

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA**



**Uso de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos, en
el establecimiento de salud de la Comisión de Salud
Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a
2014. Ayacucho, 2014.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICA**

PRESENTADO POR:

Bach. ROJAS LOZA, Sindy Gianina

**AYACUCHO, PERÚ
2015**

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

RD N° 075 – FCS – UNSCH – 2015

Bachiller Sindy Gianina Rojas Loza

En la ciudad de Ayacucho, siendo las 4:00 pm del día jueves 03 de setiembre de 2015, en el auditorio de la Facultad de Ciencias Biológicas se reunieron los jurados designados por R.D. N° 075 FCS - UNSCH – 2015 para recepcionar la tesis de la Srta. Bachiller en Farmacia y Bioquímica Sindy Gianina Rojas Loza, el jurado evaluador esta integrado por Mg. José Diez Macavilca (presidente), Dr. Edwin Carlos Enciso Roca (miembro - secretario), Mg. Edgar Cárdenas Landeo (asesor) y Mg. Enrique Aguilar Felices (cuarto jurado) quienes evaluarán la sustentación de la tesis titulada “Uso de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos, en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014. Ayacucho 2014 ”

El presidente del Jurado dio inicio al acto de sustentación de tesis, haciendo lectura de los documentos correspondientes e indicando a la sustentante a que haga uso del tiempo necesario para sustentar su trabajo de tesis.

Terminado el proceso de exposición del trabajo de tesis, el presidente invita a los miembros del jurado a fin de que puedan realizar sus observaciones al trabajo presentado así como formular las interrogantes respectivas para que puedan ser absueltas por la sustentante.

Concluida la participación de los miembros del jurado evaluador, el jurado procede a evaluar al sustentante, para ello el presidente invita al sustentante y al público asistente a abandonar momentáneamente el auditorio.

Las calificaciones emitidas por los jurados evaluadores es la siguiente:

Jurado	Exposición	Resp. a preguntas	Promedio
Mg. José Diez Macavilca	17	17	17
Dr. Edwin C. Enciso Roca	17	17	17
Mg. Edgar Cárdenas Landeo	17	17	17
Mg. Enrique Aguilar Felices	16	16	16
Promedio			17

De la evaluación realizada por los miembros del jurado, se obtiene la nota promedio de DIECISIETE (17), luego del cual se procede a comunicar el resultado y se procede a la juramentación correspondiente.

Siendo las 5:50 pm, se da por finalizado el acto de sustentación y para dar fe de lo actuado se procede a firmar al pie de la presente acta de sustentación.



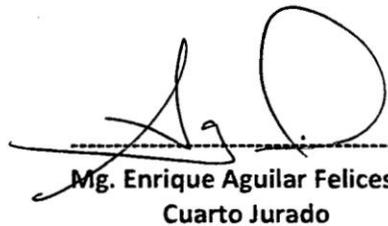
Mg. José Díez Macavilca
Presidente



Dr. Edwin C. Enciso Boca
Miembro - Secretario



Mg. Edgar Cárdenas Landeo
Asesor



Mg. Enrique Aguilar Felices
Cuarto Jurado

DEDICATORIA
A Dios y a mis padres.

AGRADECIMIENTO

A mi *Alma Mater*, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, forjadora de profesionales al servicio de la sociedad.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, en especial a los docentes de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica que hicieron posible mi formación profesional.

A la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, por brindarme la oportunidad de llevar a cabo este trabajo dentro de la institución.

Al Mg. Edgar Cárdenas Landeo, asesor del presente trabajo de investigación, por el apoyo en la conducción del presente trabajo de investigación.

A todas las personas que alentaron este trabajo.

