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos o intenciones recurrentes de suicidio. Además de esto, es importante tener en cuenta que para determinar este diagnóstico, los síntomas no deben ser causados por una enfermedad o por el consumo de sustancias psicoactivas y tampoco deben ser una reacción de duelo por la muerte de un ser querido.(22)

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el episodio de depresión mayor

Criterios diagnósticos del DSM-IV para el episodio de depresión mayor	
A. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un periodo de 2 semanas y representa un cambio con respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas tiene que ser un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o de capacidad para el placer:	
1.	Estado de ánimo deprimido, durante la mayor parte del día, casi todos los días.
2.	Una notable disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades.
3.	Pérdida significativa del peso, sin seguir una dieta, o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso en un mes) o aumento o disminución del apetito casi todos los días
4.	Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5.	Agitación o enlentecimiento psicomotor (observable por los demás) casi todos los días.
6.	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7.	Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (casi todos los días).
8.	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
9.	Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio o un intento de suicidio
B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.	
C. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.	
D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica.	
E. Los síntomas no se explican mejor por el duelo (por ejemplo, después de la muerte de un ser querido, los síntomas persisten más de dos meses o se caracterizan por un notable deterioro funcional, una preocupación mórbida con la inutilidad, ideas suicidas, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor)	

Fuente: Vázquez FL, Muñoz RF, Becoña E. Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos, y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicol Conductual*. 2000;8(3):417–49.

Por otra parte, la distimia según los criterios diagnósticos del DSM-IV se refiere a estados depresivos muy prolongados con duración de al menos dos años, en los que como mínimo deben aparecer tres síntomas de los que se proponen para esta categoría diagnóstica, y la tristeza debe ser al menos uno de ellos. Dentro de los síntomas de la distimia, se determinó que no deben estar relacionados con un episodio de depresión mayor en remisión parcial, tampoco haber presentado episodios de manía o hipomanía y estos síntomas no pueden ser causados por trastornos psicóticos, medicamentos, drogas o enfermedades médicas.(22)

Tabla 2. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno distímico en adultos

Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno distímico en adultos
A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, con más días con dicho estado presente que ausente, tal como lo indican la explicación subjetiva o la observación por parte los demás, durante al menos dos años.
B. Presencia, mientras está deprimido, de al menos dos (o más) de los siguientes síntomas: 1. Baja autoestima. 2. Apetito escaso o excesivo. 3. Insomnio o hipersomnia. 4. Escasa concentración o dificultad para tomar decisiones. 5. Fatiga o poca energía. 6. Sentimientos de pesimismo, desesperación o desesperanza.
C. Durante el periodo de 2 años de la perturbación, nunca estuvo sin los síntomas A y B durante más de 2 meses seguidos.
D. Sin un episodio depresivo mayor durante los primeros dos años del trastorno.
E. Nunca ha sufrido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco; no cumple los criterios para la ciclotimia.
F. No ocurre exclusivamente durante el transcurso de un trastorno psicótico crónico.
G. No se debe a los efectos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica.
H. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
Se puede especificar si es: • De <i>aparición temprana</i>: si el inicio es antes de los 21 años. • De <i>aparición tardía</i>: si el inicio es después de los 21 años. Se puede especificar también si es: • Con rasgos atípicos.

Fuente: Vázquez FL, Muñoz RF, Becoña E. Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos, y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicol Conductual*. 2000;8(3):417–49.

Por último, se encuentra el Trastorno Depresivo no Especificado, en esta categoría se incluyen todas aquellas depresiones que no cumplen los criterios diagnósticos de depresión mayor ni de distimia. Según el DSM-IV, algunos tipos de depresión que se pueden considerar que pertenecen a esta categoría son: el trastorno disfórico premenstrual, la depresión postpsicótica en la esquizofrenia, la depresión menor y el trastorno depresivo breve recurrente.(22)

Aparte de las escalas anteriormente mencionadas, también se cuenta con el Inventario de depresión de Beck, el cual ha sido útil para determinar la intensidad de la sintomatología depresiva actual que se presenta el paciente. (26). Es un instrumento es auto aplicable que consta de 21 ítems, cada uno con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y

conductual evaluada. En todos los casos de este cuestionario, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos, y el cuarto de 3 puntos, el cual califica la severidad máxima del síntoma. Las categorías que son evaluadas son: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, sensación de castigo, auto aceptación, auto acusación, ideación suicida, llanto, irritabilidad, aislamiento, indecisión, imagen corporal, rendimiento laboral, trastornos del sueño, fatigabilidad, apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. Los primeros 14 ítems hacen referencia a síntomas afectivo-cognoscitivos, y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de depresión mayor.(28)

5.4. ANSIEDAD

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.(29)

Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación.), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras.(30)

5.4.1. Fisiopatología. El estrés crónico, disminuye los niveles cerebrales del ácido gamma-amino butírico (GABA) en el hipocampo de la rata, lo que coincide con observaciones en humanos en estado ansioso y depresivo, en quienes se han encontrado niveles disminuidos de GABA en el líquido cefalorraquídeo. Sin embargo, otros neurotransmisores como la serotonina (5-HT), la noradrenalina (NA) y la dopamina (DA) también están involucrados en la fisiopatología de los trastornos por ansiedad.(31)

En los trastornos por ansiedad participan algunas de las estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico, y es ahí en donde se ha observado que los fármacos ansiolíticos ejercen algunas de sus acciones. El sistema límbico es el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la sobrevivencia. Entre estas

emociones se encuentran: el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o al placer y también al dolor y a la angustia.(31)

5.4.2. Diagnóstico. Inicialmente, debemos seguir unos pasos para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad: 1. Escuchar la descripción que el paciente nos dice de sus síntomas 2. Preguntar sobre la evolución natural de la enfermedad, que situaciones específicas le generan mayor estrés y empeoran los síntomas 3. Evaluar detenidamente al paciente, realizando el examen mental 4. Explorar un examen físico completo 5. Informar y dejar escrito en la historia clínica si existen síntomas de ansiedad, informar de la posibilidad de un trastorno de ansiedad 6. Llegar a una conclusión de acuerdo a todos los pasos anteriores, revisando todos los hallazgos y estableciendo el diagnóstico específico.(32)

Para poder reconocer los trastornos de ansiedad es menester que el profesional de salud considere los siguientes aspectos: 1. Que los tenga presente ya que son muy frecuentes en atención primaria: al menos uno de cada diez pacientes que asisten a consulta médica tienen un algún tipo de trastorno de ansiedad. 2. Que la queja más frecuente de presentarse un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo es el síntoma dolor, especialmente el de espalda, rodillas, cadera, de cabeza, abdominal y torácico. 3. Que los síndromes funcionales (ej. Colon irritable, fibromialgias, dispepsias, fatiga crónica) tienen más probabilidad de tener subyacente un trastorno ansioso o depresivo.(32)

5.5. TRASTORNOS DEL SUEÑO

El sueño es un estado fisiológico, activo y rítmico, que aparece cada 24 horas, alternándose con la vigilia, siendo clave para preservar las funciones fisiológicas y sostener el equilibrio físico y mental. Su estructura y características propias han permitido identificar patrones normales y anormales en el ser humano. El estudio del sueño ha evolucionado desde el análisis a partir de electroencefalogramas hasta la polisomnografía, abriendo todo un campo de conocimiento (33).

Entre las principales funciones del sueño, podemos mencionar el restablecimiento o conservación de la energía, la eliminación de radicales libres acumulados durante el día, la regulación y restauración de la actividad eléctrica cortical, la regulación térmica, metabólica y endocrina, la homeostasis sináptica, la activación inmunológica y la consolidación de la memoria, entre otras (34). El sueño es un fenómeno elemental de la vida y una fase indispensable de la existencia humana(35), que en numerosas situaciones, puede ser sacrificado voluntariamente

debido a factores sociales o estar involuntariamente restringido debido a situaciones ambientales(36).

Los trastornos del sueño (TS) son aquéllos que afectan la capacidad para dormirse y/o para mantenerse dormido, y provocan que se duerma demasiado o se produzcan conductas anormales asociadas al sueño, pueden ser temporales, intermitentes o crónicos (37). Recientemente se ha comenzado a conocer y entender las consecuencias que puede tener una deficiente calidad del sueño a mediano y largo plazo. Por ejemplo, el sueño está íntimamente asociado con los neuromoduladores de los sistemas aminérgico, colinérgico y gabaérgico, dichos sistemas, a su vez, están fuertemente relacionados con las enfermedades mentales, en especial, los trastornos del ánimo (38) ; Además, intervienen genes implicados en las vías de la serotonina, y muchos otros, desempeñando un papel en la relación sueño-ansiedad (33).

La clasificación de los trastornos del sueño más utilizada es la Classification of Sleep Disorders o ICSD. La propuesta de su tercera edición en 2014 vuelve al diagnóstico clínico tradicional, dando más peso al síntoma principal o a los tipos de trastornos que aparecen durante el sueño. Su objetivo es presentar una clasificación estructurada, racional y válida, que se base en la descripción clínica y científica. En esta última clasificación desaparecen los 3 ejes de la clasificación previa siendo ahora de un solo eje (39)(40)

Tabla 3. Clasificación Internacional de los trastornos del sueño

ICSD (clasificación internacional de los trastornos del sueño)
Sección de diagnostico
Insomnio
Trastornos respiratorios relacionados con el sueño
Trastornos centrales de la hipersomnolencia
Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia
Parasomnias
Trastornos del movimiento relacionados con el sueño
Otros trastornos del sueño

Fuente: Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition highlights and modifications. Chest [Internet]. 2014;146(5):1387–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-0970>

La mayoría de los trastornos mentales pueden presentar entre su clínica habitual algunos trastornos del sueño. El trastorno del sueño más frecuente es el insomnio,

que lo ha padecido el 40% de la población(41). El 30 al 60% de los pacientes con insomnio crónico tiene un trastorno psiquiátrico identificable.(41)

Las consecuencias de los TS pueden ser graves y se han asociado a relaciones sociales deterioradas, hipersomnia en el momento de conducir vehículos, conductas de riesgo y depresión, y mal estado de salud(36), su prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes ha sido estimada entre un 10% y un 55%(36). El sexo femenino y la progresión en edad son factores de riesgo(42). En los adolescentes y adultos jóvenes son comunes y se asocian a múltiples discapacidades cognitivas y del comportamiento(36).

Estudios hechos en el Perú han determinado que existe una alta frecuencia de excesiva somnolencia diurna (ESD) y mala calidad de sueño (CS) en estudiantes de medicina; Rosales y col. encontraron frecuencias de 34% y 58% respectivamente en estudiantes de los dos últimos años de la carrera de medicina. Asimismo, Brain y col. en un estudio transversal encuestaron una población de estudiantes de medicina utilizando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) y encontraron que 46% tenían mala CS (43). Se sabe que los estudiantes de medicina tienen altos niveles de somnolencia de acuerdo a los resultados obtenidos con la Escala de Somnolencia Epworth (ESE) por otro lado, presentan latencia subjetiva del sueño prolongada, corta duración del sueño y eficiencia del sueño disminuida de acuerdo al ICSP(43).

