



MANUAL LUMENS

ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DESDE LA
FARMACIA COMUNITARIA





ÍNDICE

1. Contexto de la salud mental en España
2. Seis claves generales para toda la población
3. Personas adultas
4. Niños y adolescentes
5. Mujeres embarazadas
6. Pacientes polimedicados
7. Adultos con adicciones
8. Cuidadores de enfermos mentales





CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA

Este manual está impulsado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y Neuraxpharm, laboratorio farmacéutico especializado en SNC, junto con la colaboración de otros autores independientes, con un fin: dar luz a la salud mental.

La Salud Mental ha cobrado un protagonismo especial a raíz de las consecuencias producidas por la pandemia de la COVID-19. A veces, necesitamos un

aumento importante de una patología para evidenciar ciertas situaciones. En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE, 2017), 1 de cada 10 adultos presenta un problema de salud mental, si bien según datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en el primer año de pandemia un 6,4 % de la población acudió a un profesional de la salud mental por algún tipo de síntoma. Aun así, existe todavía mucho desconocimiento además de estigma social hacia estas situaciones.

¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como **“el estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”**



Existen numerosos trastornos mentales con distintos signos y síntomas, aunque en todos ellos se da una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones anómalas con otros individuos.

El paciente necesita tener aún más en la farmacia a un aliado de primer nivel en el cuidado y prevención de su salud mental. Por ello, es clave saber reconocer los signos de alarma que nos hagan sospechar de un trastorno de salud mental para poder derivar al médico o especialista. Además de conocer las patologías, evolución, tratamientos, efectos adversos y, sobre todo, qué consejos tenemos que transmitir a estos pacientes o sus familias.

Se ha organizado la información tratando que sea lo más práctica posible, situando al paciente en el centro. Es por este motivo que no se describirán patologías o fármacos, sino particularidades según edad o características especiales:

**PERSONAS
ADULTAS**

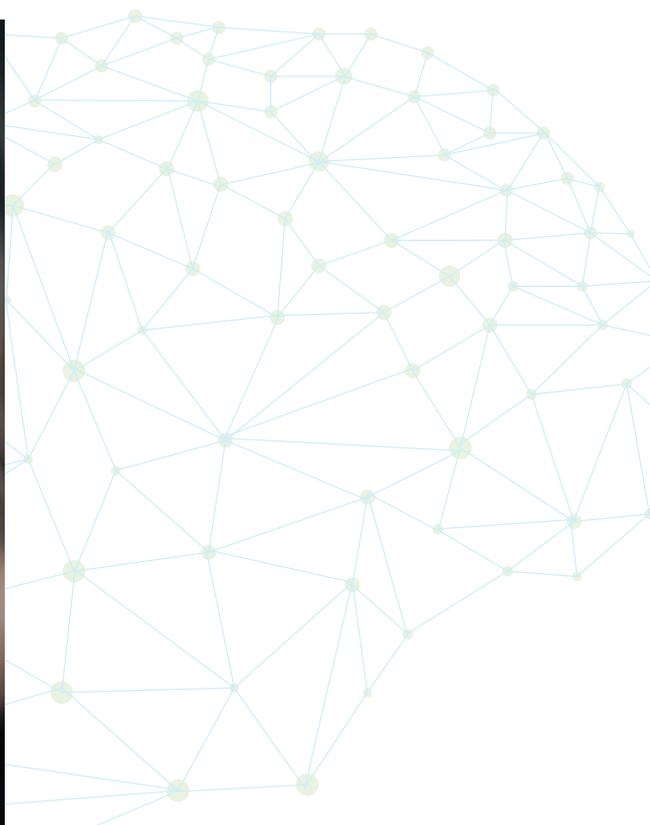
**NIÑOS Y
ADOLESCENTES**

**MUJERES
EMBARAZADAS**

**PACIENTES
POLIMEDICADOS**

**ADULTOS CON
ADICCIONES**

**CUIDADORES
DE ENFERMOS
MENTALES**



ESTRUCTURA

¿Por qué?

Con datos que nos ayuden a ser más consciente de la dimensión del problema.

EJEMPLO

El aumento de casos de ansiedad en menores de 16 años

¿Para qué?

Con oportunidades para mejorar la salud mental de nuestros pacientes a corto y medio-largo plazo.

¿Cómo?

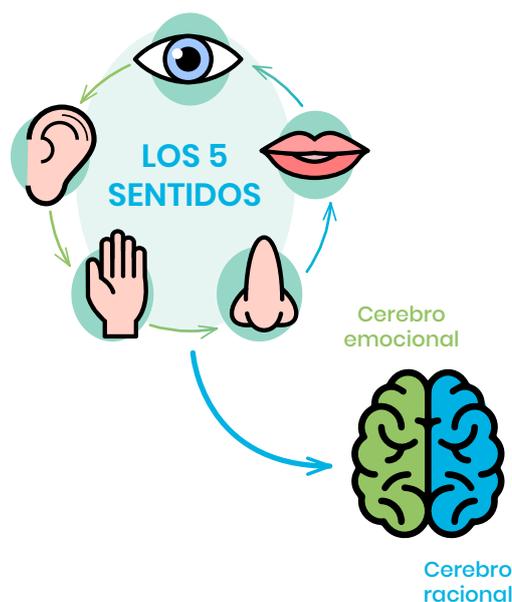
Partiendo de los principales problemas de salud en cada grupo, se ha desarrollado información práctica que aporte valor al paciente cuando este nos solicite información o durante la dispensación de medicamentos.

EJEMPLO

Nos podemos encontrar con un adulto sano con una prescripción de paroxetina con alto riesgo de abandono de tratamiento por disfunción sexual

4 CLAVES EN SALUD MENTAL

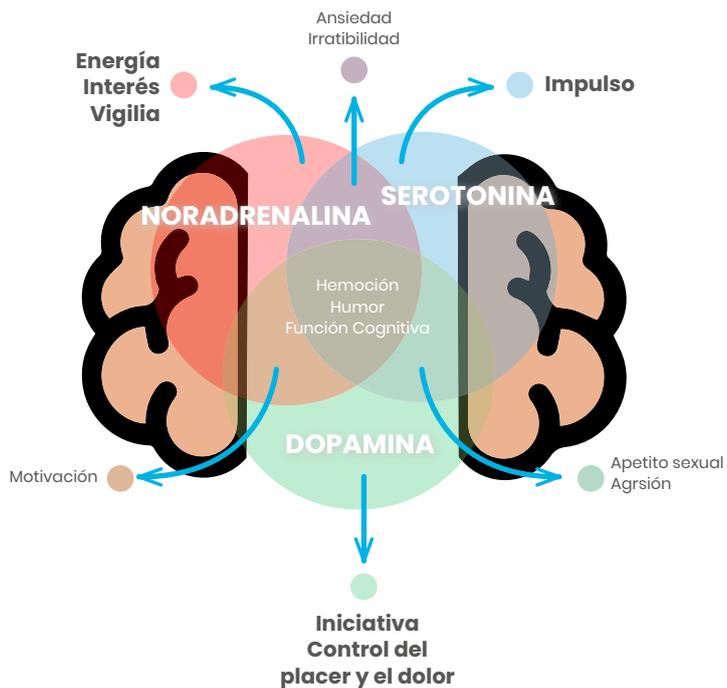
1. Cómo funciona nuestro cerebro



La información del exterior nos llega a través de los 5 sentidos. Todos están conectados con el cerebro emocional y éste puede o dar una respuesta directa e inconsciente, como una sensación física (tensión muscular), algún pensamiento (miedo); o incluso algún acto (agresividad).

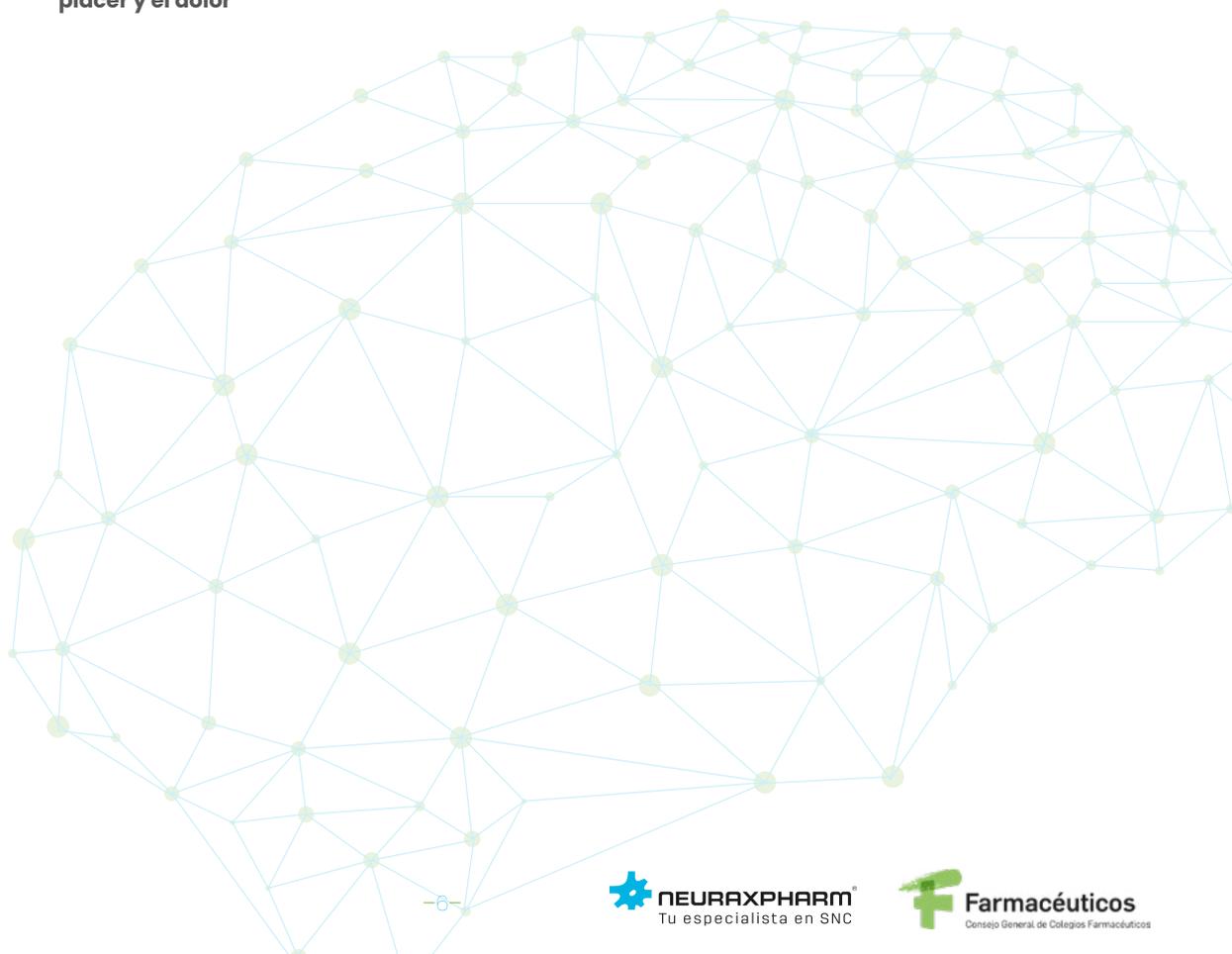
La otra posibilidad es que el cerebro emocional se “conecte” con el cerebro racional dando una respuesta consciente y meditada. Ninguna de las dos opciones es mejor que otra, sino que depende de la situación.

En esa conexión intervienen los neurotransmisores, transmitiendo la información de las células nerviosas hasta las células diana de los músculos, glándulas e incluso a otras neuronas. Su funcionamiento es esencial para regular funciones como el ritmo cardíaco, la respiración, los ciclos del sueño, la digestión, el movimiento muscular, el apetito, la concentración y el estado anímico. Algunos de los principales neurotransmisores que ayudan a regular el estado de ánimo son la serotonina, la noradrenalina y la dopamina.



La elección del tratamiento psicofarmacológico estará condicionada por los sistemas de neurotransmisión tratando de regular las áreas del sistema nervioso gobernadas por los tres neurotransmisores implicados normalmente en los trastornos mentales.

Por ejemplo, la acción sobre la serotonina es de elección en obsesiones y compulsiones y sobre la dopamina en adicciones.



2. Hábitos saludables

Mantener unos hábitos saludables es algo fundamental para gozar de una buena salud mental, como dice la expresión latina “*mens sana in corpore sano*” o, lo que es lo mismo, un buen estado físico en general se conecta directamente con nuestro estado mental. Estos hábitos deben incluir:



EL EJERCICIO FÍSICO

libera endorfinas, neurotransmisores encargados de inhibir las señales de dolor y crear una sensación de energía y euforia.



LA RESPIRACIÓN CONTROLADA O PRANAYAMA

provoca un efecto similar al ejercicio físico y favorece la relajación.



DORMIR BIEN Y DE NOCHE

Al igual que el cuerpo necesita descansar y repararse; la mente también.



REALIZAR ACTIVIDADES QUE MOTIVEN

y ayuden a salir de la rutina. Hay que evitar estar en alerta continua.



LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

rica en frutas y verduras, baja en grasas y azúcares nos aportará nutrientes esenciales para fabricar los neurotransmisores.

EJEMPLO

Triptófano es sustrato de serotonina o vit. B6 actúa como enzima limitante de dopamina.

3. Señales de alerta

Cuando nuestra mente sufre, normalmente, nos envía una serie de señales que, identificadas a tiempo, pueden ayudarnos a prevenir los problemas de salud mental. Es fundamental estar atento ante estas posibles señales de alerta entre las que se encuentran:

- ✓ Presentar irritabilidad o nerviosismo de manera constante.
- ✓ Tener una actitud excesivamente crítica.
- ✓ Tener pensamientos negativos u obsesión por detalles sin importancia.
- ✓ Comer mucho o muy poco, de repente.
- ✓ Ser incapaz de concentrarse en cualquier tarea.
- ✓ Dejar de hacer cosas que antes se disfrutaban.
- ✓ Mostrar indiferencia, desinterés y desgana a menudo.
- ✓ Dejar de relacionarse con los demás y encerrarse en uno mismo.
- ✓ Presentar cambios de personalidad o comportarse de maneras que no se ajustan a la forma de ser.
- ✓ Dejar de lado el cuidado personal o aumentar el consumo de alcohol, drogas, etc...



Estas señales nos avisan de que algo no va bien. Identificar estas señales desde la farmacia es clave para intervenir de una manera temprana, fundamental en estas patologías. Algunas preguntas que pueden servir de guía para identificarlas son:



¿Cuántas veces tomas al día fruta?
¿Duermes bien?
¿Y de ánimo?
¿Has dejado de dedicar tiempo a algún hobby?



Estrés ¿Te suele pasar de vez en cuando?
¿Desde cuándo lo notas?
¿Lo relacionas con alguna cosa que te haya pasado?
¿Duermes bien?



¿Te cuesta dormir?
¿Te despiertas sobre las 4-5 de la mañana?
¿Te despiertas habiendo descansado?
¿Sueñas mucho?



¿Llevas tiempo sin ir al dentista?
¿Tienes ahora una época de más estrés?
¿Y de ánimo?
¿Duermes bien?
¿Te cuesta relajarte?



¿Te notas un poco de temblor en las manos?
¿Y te sudan más de lo habitual?
¿Tienes contracturas?
¿Te cuesta relajarte?

Algunas de estas señales están descritas en las escalas de medición o test validados como, por ejemplo, los cuestionarios de depresión y de ansiedad de Hamilton. No son instrumentos de diagnóstico, sino un recurso útil y eficaz para valorar en qué estado se encuentra el paciente, cuáles son sus síntomas psicósomáticos, sus miedos y sus procesos cognitivos. Los ítems se valoran de 0 a 4, de menos a más, en función de las respuestas del paciente y, desde la farmacia comunitaria, podemos acompañar al paciente mientras completa las preguntas de las que constan.

ESCALA DE HAMILTON DE ANSIEDAD

- Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad.
- El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último que valora la conducta durante la entrevista.
- Proporciona una medida global de ansiedad que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte recomendados son:



<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborismos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

ESCALA DE HAMILTON DE DEPRESIÓN

- Consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
- El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño en que se exploran los 2 días previos.
- Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Los puntos de corte recomendados son:

**0-7
NO DEPRESIÓN**

**8-12
DEPRESIÓN
MENOR**

**13-17
MENOS QUE
DEPRESIÓN MAYOR**

**18-29
DEPRESIÓN
MAYOR**

**30-50
MÁS QUE
DEPRESIÓN MAYOR**

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Generalmente, se requiere de un temblor en manos y excesiva preocupación por cualquier asunto de salud; o de entrenamiento específico para aplicarlas por cualquier asunto de salud; o de con precisión y, en caso de puntuaciones elevadas, siempre debe confirmarse el diagnóstico por un profesional.

Desde la farmacia podemos observar con frecuencia síntomas de ansiedad como angustia, llanto fácil, falta de memoria, también pueden estar presentes en el curso de un cuadro depresivo.



4. Diez frases para trabajar con tu paciente

1. No es un fracaso personal estar mal, tiene su explicación
2. Hay cerebros más sensibles
3. No eres ni la primera ni la última persona
4. No es un fracaso tomar un tratamiento, ¿ves normal tomar café o fumar a diario?
5. Hay que tener paciencia hasta que el medicamento/os empiecen hacer su efecto
6. Es posible que la primera semana estés un poco peor, es normal
7. Puedes notar náuseas o molestias 5-6 días, luego se quitan
8. A los 15 días empezarás a notar momentos en los que estás mejor
9. Si no es así vuelve a revisión y o bien te lo cambia o te modifica la dosis el médico
10. No todo son pastillas: más fruta, verdura, pescado. Ejercicio físico 1 hora al día, usar tecnología el tiempo adecuado, algo que te guste ¡aprende más!



La salud mental está, por tanto, condicionada por una serie de determinantes, que incluyen, factores genéticos o biológicos y una serie de características individuales -como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos, interacciones sociales- factores sociales, culturales, económicos, políticos o ambientales.

Es por ello que la farmacia comunitaria supone un punto de apoyo privilegiado en lo que se refiere a salud mental, a través de Servicios de Atención Farmacéutica o relacionados con la salud comunitaria, también para desmentir bulos, acompañar a los pacientes y, por supuesto, para derivar al médico en aquellos casos que los criterios lo hagan necesario.



SALUD MENTAL EN ADULTOS

¿Por qué es importante trabajar en salud mental en adultos?

Muchos son los retos en relación con la salud mental de la población general adulta. Desde la farmacia podemos intervenir en diferentes aspectos prestando educación sanitaria ante la desinformación y el estigma social, ofreciendo información personalizada de los tratamientos (incluyendo los efectos adversos) y trabajando en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la identificación precoz de los síntomas. Todas las intervenciones tienen un objetivo claro, mejorar la salud mental de la población en colaboración con el resto de los profesionales sanitarios.

Dada la magnitud de los problemas de salud mental y el elevado número de trastornos, en este capítulo abordaremos las patologías más prevalentes en este grupo de edad como son la ansiedad y la depresión.