ÍNDICE GENERAL

	Página
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE ANEXOS	xiii
RESUMEN	xv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
2.1. Antecedentes del problema de investigación	3
2.2. Estudios de uso de medicamentos EUM	3
2.3. Utilidad de los EUM	3
2.4. Clasificación de los EUM	4
2.5. Depresión	6
2.6. Fármacos antidepresivos	6
2.7. Ansiedad	8
2.8. Fármacos ansiolíticos	9
2.9. Psicosis	9
2.10. Fármacos antipsicóticos	10
III. MATERIALES Y MÉTODOS	13
3.1. Ubicación	13
3.2. Población y muestra	13
3.2.2. Muestra	13
3.3. Procedimiento metodológico para la recolección de datos	13
3.3.1. Instrumento y técnica de recolección de datos	13
3.5. Análisis estadístico	14
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	30
VI. CONCLUSIONES	36
VII. RECOMENDACIONES	38
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXO	42

ÍNDICE DE TABLAS

		Página
Tabla 1	Clasificación de las EUM	5
Tabla 2	Clasificación de los antidepresivos	7
Tabla 3	Mecanismo de acción de los antidepresivos	8
Tabla 4	Clasificación de los antipsicóticos	11
Tabla 5	Mecanismo de acción de los antipsicóticos.	11
Tabla 6	Porcentaje de pacientes atendidos en COSMA, según sexo	16
Tabla 7	Promedio de la edad de pacientes atendidos en COSMA,	17
Tabla 8	Porcentaje de pacientes atendidos en COSMA, según su estado civil, periodo 2011-2014.	18
Tabla 9	Porcentaje de pacientes atendidos en COSMA, según el grado de instrucción, periodo 2011-2014.	19
Tabla 10	Porcentaje de pacientes atendidos en COSMA. Según el lugar de procedencia, periodo 2011-2014.	20
Tabla 11	Porcentaje de pacientes atendidos en COSMA, según su ocupación, periodo 2011-2014.	21
Tabla 12	Porcentaje de pacientes atendidos en COSMA, según su diagnóstico, periodo 2011-2014.	22
Tabla 13	Porcentaje de pacientes, atendidos en COSMA, según el medicamento prescrito, periodo 2011-2014.	23
Tabla 14	Frecuencia de prescripciones de antipsicóticos a pacientes en COSMA, periodo 2011-2014	24
Tabla 15	Frecuencia de prescripciones de antidepresivos a pacientes en COSMA, periodo 2011-2014	25
Tabla 16	Frecuencia de prescripciones de ansiolíticos, a pacientes en COSMA, periodo 2011 - 2014	26

ÍNDICE DE FIGURAS

		Página
Figura 1	Complejo receptor GABA-benzodiazepina-ionóforo CF. Se muestran los diferentes sitios receptores dentro del complejo y se señalan algunos ejemplos de los ligandos que interactúan con ellos como agonistas, antagonistas y agonistas inversos.	10
Figura 13	Frecuencia de prescripciones de antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.	27

ÍNDICE DE ANEXOS

		Página
Anexo 1	Historias clínicas sujetas a verificación durante el estudio	42
Anexo 2	Matriz de datos obtenidos del estudio.	43
Anexo 3	Recetas médicas	44
Anexo 4	Matriz de consistencia	45

RESUMEN

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión), son frecuentes. Estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. El presente trabajo de investigación, de tipo observacional, retrospectivo, longitudinal, evaluó el consumo de antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 al 2014. Fueron estudiados un total 121 pacientes a través de sus Historias Clínicas, 47% mujeres y 53% hombres; 61 pacientes de los 121 tienen entre 20 a 35 años, la mayoría son solteros (64.5%), procedentes de la ciudad de Ayacucho (53,7%). Los fármacos antipsicóticos fueron las más prescritas con un número total de 397 prescripciones durante los años 2011, 2012, 2013 y 2014, seguido de los antidepresivos (235 prescripciones) y ansiolíticas (226 prescripciones). El 52,9% fue diagnosticado con esquizofrenia, un 7,4% con trastornos depresivos y el 6,6%, con trastornos de ansiedad fóbica. El fármaco antipsicótico más usado fue la risperidona 2 mg, 146 indicaciones; el antidepresivo sertralina 50 mg, 80 indicaciones; y el clonazepam con 126 indicaciones como ansiolítico. Los resultados del estudio sugieren controlar la duración de los tratamientos, asegurar el diagnóstico de los estados mentales y realizar un adecuado seguimiento de las asociaciones entre psicofármacos.