5.5.1. Fisiopatología. El sueño es una necesidad fisiológica en los animales y el hombre, teniendo una duración variable de acuerdo a la especie y a la edad del individuo(37); tiene ciertas características, que van desde la disminución de la conciencia y de la reacción a estímulos externos, hasta la inmovilidad y relajación muscular, con una periodicidad diaria (34)

El sueño es regulado a través de diversas sustancias y neurotransmisores cerebrales estimulantes: dopamina y norepinefrina, histamina, orexina, glutamato; sustancias y neurotransmisores cerebrales inhibitorias: GABA, adenosina, glicina; y sustancias y neurotransmisores regulatorias: acetilcolina, serotonina y melatonina, que pueden verse afectados en diversas patologías y trastornos(34)(36)

La dopamina juega un rol importante en el mantenimiento de la vigilia, mientras que la histamina, otro neurotransmisor excitatorio generado en áreas como el hipotálamo posterior, en especial el núcleo tuberomamilar, es fundamental en el mantenimiento del estado de alerta; mientras que las orexinas, hormonas

excitadoras que son producidas en el hipotálamo promueven la vigilia, junto al glutamato el mayor neurotransmisor cerebral que se regula tanto química como eléctricamente.(33)

El GABA es el principal neurotransmisor inhibitorio, junto a la adenosina que es liberada en el área preóptica y en el hipotálamo anterior e induce el sueño NREM, mientras que la glicina interviene en el control de la atonía en el sueño REM.(38)

En el sistema regulador la acetilcolina que se encuentra en grandes concentraciones en la formación reticular activadora ascendente se encarga de regular el sueño REM, mientras que la serotonina es un inhibidor del sueño REM, también participa en la regulación la melatonina que es secretada en la glándula pineal se libera en respuesta a la disminución de la luz ambiental, regulando el ciclo sueño – vigilia, produciendo somnolencia para iniciar el sueño principal. Se considera que el sueño tiene relación con el ciclo del día y la noche, lo que en los seres humanos se ha denominado ritmo o sistema circadianos, a través del empleo de la luz natural del sol para desarrollar las diversas actividades de la vida diaria y la oscuridad de la noche para descansar y dormir con una duración aproximada de 24 horas, lo que regula nuestro reloj interno (34)

Durante las ocho horas de sueño en promedio, el ser humano experimenta dos tipos diferentes de este estado: el sueño de movimientos oculares rápidos o sueño desincronizado MOR (en inglés REM: rapid eye movement) y el sueño NMOR, sueño sincronizado (NREM: non rapid eye movement en inglés). La mayor parte del sueño está compuesta por sueño es de tipo NMOR (44).

La fase NO REM se divide en tres etapas más. La primera tiene el componente de la somnolencia y el inicio del sueño ligero, siendo fácil despertarse y presentándose una disminución de la actividad muscular y algunas sacudidas breves; esta etapa coincide con la sensación de caída, llamada mioclonía hípica. La segunda etapa puede ocupar hasta un 50 % (del total de las dos fases) para llegar a la etapa tres de sueño profundo y reparador. Por otro lado, La fase REM, asociada con actividad neuronal y ensoñación, se caracteriza por la presencia de movimientos oculares rápidos y la disminución del tono de los músculos voluntarios. En esta etapa, la frecuencia cardíaca y respiratoria quedan influenciadas por los sueños y las personas tienden a despertarse y recordar lo que soñaron (45)

5.5.2. Diagnóstico. La valoración de los trastornos del sueño en general, requiere además de la anamnesis, la exploración física y la cumplimentación de diarios de sueño, pruebas auxiliares como la polisomnografía nocturna, electroencefalografía nocturna con videograbación, oximetría nocturna y pruebas de latencia múltiple de sueño entre otras, siendo la polisomnografía nocturna la prueba de referencia para el diagnóstico de los trastornos del sueño(43).

La utilidad de los cuestionarios de sueño parece por tanto innegable por dos motivos. En primer lugar, como herramienta clínica para la detección de trastornos de sueño y selección de pacientes que requieran la realización de pruebas de laboratorio. En segundo lugar para la investigación epidemiológica, en la que este tipo de cuestionarios se han convertido en un instrumento especialmente útil.(46)

5.6. ANTIDEPRESIVOS

Los medicamentos antidepresivos son altamente eficaces no solo para el tratamiento del trastorno depresivo sino también para pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de pánico, trastornos de la atención /hiperactivos, bulimia y anorexia, fobia social, trastorno por estrés post traumático, colon irritable, dolor neuropático, migraña, tabaquismo, autismo, trastornos de la personalidad, abuso de alcohol, abuso de cocaína, eyaculación precoz, disfunción sexual inducida por antidepresivos, síndrome de fatiga crónica y en el tratamiento del insomnio. Sin embargo, a continuación, serán mencionados los grupos de medicamentos empleados específicamente para el tratamiento de la depresión.

5.6.1. Antidepresivos Tricíclicos

5.6.1.1. Mecanismo de acción. De manera general, estos medicamentos ocasionan una inhibición variable de la recaptación neuronal de serotonina y noradrenalina en la neurona presináptica, aumentando su concentración en el espacio sináptico.(47). Sin embargo, adicional a esto, se ha encontrado que estos fármacos tienen acciones tempranas y acciones a mediano y/o largo plazo. Dentro de las acciones tempranas se puede destacar el bloqueo de la captación neuronal de aminas, el aumento del neurotransmisor a nivel de la biofase, la disminución del recambio del neurotransmisor y la disminución de la frecuencia de descarga neuronal. Y, por otra parte, en cuanto a las acciones a mediano y/o largo plazo se encuentra la regulación de los adrenoreceptores beta, la subsensibilidad al estímulo beta del sistema de formación AMPc y también los cambios en los adrenoreceptores alfa y cambios en los receptores serotoninérgicos.

5.6.1.2. Clasificación

- Aminas secundarias: Son medicamentos con actividad netamente noradrenérgica, acá está incluida la desiprina, nortriptilina y protriptilina
- Aminas terciarias: Estas tienden a compartir la actividad noradrenérgica con una actividad serotoninérgica e incluyen distintos medicamentos como la imipramina, trimipramina, clomipramina, amitriptilina y doxepina.(47)(48)

5.6.1.3. Indicaciones. Los antidepresivos tricíclicos son empleados en depresiones severas, depresiones con ansiedad y depresiones resistentes a los agentes serotoninérgicos. Sin embargo, antes de indicar el uso de agentes tricíclicos se deben considerar los factores cardiovasculares y ortostáticos que implican el tratamiento. Por ejemplo, en el caso de pacientes con una historia de patología cardiovascular o mayores de 40 años es necesario contar con evaluación cardiovascular adecuada y con un electrocardiograma estándar. En caso de que electrocardiograma revele anormalidades se puede continuar el tratamiento antidepresivo, pero realizando un seguimiento electrocardiográfico regular. Otro caso, son aquellos pacientes con un bloqueo de rama en quienes no es aconsejado emplear este tipo de medicamentos.(48)

Por otro lado, la clomipramina ha demostrado eficacia en el tratamiento de la eyaculación precoz empleado a una dosis de 25 mg 12-24 horas antes de la relación sexual para lograr un incremento del tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal de hasta 4 veces el basal y una mejoría en otros parámetros, como la satisfacción referida por el paciente y por su pareja, sin embargo, su uso crónico presenta más efectos adversos y más severos que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. (49)

5.6.1.4. Posología Dosis al día en miligramos (mg)

Tabla 4. Posología antidepresivos tricíclicos

POSOLOGIA ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS
Aminas secundarias
Desipraina
Nortriptilina
Protriptilina
Aminas terciarias
Imipramina: 150-300 mg
Trimipramina: 150-300 mg
Clomipramina: 150-300 mg
Amitriptilina: 150-300 mg
Doxepina: 75-300 mg

Fuente: Travé Rodríguez A, Reneses Sacristán A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Sist Nac Saluf [Internet]. 2002;26(1):1–8. Available from: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26_1_depresion.pdf(50)

5.6.1.5. Efectos adversos_ Los pacientes tratados con antidepresivos tricíclicos pueden llegar a presentar diversos efectos adversos y estos pueden ser clasificados en:

- Efectos anticolinérgicos: Los más comunes son la sequedad bucal, constipación, retención urinaria, visión borrosa y taquicardia. A demás de esto, se puede presentar confusión y déficit cognitivos en pacientes de mayor edad.
- Efectos cardiovasculares: Presentes en la mayoría de los agentes tricíclicos, este grupo incluye la hipotensión ortostática y retrasos en la conducción, siendo la hipotensión ortostática el efecto colateral de mayor riesgo en los pacientes de edad avanzada y en aquellos con insuficiencia cardíaca congestiva. Adicionalmente, en la mayoría de los casos los tricíclicos producen cambios en el electrocardiograma como una prolongación del intervalo PR, de la duración del QRS, del intervalo QTc y un aplanamiento de la onda T. Se debe tener precaución en pacientes con antecedentes de cardiopatías, hipertensión arterial o de bloqueo de rama ya que existe riesgo de que se presenten arritmias, bloqueo de la conducción, infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, síncope e hipertensión.

- Aumento de peso: Es importante tenerlo en cuenta en pacientes de sexo femenino o en aquellos pacientes con problemas de obesidad ya que esto puede contribuir a que el ánimo no mejore.
- Efectos neurológicos: Como el temblor, los síntomas extrapiramidales, la secreción inadecuada de ADH, alteraciones al EEG, la inducción de crisis convulsivas y discretos retardos en las funciones cognitivas.
- Sedación: La trimipramina, amitriptilina y la doxepina son los antidepresivos tricíclicos que presentan la mayor actividad sedante debido a su afinidad por el receptor histamínico. En algunos casos la actividad sedante es utilizada para combatir el insomnio y las depresiones ansiosas.
- Efectos misceláneos: Estos han sido observados solo en algunas ocasiones, incluyen la depresión de la médula ósea, agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia, eosinofilia, fotosensibilidad de la piel, edema facial, psoriasis, hipertrichosis, hepatitis, epigastralgias, gingivitis y caries, reflujo GE, ginecomastia, galactorrea, anorgasmia, síndrome lúpico, artritis, hipercolesterolemia, hiperuricemia, hipocalcemia, glucosuria, hematuria, albuminuria, lifadenopatías y reacción leucemoide.(48)

5.6.2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

5.6.2.1. Mecanismo de acción. Los ISRS inhiben a la bomba de recaptación presináptica de serotonina, al llevar a cabo esta acción, se produce un aumento inicial en la disponibilidad de serotonina en el espacio sináptico y posteriormente a esto se produce una regulación de los mismos receptores, incrementando finalmente la transmisión neta serotoninérgica. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina incluyen los fármacos citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina.(48)

5.6.2.2. Indicaciones. Los agentes serotoninérgicos han demostrado eficacia en diversos trastornos psiquiátricos, siendo la depresión mayor su principal indicación. De mismo modo, la sertralina y la paroxetina han demostrado ser eficaces en dosis mayores para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo y en los trastornos de pánico. También se ha encontrado que, los ISRS administrados en dosis elevadas han sido utilizados en el trastorno disfórico de la fase luteal tardía, en la bulimia nerviosa, en los trastornos de personalidad del *cluster* B y en el trastorno por estrés post-traumático.(48)

De igual manera son empleados frecuentemente para tratar la eyaculación precoz debido a que alargan la sinapsis al aumentar la cantidad de serotonina disponible y de esta forma, la latencia eyaculatoria. Se utilizan diariamente, de forma crónica, y aunque pueden empezar a ser efectivos durante la primera semana, su efecto máximo tarda 3-4 semanas, debido a que tienen que provocar una saturación de los autorreceptores para que empiecen a aumentar los valores de serotonina. Dentro de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina empleados con este fin está la paroxetina en dosis de 10-40 mg, la sertralina en dosis 50-200 mg), la fluoxetina en dosis de 20-40 mg y el citalopram en dosis de 20-40 mg. (49)

5.6.2.3. Posología; Dosis al día en miligramos (mg)

Tabla 5. Posología inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

POSOLOGIA INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA	
Citalopram	20-60 mg
Fluoxetina	10-80 mg
Fluvoxamina	50-300 mg
Paroxetina	20-50 mg
Sertralina	50-200 mg

Adaptado de: Heerlein A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2002 Oct [cited 2020 Oct 24];40(SUPPL. 1):21–45. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Se recomienda utilizar la mitad de las dosis descritas en pacientes de edad avanzada, aquellos con trastornos hepáticos y diferentes situaciones clínicas como la presencia de crisis de pánico asociadas, o el antecedente de hipersensibilidad a los psicofármacos. En caso de que el paciente haya completado el tratamiento por las cuatro semanas en dosis adecuadas y sólo se haya dado una remisión parcial

de los síntomas, se sugiere aumentar la dosis o agregar un agente antidepresivo de otro grupo. (48)

5.6.2.4. Efectos adversos. Dentro de los efectos adversos comunes están las náuseas, movimientos peristálticos, ansiedad, cefalea, insomnio, sudoración y taquicardias. Sin embargo, estos efectos son dosis dependientes y normalmente van disminuyendo luego de la primera semana de tratamiento. Por otro lado, las disfunciones sexuales son otro de los efectos adversos comunes, pero con una duración más prolongada, estos incluyen disminución de la libido, anorgasmia o eyaculación retardada.