Es complicado determinar la prevalencia exacta de los trastornos de salud mental ya que algunas veces se presentan con síntomas inespecíficos lo que, junto a las dificultades para identificarlos correctamente, hace que haya un infradiagnóstico significativo de algunos de ellos. Así, la ansiedad es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria y uno de los problemas de salud mental más prevalente. Algunos estudios indican una prevalencia entre un 20-40% siendo mayor en mujeres que en hombres. En cuanto a la edad, en hombres alcanza su máximo entre los 45-64 años y, en mujeres, entre los 55 y los 84 años. Respecto a la depresión, según el Libro Blanco de Depresión y Suicidio de 2020, la cifra de

personas diagnosticadas de depresión en España se ha mantenido en torno al 6% en los últimos años, además la prevalencia de depresión en las mujeres dobla a la de los hombres. Respecto a la edad, la última encuesta nacional de salud estimó que fueron las personas entre los 75 y 84 años el grupo de edad con más prevalencia de diagnóstico de depresión, siendo a partir de los 55 años cuando las cifras de diagnóstico de depresión aumentan desde el 6% hasta el 10%. Sin embargo, si tenemos en cuenta que en nuestro país solo el 58% de las personas que padecen depresión buscan ayuda en los profesionales sanitarios, es posible que esta cifra no esté informando correctamente sobre la verdadera magnitud del problema.

Durante la pandemia de COVID-19 estos datos han empeorado. Según la Confederación de Salud Mental España:

25%

se sintió excluido socialmente

30%

de los adultos sufrió un ataque de pánico

+55%

no podía controlar la preocupación

El estrés, la incertidumbre y las restricciones aumentaron los casos de depresión (un 18,7% de la población), ansiedad (21,6%) y empeoraron la existencia de problemas psiquiátricos como las fobias o los trastornos obsesivos compulsivos (TOC).

En adultos hay mucha diferencia de afectación según nivel social, siendo el doble de afectación en clases bajas frente a las altas. Las mujeres han sufrido más la pandemia siendo el doble las que han acudido a servicios de salud mental.



¿Para qué vamos a intervenir?

BENEFICIOS DE UNA BUENA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESTE GRUPO

Las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos serán factores de riesgo de presentar trastornos de salud mental en el adulto sano.

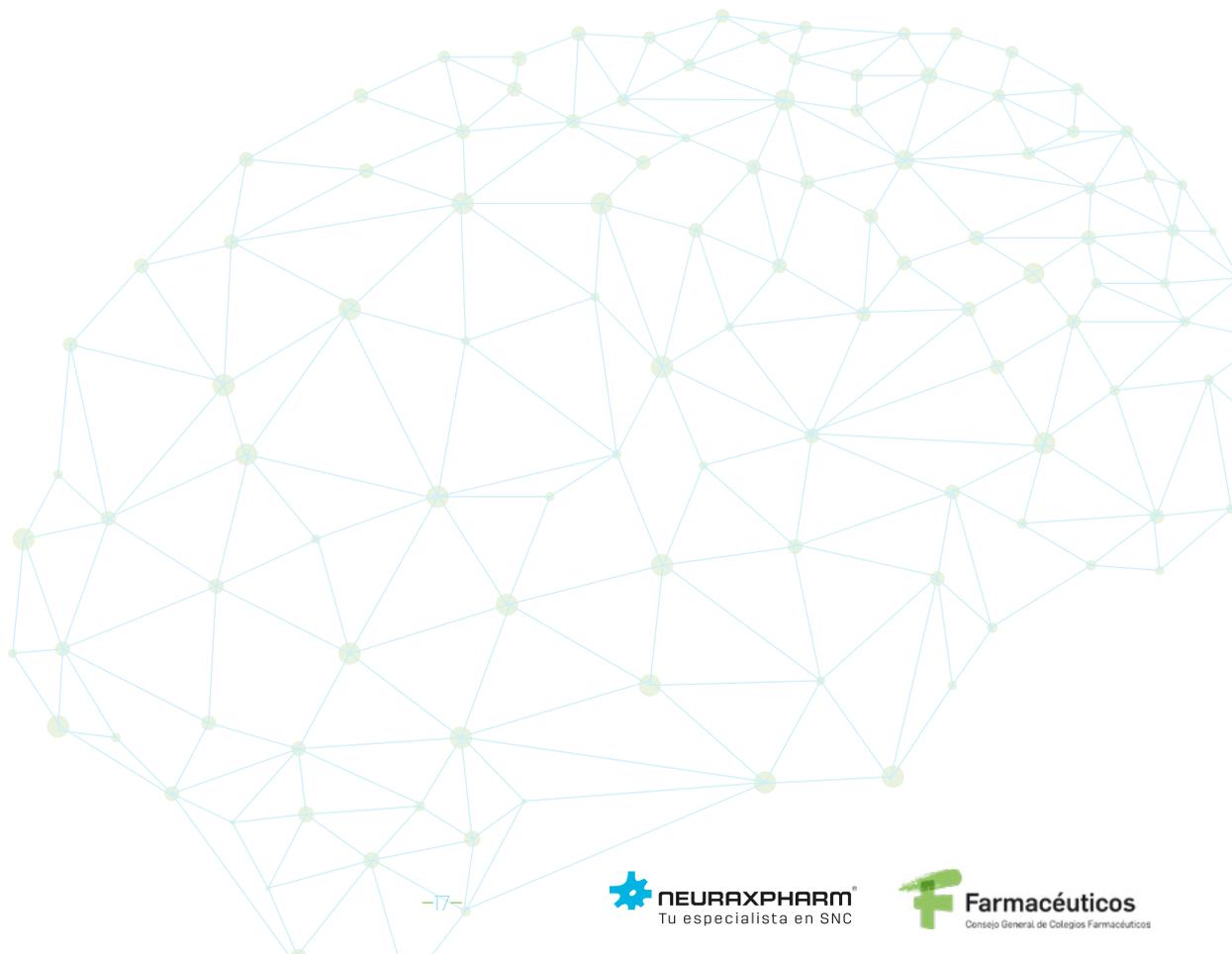
La intervención temprana es fundamental. Por ello, desde la farmacia comunitaria podemos estar alerta ante diferentes situaciones:

- ✔ Las demandas de consejo o productos que puedan ser señales de alarma: caída de cabello, excesivas contracturas musculares, cefaleas, insomnio, brotes de piel atópica o dermatitis seborreica, etc.
- ✔ La solicitud de manera reiterada de *Passiflora incarnata*, *Valeriana officinalis* y *Crataegus monogyna* (*espino blanco*) nos deben hacer sospechar de síntomas compatibles con ansiedad moderada que, además, no van a ser controlados con medicamentos a base de plantas.
- ✔ La falta de compromiso del paciente con su problema de salud y su tratamiento. La falta de adherencia en estos pacientes es significativa, variando entre un 30-70% en los 3 primeros meses, dependiendo del tipo de estudio realizado. La adherencia temprana es crucial para el éxito del tratamiento de la depresión.
- ✔ La prevención de la conducta suicida, ya que es uno de los objetivos primordiales.
- ✔ El mantener una escucha activa favorece la expresión de emociones y desde ahí nos permite reconfortar, disentir, informar, negociar y reforzar la autonomía del paciente. La farmacia comunitaria, por su cercanía y accesibilidad, puede ser un punto de consulta temprana de síntomas compatibles con estos trastornos.

¿CÓMO PODEMOS INTERVENIR?

Tal y como se recoge en Libro Blanco de Depresión y Suicidio de 2020, en la práctica clínica diaria, la combinación de los abordajes farmacológicos y no farmacológicos demuestra su efectividad en un gran número de depresiones, con la asociación de los antidepresivos a intervenciones psicoterapéuticas, estrategias psicoeducativas y promoción de hábitos de vida saludables. Este enfoque global resulta indispensable para lograr aumentar las probabilidades de recuperación y las tasas de bienestar del paciente. Respecto a la ansiedad, el tratamiento psicoterapéutico

constituye la forma más simple y natural de abordarla. La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria del Ministerio de Sanidad recomienda la terapia cognitivo-conductual como uno de los tratamientos de elección, por su efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, tanto a corto como a largo plazo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente y valorar la necesidad de tratamiento farmacológico.



A continuación, revisaremos algunas características de los principales psicofármacos utilizados para el tratamiento de estos trastornos:

Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS)

Los ISRS son fármacos con indicación para el tratamiento del trastorno depresivo y, muchos de ellos, también para algunos trastornos de ansiedad.

Fármaco	Depresión	T.O.C	T. pánico	T.A.G	Fobia Social	Otros
Citalopram	X	X	X			
Escitalopram	X	X	X	X	X	Bulimia
Fluoxetina	X	X				
Fluvoxamina	X	X				
Paroxetina	X	X	X	X	X	
Sertralina	X	X	X			T.E.P.T*

*Tabla elaborada a partir de las fichas técnicas de los fármacos

*Trastorno por estrés postraumático

Su mecanismo de acción consiste en la inhibición selectiva de la recaptación de serotonina, aumentando la disponibilidad de este neurotransmisor en el espacio intersináptico. Apenas presentan actividad anticolinérgica y efecto sedante, incluso en asociación con alcohol. Fluoxetina, paroxetina y sertralina tienen una elevada unión a proteínas plasmáticas por lo que pueden desplazar a anticoagulantes cumarínicos y digitálicos. En dosis altas, fluoxetina y sertralina pueden conducir a un aumento acumulativo de dosis. Debe evitarse el uso concomitante de ISRS y tramadol, selegilina y linezolid ya que pueden desencadenar un síndrome serotoninérgico.

Los efectos adversos más relevantes de los ISRS son: hiponatremia, temblores, riesgo de sangrado por disminución de la agregación plaquetaria, anorexia, apatía, aumento del riesgo de caídas y osteoporosis.

CONSEJOS AL PACIENTE

Fluoxetina

- Tiene una semivida más larga que el resto de ISRS por lo que el fármaco sigue estando presente entre 5-6 semanas tras su retirada. La ventaja es que el olvido de la dosis diaria no afecta tanto como en otros ISRS y que tiene menor riesgo de síndrome de retirada.
- Pueden ser necesarias entre 2-4 semanas para obtener respuesta clínica.
- Se puede tomar con alimentos, por lo que, en el caso de molestias gástricas, será lo recomendable.
- No es necesario modificar la dosis en insuficiencia renal. En insuficiencia hepática grave la dosis o se reduce a la mitad o se aumenta el intervalo de administración a 48h.
- La dosis recomendada es: 20 mg/24h por la mañana. Después de 3-4 semanas de tratamiento, puede incrementarse hasta la dosis máxima de 60 mg/día.
- Para conseguir que no fluctúen los niveles en sangre al despertar es posible una asociación con antidepresivos tricíclicos.
- También está indicada en trastornos alimenticios como anorexia y bulimia. En estos casos se utilizan dosis excepcionalmente altas 60-80 mg/día. Aunque no ha demostrado eficacia en tratamientos superiores a 3 meses.

Paroxetina

- Tiene un comienzo de acción más rápido.
- Se recomienda administrar en dosis única por la mañana en el desayuno.
- Se obtiene respuesta clínica entre los 7-14 días de inicio del tratamiento.
- No es necesario modificar la dosis en insuficiencia renal o hepática excepto en casos graves donde la dosis máxima será de 20 mg/24 h.
- La dosis recomendada es: 20 mg/24 h e ir incrementándose hasta la dosis máxima de 50 mg/día.
- Se recomienda suspender gradualmente el tratamiento para evitar el síndrome de retirada, con dosis de 10 mg/24 h semanales.
- Puede alterar la capacidad de concentración y reflejos.

Sertralina

- Se obtiene respuesta clínica a partir de los 7 días de tratamiento.
- Se puede tomar con alimentos.
- No es necesario modificar la dosis en insuficiencia renal. En insuficiencia leve a moderada la dosis o se reduce a la mitad o se aumenta el intervalo de administración y en casos graves está contraindicada.
- La dosis recomendada es: 50-100 mg/24h e ir incrementándose hasta la dosis máxima de 200 mg/día.
- Se recomienda suspender gradualmente el tratamiento durante 1-2 semanas para evitar el síndrome de retirada, con dosis de 10 mg/24 h semanales.

Citalopram

- Se obtiene respuesta clínica a partir de las 2-4 semanas de inicio del tratamiento.
- Se puede administrar en cualquier momento del día con o sin alimentos.
- No es necesario modificar la dosis en insuficiencia renal. En insuficiencia hepática la dosis máxima es de 20 mg/día.
- La dosis recomendada es: 20 - 40 mg/24h siendo la dosis máxima de 40 mg/día.
- Puede alterar la capacidad de conducción.
- Se recomienda suspender gradualmente el tratamiento para evitar síntomas de sudoración, mareos, agitación o náuseas entre otros.

Escitalopram

- Se necesitan de varias semanas para obtenerse respuesta clínica, al menos entre 2-4 semanas.
- Se debe administrar una vez al día con o sin alimentos.
- No es necesario modificar la dosis en insuficiencia renal. En insuficiencia hepática la dosis máxima es de 10 mg/día.
- La dosis recomendada es: 10 mg/24 h e ir incrementándose hasta la dosis máxima de 20 mg/día.
- Puede alterar la capacidad de conducción.
- Se recomienda suspender gradualmente el tratamiento durante 1-2 semanas.

Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) (antidepresivos duales)

Tienen un inicio de acción algo más rápido que otros antidepresivos e indicaciones diferentes en función del fármaco:

Fármaco	Depresión	T. pánico	T.A.G	Fobia Social	Otros
Venlafaxina	X	X	X	X	
Desvenlafaxina	X				
Duloxetina	X		X		Dolor del pie diabético

*Tabla elaborada a partir de las fichas técnicas de los fármacos

Los tres son inhibidores de la recaptación de serotonina. Venlafaxina es un inhibidor débil de la recaptación de noradrenalina sin generar un aumento indirecto de dopamina en el cortex. Desvenlafaxina es un inhibidor moderado de la recaptación de noradrenalina y genera un aumento ligero de dopamina en el cortex. Duloxetina es inhibidor potente de la recaptación de noradrenalina y genera un aumento medio de la dopamina en el cortex.



CONSEJOS AL PACIENTE

Venlafaxina

- Tiene una vida media corta, alrededor de 5 horas, por lo que es común que se prescriba en formas de liberación prolongada.
- La dosis inicial recomendada de venlafaxina de liberación prolongada es: 75 mg/24h, hasta una dosis máxima de 225 mg/día.
- Los efectos secundarios más frecuentes son cefalea, sequedad de boca, náuseas y sudoración.

Desvenlafaxina

- Es el metabolito activo de la Venlafaxina por lo que presenta menos interacciones y efectos adversos, en especial los digestivos.
- La dosis de inicio y mantenimiento es: 50 mg/24h, que se puede aumentar hasta 200 mg/día.
- No requiere ajuste de dosis en función de la edad, ni en insuficiencia hepática leve, moderada o grave, ni en insuficiencia renal leve y moderada.

Duloxetina

- La dosis inicial recomendada es: 60 mg/24h, hasta una dosis máxima de 120 mg/día.
- Está contraindicada en hipertensión arterial y en insuficiencia hepática.
- Sus efectos secundarios más frecuentes son cefalea, náuseas, sensación de mareo, somnolencia y aumento de enzimas hepáticas.

Antagonistas alfa 2 adrenérgicos

La actividad principal es el antagonismo alfa 2 adrenérgico presináptico consiguiendo un efecto ansiolítico indirecto por la regulación indirecta de los niveles de dopamina y noradrenalina.

Se emplean, debido a las propiedades sedantes HI, en posología nocturna como complemento a otro antidepresivo diurno o incluso como alternativa a benzodiazepinas. El efecto adverso más común es el aumento de peso por aumento del apetito. En este caso la reeducación nutricional basada en el índice glucémico o el uso de saciantes podría evitar el abandono del tratamiento.

CONSEJOS AL PACIENTE

Mianserina

- Presenta riesgo de discrasias sanguíneas graves, especialmente en ancianos.
- Puede conducir a un síndrome serotoninérgico en asociación con otros antidepresivos por lo que se recomienda su uso sola, nunca en asociación.
- La dosis recomendada inicial es: 30 mg/24 h hasta una dosis de mantenimiento de 60-90 mg/día.

Mirtazapina

- Se utiliza tanto sola como en asociación.
- Provoca somnolencia y sedación y aumenta el riesgo de edemas en piernas, así como síndrome de piernas inquietas.
- Su uso está asociado a un aumento de peso.
- La dosis recomendada inicial es: 15-30 mg/24 h hasta una dosis máxima de 45 mg/día.

Antagonistas e inhibidores de la recaptación de serotonina (ASIR)

Se desconoce realmente su mecanismo de acción. Se comportan como agonista 5-HT₁ y como antagonista serotoninérgico 5-HT₂, en función de la dosis. Puede inhibir la recaptación de serotonina a altas dosis. Se utiliza casi siempre en combinación.

CONSEJOS AL PACIENTE

Trazodona

- Se utiliza como hipnótico a dosis bajas por lo que es ampliamente utilizada en insomnio, suele administrarse en dosis únicas por la noche o, menos frecuentemente, en dosis equivalentes a lo largo del día.
- Se recomienda administrar con alimentos para reducir la incidencia de reacciones adversas.
- La dosis recomendada inicialmente es: 100- 150 mg/24 horas y se podrá ir incrementando gradualmente en 50 mg/día hasta un máximo de 400 mg/día.
- Por las acciones HT₁ y alfa 1 es un fármaco hipotensor siendo causante de caídas.
- Se recomienda el seguimiento de la tensión arterial siendo probable un ajuste de dosis si coexiste tratamiento antihipertensivo nocturno.
- Es un fármaco que no produce efectos de retirada ni tampoco tolerancia y por ello cada vez es más frecuente como alternativa a benzodiazepinas en el insomnio.