Palabras clave: ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) son frecuentes. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%. Casi el 50% de la población ayacuchana, sometida a la violencia política, tiene riesgo de presentar enfermedades mentales, tales como la depresión o el trastorno de estrés postraumático.¹

Los psicofármacos constituyen una importante herramienta en el tratamiento de individuos que tienen indicación clara para su utilización. Entretanto, existe una gran prevalencia mundial de consumo de psicofármacos por la población en general. El crecimiento del uso de estos medicamentos ha sido atribuido al aumento de la frecuencia de diagnósticos de trastornos psiquiátricos en la población, a la introducción de nuevos psicofármacos en el mercado farmacéutico y a las nuevas indicaciones terapéuticas de psicofármacos ya existentes. Estudios internacionales ponen en evidencia el uso creciente de estos medicamentos.²

Los estudios de consumo de medicamentos son de gran utilidad ya que describen las cantidades y el gasto de los medicamentos dispensados, comprados o financiados por los sistemas de salud. Son útiles como sistemas de alerta, para detectar desviaciones de consumo, para comparar zonas de salud o médicos, tanto transversalmente como longitudinalmente y para aproximar la calidad del medicamento prescrito con datos agregados.³

El presente estudio nos va a permitir una aproximación a la salud mental de la población ayacuchana y comprender que los fármacos no sólo deben ser

definidos como herramientas terapéuticas, sino también como puntos de encuentro en los que coinciden los diversos factores que conducen a su uso o desuso. De ahí que los medicamentos constituyan señales o indicadores de la prevalencia de problemas médicos y de la manera cómo la comunidad científica y médica interactúa con los usuarios en la selección de soluciones a través de la intervención farmacológica.⁴

Dada las características histórico sociales de la población ayacuchana expuesta en el apartado anterior, un estudio de esta naturaleza puede aportar mucha información y múltiples respuestas útiles para la mejora de la salud mental y gestión de psicofármacos en el hospital u oficina farmacéutica, para lograr un uso más racional, para reducir el coste de los tratamientos o para mejorar la manera cómo se tratan los problemas de salud.⁵

Este contexto abre la gran posibilidad de estudios al respecto, más aun cuando se evidencia un vacío en la literatura sobre estos temas. El presente trabajo de investigación pretende evaluar el consumo de antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos en la Clínica de Salud Mental de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, incidiendo en la utilización e indicación de psicofármacos, y de la presencia, en los pacientes, de síntomas de ansiedad, depresión o somatoformes que no se encuadran perfectamente en los criterios de diagnóstico de trastorno mental.

Objetivos General

- Describir el consumo de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014.

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los usuarios que acuden al establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014.
- Determinar las enfermedades diagnosticadas más frecuentes en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014.
- Clasificar los fármacos ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos en función de su uso en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema de investigación

Dado que los psicofármacos han sido durante años uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la mayoría de países desarrollados, el estudio de su utilización no ha quedado relegado. Entre los estudios más recientes, tenemos:

Un estudio sobre el uso de psicofármacos en un centro socio sanitario concluyó que se debería controlar la duración de los tratamientos con benzodiazepinas, asegurar el diagnóstico de los estados depresivos y realizar un adecuado seguimiento de las asociaciones entre psicofármacos.⁶

Se ha estudiado el consumo de psicofármacos por pacientes de una clínica médica y quirúrgica de un hospital general. Este estudio de tipo transversal reveló la necesidad de preparar a los profesionales de la salud para lidiar con problemas psicosociales comúnmente encontrados en la práctica clínica de tal modo que se promueva el uso racional de psicofármacos.