También se han observado efectos específicos como:

- Efectos neurológicos: en donde la cefalea tensional es la más frecuente, y, por el contrario, efectos como los temblores y la acatisia son ocasionales y pueden ser tratados con un betabloqueador. Incluso se han descrito casos de distonías y parkinsonismo, por lo cual los ISRS no son recomendados en pacientes con enfermedad de Parkinson severa.
- Sedación
- Insomnio
- Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética: Se da con mayor frecuencia en personas de edad avanzada y se caracteriza por letargia, cefalea, hiponatremia, elevación de la excreción urinaria de sodio y orina hiperosmolar. Al diagnosticarlo se debe discontinuar el tratamiento.
- Sueños e imágenes centellantes que cruzan el campo visual
- Erupciones cutáneas
- Síndrome serotoninérgico: Caracterizado por la progresión de letargia, confusión, inquietud, diaforesis, temblor y mioclonías; este síndrome puede conducir a un estado extremadamente grave de hipertermia, hipertensión, rabdomiolisis, insuficiencia renal y finalmente la muerte. Debe ser diagnosticado lo antes posible para discontinuar el tratamiento serotoninérgico e iniciar el tratamiento médico de urgencia.

- Síndromes apáticos: En este síndrome se ha expuesto falta de motivación, pasividad, letargia y aplanamiento afectivo y se piensa que puede ser dosis dependiente.
- Mayor riesgo de suicidio al producirse la remisión de la sintomatología anímica, independiente del agente antidepresivo usado.
- Síndrome de discontinuación de los ISRS: La interrupción súbita de estos tratamientos puede desencadenar síntomas como cefaleas, astenia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, sudoración, poliaquiuria, insomnio, temblor, nerviosismo, agitación, somnolencia, mareos, sequedad de boca, retinitis o sensaciones de "corrientes eléctricas en la cabeza". Sin embargo, esto se puede evitar por medio de la reducción lenta de la dosificación. (48)

5.6.3. Moclobemida

5.6.3.1. Mecanismo de acción. Inhibe selectivamente la MAO de tipo A, la cual tiene que ver con los neurotransmisores que se alteran en la enfermedad depresiva.(51)

5.6.3.2. Indicación. A demás de ser prescrito para pacientes con depresión, también se ha observado su eficacia en el tratamiento de la distimia y de la fobia social.(48)

5.6.3.3. Posología:

Tabla 6. Posología Mobecloimida

POSOLOGIA MOBECLOMIDA	
DOSIS INICIAL	150 mg Por día, alcanzando los 300 a 600 mg por día
DOSIS MAXIMA	1200 mg por día
	En pacientes con insuficiencia hepática se debe disminuir la dosis al 50% -70%.

Adaptado de: Heerlein A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2002 Oct [cited 2020 Oct 24];40(SUPPL. 1):21–45. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es(48)

5.6.3.4. Efectos adversos. Son escasos pero en caso de presentarse, el paciente presenta mareos, ansiedad, alteraciones del sueño y náuseas.(48)

5.6.4. Bupropión

5.6.4.1. Mecanismo de acción. Inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina.(48)

5.6.4.2. Indicación. Aparte de tener un amplio espectro de actividad depresiva, tiene efecto en la disminución de la apetencia a la nicotina debido a la mejoría de la actividad dopaminérgica y puede ser útil en el tratamiento de los trastornos hiperactivos o por déficit atencional.(48)(51)

5.6.4.3. Posología

Tabla 7. Posología Bupropión

POSOLOGIA BUPROPION	
DOSIS INICIAL	150 mg Día en las mañanas durante los primeros 4 días.
DOSIS RECOMENDADA	150 mg cada 12 horas
	El efecto antidepresivo suele aparecer entre el octavo y decimoctavo día.
En caso de 4 semanas de tratamiento inefectivo	450 mg por día dividido en 3 dosis.

Adaptado de: Heerlein A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2002 Oct [cited 2020 Oct 24];40(SUPPL. 1):21–45. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es(48)

5.6.4.4. Efectos adversos. Los más frecuentes son: cefalea inicial, ansiedad, insomnio, aumento de la sudoración y malestar gastrointestinal. Sin embargo, se han descrito en menor proporción casos de convulsiones debido a altas dosis del medicamento (450-600mg/día), casos de delirios, alucinaciones y reacciones paranoideas, por lo cual se debe tener precaución con pacientes con antecedentes de trastorno psicótico.(48)

5.6.5. Reboxetina

5.6.5.1. Mecanismo de acción. Actúa inhibiendo en forma selectiva la recaptación de noradrenalina.(51)

5.6.5.2. Indicación. Posible utilidad en depresiones inhibidas.(50)

5.6.5.3. Posología

Tabla 8. Posología Reboxetina

POSOLOGIA REBOXETINA	
DOSIS INICIAL	8 mg al día

Adaptado de: Travé Rodríguez A, Reneses Sacristán A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Sist Nac Saluf [Internet]. 2002;26(1):1–8. Available from: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26_1_depresion.pdf(50)

5.6.5.4. Efectos adversos. Se presentan en raras ocasiones y los más frecuentes son la sensación de retención urinaria en los varones y la hipotensión ortostática en ancianos. También se pueden presentar otros síntomas de aparición anticolinérgica, como sequedad de boca y constipación.(48)

5.6.6. Nefazodona

5.6.6.1. Mecanismo de acción. Bloquea los receptores 5-HT₂ y de esta manera bloquea la recaptación de serotonina.(51)

5.6.6.2. Indicación. Tratamiento de síntomas ansiosos relacionados con la depresividad, manejo del insomnio asociado a los trastornos depresivos, incluyendo la reducción de los trastornos de continuación del sueño y el despertar precoz.(48)

5.6.6.3. Posología

Tabla 9. Posología Nefazodona

POSOLOGIA NEFAZODONA	
DOSIS INICIAL	400 mg al día

Adaptado de: Travé Rodríguez A, Reneses Sacristán A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Sist Nac Saluf [Internet]. 2002;26(1):1–8. Available from: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26_1_depresion.pdf.(50)

5.6.6.4. Efectos adversos. Se ha encontrado que produce poca interferencia en la esfera sexual y puede provocar cefalea, somnolencia y náuseas.(50)

5.6.7. Venlafaxina

5.6.7.1. Mecanismo de acción. Es un inhibidor potente de la recaptación de serotonina y norepinefrina; a su vez, es un inhibidor moderado de la recaptación de dopamina.(48)

5.6.7.2. Indicación. Principalmente se aprobó para el uso en depresión mayor, pero algunos estudios sugieren su eficacia en dolor crónico, trastornos de la alimentación y fobia social.(48)

5.6.7.3. Posología

Tabla 10. Posología Venlafaxina

POSOLOGIA VENLAFAXINA	
DOSIS INICIAL	37,5 a 75 mg al día
Dosis recomendada	75 mg a 450 mg por día
DOSIS MAXIMA	750 mg por día

Adaptado de: Heerlein A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. Rev Chil Neuropsiquiatria. 2002 Oct ;40(SUPPL. 1):21–45. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500003&lng=es&nrm=iso&tIng=es.(48)

5.6.7.4. Efectos adversos. Los pacientes pueden presentar síntomas gastrointestinales, disfunciones sexuales y riesgo de síndrome serotoninérgico, también pueden tener insomnio con disminución del sueño REM y aparición de pesadillas, cefaleas, nerviosismo, agitación, astenia y vértigo.(48)

5.6.8. Mirtazapina

5.6.8.1. Mecanismo de acción. Actúa por medio del antagonismo de los autorreceptores y heterorreceptores alfa 2-noradrenérgicos, de igual manera, antagoniza los receptores postsinápticos 5-HT_{2A}, 5-HT₃, H₁.(48)

5.6.8.2. Indicación. Tiene una actividad efectiva en el tratamiento de la depresión, el insomnio y la ansiedad.(48)

5.6.8.3. Posología.

Tabla 11. Posología Mirtazapina

POSOLOGIA MIRTAZAPINA	
DOSIS INICIAL	30-40 mg al día

Adaptado de: Travé Rodríguez A, Reneses Sacristán A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Sist Nac Saluf [Internet]. 2002;26(1):1–8. Available from: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26_1_depresion.pdf.(50)

5.6.8.4. Efectos adversos. Los principales son sedación, aumento de peso y mareos. Sin embargo, también hay algunos pacientes que presentan síntomas anticolinérgicos como sequedad bucal y constipación y se puede asociar a hipertensión, hipotensión ortostática, mareos y vasodilatación con edema periférico.(48)

5.7. ANSIOLÍTICOS

5.7.1. Mecanismo de acción. En primer lugar, Para definir a las Benzodiacepinas se debe considerar que son medicamentos psicotrópicos (sustancia natural o sintética que influencia las funciones químicas por su acción sobre el sistema nervioso central) que poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorrelajantes, anticonvulsivantes y amnésicos; por ello, estos fármacos son los más utilizados para tratar la ansiedad, el insomnio y otros estados afectivos.(52)

Asimismo, Calero, Oropesa, González, Roca y Blanco (2009) indican que las BZD son sustancias que deprimen el Sistema Nervioso Central (SNC) y que actúan principalmente sobre el sistema límbico debido a que su estructura química es similar y poseen afinidad con el complejo de receptores benzodiazepínicos. Estos tipos de BZD suelen lograr su efecto máximo sobre el receptor celular (llamados agonistas o antagonistas completos) en la producción de propiedades ansiolíticas y sedantes.(52)

5.7.2. Clasificación. Se han clasificado a las BZD por su duración de acción en: acción corta, intermedia y larga, según su vida media y producción de metabolitos activos. Ésta es una clasificación útil, pero se destaca que no debe ser el único criterio por tomar en cuenta para la selección, ya que la distribución es un parámetro muy importante a la hora de determinar la duración de la acción de estos fármacos. Las BZD con elevada liposolubilidad como midazolam ($t_{1/2}= 2$ hs) y diazepam ($t_{1/2}=50$ hs) tienen una fase de redistribución muy rápida (hacia compartimentos periféricos como músculo y grasa) luego de una dosis única i/v, por lo cual las concentraciones plasmáticas disminuyen rápidamente, disminuyendo así su efecto inicial. Esto explica por qué la vida media del fármaco no siempre se relaciona con la duración del efecto.(53)