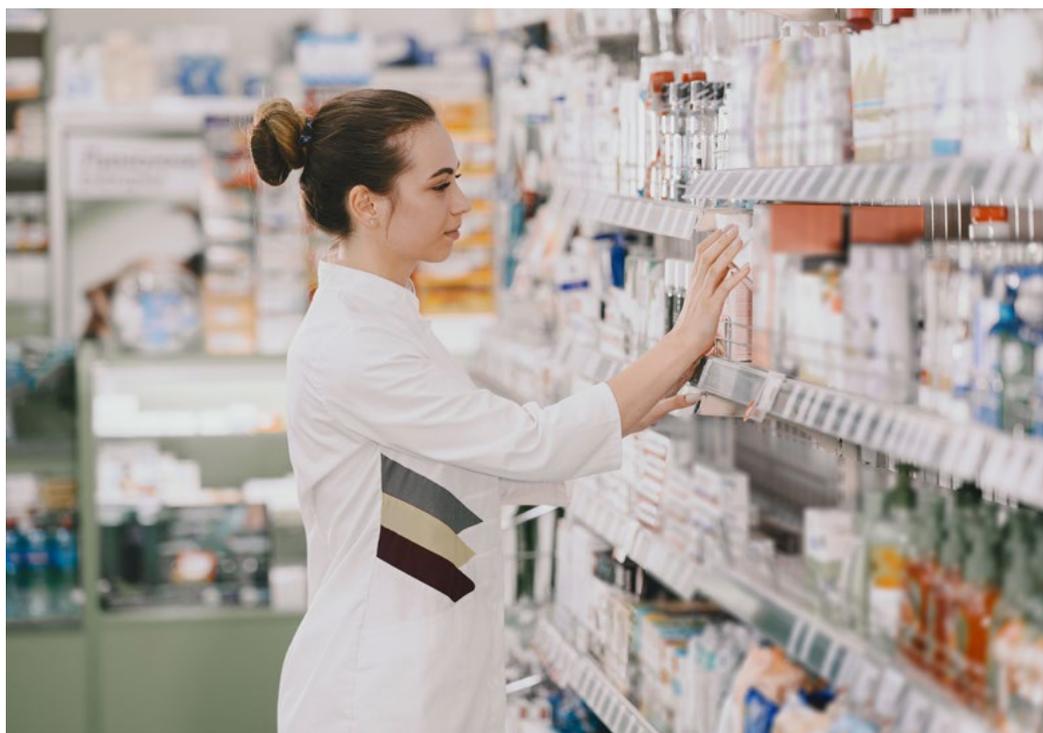
Antidepresivo con mecanismo de acción glutamatérgico

La tianeptina es el único antidepresivo con este mecanismo de acción. Se trata de un fármaco atípico por su mecanismo de acción diferencial, dado que no modifica la tasa de serotonina extracelular, por lo que no aumenta ni disminuye la recaptación de serotonina. Actúa modulando la neurotransmisión glutamatérgica. La tianeptina es un antidepresivo con propiedades ansiolíticas que puede mejorar síntomas somáticos.

CONSEJOS AL PACIENTE

Tianeptina

- Se utiliza sola o combinada con otros antidepresivos.
- Puede producir anorexia, cefalea, alteraciones del sueño y riesgo de adicciones en personas <50 años con historial previo de alcoholismo.
- La dosis recomendada es: 12,5 mg/8h.



Antidepresivos tricíclicos (ADT)

Presentan una alta inespecificidad para los receptores que modulan tanto ansiedad como depresión. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la recaptación de serotonina y noradrenalina y, en el caso de la imipramina y la amitriptilina, también los receptores alfa-1 adrenérgicos, receptores muscarínicos e histaminérgicos. Algunos son más selectivos que otros y así, la clomipramina es más serotoninérgica y la imipramina más noradrenérgica. En trastornos de ansiedad que tengan relación con TOC es frecuente encontrar altas dosis de ADT.

CONSEJOS AL PACIENTE

- Provocan múltiples efectos adversos, especialmente anticolinérgicos: sedación, boca seca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria y sudoración, sedación e hipotensión, por lo que es necesario comenzar con dosis bajas e ir incrementándolas progresivamente. Por tanto, es fundamental una correcta información personalizada del medicamento para evitar faltas de adherencia por estos efectos. El conocimiento previo es clave tanto en el tratamiento como en la recuperación y seguimiento por parte del médico.
- En estos pacientes es importante el control de la tensión arterial y del ritmo cardiaco debido al bloqueo de canales de sodio.
- Debido al perfil de seguridad y de efectos adversos, su uso suele limitarse al tratamiento de las depresiones resistentes.

Antidepresivos multimodales de la transmisión serotoninérgica

El único antidepresivo de este grupo es la vortioxetina. Se habla de antidepresivo multimodal porque combina varios mecanismos de acción, además de inhibir la recaptación de serotonina actúa de forma directa sobre los receptores serotoninérgicos de la neurona -como agonista, antagonista o agonista parcial en función del tipo de receptor-. Además, no solo actúa sobre la serotonina, sino que también, de forma indirecta, aumenta la noradrenalina, la dopamina, la acetilcolina y la histamina, además de actuar sobre el glutamato y el GABA.

CONSEJOS AL PACIENTE

Vortioxetina

- Se utiliza sola o en combinación.
- Tiene poca o nula influencia sobre la función sexual, bajo aumento de peso y pocas alteraciones cardiovasculares (no afecta la presión arterial).
- La dosis recomendada es: 10 mg/24h aunque puede ajustarse entre 5-20 mg/día.
- Debido a su larga vida media, se puede suspender inmediatamente el tratamiento si es necesario.
- Especialmente recomendada cuando las condiciones cognitivas no se recuperan lo suficiente tras otros tratamientos antidepresivos como la capacidad de pensar con claridad, la falta de memoria o el embotamiento.



Benzodiazepinas (BDZ) y fármacos hipnóticos

Ambos grupos de fármacos actúan a través de los receptores GABA, por lo que producen sedación y/o efectos ansiolíticos.

Benzodiazepinas

Las BZD son la primera línea de tratamiento para el tratamiento inicial de la ansiedad. No existen recomendaciones específicas de una BZD respecto a otra. En el tratamiento de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam han demostrado ser efectivos, produciendo un alivio rápido inicial de los síntomas.

Las BZD son fármacos que producen mayor riesgo de tolerancia, dependencia, sedación, accidentes de tráfico, caídas y fracturas óseas y a medio plazo pueden provocar falta de memoria e incluso alucinaciones, así como efecto rebote.

CONSEJOS AL PACIENTE

- Se recomienda la utilización de las BZD no más de 4 semanas.
- En un inicio de tratamiento debemos informar de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios.
- Una necesidad de mayor uso de BZD puede ser síntoma de ineffectividad o falta de adherencia por lo que debemos evitar que se dejen de utilizar ante la primera ausencia de síntomas.
- Las reacciones adversas al medicamento en la mayor parte de los casos afectan principalmente al sistema nervioso central (cefalea, temblor, mareo, sedación, somnolencia, amnesia, confusión, depresión, etc).
- Se debe informar de la posibilidad de experimentar síntomas de abstinencia si se interrumpe rápidamente el tratamiento.

Hipnóticos o fármacos Z

Los fármacos Z como zolpidem o zopiclona se unen también a receptores GABA, pero con efectos sólo sobre el sueño. A diferencia de las BZD no producen tolerancia ni dependencia a dosis habituales, aunque la zopiclona, por su vida media más larga, si puede presentar adormecimiento al despertar.

CONSEJOS AL PACIENTE

- Sus efectos son muy rápidos (15-30 minutos) y de corta duración.
- La dosis recomendada de zolpidem es: 10 mg/día y de zopiclona 7,5 mg/día en una única dosis justo antes de dormir.
- Si el tiempo de consumo es elevado existe riesgo de alucinaciones.



Bibliografía

- 1.** Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental. 2013–2020. 2013. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Planaccionsaludmental20132020.pdf>
- 2.** Libro Blanco Depresión y Suicidio. Documento Estratégico para la promoción de la Salud Mental. 2020. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>
- 3.** Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. Atención Primaria. 2021;53:102143.
- 4.** Confederación Salud Mental España. Manifiesto ‘Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia’. 2021. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/manifiesto-salud-mental-covid-19/>.
- 5.** Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención
- 6.** Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009771.pdf>
- 7.** Stephen M. Stahl. Psicofarmacología Esencial de Stahl.
- 8.** Ausejo Segura M. et al. Efectividad de los nuevos antidepresivos frente a los clásicos inhibidores de la recaptación de la serotonina. Aten Primaria. 2006;38(1):5–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-efectividad-nuevos-antidepresivos-frente-clasicos-13090019>
- 9.** Alamo C, García-García P, Lopez-Muñoz F, Zaragoza C. Tianeptina, un abordaje farmacológico atípico de la depresión. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2019;12(3):170–186.
- 10.** Pagoaga A. Et al. Benzodiazepinas: Riesgos en su Uso Prolongado. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2016/pdf/Vol10-2-2016-9.pdf>
- 11.** Javier Corazón Villanueva. Antidepresivos de nueva generación: perfil de seguridad y elección en la práctica clínica. Trabajo de fin de grado. 2020. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/103591/CORAZON%20VILLANUEVA%20JAVIER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 12.** Bot Plus web. Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/>



SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

¿Por qué es importante trabajar en salud mental en niños y adolescentes?

España es el país con más prevalencia de la Unión Europea en trastornos mentales entre los 10 y los 18 años según el estudio "Estado Mundial de la Infancia 2021" y sabemos que, en general, entre un 15-20% de las personas en esta franja de edad sufrirá algún tipo de problema de salud mental.

**UN DATO
ESPERANZADOR**

+50%

de los **problemas de salud mental** en adultos comienzan en la infancia y la adolescencia

Por lo tanto, es fundamental realizar acciones de prevención en esta franja de edad para conseguir mejorar la calidad de vida de la población a medio-largo plazo en lo que a su salud mental se refiere.



En este capítulo abordaremos las patologías más prevalentes en este grupo de edad como son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la presencia de ansiedad y depresión.



¿Para qué vamos a intervenir?

BENEFICIOS DE UNA BUENA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESTOS PACIENTES

Detección temprana. Se trata de una cuestión clave en la salud mental de niños y adolescentes. Podemos estar atentos a las señales de alerta que pueden hacernos sospechar de un trastorno mental en esta población. Las señales son las mismas que en el adulto, pero la dificultad se presenta en que, generalmente, son los padres quienes las transmiten:

- Elevada presencia de síntomas físicos: síntomas estomacales (náuseas), cefaleas, insomnio, dolor y desmayos.
- Despistes, distracción con estímulos irrelevantes y falta de concentración.
- Negación a realizar actividades cotidianas que supongan algún esfuerzo.
- Inquietud, impaciencia o llanto descontrolado.
- Problemas de disciplina, aumento del riesgo de conflictos.
- Aumento del número de accidentes por realización de actividades impulsivas o sin reflexión.
- Alteraciones del comportamiento.
- Problemas académicos.
- Falta de autoestima.
- Dificultad para mantener relaciones sociales, miedos sociales.
- Problemas relacionados con el sueño como insomnio o pesadillas.

Eliminar los tabúes y estigmas en salud mental. La exclusión en colegios y actividades extraescolares disminuye cuando en esa edad se habla de forma adecuada tanto de salud física como de salud mental.

Fomentar hábitos saludables como ejercicio físico y alimentación. La obesidad puede ser causa y consecuencia de un problema de salud mental. La educación alimentaria es clave.

Fomentar el uso adecuado de tecnología en las familias. Un uso inadecuado de tecnología es a la vez causa y consecuencia de problemas como insomnio o alteraciones en la conducta de tipo agresivo.

Transmitir que el uso de medicamentos es efectivo y seguro. La comunicación con la familia es fundamental para un uso adecuado del tratamiento. Ante una falta de efectividad se derivará al médico especialista sugiriendo un cambio de tratamiento, así como si se observan consultas repetidas sobre síntomas somáticos, como por ejemplo, dolores frecuentes de estómago sin causa achacable.

¿Cómo podemos intervenir?

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad como su nombre indica es un trastorno que cursa con dificultad para prestar atención y concentrarse en una tarea exclusiva, junto con hiperactividad e impulsividad. Además, el TDAH puede afectar al equilibrio emocional y a los procesos cognitivos. Hasta el 20% de los niños con TDAH pueden sufrir, además, trastornos depresivos comórbidos, comprendidos como periodos de al menos 2 semanas de tristeza y desánimo con pérdida de ilusión de manera periódica. Otros trastornos de humor asociados al TDAH son la distimia (periodos muy largos, de 1-2 años, de humor triste, aunque en menor grado que la depresión) o trastorno bipolar (periodos depresivos alternados con episodios de manía con humor muy eufórico e irritable).

Aunque la causa del TDAH no es clara, parece que se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica durante el periodo prenatal, perinatal y posnatal, como por ejemplo la exposición intrauterina al alcohol, nicotina y determinados fármacos (benzodiazepinas, anticonvulsivantes), la prematuridad o bajo peso al nacer, alteraciones y predisposición genética (en torno al 30%) que interactúa con factores

ambientales. Estos factores hacen que en el cerebro del niño con TDAH haya una falta de actividad fundamentalmente de 2 neurotransmisores, dopamina y noradrenalina; concretamente en áreas del cerebro que controlan los circuitos de la atención, la concentración y la impulsividad.

En el TDAH la detección precoz es fundamental, de hecho, la efectividad de los tratamientos disminuye un 75% si el tratamiento integral se inicia a los 8 años en vez de a los 4 años. Para la detección precoz se puede utilizar a partir de los 6 años el Cuestionario de evaluación o detección precoz del TDAH basado en la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Pediatría.



Actualmente existen una serie de barreras a la hora de tratar adecuadamente el TDAH como el bajo nivel de conocimiento y concienciación de la población, la escasa formación de los agentes educativos y sanitarios y la reticencia a iniciar el tratamiento farmacológico de algunos padres por creencias erróneas, como que los tratamientos dejan “dormidos” a los niños, bajan su creatividad y reducen la capacidad de aprendizaje. Estas variables limitan la correcta atención a este trastorno y condicionan una buena evolución del TDAH.

No obstante, el tratamiento para el TDAH es eficaz cuando se plantea como un tratamiento integral, individualizado y multidisciplinar en el que se integran medidas psicológicas, educativas, sociales y farmacológicas.

Entre las principales opciones farmacológicas contamos con:

METILFENIDATO**LISDEXANFETAMINA****ATOMOXETINA****GUANFACINA**



METILFENIDATO

¿Cuál es su mecanismo de acción?

Es un estimulante débil del Sistema Nervioso Central (SNC) con mayor efecto sobre la actividad mental que sobre las actividades motoras. Provoca aumentos de dopamina y de noradrenalina en distintas zonas y por tanto posee efectos beneficiosos sobre la atención, concentración y funciones del tipo planificar, organizar, revisar, etc. sobre la hiperactividad y sobre el cansancio y la somnolencia.

¿Cuánto tiempo tarda en hacer efecto?

Tras varias semanas se pueden ver efectos positivos, aunque en algunos individuos se pueden observar ya desde la primera dosis, como mejoras en la atención o mejor control de la hiperactividad motora y de la impulsividad. Habrá pacientes en los que se prescriba tanto presentación de liberación inmediata como de liberación prolongada para alternar su empleo. En otras ocasiones, podremos observar prescripciones de metilfenidato combinado con atomoxetina.



¿En que edades está indicado y qué dosis se utilizan?

Está indicado en niños y adolescentes a partir de 6 años.

LAS DOSIS HABITUALES SON:

Comprimidos liberación inmediata:

inicialmente 5 mg/12-24 h, incrementando en 5-10 mg/24 h hasta la dosis de mantenimiento.

Cápsulas de liberación modificada:

inicialmente 5 mg/12-24 h y ajustar gradualmente hasta una dosis máxima de 60 mg/24 h.

Comprimidos de liberación modificada:

inicialmente 18 mg/24 h y podrá ir incrementarse en 18 mg/24 h hasta una dosis máxima de 54 mg/24 h.



¿Cuáles son los efectos secundarios?

Los más frecuentes son insomnio, nerviosismo y cefalea seguido de síntomas digestivos como náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, etc.; así como síntomas cardiovasculares como hipertensión arterial, taquicardias, palpitaciones, etc.; También puede haber reacciones adversas respiratorias o dermatológicas. Temporalmente puede haber alteración de la hormona del crecimiento. En algunos casos también se produce visión borrosa. Se pueden utilizar betabloqueantes para algunos de estos síntomas.

¿Qué decir a los padres sobre el tratamiento? Algunos consejos

- ✓ La última dosis de los comprimidos de liberación inmediata no debería administrarse en las 4h previas a acostarse, para evitar los trastornos del sueño. Es necesario que se administren con alimentos.
- ✓ Los de acción prolongada no se deben tomar mucho mas tarde de las 10 de la mañana, ya que podrían provocar insomnio. Pueden administrarse con o sin alimentos.
- ✓ Si hay un olvido de dosis, administrar la siguiente dosis a la hora habitual. No duplicar la siguiente dosis.
- ✓ Los antiácidos pueden alterar la liberación prolongada.
- ✓ Si se cambia de un estimulante a otro, se puede empezar con el nuevo a la mañana siguiente, siendo normal que se note fatiga y somnolencia durante unos días.
- ✓ Si se cambia de metilfenidato a un no estimulante, o viceversa, lo normal es empezar con dosis bajas porque el fármaco previo irá disminuyendo poco a poco.
- ✓ Es aconsejable evaluar periódicamente la respuesta al tratamiento, dejando periodos sin medicación (preferiblemente en vacaciones) para comprobar la respuesta del niño sin tratamiento farmacológico.
- ✓ Si no se observa una mejora de la sintomatología después de 1 mes del ajuste de la dosis, hay que plantear un cambio de tratamiento.
- ✓ No suspender bruscamente el tratamiento.
- ✓ Informar al médico y/o farmacéutico acerca de cualquier enfermedad cardiovascular, cerebrovascular o psiquiátrica del paciente, así como en los familiares cercanos antes de iniciar el tratamiento.
- ✓ Al interrumpir el tratamiento después de un uso crónico y beneficioso, pueden reaparecer los síntomas por lo que es necesario derivar para reevaluar por el especialista.





LISDEXANFETAMINA

¿Cuál es su mecanismo de acción?

Es un profármaco estimulante nervioso que, tras su absorción, se hidroliza a su forma activa, la dexanfetamina o dextro-anfetamina. Su acción se debe al aumento de noradrenalina y dopamina en distintas zonas del cerebro.

¿Cuánto tiempo tarda en hacer efecto?

El tratamiento con lisdexanfetamina puede requerir periodos prolongados de tiempo. El tratamiento deberá suspenderse si no se aprecia mejoría después de un mes.



¿En que edades está indicado y qué dosis se utilizan?

Está indicado en niños y adolescentes a partir de 6 años.

LAS DOSIS HABITUALES SON:

Inicialmente 30 mg/24 h, administrados por la mañana. La dosis podrá aumentarse en 20 mg/24 h en intervalos semanales, hasta una dosis máxima de 70 mg/24 h



¿Cuáles son los efectos secundarios?

Los más frecuentes son insomnio y cefalea seguido de síntomas digestivos como náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, etc así como cardiovasculares (hipertensión arterial, taquicardias, etc), o dermatológicas.

¿Qué decir a los padres sobre el tratamiento? Algunos consejos

- ✓ La acción farmacológica máxima se alcanza a las 3 horas y tiene un efecto de 10-12 horas, cubriendo así toda la jornada escolar y evitando tomas durante la misma.
- ✓ En caso de olvido, administrar la siguiente dosis a la hora habitual. No duplicar la siguiente dosis.
- ✓ En caso de tratamientos prolongados se recomienda la suspensión gradual ante el riesgo de producir un síndrome de abstinencia.
- ✓ Los ácidos pueden disminuir los niveles de anfetamina y los alcalinos pueden aumentarla y potenciar la acción.
- ✓ En niños con insuficiencia renal podría ser necesario una disminución de la dosis hasta 50 mg/día y precaución en insuficiencia hepática.
- ✓ Presenta riesgo potencial de abuso. La lisdexanfetamina es una sustancia prohibida durante la competición. Se considera “sustancia no específica”.
- ✓ Es aconsejable evaluar periódicamente la respuesta al tratamiento, dejando periodos sin medicación (preferiblemente en vacaciones) para comprobar la respuesta del niño sin tratamiento farmacológico.
- ✓ Al interrumpir el tratamiento después de un uso crónico y beneficioso, pueden reaparecer los síntomas por lo que es necesario derivar para reevaluar por el especialista.