Un estudio de la utilización de psicofármacos en atención primaria con el objetivo de conocer el perfil de utilización de antidepresivos y ansiolíticos/hipnóticos en atención primaria en Cataluña, sugirió la necesidad de reconsiderar la sobre-prescripción de benzodiazepinas y mejorar la coordinación entre psiquiatras y médicos de atención primaria.⁷

2.2. Estudios de uso de medicamentos EUM

Un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los estudios de utilización de medicamentos (EUM) como aquellos que tienen como objetivo de análisis "la comercialización, distribución, prescripción y uso de los medicamentos en una sociedad, poniendo un acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes"⁵

2.3. Utilidad de los EUM

Algunos autores marcan como objetivos generales mejorar la calidad de la

utilización de los medicamentos mediante la mejora del nivel de conocimientos sobre los mismos:

- Identificando problemas en su utilización
- Identificando factores que condicionan la mala utilización.

Otros autores matizan:

- Identificación de problemas relacionados con el empleo de fármacos
- Análisis de dichos problemas en relación con su magnitud, causas y posibles consecuencias.
- Propuesta de soluciones.
- Evaluación de su impacto.⁸

2.4. Clasificación de los EUM

Los EUM se realizan tanto a nivel comunitario como hospitalario. Los principales tipos, según su objetivo y teniendo en cuenta el origen de los datos se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de las EUM⁸

Tipo de estudio	Objetivo	Fuente	Principal información obtenida
Descriptivos -De consumo	Describir y cuantificar los medicamentos usados	Facturación de recetas Cifras de ventas del mercado	Análisis de la situación Comparación entre diferentes ámbitos Tendencias temporales
Analíticos - De prescripción indicación	Describir las indicaciones en las que se emplea un fármaco o grupo de fármacos	Historias clínicas Subgrupos de tratamientos de riesgo	Descripción de la idoneidad del uso de medicamentos para la indicación estudiada
- De indicación prescripción	Identificar los fármacos empleados en una indicación determinada	Historias clínicas Subgrupos de pacientes de riesgo	Criterios de utilización de protocolos terapéuticos y/o guidelines según la prescripción estudiada
- Sobre esquema terapéutico (Audits)	Describir las características de la utilización práctica de los medicamentos: fármaco seleccionado, dosis y duración del tratamiento, Cumplimiento terapéutico, etc.	Recetas médicas Historias clínicas Hojas de enfermería Hojas de medicación Entrevista con el paciente	Calidad de empleo de medicamentos, el grado de cumplimiento terapéutico, etc.
- De los factores que condicionan los hábitos de prescripción	Describir las características relacionadas con la estructura sanitaria, prescriptores, dispensadores, usuarios u otros agentes relacionados con el empleo de medicamentos y su asociación a hábitos de prescripción o dispensación	Encuestas específicas Datos sociodemográficos Historias clínicas Recetas médicas	Identificación sobre áreas prioritarias de mejora en el uso de medicamentos, así como sobre las posibilidades reales de éxito de dicha intervención
- Análisis del impacto de la utilización de los medicamentos del SNS	Describir el resultado en términos clínicos (eficacia y seguridad), económicos y humanos del tratamiento farmacológico	Historias clínicas Encuestas específicas Facturación al SNS	Datos relacionados con el éxito o fracaso de una pauta farmacoterapéutica. Satisfacción y calidad de vida del paciente
De intervención - Orientados a problemas	Modificar problemas relacionados con la utilización de medicamentos puestos en evidencia mediante los correspondientes EUM analíticos	Historias clínicas Grupos de pacientes de riesgo Grupos de tratamientos de riesgo	Datos relacionados con el éxito o fracaso de una intervención realizada en relación con el problema detectado

2.5. Depresión

Un trastorno afectivo unipolar frecuente es la depresión, que se caracteriza por aflicción, malestar, desesperación, sentimiento de culpa, apatía, indecisión, falta de energía y fatiga, cambios en el patrón del sueño, pérdida de apetito e ideas suicidas. Se ha intentado clasificar los tipos de depresión en «reactiva» o «endógena» en cuanto a su origen. La depresión reactiva es aquella en la que hay una clara causa psicológica, por ejemplo, la pérdida de un ser querido. Implica una intensidad menor de los síntomas y menos probabilidad de trastornos biológicos. El 3-10% de la población resulta afectada. Su incidencia aumenta con la edad y es más frecuente en mujeres. La depresión endógena es aquella en la que no existe una causa clara y presenta síntomas más graves, por ejemplo ideas suicidas, y una mayor probabilidad de síntomas biológicos, como insomnio y anorexia. Afecta a un 1% de la población y suele comenzar en la vida adulta temprana, afectando por igual a ambos sexos. La distinción entre depresión reactiva y endógena es importante, ya que existen indicios de que la depresión con características endógenas tiende a responder mejor al tratamiento farmacológico.⁹