5.7.3. Indicaciones. El tratamiento farmacológico está indicado para pacientes que tienen síntomas ansiosos persistentes o severos. Deben instituirse ensayos farmacoterapéuticos de corto plazo (semanas) y mediano plazo (3 a 6 meses) en combinación con las intervenciones no farmacológicas, con intentos periódicos de disminuir y suspender la medicación. Esta estrategia es consistente con el curso natural fluctuante del trastorno de ansiedad generalizada.(32)

Las indicaciones aprobadas por las principales agencias reguladoras de medicamentos para las BZD de vida media intermedia o prolongada incluyen el tratamiento de trastornos de ansiedad a corto plazo, la privación alcohólica, el alivio del dolor musculoesquelético, y el uso como coadyuvantes en trastornos convulsivos. Las BZD de vida media corta se encuentran indicadas como coadyuvantes en la inducción anestésica y en el tratamiento del insomnio a corto plazo.(53)

Para los pacientes que sufren de insomnio agudo, situacional o transitorio (duración menor a 2 semanas) se recomienda el uso de benzodiazepinas. Están igualmente indicadas en este grupo de pacientes, ya que el período durante el cual se utilizarán durará lo que dure el factor estresante que desencadenó el insomnio. De cualquier

manera, será tenido en cuenta el seguimiento estrecho del paciente utilizando la menor dosis terapéutica posible durante el periodo de tiempo más corto. Los principales efectos farmacológicos de las benzodiacepinas son: reducir la latencia a sueño, disminuir los despertares, aumentar el tiempo de sueño y mejorar la percepción de calidad del sueño.(41)

5.7.4. Posología

Tabla 12. Posología Ansiolíticos

POSOLOGIA ANSIOLITICOS	
ACCIÓN CORTA	ALPRAZOLAM Dosis Inicial: 0.25 mg Dosis media: 0.5 mg Dosis equivalente: 0.5 mg
	LORAZEPAM Dosis inicial: 0.5 mg Dosis media: 1 mg Dosis equivalente 1 mg
	BROMAZEPAM Dosis inicial: 1.5 mg Dosis media: 3 mg Dosis equivalente: 3 mg
ACCIÓN PROLONGADA	DIAZEPAM Dosis inicial: 2.5 mg o 5 mg Dosis media: 5 mg o 10 mg Dosis equivalente: 5 mg
	CLOBAZAM Dosis inicial: 0.25 mg Dosis media 0.25 a 5 mg Dosis equivalente: 0.25 mg

Adaptado de: Reyes-Ticas JA. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. Fed Mund Soc Psiquiatr Biológica [Internet]. 2003 [cited 2020 Oct 25];1(1):134. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>(32)

5.7.5. Efectos adversos. Las benzodiacepinas son los medicamentos que tienden a prescribirse con mayor preferencia en los pacientes con ansiedad. su administración prolongada se ha asociado a la producción de dependencia física con síndrome de abstinencia (disforia, convulsiones, etc.), y a la aparición de efectos adversos tales como ataxia, disartria, vértigo, incoordinación motora con caída al suelo, sedación, somnolencia, excitación paradójica, dificultad para mantener la atención, riesgo en el manejo de maquinaria peligrosa, trastornos de memoria a corto plazo, e incluso el desarrollo de depresión. Los pacientes que toman benzodiacepinas presentan un riesgo de accidentes de tráfico entre 1.45 y 2.4 veces superior a los que no toman estos fármacos; este riesgo es mayor si se ingieren dosis elevadas.(54)

Finalmente, se puede hacer el uso de anti ansiolíticos no benzodiacepínicos: Ante un síndrome ansioso por lo general se piensa en los benzodiacepinas, sin embargo, se tienen otro tipo de medicamentos ansiolíticos sin riesgo de dependencia que pueden ser utilizados de primera línea y especialmente cuando tenemos frente a nosotros pacientes con ansiedad crónica que requerirán tratamientos muy prolongados o pacientes con historia de abuso de sustancias. a. Buspirona: Es un anti ansiolítico que no causa sedación y parece no tener potencial de abuso, aunque tarda varios días en manifestar su efecto. Dosis: de 5 a 10mgs. b. Betabloqueadores a dosis bajas (propanolol 20 mgs. atenolol 50 mgs. diarios), pueden ser útiles para controlar los síntomas físicos de la ansiedad. c. La hidroxizina, un antihistamínico bloqueador H1 actúa rápido como ansiolítico a dosis de 25 mgs. BID y sin causar mucha somnolencia diurna. d. Amitriptilina, imipramina, clomipramina, maprotilina: Iniciar con 12.5 mgs. en la noche y aumentar la dosis paulatinamente hasta un máximo de 75 mgs. Los antidepresivos inicialmente pueden producir ansiedad y acatisia, por lo que se recomienda iniciar con la mitad de las dosis arriba indicadas por una semana.(32)

5.8. ANTIPSICÓTICOS

5.8.1. Mecanismo de acción. Todos los APG (Antipsicóticos de Primera Generación) tienen en común una alta afinidad por el receptor D2 dopaminérgico, existiendo una fuerte correlación entre las dosis terapéuticas de estos fármacos y su afinidad por la unión al receptor. Se ha demostrado la importancia de la ocupación del receptor dopaminérgico como un indicador de la respuesta antipsicótica y los efectos adversos.(55)

Por otro lado, la teoría del antagonismo serotoninérgico-dopaminérgico propone que un nivel superior de afinidad del fármaco por el receptor 5-HT_{2A} serotoninérgico, comparado con la afinidad por el receptor D₂ dopaminérgico puede explicar la «atipicidad», así como la mayor eficacia y menor tendencia a producir EPS (efectos extrapiramidales) de los ASG(56)

5.8.2. Clasificación. A pesar del gran avance realizado, que ha permitido la disponibilidad y uso de nuevos y diferentes fármacos, éstos continúan constituyendo tres grupos básicos (antipsicóticos típicos, atípicos y agonistas parciales dopaminérgicos), y todos ellos tienen como principal mecanismo de acción, la actuación sobre los sistemas dopaminérgicos. Se cree que una gran parte de los antipsicóticos de segunda generación (antipsicóticos atípicos y agonistas parciales dopaminérgicos) ofrecen ventajas añadidas a los de primera generación (57) que, aunque efectivos, no suponen un tratamiento óptimo, pues sólo un porcentaje pequeño de pacientes responde a ellos, y causan unos niveles importantes de efectos adversos agudos y crónicos(55)

La reintroducción de la clozapina representó un avance más, y permitió la proliferación de los antipsicóticos atípicos o de segunda generación (ASG), que incluyen risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, sertindol y zotepina.(58)

5.8.3. Indicaciones. A pesar de que todos los tratamientos farmacológicos existentes tienen limitaciones en cuanto a su eficacia y están relacionados con efectos adversos indeseables, es un hecho demostrado que los antipsicóticos pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recidivas. Los APG son igualmente efectivos en el tratamiento de los síntomas positivos y en la prevención de recurrencias. Sin embargo, aproximadamente el 30 % de los pacientes con síntomas psicóticos agudos exacerbados tienen poca o ninguna respuesta a los APG, y hasta el 60 % de los pacientes tienen sólo una respuesta parcial a la medicación(57). También se pueden utilizar como indicación para síntomas depresivos, ansiosos o trastornos del sueño.

5.8.4. Posología

Tabla 13. Posología Antipsicóticos típicos

POSOLOGIA ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS	
HAROPERIDOL	2 a 5 mg por día
OLANZAPINA	5 a 20 mg por día

Adaptado de: Fernández H. Retraction. "Schizophrenia treatment. Critical review on the drugs and mechanisms of action of antipsychotics". Actas españolas Psiquiatr. 2012;40(2):104 (56)

Tabla 14. Posología Antipsicóticos atípicos

POSOLOGIA ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS	
QUETIAPINA	Dosis inicial: 25 mg día Dosis media: 300 a 400 mg día Dosis máxima: 750 mg día
	Con incrementos posteriores de 25 a 50 mg dos o tres veces al día.

Adaptado de: Ramírez LF. Nuevos antipsicóticos. Rev Neuropsiquiatr. 2013;60(0):39.(55)

5.8.5. Efectos adversos. Hay una evidencia creciente de que la mayoría de los nuevos fármacos ofrecen algunas ventajas sobre los antipsicóticos típicos o de primera generación (APG), como una mayor mejoría de los síntomas negativos, deterioro cognitivo, prevención de recaídas, capacidad funcional y mejoría de la calidad de vida como menor grado de efectos extrapiramidales (EPS) y de discinesia tardía. Sin embargo, estas diferencias no son necesariamente sustanciales, y, en cambio, se han evidenciado otros efectos secundarios como ganancia de peso, hiperglucemia y dislipemia(57)

Los nuevos antipsicóticos, junto con las benzamidas y aripiprazol, parecen aportar grandes avances en cuanto a efectos secundarios y a la eficacia en este grupo de fármacos.

En cuanto a los efectos adversos, todos los APG pueden producir EPS a dosis terapéuticas, incluyendo parkinsonismo, distonía, acatisia y discinesia tardía en grado variable, incrementar la concentración de prolactina sérica en el rango habitual de dosis clínica.

La principal diferencia de los ASG, en comparación con los APG, es su menor incidencia de EPS y discinesia tardía. La mayoría de los ASG tienen leves EPS o no tienen, mientras que risperidona tiene menos a menores dosis, y a dosis mayores puede producir EPS comparados con los de los APG(56). Entre los neurolépticos clásicos, se distinguen dos grupos, aquellos más incisivos, como el haloperidol, caracterizados por ser más potentes, producir más SEP y menos efectos anticolinérgicos y aquellos como la clorpromazina o la tioridazina más sedantes, caracterizados por ser menos potentes, producir menos SEP y más efectos secundarios anticolinérgicos.(55)

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo. Esto debido a que se interpretaron los datos que describen la población de los estudiantes del programa de Medicina de la facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana durante un determinado momento en el tiempo (año 2021). El análisis y la interpretación de los datos tuvo un fundamento numérico.

6.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio fue realizado en la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana de Neiva. Esta Universidad es pública. La facultad está ubicada en la carrera 9 con calle 14 - 03 en el barrio Altico, contigua al Hospital Universitario de Neiva. Allí hay estudiantes tanto del programa de Medicina como del programa de Enfermería. Para el ultimo corte realizado el 23 de julio de 2021 se encuentran matriculados 524 estudiantes en la carrera de medicina. La mayoría provienen municipios del Huila, sin embargo, también hay estudiantes de otros departamentos. Su número de teléfono es 8718310 y correo electrónico facsalud@usco.edu.co

6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fueron todos los estudiantes del programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana en Neiva, Colombia. Con un total de 524 estudiantes para el periodo 2021-1. Teniendo en cuenta lo anterior, en este estudio la muestra estadísticamente significativa eran 278 estudiantes, sin embargo, durante la recolección de los datos se obtuvo un total de 279 encuestas resueltas.

Los estudiantes en su mayoría son adolescentes o adultos jóvenes, un poco más del 60% son mujeres. Se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple al marco muestral realizado con las listas de todos los estudiantes matriculados, para que todos los sujetos de la población tuvieran la misma probabilidad de ser elegidos.

6.4. CRITERIOS INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Estudiantes de pregrado en Medicina de la Universidad Surcolombiana que autoricen participar en el estudio mediante el consentimiento informado

No se aplicaron criterios para no restringir la población estudiada.

6.5. ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSIÓN

No se aplicaron estrategias para controlar variables de confusión por el tipo de diseño.