ESTE MEDICAMENTO ESTÁ SUJETO A SEGUIMIENTO ADICIONAL, ES PRIORITARIA LA NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS





ATOMOXETINA

¿Cuál es su mecanismo de acción?

Inhibidor potente y altamente selectivo de la recaptación de noradrenalina. Actúa incrementando las concentraciones sinápticas de este neurotransmisor en diversas localizaciones cerebrales.

¿Cuánto tiempo tarda en hacer efecto?

Entre 2-8 semanas.



¿En que edades está indicado y qué dosis se utilizan?

Está indicado en niños y adolescentes a partir de 6 años.

LAS DOSIS HABITUALES SON:

Con peso \leq 70 kg, la dosis inicial es de 0,5 mg/kg y la dosis de mantenimiento de 1,2 mg/kg/24 h.

Con peso $>$ 70 kg, la dosis inicial es de 40 mg/24 h y la dosis de mantenimiento de 80 mg/24 h.

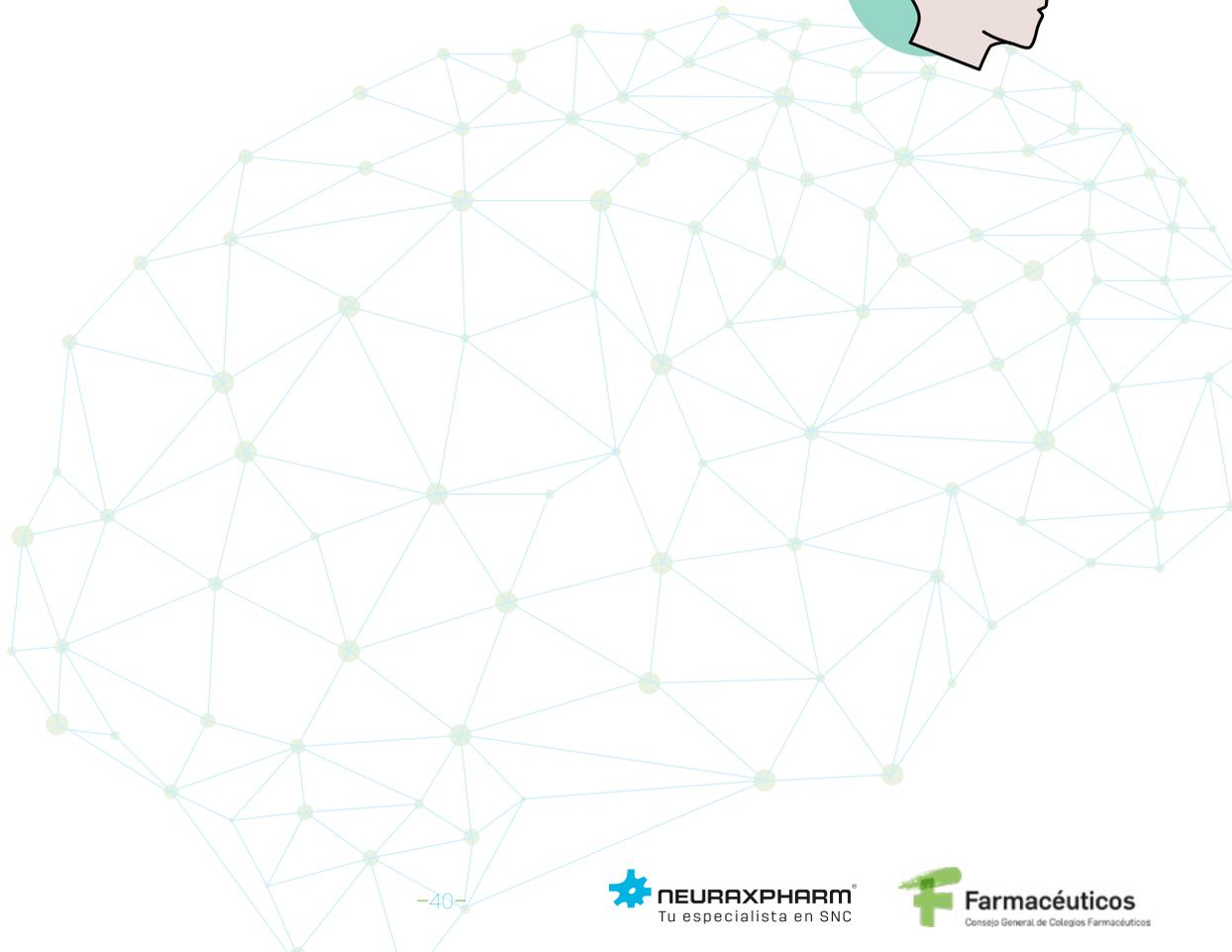


¿Cuáles son los efectos secundarios?

Los más frecuentes son cefalea, somnolencia y sedación seguido de síntomas digestivos como náuseas, vómitos y dolor abdominal, así como cardiovasculares (hipertensión arterial y taquicardias), respiratorias o dermatológicas. En raras ocasiones se presenta una agitación excesiva, que puede inducir un trastorno bipolar incluso con ideación suicida. Es frecuente en estos casos que el médico prescriba un estabilizador del ánimo como el litio o topiramato, algún antipsicótico o retirar la atomoxetina.

¿Qué decir a los padres sobre el tratamiento? Algunos consejos

- La dosis inicial se deberá mantener al menos 7 días.
- Se ha de administrar preferentemente en dosis única por la mañana.
- Debido a la posible sedación puede prescribirse dos veces al día. Si se presentara somnolencia se puede prescribir a mediodía.
- Administrar la dosis olvidada cuanto antes, salvo que faltara poco tiempo para la siguiente. No duplicar la siguiente dosis.
- En caso de estar en tratamiento con medicamentos para la depresión advertir al médico y/o farmacéutico.
- Se puede combinar atomoxetina con metilfenidato. La primera actúa regulando los síntomas causados por la Noradrenalina y el segundo sobre la Dopamina (desmotivación).





GUANFACINA

¿Cuál es su mecanismo de acción?

Fármaco agonista adrenérgico alfa2A que es utilizado en TDAH cuando los estimulantes no han sido eficaces o no se deben utilizar. Su acción consiste en modular la actividad en la corteza prefrontal y los ganglios basales. Como resultado se consigue más planificación, memoria y flexibilidad.

¿En que edades está indicado y qué dosis se utilizan?

Está indicado en niños y adolescentes a partir de 6 años y > 25 kg.

LAS DOSIS HABITUALES SON:

Dosis inicial de 1 mg/24 h, por la mañana o por la noche, con incrementos de un máximo de 1 mg/24 h cada semana hasta la dosis de mantenimiento (generalmente 0,05-0,12 mg/kg/24 h).



¿Cuáles son los efectos secundarios?

Los más frecuentes son somnolencia y cefalea seguido de síntomas digestivos como náuseas, vómitos, estreñimiento, etc. así como cardiovasculares (bradicardias, hipotensión, etc.), dermatológicas o aumento de peso.

¿Qué decir a los padres sobre el tratamiento? Algunos consejos

- ✓ Una vez alcanzada la dosis de mantenimiento, se evaluará la sintomatología y se controlará el peso cada 3 meses durante el primer año y posteriormente cada 6 meses.
- ✓ El riesgo de somnolencia es importante. Pueden prolongarse durante 2-3 semanas o incluso por periodos superiores.
- ✓ Evitar su administración con comidas ricas en grasa, debido al riesgo de mayor absorción.
- ✓ No administrar junto con zumo de pomelo.
- ✓ En caso de retirada, se reducirá gradualmente la dosis en una cantidad máxima de 1 mg cada 3-7 días para evitar posibles efectos rebote, como aumento del pulso o de la tensión arterial.
- ✓ Si se olvida alguna toma, administrar la siguiente dosis a la hora habitual. No duplicar la siguiente dosis.
- ✓ En insuficiencia renal grave ($CLcr < 30$ ml/min) podría ser necesario una menor dosis.

ESTE MEDICAMENTO ESTÁ SUJETO A SEGUIMIENTO ADICIONAL, ES PRIORITARIA LA NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS



ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. La depresión, por su parte, es una alteración del estado de ánimo que se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo, como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia. También puede presentar síntomas de tipo cognitivo, volitivo (relativo a la voluntad) y somático.

Respecto a su prevalencia, se calcula que alrededor de 1 de cada 4 niños y adolescentes presenta síntomas compatibles con una u otra patología, como menor capacidad de

concentración, menos horas de sueño y más irritabilidad e impulsividad. Entre un 6-20% de los niños y adolescentes tienen un trastorno de ansiedad y se estima que hasta un 20% de los jóvenes de 18 años habrá sufrido al menos un episodio depresivo en su vida.

Respecto a su etiología, se desconocen las causas exactas de ambas enfermedades, aunque contribuyen factores de tipo genético, biológico y ambiental. Cabe destacar que la pandemia COVID-19 ha provocado un aumento de casos de estrés, ansiedad, angustia e intentos de suicidio en este grupo de edad, ya vulnerable de por sí. Los factores desencadenantes han sido posiblemente el aislamiento social, cambios en las rutinas, mayor uso de la tecnología, menor actividad física, etc.



¿Para qué vamos a intervenir?

Cuando hablamos de ansiedad y depresión tendemos a equiparar los síntomas generales con los de los adultos. En niños los síntomas predominantes iniciales son somáticos como dolor de estómago, trastornos de motilidad intestinal, variación del apetito, etc. Los niños y adolescentes raramente expresan emociones como angustia o tristeza, aunque sí preocupación excesiva por cualquier hecho, irritabilidad o disminución del rendimiento académico.

¿Qué decir a los padres? Algunos Consejos

-  Establecer rutinas. Todos necesitamos un cierto orden, pero los niños con desórdenes emocionales necesitan reglas concretas sobre comidas, uso de tecnología, actividades escolares, lúdicas, etc.
-  Actividad física. Fundamentalmente aquella que además se acompañe de interacción social.
-  Alimentación saludable. Mantener horarios adecuados con cantidades razonables y variadas de alimentos y con el tiempo suficiente para disfrutar de ella.
-  Animar a los niños y adolescentes a enfrentarse a sus miedos.
-  Buscar un tratamiento adecuado. Tanto la terapia cognitivo conductual como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, solos o combinados, han demostrado ser intervenciones exitosas en estos niños y adolescentes.
-  La terapia farmacológica se podrá iniciar en niños a partir de los 6 años, con síntomas moderados o graves y si ha fracasado la psicoterapia.

ANTIDEPRESIVOS EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

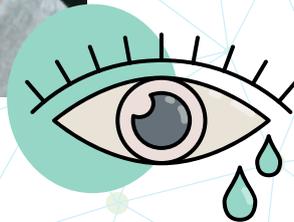
El tratamiento farmacológico de elección son los ISRS. En el caso del trastorno depresivo, el único antidepresivo con autorización en ficha técnica en menores de 18 años es la fluoxetina, que se puede utilizar desde los 8 años. Este ISRS está indicado en episodios depresivos de moderados a graves, si no hay respuesta a la terapia psicológica después de 4 a 6 sesiones y debe ofrecerse a los niños o jóvenes con depresión de moderada a severa sólo en combinación con una terapia psicológica concurrente. Respecto a la ansiedad, ningún antidepresivo tiene autorización para su uso en menores. No

obstante, numerosos estudios demuestran la eficacia y tolerabilidad de los ISRS en la edad pediátrica. La edad recomendada es de 7 años para la fluoxetina, 6 años para la sertralina, 8 años para la fluvoxamina y 12 años para el escitalopram. Para el resto no hay estudios suficientes. También son eficaces en el tratamiento de la ansiedad algunos antidepresivos duales como la venlafaxina (37,5-150 mg/ día), la duloxetina (30-60 mg/ día) y la mirtazapina (15-30 mg/ día), indicados sólo en adolescentes y fuera de ficha técnica.



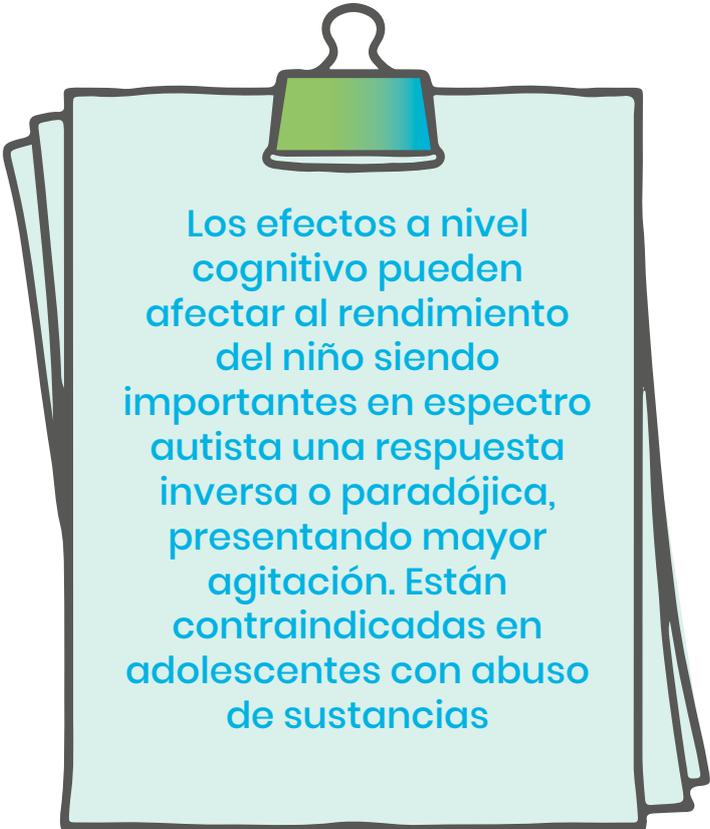
¿Por qué los antidepresivos incluyen advertencias acerca del comportamiento suicida de los niños?

En multitud de ensayos clínicos se ha demostrado que los antidepresivos pueden causar pensamientos o comportamientos suicidas, así como empeorarlos. Sin embargo, los beneficios de los antidepresivos superan al riesgo de suicidio.

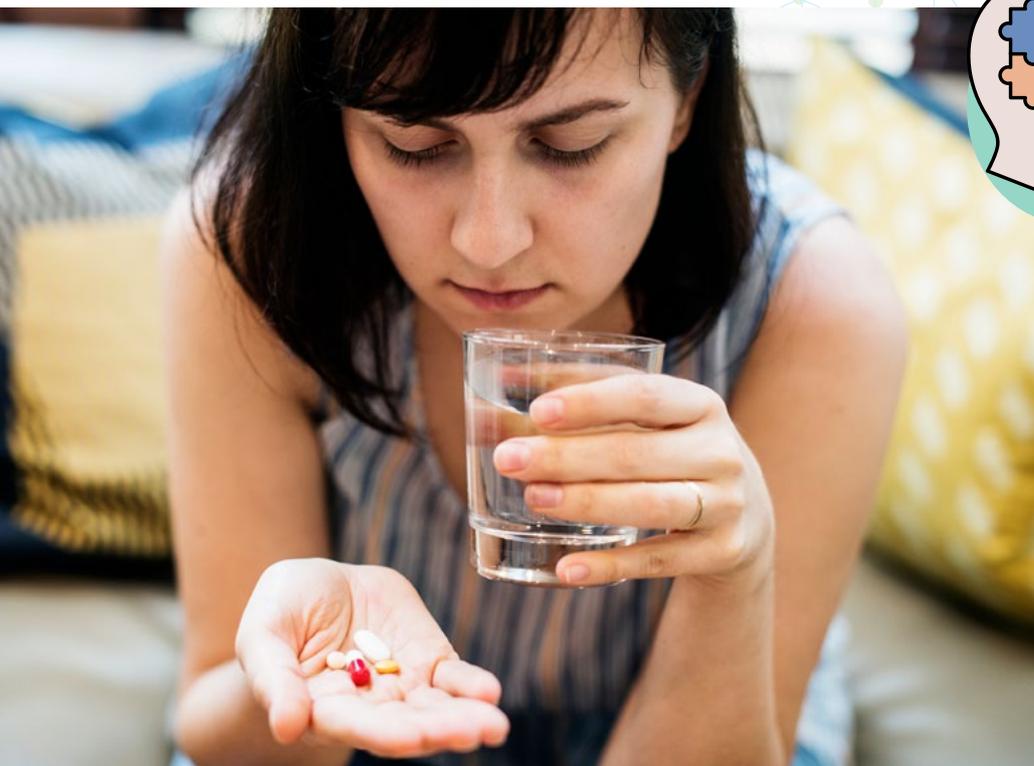


BENZODIACEPINAS EN ANSIEDAD

Las benzodiazepinas no están aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) en población pediátrica, sin embargo, se usan con frecuencia en adolescentes con síntomas de ansiedad graves. Deben limitarse a situaciones puntuales o a momentos donde se presenten síntomas agudos. Son de elección las de vida media larga, como el clorazepato-fácil de ajustar por su formulación en polvo para solución oral-, el diazepam o el lorazepam.