2.6. Fármacos antidepresivos

Entre los criterios incluidos en las guías diagnósticas de la American Psychiatric Association (DMS-IV-TR) y de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) para la depresión mayor se encuentran: ánimo depresivo, disminución del placer, cambios en el apetito y el peso, alteraciones del sueño e ideas de muerte o suicidio. La evolución natural de la depresión mayor se desarrolla en episodios que tienden a remitir espontáneamente a los 6-12 meses. Se calcula que alrededor del 15% de los pacientes con trastorno afectivo grave acaba consumando el suicidio. Por ello, y por el importante deterioro que la enfermedad causa en la vida de estos pacientes, es necesario instaurar un tratamiento eficaz.¹⁰

La clasificación de los medicamentos antidepresivos se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de los antidepresivos.¹⁰

Inhibidores de la MAO		
Inhibidores irreversibles no selectivos		
Fenelcina	Iproniacida	Tranilcipromina
Inhibidores reversibles de la MAO tipo A		
Befloxatona		Meclobemida
Brofaromina		Toloxatona
Antidepresivos tricíclicos		
Amitriptilina		Imipramina
Amoxapina		Maprotilina
Clomipramina		Nortriptilina
Desipramina		Potriptilina
Doxepina		Trimipramina
Inhibidores selectivos de la recaptación de 5-HT		
Citalopram		
Fluoxetina		
Fluvoxamina		
Paroxetina		
Sertralina		
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina		
Reboxetina		
Inhibidores de la recaptación de 5-HT y noradrenalina		
Milnacipram		
Venlafaxina		
Duloxetina		
Inhibidores de la recaptación de 5-HT y antagonistas de 5-HT _{2A}		
Trazodona		
Bloqueantes α_2 adrenérgicos		
Mirtazapina		
Mianserina		
Inhibidores de la recaptación de dopamina		
Bupropión		
Agonistas parciales de los receptores de 5-HT _{1A}		
Gepirona		
Agonistas de MT1 Y MT2 de la melatonina, antagonista de 5-HT _{2C}		
Agomelatina		

Tabla 3. Mecanismo de acción de los antidepresivos.¹¹

Grupo	Mecanismo de acción
ADT	Reducen la recaptación de noradrenalina y serotonina y bloquean los receptores histamínicos y acetilcolínicos muscarínicos. Su primera acción da lugar, tras sus administración repetida, a una regulación a la baja de los receptores postsinápticos que se ha relacionado con su acción terapéutica, mientras que su segunda acción es responsable de la mayor parte de sus efectos.
ISRS	Inhiben selectivamente la recaptación de serotonina y carecen de actividad agonista o antagonista sobre otros neurotransmisores, lo que explica el bajo número de efectos secundarios que presentan.
IRSN	Inhiben de forma no selectiva la recaptación de serotonina y noradrenalina y, en menor grado, de dopamina.
IMAO	Inhiben de forma irreversible y no selectiva la monoaminoxidasa (MAO), enzima que metaboliza aminas biógenas tales como serotonina, noradrenalina y dopamina. Al disminuir su degradación, aumentan los niveles de estas aminas en la sinapsis.
RIMA	Inhiben selectivamente la MAO-A de forma reversible.
NaSSA	Antagonizan selectivamente los receptores alfaadrenérgicos presinápticos, lo que incrementa la liberación de noradrenalina y serotonina. También bloquean algunos receptores serotoninérgicos (5HT ₂ y 5HT ₃) y estimulan los receptores 5HT _{1A} . por esta razón se han clasificado como antidepresivos noradrenérgicos y selectivamente serotoninérgicos (NaSSA)
ISRN	Inhiben selectivamente la recaptación de noradrenalina
ISRD	Aunque inhiben selectivamente la recaptación de dopamina, éste no parece ser el mecanismo que explica su acción antidepresiva, que hasta ahora es desconocido.