6.6. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La información fue recolectada por medio del diligenciamiento de un cuestionario por parte de los participantes, validado por un médico especialista en medicina interna. La encuesta es una técnica para adquirir información por medio de un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración del sujeto seleccionado en una muestra sobre un asunto dado de una manera concreta, lo que facilita el análisis estadístico. Una vez hecho el cuestionario, no requiere de personal calificado a la hora de hacerla llegar al encuestado, aunque en este caso preferimos hacerlo así para dar instrucción directa de como diligenciarlo y evitar diligenciamientos incorrectos. Algunos de los riesgos que conlleva la aplicación de cuestionarios son: La falta de sinceridad en las respuestas, la tendencia a decir "sí" a todo, la sospecha de que la información puede revertirse en contra del encuestado, la falta de comprensión de las preguntas o de algunas palabras, la influencia de la simpatía o la antipatía tanto con respecto al investigador como con respecto al asunto que se investiga. Los investigadores instruyeron a los participantes con el fin de evitar estos problemas. Se envió el consentimiento informado por medio de un correo electrónico a todos los estudiantes matriculados en el programa de medicina de la Universidad Surcolombiana para el periodo 2021-2, posteriormente, a aquellos estudiantes que decidieron participar voluntariamente por medio del diligenciamiento del consentimiento informado, se les envió otro correo electrónico con el instrumento, las instrucciones para responderlo y la información de contacto de los investigadores y co-investigadores para dudas que se pudieron presentar.

6.7. INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El instrumento se construyó a partir de las variables que se deseaban incluir en el análisis y relevantes en el perfil de consumo de psicofármacos. Consta de datos como: semestre que cursa actualmente, edad, sexo, procedencia, estado civil, estrato socioeconómico, si tiene algún diagnóstico de alguna patología, si consume psicofármacos y de ser así, cual o cuales, con qué frecuencia, quien fue la fuente que los prescribió y si ha presentado algún afecto adverso por él, en total son 14 preguntas específicas sobre la investigación, las cuales la mayoría son de selección múltiple y algunas son de respuesta abierta corta. El cuestionario construido está considerablemente estructurado. El formato se encuentra en la sección de anexos. (Ver anexo D).

6.8. PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto con 30 sujetos voluntarios de otros programas académicos diferentes a medicina y pertenecientes a la Universidad Surcolombiana, con el fin de probar el instrumento. Se les realizó la encuesta de manera virtual, con sus debidas indicaciones antes de diligenciarla para procurar disminuir el mal diligenciamiento de este instrumento.

Posterior a la realización de esta prueba piloto, pudimos concluir que es un instrumento útil e indispensable para recoger los datos que necesitamos en nuestro estudio. De igual manera, es corto, claro, sencillo y fácil de entender. Sin embargo, decidimos agregar dos preguntas a nuestro instrumento haciendo énfasis en el consumo actual de psicofármacos y el semestre que cursa el participante actualmente; adicionalmente, realizamos unas modificaciones en algunas de las preguntas abiertas convirtiéndolas en preguntas de selección múltiple para un mayor entendimiento a la hora de responder el cuestionario. Por parte de la población encuestada no hubo ninguna duda, queja, ni tampoco ninguna pregunta para lograr entender y responder correctamente la encuesta.

6.9. CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

Todos los datos recolectados en los cuestionarios fueron consignados en una base de datos, hecha en el software Microsoft Excel. Posteriormente, a cada participante se le asignó un código numérico único que lo identifique, pero no quede relacionado directamente relacionado con sus datos, de manera que permanezca anónimo.

6.10. FUENTES DE INFORMACION

Los datos fueron obtenidos mediante una fuente de información primaria o directa, ya que los participantes serán encuestados por los investigadores.

6.11. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos fueron exportados al software GraphPad Prism v 7.1. Se aplicó estadística descriptiva. Las variables cualitativas se expresan en frecuencia y porcentaje. Se aplicó prueba de chi cuadrado como análisis exploratorio cuando fue pertinente. A la variable cuantitativa se le aplicó prueba de normalidad D'angostino & Pearson. Se muestran las variables de tendencia central y dispersión pertinentes. Se aplicó prueba U de Mann-Withney para buscar diferencias significativas.

6.12. PROCEDIMIENTO

- Aprobación por el comité de ética.
- Se envió por correo electrónico institucional el consentimiento informado.
- Se envió otro correo electrónico institucional a aquellos estudiantes que decidieron participar voluntariamente y diligenciaron de manera adecuada el consentimiento informado. El correo incluyó la encuesta, las instrucciones de cómo responderla y los datos de los investigadores y co-investigadores para resolver cualquier duda.
- Se verificó que el participante cumpliera con los criterios de inclusión.
- Se tabularon los datos obtenidos.
- Se realizó el análisis estadístico respectivo a los datos obtenidos.

7. CONSIDERACIONES ETICAS

Para el desarrollo de este trabajo de investigación, con el fin de que se preservaran y se garantizaran todos los derechos de los sujetos a ser estudiados de manera que no se viera vulnerada su dignidad ni cualquier otro aspecto de su condición de seres humanos, se tuvieron en cuenta los siguientes principios:

7.1. CODIGO DE NÜREMBERG

A cada participante se le explicó el trabajo de investigación y se le invitó a leer y firmar, de manera completamente autónoma, un consentimiento informado una vez hubiera entendido de que constaba el trabajo y se hubieran resuelto todas las dudas que surgieron; se le dio a conocer a cada participante que en cualquier punto de la investigación podía retirarse por las razones que fueran, independiente del motivo no habría represalias de ningún tipo.

7.2. DECLARACION DEL HELSINKI

El bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses; se propenderá por proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participaron en esta investigación; el proyecto de investigación no fue ejecutado hasta no ser aprobado por el comité de ética pertinente; el investigador principal está debidamente capacitado para realizar una investigación de este tipo, a su vez, los coinvestigadores fueron capacitados de manera adecuada.

7.3. INFORME DE BELMONT

La selección de sujetos fue por muestreo aleatorio simple. Todos los sujetos que incluidos en el estudio fueron tratados por igual y de la mejor manera posible, de manera que se sintieran reconocidos como personas y cómodos en lo posible al participar en la investigación; el bien que puede resultar de la investigación supera con creces el riesgo de algún evento adverso que hubiera podido resultar en mal para el paciente, dentro de este bien se resalta la contribución al saber científico general en el campo y el conocimiento preciso de un diagnóstico de una patología

7.4. RESOLUCION 8430 DE 1993

Como figura en el artículo 5 del capítulo I del título II, con respecto a los participantes, fue prioridad el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar; la investigación fue realizada teniendo en cuenta estándares de investigación internacionales; es necesario tener en cuenta que el conocimiento buscado no se puede obtener de otra manera; la investigación fue realizada por personal capacitado; los datos solicitados se mantendrán con estricta confidencialidad; una vez terminada la investigación será destruida y eliminada toda información de carácter personal que figure en las bases de datos, de manera que la información que quede en las bases de datos sea totalmente anónima

7.5. RIESGO

Según la resolución 8430 de 1993, artículo 11, los estudios, según el riesgo se clasifican en: Investigación sin riesgo, los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio; Investigación con riesgo mínimo, los estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, dentro de los cuales se incluye la extracción de sangre venosa y la prueba de punción cutánea; y en Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo, aquellas investigaciones en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas. El presente estudio se consideró sin riesgo para los sujetos participantes, pues no se intervino de ninguna manera las variables fisiológicas de los pacientes de manera importante.

En este tipo de estudio, la privacidad del participante es el punto sensible a manejo ético. Por esto, se estableció un compromiso de proteger la privacidad de los participantes, además de garantizar confidencialidad de los datos que fueron recolectados en la realización del estudio. En la publicación, los datos fueron presentados de manera que se asegure el anonimato de a quien estos pertenecen. La base de datos fruto de la investigación hizo parte de los aportes de la investigación, pero sólo se entregaron al grupo de investigadores del estudio para su debido análisis y a la Universidad Surcolombiana, con el fin de llevar datos epidemiológicos y clínicos acerca del consumo de psicofármacos.

7.6. ALCANCE

Este proyecto estuvo encaminado al desarrollo de una literatura científica del departamento y el país basado en datos de la ciudad de Neiva proporcionados por estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana como centro de referencia. Describir el perfil de consumo de psicofármacos en estudiantes de los distintos semestres del programa de medicina de la facultad de salud de la USCO, es importante para caracterizar los diagnósticos más relacionados con el uso de estos fármacos, la fuente prescripción y la prevalencia de los efectos adversos relacionados con estos. A nivel institucional universitario generara aporte y desarrollo científico como artículo de investigación.

7.7. IMPACTO

El impacto sobre la comunidad en general, la comunidad científica y universitaria se generó al proporcionar información importante sobre las diferentes características del consumo de psicofármacos por los estudiantes de la Facultad de Salud. En el ámbito académico se generó conocimiento aportando casos a la literatura científica a nivel nacional y local, y a nivel estudiantil se enriqueció el conocimiento y concientización sobre el consumo de psicofármacos y todo lo que esto puede acarrear si no se realiza de manera adecuada.

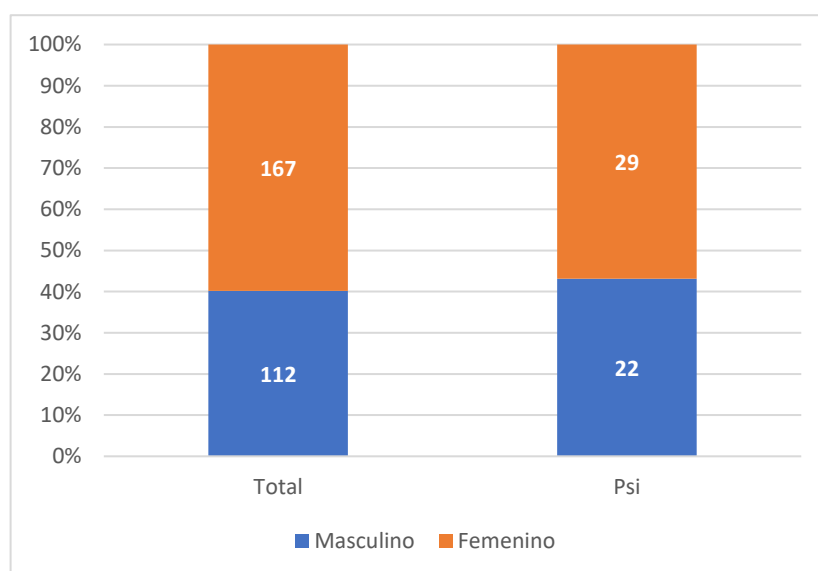
7.8. COSTO-BENEFICIO

Esta investigación buscó beneficiar a la comunidad en general, comunidad científica y universitaria al proporcionar información sobre cuáles son las características principales de los consumidores de psicofármacos en estudiantes de la Universidad Surcolombiana. Para los participantes de este proyecto de investigación no presentó ningún costo, ya que no se realizó intervención sobre los participantes y se limitó a tomar la información consignada en las encuestas diligenciadas por ellos mismos. Para la institución no presentó costo, puesto que, la totalidad del estudio fue autofinanciado por los investigadores. La Universidad Surcolombiana se benefició al obtener información importante sobre las características del consumo de psicofármacos por los estudiantes de medicina de la Facultad de Salud.

8. ANALISIS DE RESULTADOS

Se encuestaron 279 estudiantes de medicina, de los cuales 112 (40%) fueron hombres y 167 mujeres, de los cuales 51 (18.3%) respondieron si haber recibido psicofármacos previamente, 22 (43%) fueron hombres y 29 mujeres (Figura 1).