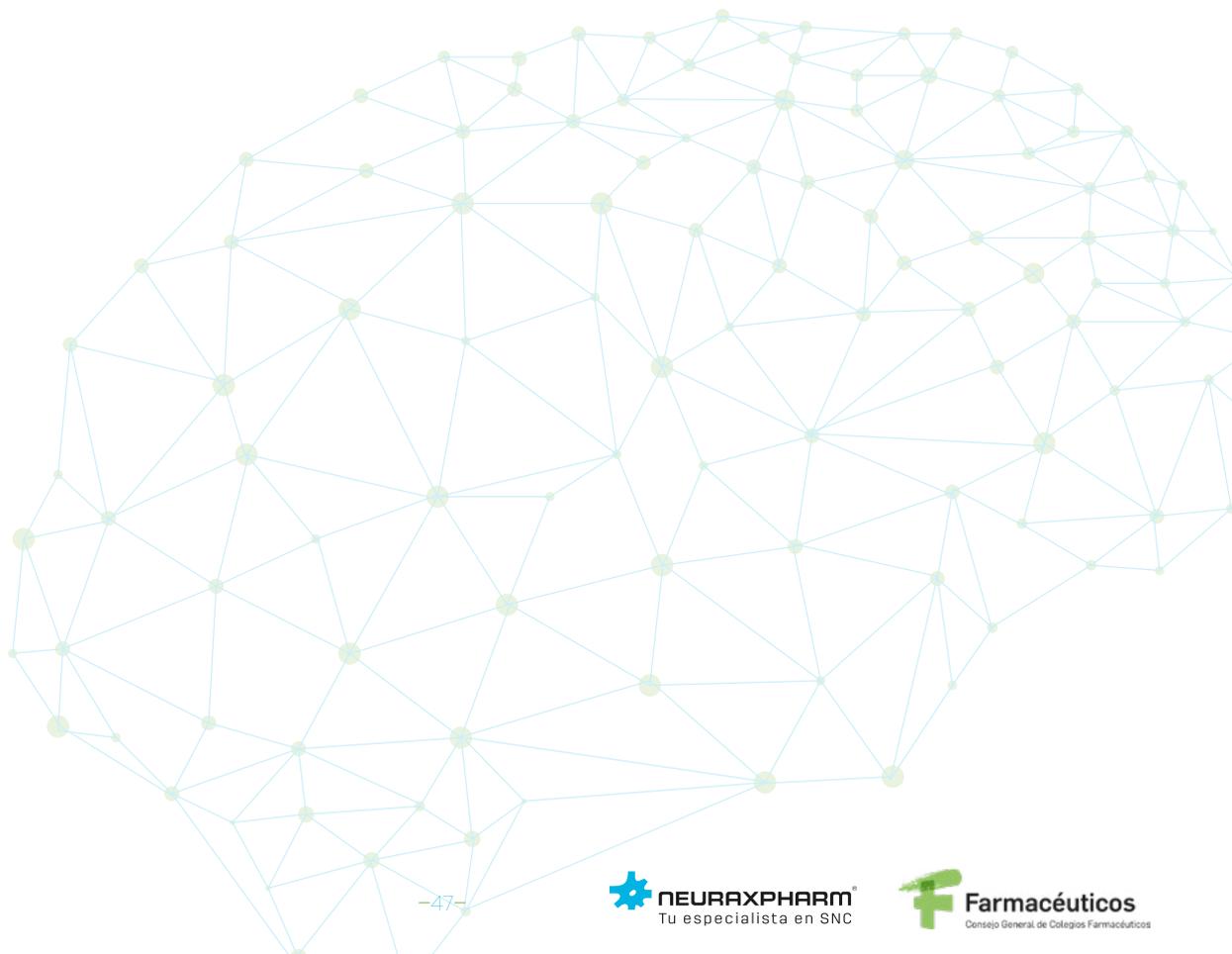


Los efectos a nivel cognitivo pueden afectar al rendimiento del niño siendo importantes en espectro autista una respuesta inversa o paradójica, presentando mayor agitación. Están contraindicadas en adolescentes con abuso de sustancias



Bibliografía

1. Stephen M. Stahl. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Guía del Prescriptor en Niños y Adolescentes. 2021
2. Abikoff, H.B., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Long, N., Forehand, R. L., Miller Brotman, L., et al. (2015). Parent training for preschool ADHD: a randomized controlled trial of specialized and generic programs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 618-31.
3. SEPEAP. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria. Psicofarmacología pediátrica .Vol. XVI. Num.10. Diciembre 2012.
4. P. Sánchez Mascaraque, Daniel S. Cohen. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. ADOLESCERE Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia Volumen VIII Enero - Febrero 2020. Disponible en: <https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-VIII-n1-2020/2020-n1-2-Tema-de-revision-Ansiedad-y-depresion-en-ninos-y-adolescentes.pdf>
5. AEPED. Asociación Española de Pediatría. Pediamecum.
6. Ficha técnica de fluoxetina. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
7. Bot Plus web. Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/>





SALUD MENTAL EN MUJERES EMBARAZADAS

¿Por qué es importante trabajar en salud mental en mujeres embarazadas?

La vulnerabilidad de las mujeres a presentar ciertos trastornos mentales se puede incrementar en periodos específicos como la adolescencia, el embarazo, el postparto y la perimenopausia. Los cambios hormonales y las alteraciones de los neurotransmisores, así como una serie de factores psicológicos, sociales y culturales son los responsables de estos trastornos. Incluso antes del embarazo, se calcula que aproximadamente una de cada 4 mujeres tendrá un trastorno mental.

No obstante, el embarazo es un periodo de riesgo en el que los trastornos mentales pueden empeorar e incluso debutar. De hecho, las enfermedades mentales son las enfermedades más frecuentes en mujeres embarazadas.

**ALREDEDOR
DE UN**

20%

presenta alguna sintomatología emocional o trastorno mental durante el embarazo y/o el postparto y, aproximadamente

1 DE CADA 10 SUFRE DEPRESIÓN POSTPARTO

Los problemas de salud mental en mujeres embarazadas pueden aparecer en aquellas con predisposición genética o que ya habían sufrido depresión o ansiedad con anterioridad. Aunque, en ocasiones, el problema de salud mental puede aparecer por primera vez en el curso del primer embarazo o en el periodo del postparto.

Durante la pandemia de COVID-19 se han observado incrementos de síntomas compatibles con ansiedad en mujeres embarazadas, pasando de una prevalencia del 15% en años anteriores, hasta un 59% durante la pandemia. Según un estudio publicado por el Hospital Universitario Vall d'Hebron, un 38% de las mujeres embarazadas tenían síntomas de depresión y un 59% de ansiedad. Variables como la incertidumbre, el miedo al contagio, la desinformación, el estrés por cómo podía afectar la COVID-19 al recién nacido o la posibilidad de tener un parto prematuro, han sido las causas más frecuentes.

Los motivos por los que es importante trabajar en salud mental en mujeres embarazadas son las consecuencias que

los problemas de salud mental pueden tener tanto en la mujer embarazada como en el curso de la gestación. La depresión durante el embarazo puede llevar a abortos espontáneos y hemorragias. La ansiedad, por su parte, a un aumento de sangrado gestacional y parto prematuro; además, la ansiedad durante el embarazo aumenta hasta 8 veces el riesgo de malformaciones, retraso del crecimiento, déficit de neurodesarrollo, autismo, etc. Finalmente, la calidad del sueño se deteriora y el número de horas de sueño disminuye, particularmente en el tercer trimestre del embarazo. De hecho, se calcula que más de la mitad de las mujeres embarazadas llegan a sufrir de insomnio, circunstancia que puede llegar a provocar cuadros depresivos.



¿Para qué vamos a intervenir?

BENEFICIOS DE UNA BUENA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESTOS PACIENTES

La detección precoz de depresión y ansiedad durante el embarazo es clave por los efectos negativos a corto y largo plazo tanto en la madre como en el recién nacido. Por tanto, desde la farmacia comunitaria debemos identificar las señales que nos alerten de estos trastornos para poder intervenir precozmente sobre ellos o para derivar al médico en caso de necesidad.

- Entre los efectos negativos para la madre podemos detectar abandonos de los controles prenatales y deterioro del autocuidado.
- En el recién nacido algunos efectos son llanto excesivo, deficiencia cognitiva, menor peso al nacer, lo que conlleva un mayor riesgo de depresión futura y trastornos de conducta.
- El insomnio es otra alteración que podemos detectar desde la farmacia. Son muchos los factores que afectan a que logre un buen descanso: más micciones nocturnas y mayor frecuencia cardíaca, alteración de la respiración, además del dolor de espalda por el peso ejercido, así como las molestias gástricas. Generalmente está contraindicada tanto la melatonina como la fitoterapia sedante por lo que debemos indicar unos buenos hábitos de higiene de sueño.
- Durante el embarazo podemos recurrir al empleo de los cuestionarios de ansiedad y depresión de Hamilton desde la farmacia (*ver la introducción de este manual*).



¿CÓMO PODEMOS INTERVENIR?

Depresión en el embarazo

La depresión durante el embarazo es un trastorno del ánimo que involucra cambios en la química del cerebro. Los síntomas se pueden confundir con los del propio embarazo: trastornos del apetito, náuseas, alteraciones del sueño, cambios de peso, irritabilidad aumentada, etc. por lo que es importante prestar atención a las señales de alerta para derivar al médico cuando se sospeche de depresión.



SEÑALES DE ALERTA

- Tristeza persistente.
- Cambios de hábitos alimentarios y de peso.
- Náuseas.
- Alteraciones del sueño.
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- Ansiedad.
- Sentimientos de culpabilidad o inutilidad.

El tratamiento de elección es la psicoterapia. Sobre todo, en el primer trimestre de embarazo se evitará el empleo de tratamiento farmacológico. No obstante, puede ocurrir que, por motivos clínicos, el beneficio/riesgo del empleo de fármacos sea favorable, en este caso, algunas cuestiones a tener en cuenta son:

- Durante el embarazo se prescriben ciertos ISRS y antidepresivos tricíclicos fundamentalmente.
- Como tratamientos de primera elección se recomiendan sertralina y citalopram, especialmente la sertralina ya que también puede utilizarse durante la lactancia.
- El escitalopram podría afectar a la edad gestacional al nacer y provocar parto prematuro, y la paroxetina parece estar relacionada con malformaciones cardíacas en el primer trimestre.
- En cuanto a los antidepresivos tricíclicos a altas dosis tienen mayor toxicidad que los ISRS. Además, están desaconsejados en la lactancia.
- Por último, otros antidepresivos como la venlafaxina o duloxetina tienen mayor riesgo de hipertensión gestacional por lo que es especialmente importante hacer seguimiento de la tensión arterial.
- En todos los casos, habría que llegar al parto con la mínima dosis posible para evitar en el recién nacido un síndrome de retirada al nacer.



En mujeres con diagnóstico de depresión previo al embarazo se recomienda el mantenimiento del tratamiento, incluida la psicoterapia, ya que las tasas de recaída son elevadas si durante este periodo se abandona el tratamiento.



Es importante informar desde la farmacia a la gestante de las enormes evidencias de la poca o nula relación entre antidepresivos y autismo o TDAH, ya que en muchas ocasiones estas falsas creencias son causas de falta de adherencia a estos tratamientos.



Trastorno de ansiedad en el embarazo

Es natural experimentar nerviosismo durante el embarazo, pero si la sintomatología se mantiene en el tiempo llegando a interferir en el día a día de la mujer, será necesario derivar al médico por una sospecha de un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad se presentan como la dificultad para regular sus emociones y una menor involucración en el cuidado de los hijos, además de dificultades en la lactancia. En la embarazada, las consecuencias de los trastornos de ansiedad son negativas tanto para el feto como para la vinculación madre-hijo.

Los trastornos de ansiedad más frecuentes en esta etapa son: 9% ansiedad generalizada, 8% tocofobia (miedo al parto) en el 3er trimestre y un 7% fobias a la sangre e inyecciones. Además, los trastornos de pánico se agravan durante el embarazo en un 30% y un 60% empeoran en el postparto. En los TOC ocurre algo similar, ya que el 40% comienzan en el embarazo.



SEÑALES DE ALERTA

- Preocupación excesiva.
- Problemas para controlar los pensamientos recurrentes.
- Angustia.
- Temblores o parestesias.
- Dolor muscular.
- Sequedad de boca.
- Manos frías y húmedas.
- Sudores excesivos.
- Taquicardias.
- Impulsividad.
- Llanto.



Desde la farmacia podemos recomendar hábitos saludables que ayuden a controlar la sintomatología como ejercicios de relajación, actividad física, etc... En caso de necesitar tratamiento, el tratamiento de elección es la psicoterapia. Si es necesario el empleo de fármacos, las benzodiazepinas son la primera opción de tratamiento para el tratamiento de la ansiedad y la agitación severas, aunque teniendo en cuenta una serie de consideraciones:

- Siempre deben utilizarse a corto plazo, de forma puntual y con la menor dosis posible.
- En algunos casos es posible utilizar una posología atípica con dosis bajas pero repartidas a lo largo del día.
- Las más empleadas son aquellas con vidas medias cortas como el lorazepam y clonazepam por presentar menos concentración en placenta, aunque en episodios agudos se puede utilizar alprazolam.
- Su uso parece estar asociado con el aborto espontáneo y el parto prematuro.
- La evidencia sugiere que la exposición a las BZD no se asocia con un mayor riesgo de malformaciones congénitas ni tampoco parecen estar asociadas con bajo peso al nacer. Sin embargo, existe información acerca del riesgo de uso de BZD y aumento del riesgo de paladar hendido en el primer trimestre de embarazo, aunque algunos autores consideran que el riesgo es muy bajo frente a los beneficios en un episodio agudo.
- La administración crónica de BZD próximas al parto puede causar toxicidad neonatal y abstinencia. También están suficientemente demostrados los efectos en el desarrollo del feto y coordinación al nacer.
- Si es posible, se deberá disminuir su dosis lentamente en las semanas cercanas al parto para evitar en el neonato síndrome hipotónico o síndrome de abstinencia, aunque este se resuelve en unos días.

Trastornos Conducta Alimentaria (TCA) en el embarazo

Los TCA son un grupo de enfermedades que afectan generalmente a mujeres en edad reproductiva e incluyen anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TA). A pesar del impacto físico, psicológico y social de estos trastornos, disponemos de muchas evidencias de la relación entre TCA y el embarazo. Los cambios en el peso, en la imagen corporal y en la ansiedad durante el embarazo pueden desencadenar TCA en este periodo.

3%

de las mujeres embarazadas presenta este trastorno

15%

en forma subclínica y tienen un riesgo 15 veces mayor si lo han sufrido previamente

Desde la farmacia debemos prestar atención a posibles variaciones excesivas en el peso y que ocurren de forma brusca, a la demanda repetida de laxantes y/o productos adelgazantes o a preocupaciones reiteradas por el peso o la imagen corporal. Estas situaciones nos pueden hacer sospechar de la posibilidad de que la gestante presente un TCA y que necesite ser derivada a su médico.





Pérdida Gestacional

Pérdida gestacional es el término utilizado para referirse a la muerte fetal intrauterina, es decir, a toda aquella que se produce cuando el bebé muere durante el embarazo. Por otra parte, existe el término pérdida perinatal que se utiliza cuando la muerte del feto o recién nacido sucede dentro del periodo perinatal, es decir, cuando el bebé fallece entre los 6 meses de embarazo y la primera semana de vida.

El duelo es el proceso mental por el que estas mujeres tratan de recomponerse tras la pérdida. Son evidentes las emociones por las que se puede pasar en esta situación y que pueden provocar un riesgo de depresión en el futuro, incluso años después con posibles efectos negativos en embarazos futuros y en la crianza del resto de hijos. Es importante vivir el duelo como se merece, haciendo uso de la atención psicológica si se necesita.



Desde la farmacia debemos prestar atención a posibles síntomas que nos hagan sospechar de la necesidad de derivar a estas mujeres al médico, como una tristeza excesiva, una duración prolongada u otras señales de alarma similares a las descritas anteriormente en la depresión en el embarazo.

Baby Blues

Es un fenómeno psicológico que implica la entrada en un estado de tristeza inexplicable caracterizada por pequeños cambios del estado de ánimo, infelicidad y agotamiento durante las 2 semanas después del parto. Lo habitual es recuperarse de forma espontánea pasados estos días; si esto no sucede, es recomendable la derivación al médico para evaluar la posibilidad de una depresión postparto.

No está definido como un trastorno psicológico, sino un conjunto de síntomas que no llegan a comprometer la salud mental de la madre.

La diferencia entre este estado y los trastornos de depresión y psicosis postparto se muestran en la siguiente tabla:

Características	Baby Blues	Depresión Periparto	Psicosis Postparto
Duración	<10 días	>2 semanas	Variable
Inicio	2-3 días postparto	1er mes	Primeras 2 semanas
Prevalencia	80 %	14 %	0,1-0,2 %
Severidad	Disfunción leve	Disfunción moderada severa	Disfunción severa
Características	No ideación suicida. No tratamiento	Posibilidad ideación suicida	Delirios y alucinaciones. Rápida evolución. Emergencia Psiquiátrica

Depresión postparto

Es un estado que se mantiene en el tiempo, caracterizado por tristeza y/o pérdida de interés durante la mayor parte del día, durante más de 15 días, acompañado de alteraciones en el sueño y el apetito, sentimientos de culpa, dificultades de concentración o ideas de muerte entre otras.

Las mujeres que presentan dificultad en el vínculo materno-fetal tienen más riesgo de depresión postparto. Esta falta de vínculo afecta a un 8% de las mujeres y puede comenzar incluso en el embarazo con falta de respuesta materna y rechazo al bebé.

Una predisposición genética junto a factores ambientales como la situación laboral, económica o una experiencia traumática previa son las causas más probables.

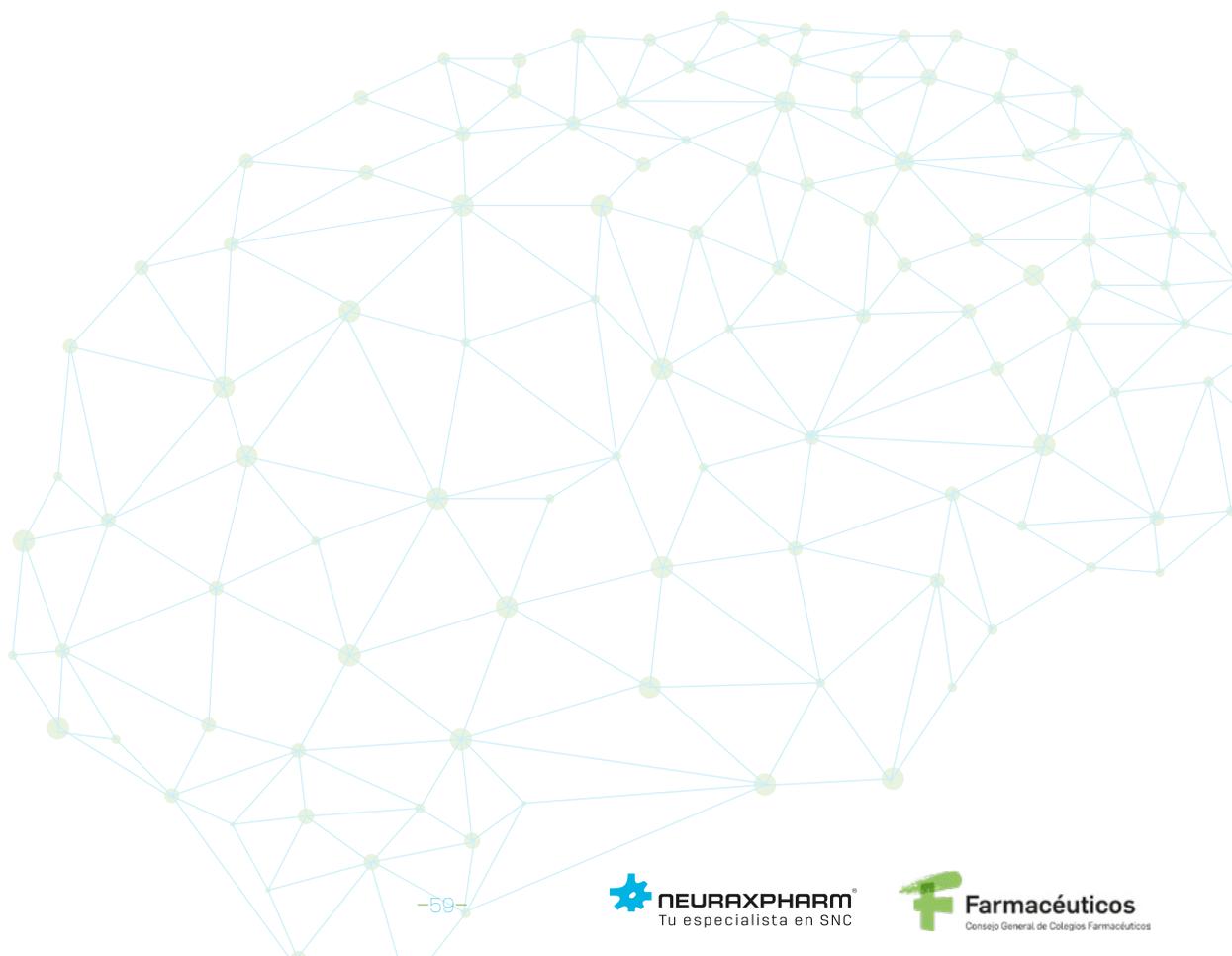
En el caso de depresión posparto la prescripción de fármacos es similar a la mujer embarazada:

- Se recomiendan intervenciones psicológicas intensivas, como la terapia cognitivo-conductual junto al tratamiento farmacológico.
- Los ISRS son los antidepresivos más utilizados. Fármacos como escitalopram o sertralina son de elección, aunque pueden aumentar el riesgo de hemorragias.
- Estos fármacos tanto en el embarazo como en el postparto presentan los mismos efectos adversos al inicio del tratamiento, tiempo de respuesta, síndrome de retirada, etc., que en adultos (ver el capítulo de adultos de este manual).