2.7. Ansiedad

La ansiedad puede ser una emoción normal y un trastorno psiquiátrico, dependiendo de su intensidad y de su repercusión sobre la actividad de la persona. En condiciones normales constituye uno de los impulsos vitales que motiva al individuo a realizar sus funciones y a enfrentarse a situaciones nuevas. La ansiedad se convierte en patológica cuando adquiere tal categoría que, en lugar de favorecer el comportamiento, interfiere en él, y cuando alcanza tal protagonismo que el individuo desplaza hacia ella toda su atención. En términos patológicos, la ansiedad puede describirse como la vivencia de un sentimiento de amenaza, de expectación tensa ante el futuro y de alteración del equilibrio psicossomático en ausencia de un peligro real o, por lo menos, desproporcionada en relación con el estímulo desencadenante. En ella coexisten, en proporción diversa, varios componentes: a) un sentimiento penetrante de aprensión, temor o angustia, frente a algo que se valora como amenazante; b) un estado de

variables: sudoración, palpitaciones, opresión precordial, fatiga, micciones frecuentes, cefalea, mialgias, insomnio, molestias digestivas, etc. Se considera que en los trastornos de ansiedad interviene cierta predisposición biológica o vulnerabilidad, que puede tener una base genética o haber sido adquirida en las experiencias de los primeros años de vida. La manera en que los acontecimientos y el medio ambiente impacten en un cerebro bien o mal configurado podría conducir a la aparición de la ansiedad patológica. La ansiedad se inserta como síntoma principal en una gran variedad de cuadros patológicos psiquiátricos. En la actualidad se distinguen los siguientes: a) los trastornos de ansiedad, que puede ser generalizada o debida a causas concretas (enfermedad médica, sustancias ingeridas, separación); b) las crisis de angustia (panic attacks) sin o con agorafobia; c) fobias de diverso tipo (agorafobia, fobia social, fobia específica); d) trastorno obsesivo-compulsivo, y e) trastornos por estrés (postraumático, agudo). También pueden cursar con ansiedad enfermedades de carácter propiamente psicótico, como los estados esquizofrénicos, los maníacos y los depresivos. En las demencias de grado incipiente o moderado, el deterioro cognitivo implica un control menos fino de las reacciones ansiosas ante cualquier tipo de factor estresante, lo que facilita que se desencadenen situaciones de ansiedad que pueden llegar a ser muy graves.¹²

2.8. Fármacos ansiolíticos

Se considera que un fármaco ansiolítico es aquel que alivia o suprime el síntoma de ansiedad, sin producir sedación o sueño. Durante mucho tiempo existió una clara tendencia a considerar el efecto ansiolítico como el primer paso de una línea continua de efectos progresivos: el de los ansiolíticos sedantes-hipnóticos. Según ello, dosis crecientes de cualquiera de los componentes producirán sedación, sueño, anestesia, coma y muerte.¹²

2.9. Psicosis

El término "psicosis" se refiere a una diversidad de trastornos mentales: presencia de ideas delirantes (falsas creencias), diversos tipos de alucinaciones, por lo general auditivas o visuales, aunque algunas veces también táctiles u olfatorias, y un pensamiento muy desorganizado con un sensorio bien definido. La esquizofrenia es un tipo particular de psicosis caracterizado sobre todo por un estado sensorial funcional, pero con alteraciones notorias del pensamiento. La psicosis no es exclusiva de la esquizofrenia y no está presente en los pacientes

con esta última en todas las ocasiones. La esquizofrenia se considera un trastorno del neuro desarrollo. Implica la existencia de cambios estructurales y funcionales en el cerebro de algunos pacientes, incluso en el ámbito intrauterino, o que se presentan durante la niñez y la adolescencia, o ambas cosas. Los estudios de gemelos, familiares e individuos adoptados han establecido que la esquizofrenia es un trastorno genético con alta intervención hereditaria. No existe un gen específico causal. Las teorías actuales incluyen a múltiples genes con mutaciones comunes y raras, que se combinan para producir un cuadro clínico y evolución muy diversos.¹³