Figura 1. Distribución de sexo del total de estudiantes encuestados (Total) y los que han recibido psicofármacos



En la Tabla 15 se encuentra el consolidado de información sociodemográfica de los estudiantes participantes. Los de menor porcentaje de haber recibido psicofármacos fueron los estudiantes de primer semestre mientras que los de mayor porcentaje fueron los semestres 6 y los de internado. En el análisis exploratorio se encontró asociación entre estar cursando semestres de ciencias clínicas con el uso de psicofármacos. No se encontró asociación con el sexo ni con el estrato socioeconómico. Se encontró también una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la edad de los estudiantes, teniendo una edad menor los estudiantes que no han consumido psicofármacos. Uno de los estudiantes que han tomado psicofármacos es viudo y los 50 restantes son solteros.

Tabla 15. Variables sociodemográficas de los estudiantes respecto al consumo de psicofármacos

Semestre	nPsi, n=228		Psi, n=51		Valor de p
	N	%	N	%	
1	20	8.77	2	3.92	0.0214*
2	27	11.84	4	7.84	
3	15	6.58	4	7.84	
4	31	13.60	2	3.92	
5	20	8.77	3	5.88	
6	16	7.02	10	19.61	
7	15	6.58	3	5.88	
8	23	10.09	4	7.84	
9	23	10.09	5	9.80	
10	16	7.02	5	9.80	
Internado	22	9.65	9	17.65	0.6295
Sexo, masculino	90	39.47	22	43.14	
Estrato socioeconómico					
1	34	14.91	2	3.92	0.8156
2	121	53.07	17	33.33	
3	53	23.25	27	52.94	
4	17	7.46	5	9.80	
5	3	1.32	0	0.00	
Edad					
Mediana	22		23		0.0067*
Rango intercuartil	20-24		22-24		
Mín-Máx	17-33		19-32		

nPsi: no ha consumido psicofármacos. Psi: si ha consumido psicofármacos.

En la Tabla 16, se encuentra la información del sitio de procedencia de los estudiantes que han consumido psicofármacos. La mayoría, casi la mitad, corresponde a estudiantes provenientes de Neiva, seguido, con igual número, de estudiantes procedentes de Bogotá y Pitalito.

Tabla 16. Procedencia de los estudiantes que consumen psicofármacos

Ciudad/Departamento	n=51	%
Bogotá	4	7.84
Cundinamarca	1	1.96
Elías	1	1.96
Garzón	4	7.84
Iquira	1	1.96
La plata	1	1.96
Nariño	1	1.96
Neiva	23	45.10
Pitalito	7	13.73
Putumayo	4	7.84
Risaralda	1	1.96
San Agustín	1	1.96
Santander	1	1.96
Tolima	1	1.96

En la tabla 17, se pueden ver los fármacos que han recibido los estudiantes. El mayor grupo está representado por antidepresivos, entre ellos, la fluoxetina. Dentro de estos fármacos hay una amplia gama incluyendo inhibidores de la recaptación de serotonina, inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina, ansiolíticos, antipsicóticos, incluso algunos medicamentos del arsenal homeopático.

Tabla 17. Medicamentos recibidos por los estudiantes

Medicamento	n=51	%
Fluoxetina	17	33.33
Sertralina	8	15.69
Escitalopram	7	13.73
Trazodona	5	9.80
Clonazepam	5	9.80
Amitriptilina	4	7.84
Alprazolam	3	5.88
Bupropión	3	5.88
Quetiapina	3	5.88
Duloxetina	2	3.92
Modafinilo	2	3.92
Paroxetina	2	3.92
Imipramina	2	3.92
Venlafaxina	2	3.92
Pregabalina	2	3.92
Desvenlafaxina	2	3.92
Misoprostol	1	1.96

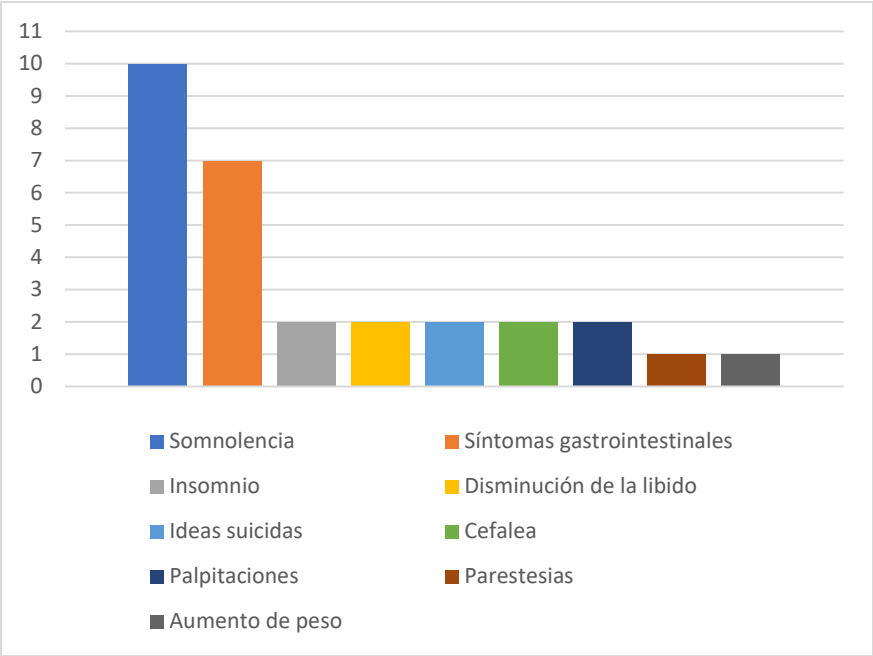
Carbamazepina	1	1.96
Lorazepam	1	1.96
Valeriana	1	1.96
Difenhidramina	1	1.96
Zolpidem	1	1.96
Staphisagria	1	1.96
Trifluoperazona	1	1.96

La mayoría de los estudiantes fueron recetados por un especialista (32, 62%), Nueve estudiantes fueron recetados por un médico general y 10 (19%) se automedicaron.

La indicación para el uso de psicofármacos fue en su mayoría para trastornos depresivos (n=38, 74%), seguido de trastornos de ansiedad (n=31, 60%), trastornos del sueño (n=19, 37%) y por último como estrategia para retrasar la eyaculación (n=2, 4%). Varios estudiantes presentan trastornos mixtos.

La indicación de los medicamentos fue en general adecuada. De los estudiantes que se autoformularon, uno tomo carbamazepina para un trastorno de ansiedad y de sueño. Otro tomo tanto trazodona como modafinilo para un trastorno del sueño y un estudiante se automedico con misoprostol para control de eyaculación precoz. 23 (45%) de los estudiantes han recibido el tratamiento de forma esporádica y solo el restante 55% (n=28) han recibido el tratamiento con adherencia a un plan terapéutico. 19(37%) de los estudiantes que han recibido psicofármacos aún los toman. 41% (n=21) de los estudiantes presentaron efectos adversos con el consumo de psicofármacos. El principal fue somnolencia. En la Figura 2 se ilustran los detalles.

Tabla 18. Efectos adversos de los psicofármacos. n=21



9. DISCUSIÓN

En nuestro estudio, cerca del 20% de estudiantes de medicina han tomado psicofármacos. En estudios previos, se ha visto también un alto porcentaje de jóvenes universitarios que toman psicofármacos (2). En nuestro estudio, se encontró que los estudiantes con mayor consumo de psicofármacos tienen mayor edad, aunque una diferencia no muy notoria, si con significancia estadística. No encontramos diferencias en el uso de psicofármacos entre los distintos estratos socioeconómicos ni el sexo.

En un estudio realizado en Ecuador (3) se encontró que la mayoría de estudiantes no han tomado psicofármacos, como en nuestra población, pero los que lo han hecho, han tomado un estabilizador de ánimo, similar a nuestra población en la que la mayor parte de psicofármacos son como tratamiento de trastornos de depresión y ansiedad. Sin embargo, en un estudio previo en Bogotá, en población general se encontró que el principal motivo para recibir psicofármacos eran los trastornos de sueño (4). Esto podría sugerir que los estudiantes de medicina tienen una mayor carga de enfermedad por trastornos depresivos y de ansiedad. Esta hipótesis se ve respaldada en otros estudios, en los que en estudiantes de áreas de la salud, los antidepresivos son los psicofármacos usados más frecuentemente(6). En este mismo estudio, igual que en el nuestro, la fluoxetina fue el medicamento recibido con mayor frecuencia. Esto puede deberse a que es un medicamento incluido en el plan de beneficios en salud.

En un estudio de Popayán (5) se encontró que el ansiolítico usado con más frecuencia es el clonazepam, igual que en nuestro estudio.

Es interesante la asociación de mayor frecuencia consumo de psicofármacos en estudiantes de áreas clínicas en comparación a los estudiantes de áreas básicas. Lo que puede deberse a un mayor estrés relacionado con la carga asistencial sumada a la académica o el contacto con los pacientes.

En nuestro estudio, encontramos un porcentaje no despreciable de estudiantes que se automedican, y que cerca de la mitad de los estudiantes que han tomado psicofármacos lo hacen de forma esporádica, sin adherencia adecuada a un plan terapéutico, como se ha visto en estudios previos (1).

Finalmente, este estudio sería el complemento a un estudio en la misma población realizado en el año 2014 (7), en el que se encontró que los estudiantes consumían con alta frecuencia alcohol, cigarrillo y marihuana. El estudio actual pretendía perfilar puntualmente el uso de psicofármacos más que sustancias psicoactivas en general.

De las varias limitaciones de nuestro estudio, consideramos que una de las más importantes fue solo haber incluido estudiantes del área de la salud y estudiantes de solo una universidad de carácter estatal. Sería importante conocer el comportamiento de este flagelo en estudiantes universitarios de áreas diferentes y determinar si la situación es similar también las instituciones de educación privada de nuestra región.

10.CONCLUSIONES

Los trastornos de depresión y ansiedad son muy frecuentes en estudiantes del área de la salud. El mal control de estas patologías se ha relacionado con una alta incidencia en eventos de suicidio por lo que es importante continuar realizando trabajos en este campo hasta poder tener el control adecuado.

Como se ha visto, los estudiantes del área de la salud están envueltos en circunstancias que los hacen tener un mayor consumo comparado con la población general de psicofármacos.

A pesar de ser estudiantes del área de la salud, falta aún sensibilización sobre la patología psiquiátrica, la importancia de su seguimiento médico y formulación por personal especializado.

11.RECOMENDACIONES

Sería ideal tener un registro del historial psiquiátrico de los estudiantes del área de la salud, con las debidas técnicas de protección de la información, de forma que se pudiera asegurar un adecuado seguimiento clínico y farmacológico para evitar desenlaces no favorables en esta población.