Desde la farmacia debemos realizar educación sanitaria para hacer entender el balance beneficio/riesgo entre seguir este tratamiento o afrontar esta etapa vital sin tratamiento.

Bibliografía

1. Stephen M. Stahl. Psicofarmacología Esencial de Stahl.
2. Antony KM, Racusin DA, Aagaard K, Dildy GA. Maternal physiology. In: Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, et al, eds. Gabbe's Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021:chap 3.
3. Mayo Clinic. Embarazo semana a semana.
4. Bayrampour H, et al. The risk of relapse of depression during pregnancy after discontinuation of antidepressants: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry. 2020; doi.org/10.4088/JCP.19r13134.
5. Grigoriadis S. Unipolar major depression in pregnant women: General principles of treatment. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/abecedario/a>
6. Claudia Yañez. Depresión en el embarazo, lo que debemos saber como médicos de APS. Diciembre 2020. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2021/04/articulo-depresion-en-embarazo.pdf>
7. Rosa Marcos Nagera. Tesis doctoral "Depresión perinatal "Escuela Internacional de Doctorado. UNED. 2019
8. Francisco Appiani. Psicofármacos Embarazo y lactancia. Uso y Seguridad. 2ª edición.





SALUD MENTAL EN POLIMEDICADOS

¿Por qué es importante trabajar en salud mental en pacientes polimedicados?

Se entiende por polimedicación el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados. Según criterios cuantitativos, aunque no hay un criterio estándar, se establece el límite de 5 medicamentos utilizados de forma crónica de manera generalizada. Además, se entiende por paciente polimedicado frágil al que, cumpliendo los criterios de polimedicación, le faltan recursos físicos, psíquicos, sociales o del propio sistema sanitario para evitar los riesgos de la polimedicación. Por otro lado, se define como adulto mayor a una persona de 60 años o más, ya que es a partir de esta etapa de la vida donde comúnmente suceden o se acentúan de manera gradual e irreversible, una serie de modificaciones morfológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, siendo de manera global el deterioro del sistema nervioso, endocrino e inmune, los que principalmente se alteran. Esto supone el diagnóstico de diferentes enfermedades que nos pueden llevar a una polimedicación en este rango de edad.



Respecto a las cifras de polimedicación



- 
 En nuestro país los **mayores de 65 años** consumen **más del 30% de los medicamentos** que se prescriben y entre los más utilizados se encuentran: antiplaquetarios, hipoglucemiantes, ansiolíticos, antidepresivos, diuréticos, broncodilatadores, psicótopos o antiinflamatorios no esteroideos.
- 
 Un **5% de la población adulta española** está en tratamiento con antidepresivos.
- 
 La prevalencia de polimedicación es difícil de medir, pero se estima que en nuestro país **1 de cada 3 pacientes está polimedicado**.
- 
 La **prevalencia de demencia antes de los 65 años es de entre 2 a 10%**, pero se duplica con cada intervalo de 5 años a partir de esa edad; y la **prevalencia de insomnio en adultos mayores se encuentra entre 13 a 47%**.



Aunque la polimedicación es necesaria debido a la presencia de diferentes comorbilidades y síntomas en el paciente, puede tener una serie de consecuencias negativas entre las que destacan:

- **La falta de adherencia terapéutica debido a la complejidad del régimen farmacoterapéutico, así como diversas barreras cognitivas del paciente que hace que se aumenten los olvidos.**
- **El aumento de los efectos adversos y las interacciones entre medicamentos. El 35% de los pacientes ancianos polimedificados desarrollan algún efecto adverso.**
- **El aumento del riesgo de hospitalización, de sufrir caídas y de mayor morbimortalidad.**

Además, las diferentes medidas adoptadas durante la pandemia de COVID-19 han afectado sobre todo a este grupo de pacientes ya que han sido muy perjudicados a nivel físico (salir a comprar, dar un paseo...), presentan mayor riesgo de contagio (no solo por la edad sino por las diferentes patologías concomitantes) y mayor riesgo de hospitalización, así como un peor pronóstico que el resto de población.



En este capítulo vamos a tratar los tres grupos de problemas de salud mental que más influyen en el grupo de los adultos mayores polimedificados: problemas afectivos o del ánimo, trastornos neurocognitivos mayores y desórdenes del sueño.

¿Para qué vamos a intervenir?

BENEFICIOS DE UNA BUENA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESTOS PACIENTES

En la farmacia comunitaria hay que conocer algunos aspectos referentes a la salud mental de pacientes polimedicados y el tratamiento para poder prestar una buena atención a este grupo de pacientes:

- 1| Las alteraciones mentales en estos pacientes no deben ser entendidas como signos normales del envejecimiento.
- 2| Estas alteraciones y más si cabe, la dependencia que puedan sufrir ciertos pacientes afectará a sus emociones y conducta, y puede aumentar los pensamientos suicidas.
- 3| Es fundamental el diagnóstico temprano.
- 4| El manejo debe ser integral e incluir psicoeducación, apoyo individual y familiar, coordinación de todos los profesionales sanitarios, atención a las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico.
- 5| Las dosis de los tratamientos suelen ser inferiores a las de los adultos más jóvenes y se seleccionarán aquellos con menor probabilidad de interacciones (evitar por tanto fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina).
- 6| Se revisará si el paciente presenta insuficiencia renal (evitar fluoxetina) o hepática (evitar antidepresivos tricíclicos) para la elección del tratamiento.
- 7| La actividad física y el pasar tiempo con familiares y amigos es fundamental para la mejora de la salud mental.
- 8| Se recomienda además seguir una dieta saludable con aporte de alimentos ricos en polifenoles, vitaminas y omega 3, aminoácidos y triptófano (por ejemplo: aguacate, pescado, arándanos, brócoli, nueces, plátano, etc...)
- 9| Los ISRS (citalopram, escitalopram, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, fluoxetina) son los antidepresivos con mayor evidencia y con mejor balance riesgo/ beneficio, por lo que se consideran la primera elección de tratamiento en este grupo.
- 10| Se utilizarán benzodiazepinas en casos de presencia de ansiedad, insomnio y/o agitación, aunque su uso no debería prolongarse más de 2-3 semanas con el fin de prevenir el desarrollo de dependencia.
- 11| El cese del tratamiento antidepresivo se debe realizar reduciendo la dosis de forma gradual, normalmente en un periodo de 4 semanas, particularmente con fármacos de vida media corta como la paroxetina o venlafaxina.
- 12| Se recomienda apoyar la información verbal con documentos escritos cuando sea posible.

¿Cómo podemos intervenir?

Para saber cómo intervenir correctamente tenemos que conocer los tres grupos de problemas de salud mental que más influyen en el grupo de los adultos mayores polimedicados y su tratamiento así como prestar atención al resto de problemas de salud y medicamentos utilizados ya que, a mayor número de fármacos, serán especialmente relevantes las posibles interacciones que se puedan presentar y los efectos adversos.

Trastornos afectivos

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente. La sintomatología puede ser distinta con la edad. En niños predominan los síntomas somáticos, los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos.

Los factores de riesgo para padecer un trastorno depresivo en adultos mayores y polimedicados son ser mujer, viudedad, soledad, relación con

enfermedades crónicas físicas (por ejemplo, pacientes con migraña -no otro tipo de cefalea-), consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias nocivas, así como consumo de ciertos medicamentos como glucocorticoides, betabloqueantes, IECA, estrógenos, antiandrógenos, antivirales, interferones, inmunosupresores o benzodiazepinas, entre otros, que producen cuadros depresivos como reacción adversa.

Señales que nos alertan de que una persona padece depresión

- Estado de ánimo triste o ansioso.
- Fatiga o sensación de menos energía al moverse o hablar.
- Sentirse inquieto o irritable.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones.
- Cambios en el apetito o el peso.
- Problemas para dormir, incluyendo despertarse muy temprano o dormir demasiado.
- Pérdida de interés en actividades que antes le gustaban.
- Pesimismo o falta de esperanza.
- Sentimientos de culpa, falta de autoestima e impotencia.
- Dolores y molestias físicas, como dolor de cabeza, calambres o trastornos digestivos que no se alivian con tratamiento.

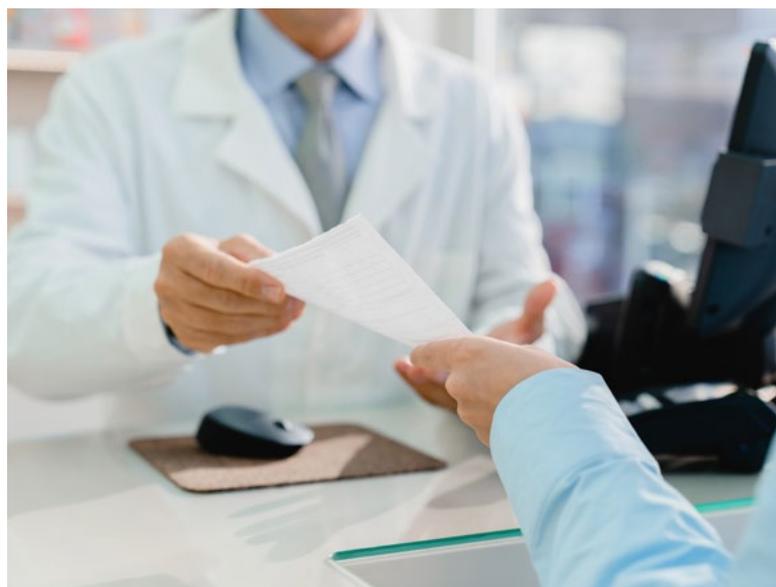


En este grupo de pacientes, que presentan una elevada prevalencia de depresión (9 %-15,4 %), se aumenta el consumo de recursos sanitarios, mayor discapacidad, dependencia, institucionalización y muerte. Además, las tasas de recurrencia y de suicidio son mayores que en población adulta de menor edad y se ha comprobado también que la eficacia de los antidepresivos se reduce en esta franja de edad.

La elección del tratamiento antidepresivo debe tener en cuenta:

- ✓ Los efectos anticolinérgicos sobre la cognición, especialmente en el caso de antidepresivos tricíclicos, mianserina, paroxetina y trazodona.
- ✓ Los cambios en la absorción, metabolismo y excreción que se producen con la edad.
- ✓ El estado nutricional del paciente.
- ✓ Las enfermedades y tratamientos concomitantes utilizados, especialmente ante el posible riesgo de síndrome serotoninérgico.
- ✓ Además, estos fármacos reducen la eficacia de los inhibidores de la acetilcolinesterasa como donepezilo, galantamina o rivastigmina.

De forma general, se suele prescribir la mitad de la dosis habitual que en adultos jóvenes y utilizar la dosis mínima efectiva en la fase de mantenimiento. Los antidepresivos que han demostrado ser más seguros en pacientes de edad avanzada son el citalopram, el escitalopram y la sertralina.



Trastornos neurocognitivos mayores (demencia)

Es un síndrome que se caracteriza por una disminución de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para realizar las actividades cotidianas. Afecta principalmente a los ancianos, pero no se debe considerar como normal de la vejez. Además, suele asociarse con problemas sociales y económicos.

El origen se encuentra en el deterioro de las neuronas. Los síntomas más habituales y que pueden servir de alerta son, entre otros, dejar de lado las aficiones o hábitos, dificultad para orientarse en el espacio y en el tiempo y olvidar episodios cotidianos de manera recurrente. Dentro de las principales causas de demencia se encuentra el Alzheimer, que supone un 60 a 80% de los casos; la demencia vascular, un 20 a 40% de los casos; la demencia por enfermedad debida a

cuerpos de Lewy, aproximadamente un 5 a 20% de los casos; y demencia fronto-temporal, 5 a 20%.

Desde las farmacias se puede realizar un screening a través del cuestionario IQ-CODE a aquellas personas con riesgo alto, ya que en un 80% evolucionarán en los siguientes 7 años a algún tipo de demencia mayor.

Las complicaciones más frecuentes de la demencia son las alteraciones de conducta, caídas, infecciones y pérdida de movilidad.

Actualmente no disponemos de medicamentos para curar la demencia, por lo que es fundamental el diagnóstico temprano para promover el tratamiento oportuno y óptimo; la optimización de la salud física y psíquica y el bienestar y el apoyo a pacientes y cuidadores.

PRINCIPALES CAUSAS DE LA DEMENCIA

**60 A 80%
ALZHEIMER**

**20 A 40%
DEMENCIA
VASCULAR**

**5 A 20%
DEMENCIA
ENFERMEDAD DE LEWY**

**5 A 20%
DEMENCIA
FRONTO-TEMPORAL**

Trastornos del sueño

Entre ellos se encuentran los problemas de insomnio, la somnolencia diurna y los trastornos específicos como apnea obstructiva del sueño (SAOS) cuya prevalencia es de hasta el 70% en este grupo de edad. Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento involucran la disminución del sueño y el incremento en el número de despertares. La dificultad para poder mantener un sueño consistente durante la noche incrementa el tiempo de estancia en cama, el tiempo que transcurre hasta iniciar el sueño, los despertares, el tiempo de vigilia nocturna y las siestas durante el día.

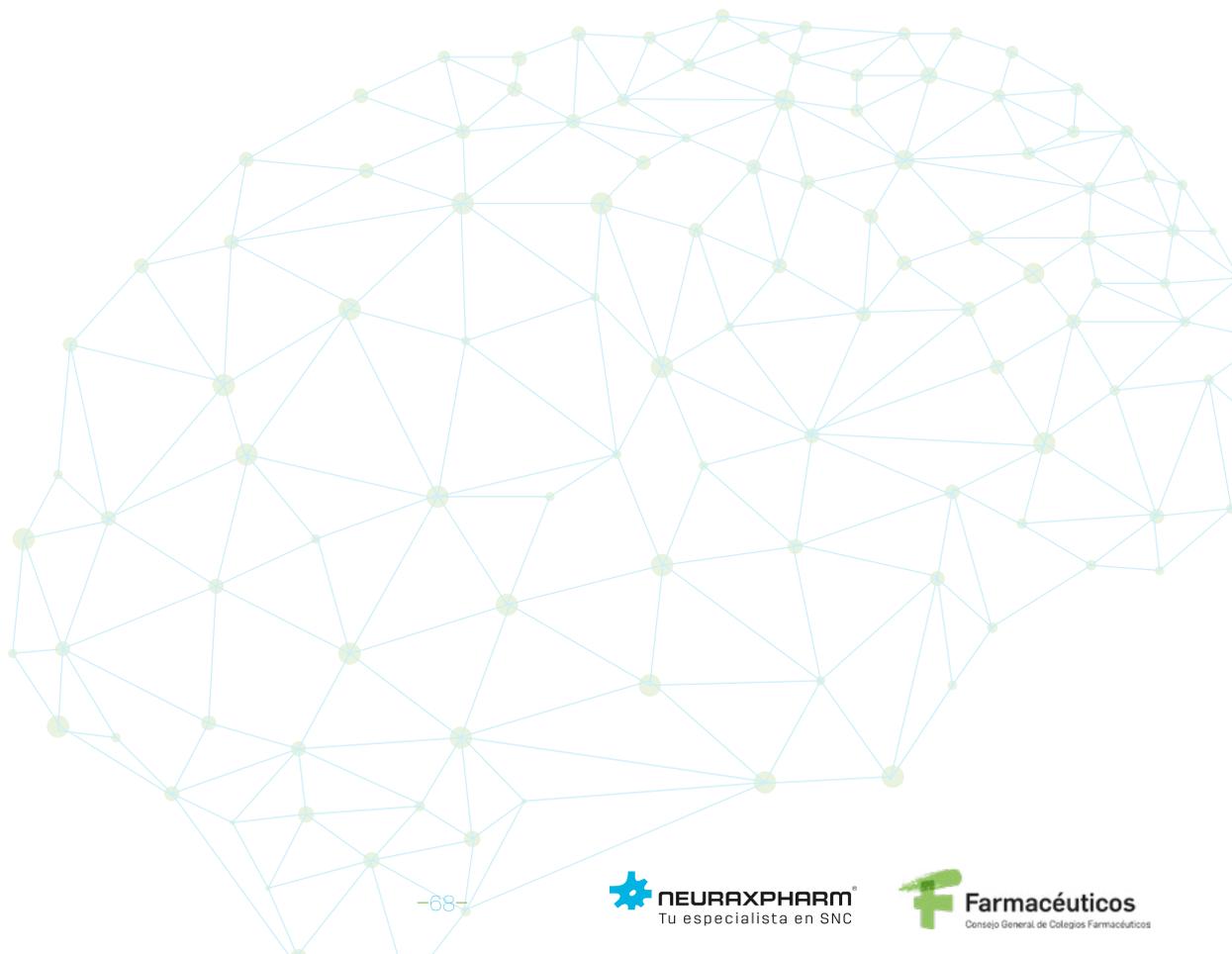


El tratamiento farmacológico en adultos mayores debe tener en cuenta:

- ✓ Fármacos hipnóticos, como zolpidem y zopiclona.
- ✓ Benzodiazepinas de acción corta como el triazolam.
- ✓ Es necesario ajustar las dosis de ambos tipos de fármacos en función de la edad y el estado hepático y renal.
- ✓ No se aconseja el empleo de benzodiazepinas de larga duración, opioides o antipsicóticos como medicamentos de primera línea.
- ✓ Los antidepresivos sedantes como clomipramina, mirtazapina, amitriptilina o trazodona podrían usarse con precaución en la medida que la depresión sea una condición asociada o incluso sin ningún tipo de síntomas depresivos en el caso de trazodona. Hay que advertir que son frecuentes las caídas nocturnas por hipotensión arterial de estos fármacos.

Bibliografía

1. M. Martín-Pérez et al. Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52(1):2-8. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/10_higado.pdf
2. Villafaina Barroso, A.; Gavilán Moral, E Pacientes polimedificados frágiles, un reto para el sistema sanitario Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 114-123
3. National Institute of Mental Health. Las personas mayores y la depresión. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion>
4. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
5. Tania Tello-Rodríguez, Renato D. Alarcón, Darwin Vizcarra-Escobar. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200021
6. Bot Plus web. Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/>
7. S. Fuentes Cuenca y E. Mérida Casado. Protocolo terapéutico de la depresión en el anciano. Medicine. 2011;10(86):58514. Disponible en: https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema2/documentos/C7/C7D_20.pdf
8. Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. Atención Primaria. 2021;53:102143





SALUD MENTAL EN PERSONAS CON ADICCIONES

¿Por qué es importante trabajar en salud mental en personas con adicciones?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación; por lo tanto, las adicciones no son sólo a drogas no legales o legales como alcohol o tabaco, sino también al juego, al trabajo, a la sensación de estrés o a los dispositivos electrónicos entre otros.