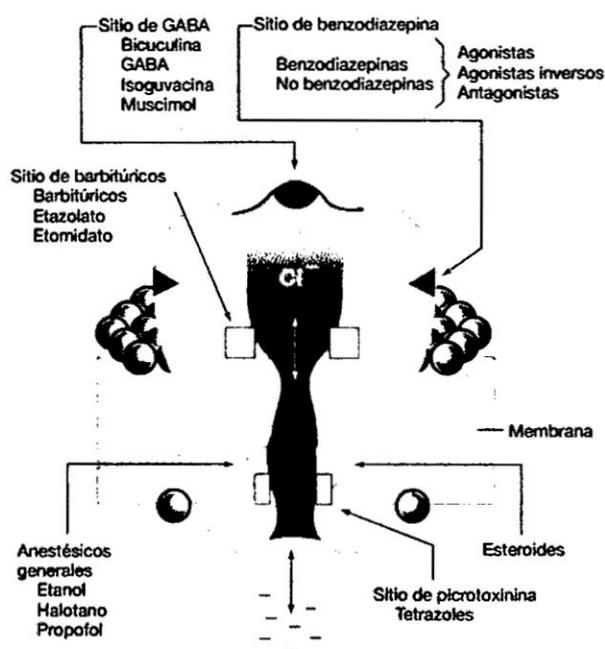


Figura 1. Complejo receptor GABA-benzodiazepina-ionóforo Cl^- . Se muestran los diferentes sitios receptores dentro del complejo y se señalan algunos ejemplos de los ligandos que interactúan con ellos como agonistas, antagonistas y agonistas inversos.¹²

2.10. Fármacos antipsicóticos

Los antipsicóticos son un grupo de fármacos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia, principalmente, y de otros trastornos psicóticos, puesto que, con la aparición de antipsicóticos de diseño más reciente, su espectro de indicaciones se ha ampliado considerablemente. Aunque su empleo se dirige al tratamiento de la esquizofrenia, a este grupo de psicofármacos no se les conoce como “antiesquizofrénicos”, como sería lógico, debido a que no son eficaces frente a todos los síntomas de esta enfermedad.¹²

Los antipsicóticos pueden disminuir los síntomas de psicosis en una amplia variedad de trastornos que incluyen la esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión psicótica, psicosis senil, diversas psicosis orgánicas y psicosis inducidas por fármacos. También pueden mejorar el estado de ánimo y disminuir la ansiedad y los trastornos del sueño, pero no constituyen el tratamiento ideal cuando esos síntomas son la principal alteración en pacientes sin psicosis. Un neuroléptico es un subtipo de fármaco antipsicótico que produce una elevada incidencia de efectos secundarios extrapiramidales (EPS, extrapyramidal side effects) a dosis eficaces en clínica, o catalepsia en animales de laboratorio. Los fármacos antipsicóticos "atípicos" son ahora el tipo más utilizado de antipsicóticos.¹⁴

Tabla 4. Clasificación de los antipsicóticos.¹³

Antipsicóticos típicos
Fenotiacinas Derivados alifáticos: clorpromacina, levomepromacina Derivados piperidínicos: tioridacina ^a , palmitato de pipotiicina (preparado de liberación prolongada) Derivados piperacínicos: flufenacina decanoato (preparado de liberación prolongada), perfenacina, trifluoperacina Tioxantenos: zuclopentixol, zuclopentixol decanoato y acetato (preparado de liberación prolongada) Butirofenonas: haloperidol y haloperidol decanoato (preparado de liberación prolongada) Difenilbutilpiperidinas. Pimocida Dibenzoxacepinas: loxapina Dibenzotiepina: clotiapina Benzamidas: sulpirida, tiaprida
Antipsicóticos atípicos
Antagonistas 5-HT ² /D ² : clozapina, olanzapina, risperidona, sertindol, ziprasidona Agonistas parciales: aripiprazol Antagonistas D ₂ /D ₃ : amisulprida