Sería importante en estudios posteriores identificar las razones por las cuales la adherencia a un plan terapéutico estricto es tan baja en esta población. Además de verificar la disponibilidad de acceso a servicios médicos para los propios estudiantes del área de la salud, buscando causas de la automedicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oberleitner LMS, Tzilos GK, Zumberg KM, Grekin ER. Psychotropic Drug Use Among College Students: Patterns of Use, Misuse, and Medical Monitoring. *J Am Coll Heal* [Internet]. 2011 Aug;59(7):658–61. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448481.2010.521960>
2. Lucena V, Ruiz-olivares R, Pino MJ. Consumo De Alcohol , Tabaco Y Psicofármacos En. *Rev Int Psicol clínica y la salud*. 2013;21(1):123–36.
3. Bhargava K Lahkar, Büyükçolpan. Factores de riesgo psicosociales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. Vol. 23. 2019.
4. Fajardo Zapata AL. Consumo de psicofármacos en la ciudad de Bogotá D.C. (Colombia): una nueva realidad. *Arch Med* [Internet]. 2018 Nov 19;18(2):404–12. Available from: <http://revistasum.umanizales.edu.co/proofs/index.php/archivosmedicina/article/view/2743>
5. Medina CE, Meneses MA, Molina M del C, Quilindo LJ, Velazco CZ. Consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de estudiantes de la Universidad del Cauca a partir del uso de un protocolo Popayán 2011-2012. 2012.
6. Martinez GI, Martinez LM, Rodriguez M de los angeles, Mesa PA, Muñoz JE, Bedoya J. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD. *vitae*. 2008;15(2):245–50.
7. Gomez AM, Zamora A. Consumo de sustancias psicoactivas en una facultad de salud del sur colombiano . Psychoactive substance use in a faculty of health at a South Colombian University . *Cina Res*. 2017;1(1):7–14.
8. Huertas Quintero JA, Rivillas García JC, Et.al. OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD MENTAL. 2015. 59 p.
9. Garrido quesada M. Efectos de los psicofarmacos en el tratamiento de la depresión. *Univ JAÉN*. 2017;24(2):96–103.

10. Del E, Lopera Gómez P. Consumo de psicofármacos. Prevalencia y factores asociados al consumo en una población de gemelos de la Región de Murcia. TDR (Tesis Doctorales en Red). 2015.
11. Machado Duque ME, Echeverri Chabur JE, Machado Alba JE. Utilización de medicamentos antidepresivos en población adolescente de Colombia un estudio tipo prescripción-indicación. Rev Cienc Salud. 2017;15kl3.(3):387–96.
12. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiologías de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Vol. 30, Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia. 2012. 353–356 p.
13. Antich S, Rodilla V, Camañas L, Villagrasa V, Sanahuja MA, Moreno L. Estudio descriptivo del consumo de psicofármacos en jóvenes: Necesidad de la Atención Farmacéutica en esta población. Pharm Care Espana. 2006;8(2):57–61.
14. Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA R-BD. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico / Mental health in Colombia. A critical analysis. Ces Med [Internet]. 2018;32(2):129–40. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
15. Gómez-Restrepo C. La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 2016 Dec;45:1.
16. Lemos M, Henao-Pérez M, Lopez-Medina D. Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares Stress and Mental Health in Medical Students : Relation with Coping and Extracurricular Activities Introducción. iMedPub Journals. 2018;24(2:3):1–8.
17. Fletscher Covalada PM. Uso de psicofármacos fuera de las indicaciones aprobadas en una entidad promotora de salud de Bogotá / Off label use of psycho-drugs in a promoting health entity in Bogotá [Internet]. 2012. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7102/>
18. Ortiz CP, Fúnez David OD, Rubiano Daza H, García Rojas CL, Calderón Ospina CA, Delgado DR. Automedicación en estudiantes de la Sede Neiva de la Universidad Cooperativa de Colombia. Rev Colomb Ciencias Químico-

Farmacéuticas [Internet]. 2019 Jan 1;48(1):128–44. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/rccquifa/article/view/80070>

19. Menta G de GI para la S. ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. MinSalud [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 24];1(1):5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
20. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. World Psychiatry [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 27];13(2):153–60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4102288/>
21. Guadarrama L, Escobar A ZL. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión Revista de la Facultad de Medicina. Rev La Fac Med. 2006;49(2):66–72.
22. Vázquez FL, Muñoz RF, Becoña E. Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos, y tratamiento a finales del siglo XX. Psicol Conductual. 2000;8(3):417–49.
23. Nemeroff C. Hallazgos recientes en la fisiopatología de la depresión. Psimonart [Internet]. 2009;2(1):25–48. Available from: http://clinicamontserrat.com.co/documents/Psimonart/volumen2-1/04_Psimonart_03_fisioterapia_de_la_depresion.pdf
24. R. Bahena-Trujillo, G. Flores JA-M. Dopamina: síntesis, liberación y receptores en el Sistema Nervioso Central. Rev Biomédica [Internet]. 1998;11(1):39–60. Available from: <http://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/218%0Ahttp://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/218/230>
25. Álvarez E. Bases neuroquímicas de la depresión. Un modelo médico de la enfermedad depresiva. Psiquiatr Biol [Internet]. 2016;23:9–15. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-5934\(17\)30048-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-5934(17)30048-9)
26. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo GI, Franco-Núñez A, Rosas-Carrasco Ó, Gutiérrez-Robledo LM, et al. Validación de un punto de corte para la versión breve de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en adultos mayores Mexicanos. Salud Publica Mex.

2014;56(3):275–85.

27. Galvis FHV. Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2010;27(2):110–6.
28. Robles R, Páez F. Estudio sobre la traducción al Español y las propiedades psicométricas de las escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). *Salud Ment*. 2003;26(1):69–75.
29. Carlos Castillo Pimienta TC de la C y GD-V. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud _ Enhanced Reader.pdf. Univ Nac Autónoma México, Fac Med. 2016;1(1):8.
30. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev mal-estar subj*. 2003;11–60.
31. Rodríguez-Landa JF, Contreras CM. Algunos datos recientes sobre la Fisiopatología de los trastornos por ansiedad [Internet]. Vol. 9, *Rev Biomed*. 1998 [cited 2020 Oct 25]. Available from: <http://www.uady.mx/~biomedic/rb98936.html>
32. Reyes-Ticas JA. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. *Fed Mund Soc Psiquiatr Biológica* [Internet]. 2003 [cited 2020 Oct 25];1(1):134. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
33. Alarcón PC, Acevedo GR, Casas Á V, Ardila GR, Bernal JA, Avella JR, et al. Prevalence of Sleep Disorders in Children and Adolescents -Facultad de Medicina FUJNC. *Cart Comunitaria* [Internet]. 2018;26(148):11–8. Available from: <https://goo.gl/BdYdRN>
34. Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Rev Neuropsiquiatr*. 2018;81(1):20.
35. Díaz Cabezas R, Ruano Restrepo MI, Chacón Cardona A. Estudio de trastornos de sueño en Caldas, Colombia (SUECA). *Acta méd colomb*. 2009;34(2):66–72.

36. Lucero C, Buonanotte CF, Perrote FM, Concari IA, Quevedo P, Passaglia G, et al. Trastornos del sueño-vigilia en alumnos de 5.º año de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba y su impacto sobre el rendimiento académico. *Neurol Argentina* [Internet]. 2014;6(4):184–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.05.006>
37. Peraíta-Adrados R. Advances in sleep disorders. *Rev Neurol*. 2005;40(8):485–91.
38. Andreu MM, Arboledas PP. Trastornos del sueño durante la adolescencia El insomnio del adolescente. *Adolescere*. 2013;1(3):29–66.
39. Gállego Pérez-Larraya J, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(SUPPL. 1):19–36.
40. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition highlights and modifications. *Chest* [Internet]. 2014;146(5):1387–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-0970>
41. Torres DV. Trastornos del sueño Abordaje práctico para el internista. *Arch Med Interna*. 2011;XXXIII(1):1–46.
42. Portuondo Alacán O, Fernández Rivero CG, Cabrera Amigo P. Trastornos del sueño en adolescentes. *Rev Cubana Pediatr*. 2000;72(1):10–4.
43. Rosales Mayor E, Egoavil Rojas MT, De La Cruz Dávila CC, Rey de Castro Mujica J. Somnolencia y calidad de sueño en estudiantes de medicina durante las prácticas hospitalarias y vacaciones. *Acta méd peru*. 2008;25(4):199–203.
44. Andrea G, Lombardo-aburto DE, Velázquez-moctezuma J, Flores-rojas BEG, Casillas-vaillard GA, Galván-lópez A, et al. Relación entre trastornos del sueño, rendimiento académico y obesidad en estudiantes de preparatoria. *Acta Pediátrica México*. 2011;32(3):163–8.
45. Solari BF. Trastornos del sueño en la adolescencia. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2015;26(1):60–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.006>
46. Tomás Vila M, Miralles Torres A, Beseler Soto B. Versión española del

Pediatric Sleep Questionnaire. Un instrumento útil en la investigación de los trastornos del sueño en la infancia. Análisis de su fiabilidad. An Pediatr [Internet]. 2007;66(2):121–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13098928>

47. BURGOS TURRA DF. MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS E INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA REGISTRADOS EN EL PAÍS. DETERMINACIÓN DE CANTIDADES IMPORTADAS Y SU RELACIÓN CON LA UTILIZACIÓN EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS PARA ADULTOS DEPENDIENTES DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL [Internet]. Vol. 3, Universidad Austral de Chile. 2013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/myaccess.library.utoronto.ca/pubmed/11720961>
48. Heerlein A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2002 Oct [cited 2020 Oct 24];40(SUPPL. 1):21–45. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Jurado López AR. Tratamiento farmacológico de la eyaculación precoz. Semergen [Internet]. 2014;40(S3):16–21. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(15\)30004-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(15)30004-6)
50. Travé Rodríguez A, Reneses Sacristán A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Sist Nac Saluf [Internet]. 2002;26(1):1–8. Available from: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26_1_depresion.pdf
51. Retamal C P. Psicofarmacoterapia antidepresiva. Rev Med Chil [Internet]. 2001 Jul [cited 2020 Oct 24];129(7):813–8. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700016&lng=es&nrm=iso&tlng=n
52. Díaz-Peñaloza M. Las benzodiacepinas y sus efectos sobre la ansiedad. Cultura [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 27];31:169–80. Available from: <https://doi.org/10.24265/cultura.2017.v31.09>
53. (No Title) [Internet]. [cited 2020 Oct 31]. Available from:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v1n3/v01n03a02.pdf>

54. Hernández Sánchez, MM, Horga de la Parte, JF, Navarro Cremades, F, Mira Vicedo A. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Cent Salud Nov [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 25]; Available from: <http://www.siquia.com/wp-content/uploads/2012/10/Guia-ansiedad.pdf>
55. Ramírez LF. Nuevos antipsicóticos. Rev Neuropsiquiatr. 2013;60(0):39.
56. Fernández H. Retraction. “Schizophrenia treatment. Critical review on the drugs and mechanisms of action of antipsychotics”. Actas españolas Psiquiatr. 2012;40(2):104.
57. Lopez Roldan A. Consumo de antipsicóticos en la Oficina de Farmacia. In 2017.
58. Girona-Brumós L, Ribera-Montaña R, Juárez-Giménez JC, Lalueza-Broto MP. Positive and negative aspects of pharmaceutical services in Spain: About antidepressants and antipsychotics. Gac Sanit [Internet]. 2006;20(SUPPL. 1):143–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13086038>

ANEXOS

Anexo A. Acuerdo de confidencialidad

	FORMATO	
		FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2018
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES	VERSIÓN: 02
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001G
		PÁGINA: 78 de 93

Yo, **GIOVANNI CAVIEDES PÉREZ**, identificado con cédula de ciudadanía número **7712724** expedida en la ciudad de **NEIVA, HUILA** como investigador principal del proyecto **USO DE PSICOFÁRMACOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA 2021-2** que se realizará en la Facultad de Medicina de la Universidad Surcolombiana de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de las historias clínicas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los pacientes que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las historias clínicas revisadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las historias clínicas u otros documentos revisados.
4. Obtener de las historias clínicas solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van analizar en el trabajo.
5. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto en el manejo de las historias clínicas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
7. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.

8. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por medio de la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los **19** días, del mes de **AGOSTO** del año **2021**.

GIOVANNI CAVIEDES PÉREZ



GIOVANNI CAVIEDES PÉREZ
C.C. 7.712.724 de Neiva (H)

FIRMA

C.C. 7712724

Teléfono: 3112811149

Email: giovanni.caviedes@usco.edu.co

Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en este acuerdo.

KAREN TATIANA VELOZA HERNÁNDEZ



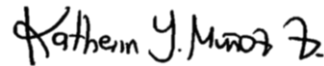
FIRMA

C.C. 1075301875

Teléfono: 3219873438

Email: karen.veloza1@hotmail.com

KATHERIN YULIETH MUÑOZ ZAPATA



FIRMA

C.C. 1075318881

Teléfono: 3144732986

Email: katherin2469@gmail.com

SANTIAGO SÁNCHEZ ROJAS



FIRMA

C.C. 1075305682

Teléfono: 3164604112

Email: rojas2207@gmail.com

Soporte legal: De acuerdo con la Política de Seguridad de la Información de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y el Gerente y sus colaboradores se comprometen a buenas prácticas en la gestión de los aspectos organizativos de la Seguridad de la Información, del uso, el mantenimiento y la protección de los datos, la información y los activos relacionados siguiendo las pautas establecidas en la norma ISO 27001.

Referente a cumplir con los lineamientos éticos establecidos según la Resolución N° 008430 de 1993, "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud"

2-1-04- COMITÉ DE ÉTICA
MEMORANDO No.031

Neiva, 10 de noviembre de 2021

Estudiantes
KAREN TATIANA VELOZA HERNÁNDEZ
SANTIAGO SÁNCHEZ ROJAS
KATHERIN YULIETH MUÑOZ ZAPATA
Programa de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud

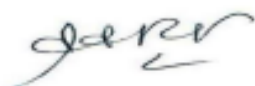
Asunto: Respuesta solicitud de aval

Cordial saludo;

Comendidamente les informo que el Comité de Ética en reunión realizada el día 5 de noviembre de 2021 – Acta No.006 -; acordó, dar aval al proyecto “*Uso de Psicofármacos en Estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana en 2021*”, condicionado a su nueva presentación en un plazo máximo de ocho (8) días hábiles con los ajustes de acuerdo a las recomendaciones realizadas.

Recibido y verificado el cumplimiento de los ajustes en el documento, el Comité de Ética da aval al Proyecto “*Uso de Psicofármacos en Estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana en 2021*”

Atentamente,



CLAUDIA ANDREA RAMÍREZ PERDOMO
Coordinadora (E)

Copia:

- Profesora Dolly Castro Betancourth
- Profesor Giovanni Caviedes

Anexo C. Consentimiento informado

	FORMATO
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del proyecto de investigación:	Uso de psicofármacos en estudiantes de medicina de la Universidad Surcolombiana en el año 2021
Sede donde se realiza el estudio:	Universidad Surcolombiana

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

1.Objetivo del estudio

El objetivo principal del presente estudio es lograr describir el perfil de consumo de psicofármacos en estudiantes de medicina de los distintos semestres de la facultad de salud de la USCO en Neiva, Huila durante el año 2021.

2. Justificación del estudio

Es importante rescatar que los síntomas psiquiátricos pueden rápidamente exacerbarse por el estrés, especialmente entre los adultos jóvenes que suelen experimentar cambios de diferente índole en períodos cortos de tiempo. Además, los trastornos pueden generar conductas de riesgo, en particular el suicidio, que es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años y la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios y es aquí donde surge la preocupación y el por qué hacer este estudio, pues la educación médica se ha caracterizado siempre por su alto nivel de exigencia, lo que genera niveles de estrés significativos entre los estudiantes universitarios y una mayor probabilidad de padecer morbilidades psicológicas comparados con la población en general, tales como ansiedad y depresión y aunado a esto el consumo de psicofármacos que, sin control alguno podría empeorar esta problemática.

3. Beneficios del estudio

El impacto sobre la comunidad en general, la comunidad científica y universitaria se generará al proporcionar información importante sobre las diferentes características del consumo de psicofármacos por los estudiantes de la Facultad de Salud. En el ámbito académico se está generando conocimiento aportando casos a la literatura científica a nivel nacional y local; y a nivel estudiantil se enriquece el conocimiento y concientización sobre el consumo de psicofármacos y todo lo que esto puede acarrear si no se realiza de manera adecuada.

4. Procedimientos del estudio

Se seleccionarán solo a los pacientes que cumplan con las siguientes características:

- Estudiantes con matrícula activa en la carrera de medicina, que pertenezcan a la facultad de salud de la universidad Surcolombiana y se encuentren entre primer y duodécimo semestre.

A los pacientes que acepten participar en el estudio, se les tomarán datos por medio de una encuesta, los cuales serán los netamente pertinentes para el desarrollo de la investigación e incluyen: edad, sexo, procedencia, estado civil, estrato socioeconómico, si tiene algún diagnóstico de alguna patología, si consume psicofármacos y de ser así, cual o cuales, con qué frecuencia, en que cantidad, quien fue la fuente que los prescribió y si ha presentado algún efecto adverso por el mismo.

5. Riesgos asociados al estudio

El presente estudio se consideró de riesgo mínimo pues no se intervendrá de ninguna manera las variables fisiológicas de los pacientes de manera importante. La información necesaria se obtendrá por medio de la encuesta diligenciada por los participantes y no se solicitarán pruebas de laboratorio adicionales al manejo protocolario por la institución.

En este tipo de estudio, la privacidad del participante también es un punto sensible a manejo ético. Por esto, se estableció un compromiso de proteger la privacidad de los participantes, además de garantizar confidencialidad de los datos que fueron recolectados en la realización del estudio. En la publicación, los datos serán presentados de manera que se asegure el anonimato de a quien estos pertenecen.

La base de datos fruto de la investigación hará parte de los aportes de la investigación, pero sólo se entregarán a la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana de Neiva.

6. Aclaraciones

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago por su participación. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. La

información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en la ciudad de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevistó. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto, deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombres y Apellidos del Participante

Firma y CC del Participante
C.C.

Esta parte debe ser completada por el investigador o su responsable. He explicado a la persona _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador
Fecha:

DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado con cedula de ciudadanía número _____ expedida en la ciudad de _____ he participado voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (dd/mm/aaaa), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

**Firma de la persona que desiste de su
participación en el estudio**

C.C.

Fecha:

Firma de uno de los investigadores

C.C.

Fecha:



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

N.I.T: 891180084-2

Facultad de Salud

Calle 9 Carrera 14

Neiva, Huila, Colombia

**USO DE PSICOFÁRMACOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA DE NEIVA, HUILA EN EL AÑO 2021**

INTRODUCCIÓN: La siguiente encuesta se realiza con el fin de obtener los datos suficientes para poder describir el perfil de consumo de psicofármacos en estudiantes de medicina de la universidad Surcolombiana en Neiva, Huila.

1. ¿Qué semestre está cursando?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5
- f. 6
- g. 7
- h. 8
- i. 9
- j. 10
- k. Internado

2. ¿Cuál es su edad? (escriba SOLO el número de años): _____

3. Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

4. Procedencia (Indique SOLAMENTE el nombre de la ciudad o pueblo donde nació):

5. Estado civil:

- a. Soltero/a
- b. Casado/a
- c. Unión libre
- d. Divorciado/a
- e. Viudo/a

6. ¿A qué estrato socioeconómico pertenece? (escriba solo el número): _____

7. ¿Ha consumido alguna vez psicofármacos?

- a. Si. En caso de ser así, CONTINUAR la encuesta.
- b. No. En caso de ser así, dar la encuesta por TERMINADA.

8. Se trató con medicamentos para:

- a. Depresión
- b. Ansiedad
- c. Trastornos del sueño
- d. Dolor neuropático
- e. Convulsiones
- f. Retardar la eyaculación
- g. Otro: _____

9. Fue prescrito por:

- a. Médico general.
- b. Médico especialista.
- c. Automedicación.
- d. Otro: _____

10. Nombre del medicamento: _____

11. ¿Cuál es su frecuencia de uso?

- a. Sigue un tratamiento específico.
- b. Uso esporádico (cuando cree que lo requiere).

12. ¿Ha experimentado algún efecto adverso con el consumo del fármaco?

- a. Si. En caso de ser así, **RESPONDA** la pregunta 13.
- b. No. En caso de ser así, de por **TERMINADA** la encuesta.

13. ¿Cuál ha sido el efecto adverso que ha experimentado por el uso del psicofármaco?
(escriba el **NOMBRE** del psicofármaco y el efecto adverso). Ejemplo: Venlafaxina,
cefalea: _____

14. ¿Actualmente recibe o hace uso de psicofármacos?

- a. Si.
- b. No.

Anexo E. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina o conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo.	-Masculino -Femenino	Cualitativa nominal	Porcentaje
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años	Cuantitativa	Mediana Rango intercuartílico
Procedencia	Origen geográfico de los participantes del estudio.	Cuidad	Cualitativa nominal	Porcentaje
Estado Civil	Es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación.	-Soltero/a -Casado/a -Unión libre -Divorciado/a -Viudo/a.	Cualitativa nominal	Porcentaje
Estrato socioeconómico	Es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben	1. Bajo-bajo 2. Bajo 3. Medio-bajo 4. Medio 5. Medio-alto 6. Alto	Cualitativa ordinal	Porcentaje

	recibir servicios públicos.			
Diagnóstico	Es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de un paciente.	-Depresión -dolo neuropatico -convulsiones -Retardante de la eyaculación -Trastorno de sueño -Ansiedad -Ninguno	Cualitativa nominal	Porcentaje
Consumo de medicamentos	Ingesta o administración de psicofármacos para alguna patología mental.	- Si - No	Cualitativa nominal	Porcentaje
Medicamento	Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor.	-Antidepresivo -Antipsicótico -Ansiolítico - Anticonvulsivante	Cualitativa nominal	Porcentaje
Frecuencia de uso	Número de ocasiones en las que cada participante consume el/los medicamentos.	-Sigue un tratamiento - uso esporádico (cuando cree que lo requiere)	Cualitativa nominal	Porcentaje
Fuente que prescribe	Persona que formula el medicamento.	-Médico general -Médico especialista -Automedicación -Otro	Cualitativa nominal	Porcentaje
Efecto adverso	Problema médico	-cefalea	Cualitativa nominal	Porcentaje

	inesperado que sucede durante el tratamiento con un medicamento u otra terapia	-síntomas gastrointestinales -somnolencia -espasmos musculares -otro		
--	---	---	--	--

Anexo F. Cronograma

ACTIVIDADES/MESES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión bibliográfica											
Elaboración anteproyecto											
Marco teórico											
Elaboración de la metodología											
Elaboración del instrumento											
Prueba piloto											
Aprobación comité de ética											
Recolección de información											
Procesamiento de información											
Análisis de resultados											
Elaboración del informe final											
Presentación de resultados											

Anexo G. Presupuesto

PRESUPUESTO GLOBAL

RUBROS	TOTAL
PERSONAL	\$500.000
EQUIPOS	\$4.000.000
SOFTWARE	\$500.000
MATERIALES	\$0
SALIDAS DE CAMPO	\$0
MATERIAL BIBLIOGRAFICO	\$100.000
SERVICIOS TECNICOS	\$0
VIAJES	\$0
CONSTRUCCIONES	\$0
MANTENIMIENTO	\$0
ADMINISTRACIÓN	\$0
TOTAL	\$5.100.000