La adicción se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación de la enfermedad. Para poder hablar de dependencia se tienen que presentar tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

- Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).
- Dificultades para controlar dicho consumo.
- Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- Tolerancia.
- Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia.
- Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

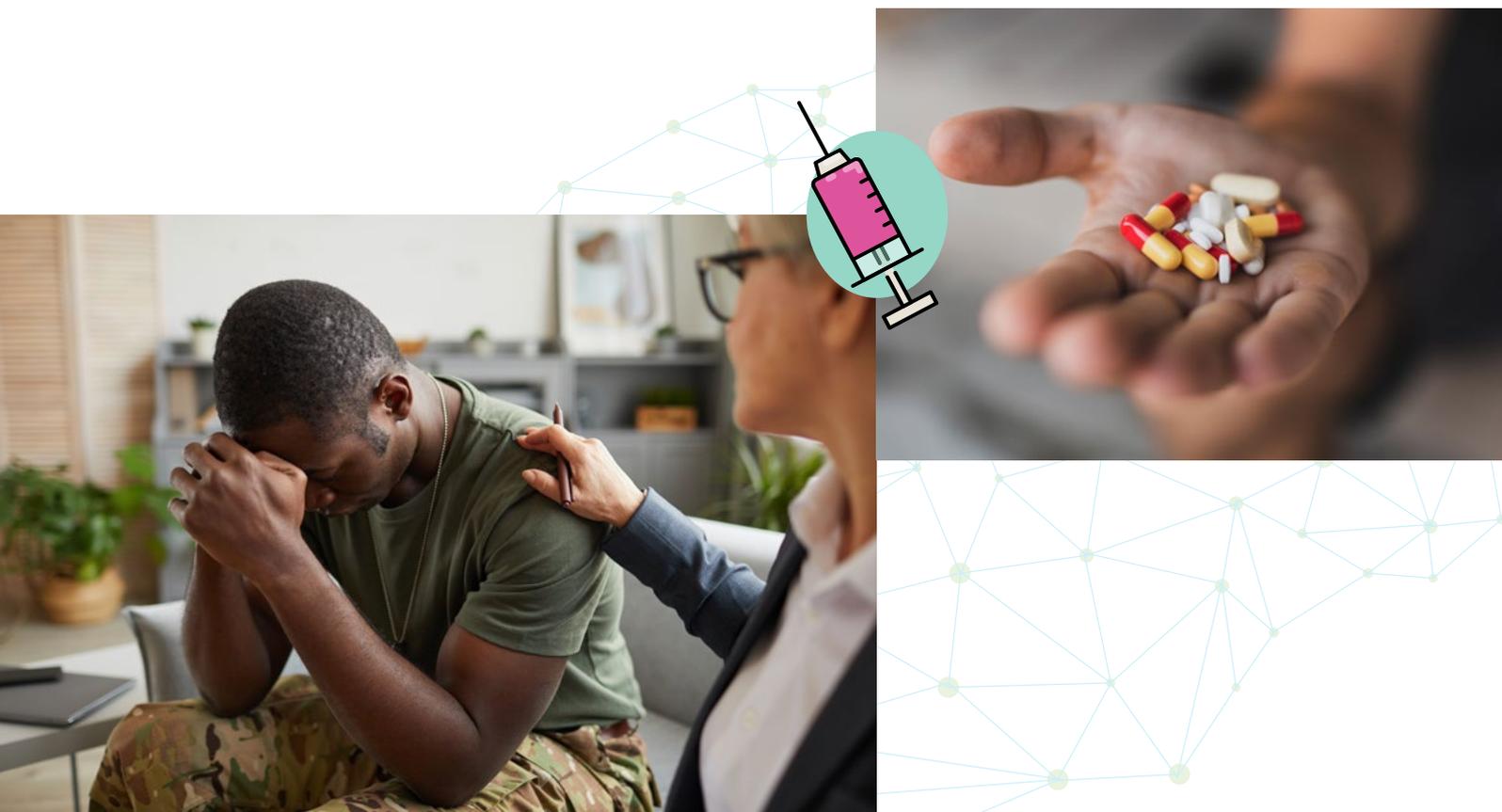
Además, el inicio temprano de algunos trastornos mentales se ha asociado con un mayor riesgo de dependencia a drogas. Cuando existen problemas de ansiedad o depresión, el riesgo se incrementa entre 3 y 10 veces. Tanto es así que a la mitad de las personas que sufren algún trastorno de salud mental se le diagnostica una adicción a algún tipo de droga. En muchas ocasiones esta adicción se utiliza como una vía de escape o forma de afrontar problemas económicos, dificultades para relacionarse, baja autoestima, problemas familiares, etc.

Es importante también señalar la relación entre cannabis y los trastornos de ansiedad y la psicosis en adolescentes, fundamentalmente en aquellos con predisposición y con consumo habitual.

De hecho, se registra un riesgo de hasta 7 veces mayor de psicosis y esquizofrenia en adolescentes consumidores de cannabis.

Según datos del Ministerio de Sanidad en 2019/2020, las drogas con mayor prevalencia de consumo en la población española de 15-64 años son, el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes con o sin receta, seguidos del cannabis y la cocaína.

En cuanto a las nuevas tecnologías, el Ministerio de Sanidad incluyó en 2018 estas adicciones en el Plan Nacional de Adicciones, destacando a adolescentes y jóvenes como el principal grupo de riesgo. Además, la OMS en el mismo año incluyó el trastorno por videojuegos como enfermedad mental en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).



¿Para qué vamos a intervenir?

BENEFICIOS DE UNA BUENA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESTE GRUPO

Los problemas de salud mental son difíciles de aceptar y de reconocer. En personas con adicciones, o con riesgo, esta dificultad se incrementa. Desde la farmacia podemos:

- Proporcionar Educación Sanitaria ofreciendo recomendaciones a los padres y familiares preocupados por el uso que hacen sus hijos de ciertas sustancias para que puedan evaluar su uso, si este puede llegar a ser problemático y cómo prevenir en el abuso o adicción a las mismas.
- Ofrecer información sobre las enfermedades de transmisión sexual, muy relacionadas con el abuso de sustancias.
- Realizar iniciativas en coordinación con otros organismos, como asociaciones u ONGs, para la prevención, la atención sanitaria y los programas de rehabilitación. Es fundamental evitar el inicio experimental del consumo precoz de alguna sustancia (tabaco, alcohol o cannabis).
- Prestar Servicios de Salud Comunitaria como los programas de tratamiento con metadona y el de intercambio de jeringuillas.
- Identificar criterios de derivación para la evaluación por el médico, psiquiatra y/o psicólogo.



DETECTAR SEÑALES DE ALARMA QUE NOS PUEDAN HACER SOSPECHAR DE UNA ADICCIÓN

- Cambios bruscos de humor, agresividad, euforia o activación anómalas.
- Ausencias o retrasos en clase o en el trabajo. Problemas de disciplina o rendimiento.
- Falta de interés por aficiones favoritas.
- Empeoramiento de las relaciones familiares o de amistad. Cambios de amigos.
- Enrojecimiento ocular, ojos secos, migraña, etc.
- Pérdida de apetito.
- Privación de sueño (< 5 horas).

¿CÓMO PODEMOS INTERVENIR?

Adicciones a sustancias

Las personas que padecen adicciones a sustancia presentan algunos de los síntomas anteriormente descritos. Con el paso del tiempo el consumo ya no puede ser controlado, siendo necesaria cada vez una dosis mayor para alcanzar las mismas experiencias -criterio de tolerancia-. En el momento en que se pierde la capacidad de frenar ese consumo y controlar la conducta, se ha llegado a la adicción. El uso frecuente e impulsivo puede generar neuroplasticidad en los circuitos de recompensa, aumentando el deseo de consumo.

ESTIMULANTES

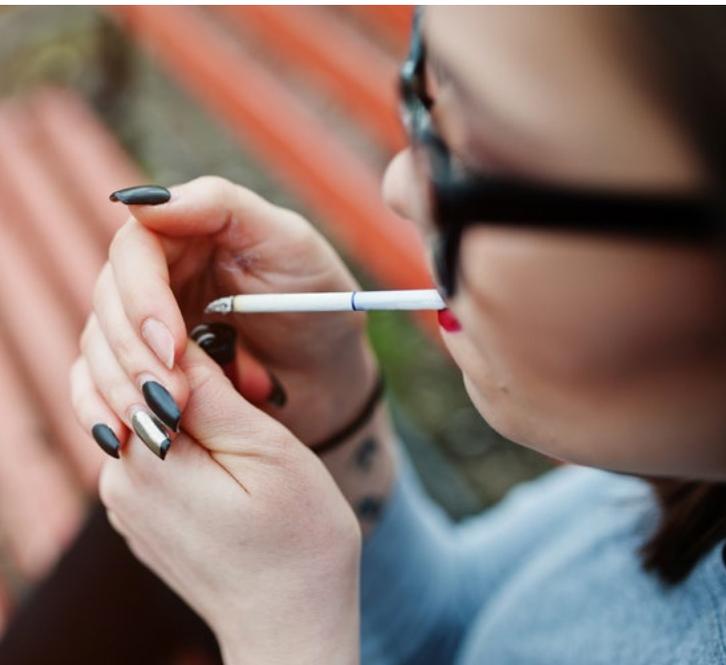
Son sustancias que aceleran el funcionamiento normal del sistema nervioso central (SNC), provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir hasta un estado de hiperactividad y agitación. Se produce por inhibición del transportador de dopamina y de noradrenalina provocando un aumento de ambas sustancias y, por tanto, el efecto euforizante y energético. En este grupo se encuentran sustancias como la cocaína y sus derivados, nicotina, xantinas y anfetaminas. Producen un incremento en la alerta, excitación, euforia, aumento del pulso cardíaco y la presión sanguínea, insomnio e inapetencia.

En este tipo de sustancias es clave la velocidad de entrada al cerebro, por ello son más adictivas las consumidas por vía inhalatoria o parenteral. Es importante conocer también los efectos que se producen en el cerebro incluso sin presencia de la droga, sólo con la anticipación de que se va a consumir. Son los trastornos impulsivos-compulsivos donde hay mayor actividad de la dopamina fuera de la corteza prefrontal.

NICOTINA

La nicotina actúa sobre receptores colinérgicos en circuitos de recompensa, que llevan a la liberación de dopamina y a la activación de receptores nicotínicos en neuronas de glutamato. Como consecuencia, se libera glutamato y más dopamina. Por otro lado, se inhibe la acción del GABA para conseguir más acción de dopamina.

El 39,4% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco en el último año. Desde las farmacias se puede prestar el Servicio de Cesación Tabáquica en el que acompañar al paciente a abandonar el hábito.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- **Vareniclina:** agonista parcial nicotínico alfa4beta2. Disminuye el ansia de fumar y los síntomas de la abstinencia. Simultáneamente se comporta como antagonista de la nicotina, disminuyendo así la liberación de dopamina, reduciendo los efectos gratificantes y la dependencia. La dosis en adultos es: 1 mg dos veces al día, una vez realizada la introducción inicial: días 1-3 0,5 mg/ 1 vez al día y días 4-7 0,5mg/ 2 veces al día.
- **Citisinga:** alcaloide vegetal con estructura similar a la nicotina que compite por los mismos receptores. La duración del tratamiento es de 25 días, debiendo haber dejado de fumar en el 5º día.
- **Bupropion:** inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina) con un mínimo efecto sobre la recaptación de indolaminas (serotonina). Se desconoce el mecanismo por el cual bupropion potencia la capacidad de los pacientes para abstenerse de fumar. No obstante, se supone que en esta acción intervienen mecanismos noradrenérgicos y/o dopaminérgicos. Se recomienda comenzar el tratamiento mientras el paciente todavía fuma y fijar una "fecha para dejar de fumar" dentro de las dos primeras semanas de tratamiento, preferiblemente en la segunda semana. La dosis inicial es: 150 mg al día durante seis días, aumentando a 150 mg dos veces al día, el séptimo día.
- **Terapia sustitutiva** de nicotina en diferentes presentaciones: chicles, parches o espray de nicotina.

DEPRESORAS

Son sustancias que se caracterizan por entorpecer el funcionamiento del SNC, provocando un adormecimiento del cerebro. Las más frecuentes son: las bebidas alcohólicas, ciertos psicofármacos (hipnóticos y sedantes) y los opiáceos (morfina, heroína).

BEBIDAS ALCOHÓLICAS

El alcohol actúa aumentando la transmisión gabaérgica (inhibitorio), incrementando la liberación de GABA y también inhibiendo la liberación de glutamato (excitatorio). También provoca una liberación de Dopamina por su unión a receptores opioides lo que explicaría la causa de la adicción.

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país. El 77,2% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses.

La dependencia al alcohol incluye: necesidad fuerte o urgencia por beber (deseo), pérdida del control, dependencia física (síntomas como malestar estomacal, temblores, sudoración y ansiedad) y tolerancia. Asociado al consumo crónico aparecen patologías mentales como diversos tipos de demencias, Psicosis de Korsanov y otros trastornos psicóticos como la alucinosis alcohólica. En los síndromes de abstinencia son frecuentes los ataques de pánico y a medio plazo pueden aparecer cuadros depresivos.

HIPNOSEDANTES

En cuanto a los hipnosédantes con o sin receta, se estima que 645.000 personas empezaron a consumirlos en 2019/2020; siendo la mayor prevalencia entre las mujeres de 35 a 64 años. Además, el 3,1% admite haber consumido hipnosédantes sin receta alguna vez en su vida.



EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL, APARTE DE LA PSICOTERAPIA SE PUEDEN EMPLEAR CIERTOS FÁRMACOS

- **Disulfiram:** inhibe la aldehído-deshidrogenasa se acumula acetaldehído provocando efectos histaminérgicos (malestar, ahogo, náuseas, vómitos, etc.). El tratamiento no deberá iniciarse hasta al menos 24 h de la última ingesta de alcohol. La dosis inicial es: 250-500 mg/24 h por la mañana durante 1-2 semanas.
- **Naltrexona:** antagonista no selectivo de los receptores opiáceos por lo que su acción se basa en bloqueo de la respuesta placentera al ingerir alcohol. La dosis inicial es: 50mg/24h hasta un máximo de 150 mg/24 horas. (Hay que tener en cuenta que la dosis empleada en dependencia a opiáceos es diferente, en este caso se emplean 25mg el primer día y 50mg/24 horas los demás días).
- **Acamprosato:** no está claro su mecanismo, pero se cree que actúa sobre los receptores glutamatérgicos, contrarrestando su hiperactivación inducida por el alcohol. En personas con peso de 60 kg o más la dosis es: 666mg/8 horas.
- **Nalmefeno:** es un modulador del sistema opioide con un perfil definido de receptores μ , δ y κ . El nalmefeno reduce el consumo de alcohol, posiblemente como resultado de la modulación de las funciones corticomesolímbicas. Debe tomarse cada día que el paciente perciba riesgo de consumo de alcohol. Debe tomar un comprimido, preferiblemente 1-2 horas antes del momento de consumo. Si el paciente ha empezado a beber alcohol sin haberlo tomado, el paciente debe tomar un comprimido lo antes posible.

ADICCIÓN A LA COMIDA

La adicción a la comida, ingesta compulsiva o trastorno por atracón es un problema de alimentación en el que la persona consume excesivas cantidades de comida en un corto período de tiempo, incluso cuando no está hambrienta.

Los alimentos ricos en azúcar o grasas son los más consumidos. El proceso es el mismo que en el consumo de drogas: activación momentánea y potente de los circuitos de recompensa mediados por dopamina incluso en ausencia física de

comida predisponiéndonos a buscarla con compulsión.

La depresión, la soledad o la baja autoestima son factores que aumentan la posibilidad de ingesta compulsiva.

En la regulación del apetito se pueden emplear algunos antidepresivos ISRS a altas dosis como la fluoxetina a dosis de 60 mg/día, especialmente si hay un diagnóstico de bulimia o de trastornos obsesivos-compulsivos.

ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Las adicciones tecnológicas pueden considerarse como los trastornos adictivos más recientes y comprenden la adicción a internet, al teléfono móvil, a las redes sociales y a los videojuegos. Se emplea este término cuando se utilizan de forma intensa y desmesurada afectando a la pérdida de gestión del tiempo y provocando malestar.

Esta adicción puede ir acompañada de aislamiento social, reducción de horas de sueño y desatención de tareas cotidianas, así como falta de honestidad sobre la cantidad de tiempo que está haciendo uso de las mismas. La adicción provoca depresión, inestabilidad emocional y ansiedad por realizarla de forma continuada.

El tratamiento psicológico abordará el buen uso de las mismas, haciendo hincapié al tipo y naturaleza del contenido del que se abusa y, al uso abusivo de ese contenido.

Desde la farmacia podemos dar una serie de consejos relacionados con los factores de protección:

- Realizar un uso responsable por todos los integrantes de la familia.
- Establecer un horario de uso.
- Planificar los tiempos de ocio. Fomentar actividades al aire libre, en familia o con amigos.
- Acostumbrar a que los premios no sean inmediatos.

ADICCIÓN AL ESTRÉS

Diariamente, las personas se enfrentan a diversas exigencias y obligaciones que incrementan su nivel de estrés. Los cambios que produce en el cerebro pueden activar los circuitos de recompensa dopaminérgicos, al igual que el resto de las adicciones. Además, el efecto energético del cortisol ayuda a reforzar la sensación de tener que responder a una amenaza.

Cuando no se cuenta con las herramientas suficientes como para poder afrontarlo, se genera una desestabilización emocional

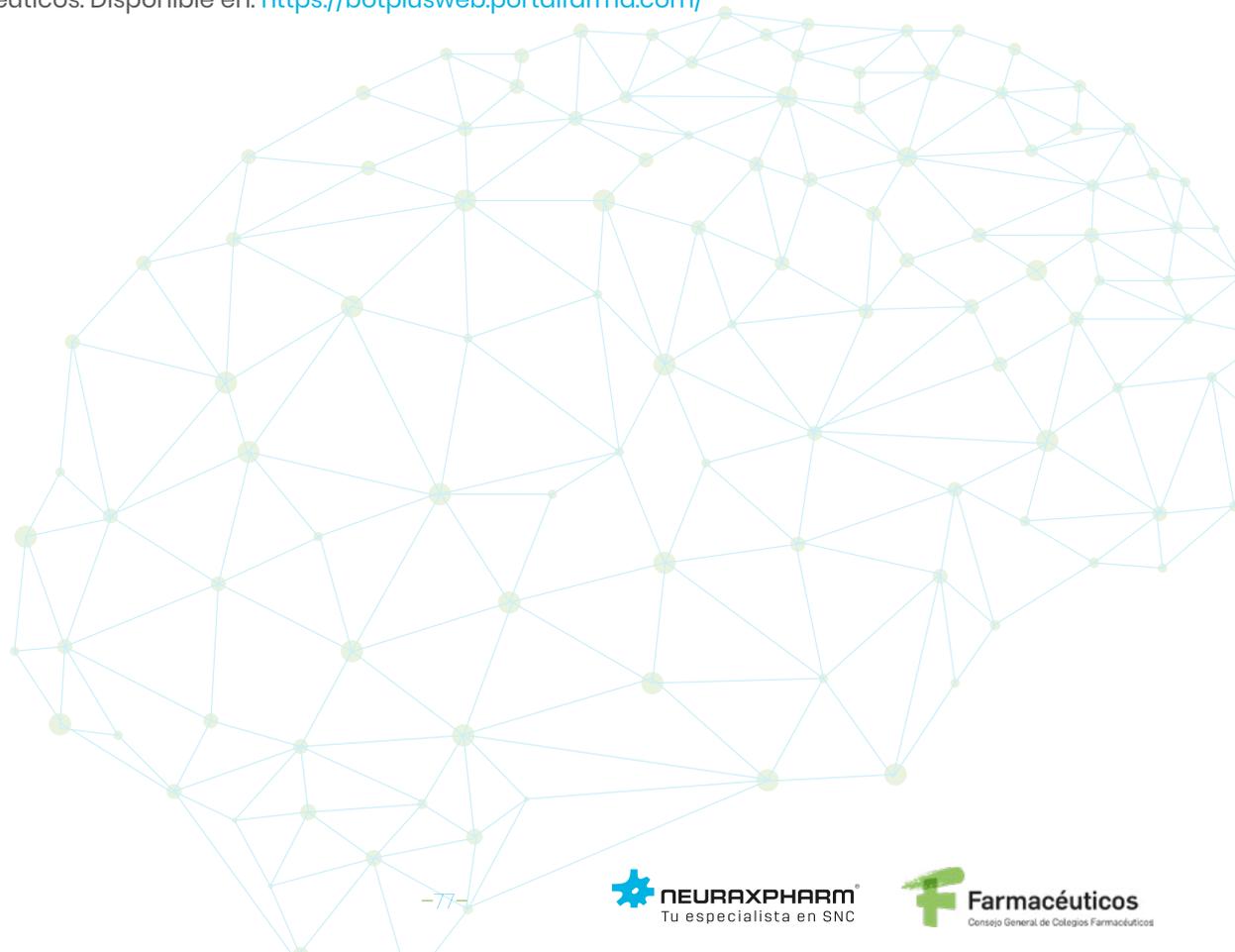
que puede dar lugar a ansiedad, tensión emocional, frustración, insomnio, pérdida o incremento del apetito, nerviosismo, etc. Además, suele estar acompañada de problemas en la piel, cefaleas, alteración de la coagulación y pueden suponer un riesgo de adicción a sustancias.

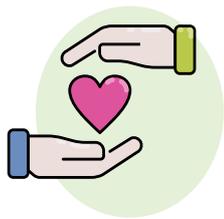
Las soluciones pasan por el ejercicio físico intenso regular, la práctica de técnicas de relajación y meditación como el *mindfulness*. Al final se trata de buscar las razones de por qué se evitan actividades familiares o sociales, encontrando en el estrés un refugio no saludable.



Bibliografía

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p
2. Ficha técnica Zyntabac. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtmi/ft/63265/FT_63265.html
3. Ficha técnica de Selincro. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtmi/ft/112815002/FT_112815002.html
4. Rodríguez-Arias M. et al. Tratamientos farmacológicos para la adicción al alcohol. Disponible en: https://www.cendocbogani.org/Archivos/Temas/Tratamientos%20farmacologicos%20para%20la%20adiccion%20al%20alcohol_1.pdf
5. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Adicción a las nuevas tecnologías. 2018
6. Marta Barahona Rubio-Iglesias. El papel de la farmacia comunitaria en el tratamiento de las adicciones a drogas y abuso de fármacos. Trabajo fin de grado. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. 2019
7. Nova-Marqués J.A. et al. Un nuevo agente en los mecanismos de la adicción al alcohol y la ingesta: el núcleo incertus y el neuropéptido relaxina-3. [REV NEUROL 2018;67:175-186]. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2017454/esp>
8. Stephen M. Stahl. Psicofarmacología Esencial de Stahl.
9. Bot Plus web. Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/>

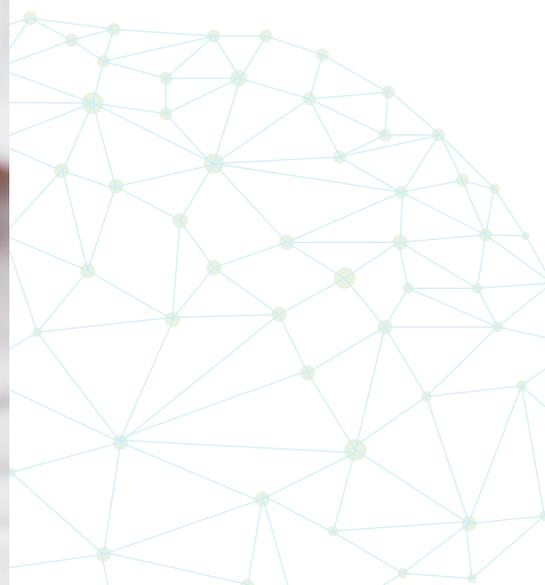




SALUD MENTAL EN CUIDADORES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

¿Por qué es importante trabajar en salud mental en personas cuidadoras?

Cuando una persona es diagnosticada de algún tipo de enfermedad mental se enfrenta a un importante desafío vital. Este desafío es aún mayor en personas de edad avanzada dada la posibilidad de presentar otras enfermedades comórbidas, limitaciones funcionales o dificultades socioeconómicas añadidas. Padeecer una enfermedad mental implica tener que adaptarse a esta nueva condición e ir superando, de la mejor manera posible, todos los retos que esta enfermedad suponga. Ayudarle a superar estos retos es una tarea difícil que, en muchas ocasiones, no está en manos sólo de los profesionales sanitarios, sino que, por lo general, recae también en la familia.





-  En España, **2,3 millones de personas son dependientes** y requieren de ayuda de un cuidador.
-  **La demencia es la enfermedad crónica** que provoca mayor dependencia; el 88,67% se encuentran en situación de “gran dependencia”.
-  **Más de 1,2 millones de personas en España tiene Alzheimer** y uno de cada cuatro hogares españoles se ve afectado por un familiar que convive con esta enfermedad.
-  El **80% de los cuidadores** en nuestro país no son profesionales.
-  El **perfil del cuidador** principal suele ser el de una **mujer de 55-65 años**, hija o esposa del paciente, ama de casa y con un nivel de estudios medio.

Asumir el cuidado de una persona con enfermedad mental va a suponer un desgaste económico, psíquico y personal importante para quienes se hacen responsables. Adoptar el rol de cuidador de un familiar con problemas de salud mental puede llegar a generar importantes cambios en la estructura familiar e incluso provocar crisis que amenacen la estabilidad de la familia. El cuidado de una persona enferma puede generar una importante sobrecarga en el cuidador. En la actualidad se emplea el término “sobrecarga del cuidador” para referirnos al cuadro clínico que presentan los

cuidadores que experimentan manifestaciones como ansiedad, disminución de la motivación, sentimientos de culpa, depresión o alteración del sueño, entre otras. Esta sobrecarga aparece cuando el desgaste físico o psicológico derivado por el estrés continuado debido al cuidado alcanza cuotas muy altas generando, finalmente, sensación de pérdida de control sobre esta situación. La sobrecarga implica para los cuidadores problemas en su salud mental y física, en su economía, en su trabajo y en sus relaciones familiares y sociales.



¿Para qué vamos a intervenir?

BENEFICIOS DE UNA BUENA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PERSONAS CUIDADORAS

Es importante preparar a familiares, cuidadores, personal sanitario y a la sociedad en general, para atender correctamente los problemas de la salud mental de las personas de edad avanzada, ya que genera mucho sufrimiento, sobre todo cuando la situación genera dependencia. Para ello hay que:

- Reconocer la importancia de la persona cuidadora principal. Adoptar medidas para preservar su propia salud y bienestar.
- Informar adecuadamente sobre la enfermedad de su familiar y su tratamiento.
- Proporcionar información sobre los recursos sociosanitarios disponibles, así como Asociaciones de Pacientes. También sobre servicios de cuidado, transporte, servicio de comidas a domicilio y limpieza, etc.
- Fomentar la solicitud de ayuda. Preparar una lista de formas en las que otros pueden ayudarte.
- Reservar tiempo cada semana para conectar consigo mismo. Que sepa es necesario descansar, disfrutar e, incluso, tomarse vacaciones cuando sea necesario.

Es fundamental que los profesionales sanitarios se impliquen en el cuidado al cuidador para evitar así que la sobrecarga le afecte significativamente

¿Cómo podemos intervenir?

La enfermedad mental suele ser una de las que más sentimientos negativos genera: temor o ansiedad ante la imprevisibilidad de las respuestas, falta de habilidades para afrontarlas, ausencia de recursos humanos o materiales para cuidarla, etc.

Mantener un nivel emocional adecuado y una salud física normal en el paciente va a

resultar imprescindible para llevar a cabo sus quehaceres diarios, lo que le mantendrá más activo. Además, conocer en qué consiste la enfermedad, cuál es la evolución y cómo son los tratamientos, puede ayudar a los cuidadores a reducir enormemente el estrés causado por el desconocimiento y el estigma social que presentan estas patologías.

Desde la farmacia comunitaria, el farmacéutico puede intervenir sobre varios aspectos de los cuidadores de personas mayores con enfermedad mental

1 En la detección de factores de riesgo de estrés del cuidador para poder ofrecer soluciones antes de que el problema vaya a más. En estos factores de riesgo se incluyen:

Para valorar el nivel de sobrecarga del cuidador, existen herramientas y cuestionarios, que para ser efectivos deberán ser realizados por un profesional con experiencia, que sepan no solo aplicarlas, sino sobre todo interpretarlas y actuar posteriormente en consecuencia. Una de las más utilizadas y que podemos realizar desde la farmacia, es la escala de Zarit (**ver ANEXO I**). En dicha escala se tienen en cuenta tanto aspectos físicos, como psicológicos y económicos.

Factores de riesgo

- Sentirse triste
- Aislamiento social
- Depresión / Ansiedad
- Sentirse abrumado o preocupado con frecuencia
- Sentir cansancio gran parte del tiempo
- Subir o bajar de peso
- Irritarse o enojarse con facilidad
- Alteraciones del sueño: dormir demasiado o no dormir lo suficiente
- Pérdida de interés en actividades que antes solía disfrutar
- Tener dolores de cabeza frecuentes, dolor corporal u otros problemas físicos
- Consumir alcohol en exceso
- Consumo de ciertos grupos de fármacos en exceso o si se solicitan remedios para poder conciliar el sueño o disminuir la ansiedad
- Mayor número de horas dedicadas al cuidado del paciente que de sí mismo



2| En ofrecer consejos e indicaciones para ayudar al cuidador a mejorar el cumplimiento del paciente. El cuidador se hace imprescindible en la administración de los medicamentos al paciente siendo, en muchas ocasiones, el responsable de garantizar el cumplimiento terapéutico. En ciertas enfermedades mentales el paciente no siempre colabora con la toma de tratamiento debido, por ejemplo, a los efectos que la propia patología puede tener sobre la conciencia de enfermedad.

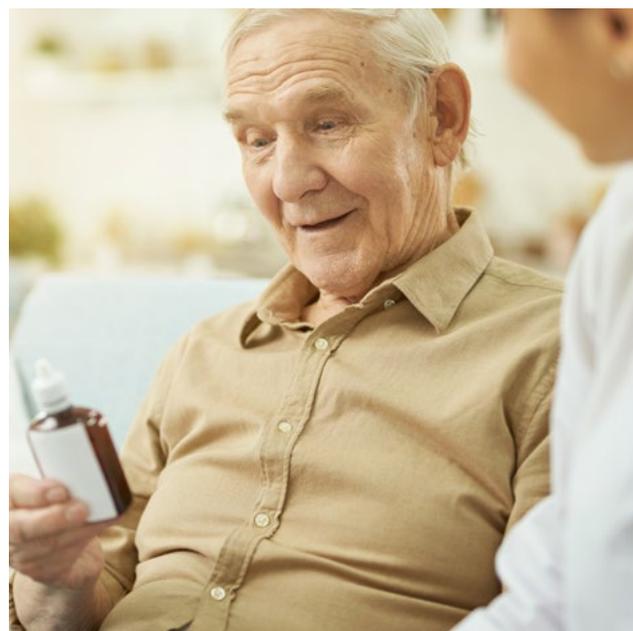
3| En ofrecer alternativas sobre el tratamiento, ya que otro problema con el que se puede encontrar el cuidador a la hora de que el paciente tome su medicación son las dificultades para tragar. A veces es útil triturar el medicamento; otras, buscar alternativas como sobres o jarabes. Por tanto, debemos conocer bien la medicación del paciente para informar si existen alternativas galénicas que faciliten la toma del tratamiento.

4| En los efectos adversos, ya que el cuidador tiene también un papel importante a la hora de valorar la eficacia y la tolerabilidad del tratamiento del paciente, observando si hay mejoría o no y pudiendo detectar y comunicar posibles efectos adversos.

5| El cuidador tiene además un papel importante en la estimulación del paciente a través de ciertas actividades y, desde la farmacia, podemos proponerle que ayude al paciente a realizarlas:

Actividades

- Tareas domésticas como ordenar armarios, poner la mesa, ayudar en la cocina...
- Actividades como ver fotos, comentar las noticias, juegos de mesa, escuchar música, leer.
- Apoyo y supervisión a la hora del aseo, procurando que el paciente sea lo más autónomo posible; o, a la hora de vestirse, colocando la ropa en el orden que corresponde.
- Realizar el ejercicio físico que esté al alcance del paciente como paseos, visitas culturales o similares.



ANEXO I. ESCALA DE ZARIT

El test se compone de 22 preguntas que la persona cuidadora deberá responder en base a la frecuencia:

• NUNCA	0	• BASTANTES VECES	3
• CASI NUNCA	1	• CASI SIEMPRE	4
• A VECES	2		

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Probablemente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	

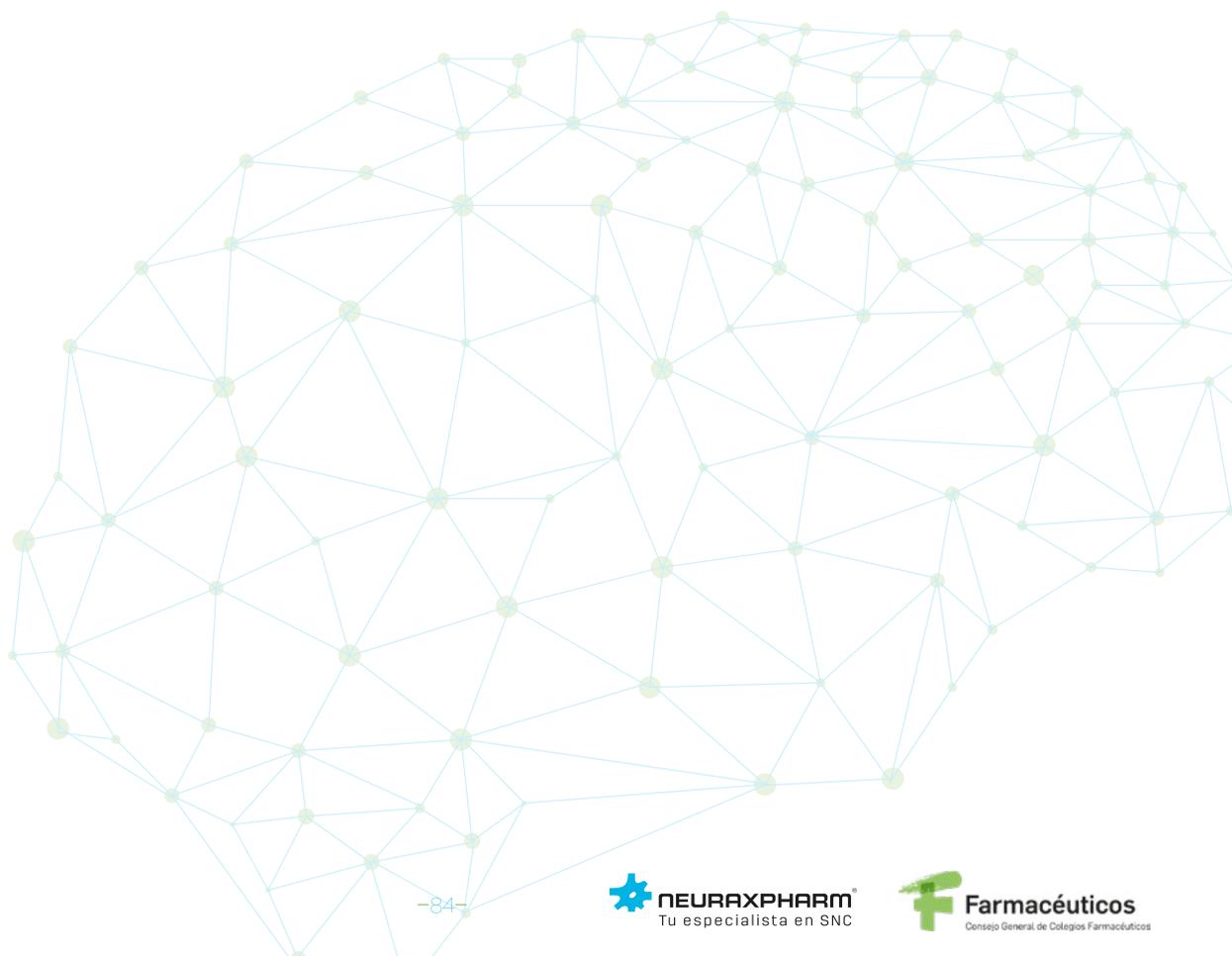
El grado de sobrecarga se calculará sumando todas las puntuaciones asignadas a las preguntas y evaluando este resultado en base a la siguiente escala:

- **SIN SOBRECARGA: 22- 46**
- **SOBRECARGA: 47-55**
- **SOBRECARGA INTENSA: 56-110**

En los casos en los que el resultado indica sobrecarga o sobrecarga intensa será necesario intervenir desde la farmacia.

Bibliografía

1. Piñeiro et al. Sobrecarga y salud percibida en cuidadores de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research* 2017, Vol. 3, Nº 3 (Págs. 185-196)
2. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
3. Helena Pozo Romero et al. Rol de los cuidadores de los pacientes de salud mental. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/4COMU3CVP2017.pdf>
4. CEAFA: Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias. Disponible en: <http://www.ceafa.es>
5. Papel del cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
6. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. 1980. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 20: 649-655.





www.neuraxpharm.es



www.farmacaceuticos.com

Montserrat Malo De Molina, farmacéutica comunitaria titular en Córdoba, **Alfonso López**, farmacéutico comunitario titular Cartagena (Murcia), **Antonio Blanes Jiménez**, Director de Servicios Farmacéuticos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, **Tamara Peiró Zorrilla**, farmacéutica Área de Servicios Asistenciales, Dirección de Servicios Farmacéuticos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, **Curro Jordano**, farmacéutico comunitario titular Almodóvar del Río (Córdoba) - Coordinador Guía - **Fernando Mora**, Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor - Supervisor Guía -.