Tabla 5. Mecanismo de acción de los antipsicóticos.¹³

Grupo	Mecanismo de acción
Antipsicóticos típicos	Bloqueo de los receptores dopaminérgicos D ₂ a nivel mesolímbico-mesocortical, nigroestriatal y tuberoinfundibular.
Antipsicóticos atípicos	Bloqueo de los receptores dopaminérgicos (D ₂ , D ₃ y D ₄) a nivel mesolímbico. Posible actuación sobre receptores dopaminérgicos presinápticos. Bloqueo de los receptores serotoninérgicos (5HT _{2A}).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ubicación

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, Región Ayacucho, Perú.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Historias clínicas registradas en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA. Región Ayacucho, Perú

3.2.2. Muestra

Ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos consumidos en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014. Siendo el tipo de muestreo por conveniencia.

3.3.3. Unidad de Análisis

Historia clínica de pacientes que se atendieron en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014

3.3. Procedimiento metodológico para la recolección de datos

3.3.1. Instrumento y técnica de recolección de datos

Mediante la observación, con el fin de disponer de la información necesaria se realizó un muestreo por conveniencia seleccionando historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos frecuentemente durante el 2011 al 2014; consignando datos sociodemográficos del paciente, datos del medicamento prescrito y el diagnóstico en la ficha de registro de datos (anexo 1).

Se evaluó variables demográficas, del tratamiento con psicofármacos, fecha de inicio, dosis y combinaciones, indicación y número total de medicamentos estudiados. Los resultados se compararon con la bibliografía y las guías de prescripción existentes.

3.5. Análisis estadístico

A los datos recogidos en el estudio se aplicó técnicas de la estadística descriptiva. Los resultados se representan mediante tablas y figura según el estudio.

IV. RESULTADOS

Tabla 6. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según sexo, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.

SEXO	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
VARONES	64	52,9%
MUJERES	57	47,1%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 7. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según sus edades, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.

EDADES	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
15-19	8	6,6%
20-35	61	50,4%
36-49	32	26,4%
50-64	16	13,2%
65 O MÁS	4	3,3%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 8. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según estado civil, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.

ESTADO CIVIL	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SOLTERO	78	64,5%
CASADO	25	20,7%
CONVIVIENTE	10	8,3%
DIVORCIADO	6	5,0%
VIUDO	2	1,7%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 9. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según grado de instrucción, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SUPERIOR	43	35,5%
SECUNDARIA	26	21,5%
SEC. INCOMPLETA	17	14,0%
SUP. INCOMPLETA	10	8,3%
PRIMARIA	13	10,7%
PRIM. INCOMPLETA	6	5,0%
ILETRADO	6	5,0%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 10. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según lugar de procedencia, periodo 2011 al 2014. Ayacucho 2015.

LUGAR DE PROCEDENCIA	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
AYACUCHO	65	53,7%
SAN JUAN BAUTISTA	18	14,9%
RURAL	14	11,6%
JESUS NAZARENO	14	11,6%
CARMEN ALTO	9	7,4%
OTRO	1	0,8%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 11. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según ocupación, periodo 2011 al 2014. Ayacucho 2015.

OCUPACION	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
CASA	30	24,8%
NINGUNO	30	24,8%
ESTUDIANTE	15	12,4%
DOCENTE	11	9,1%
OTROS	35	28,9%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 12. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según diagnóstico, periodo 2011 al 2014. Ayacucho 2015.

DIAGNOSTICO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ESQUIZOFRENIA	64	52,9%
EPISODIOS DEPRESIVOS	19	15,7%
TRANSTORNO DEPRESIVO	9	7,4%
TRANSTORNO DE ANSIEDAD	8	6,6%
OTROS	21	17,4%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 13. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según medicamento prescrito, periodo 2011 - 2014. Ayacucho 2015.

Años	ANTIPSICOTICOS		ANTIDEPRESIVOS		ANSIOLITICOS	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
2011	97	24,4%	57	24,3%	64	28,3%
2012	97	24,4%	59	25,1%	60	26,5%
2013	105	26,4%	64	27,2%	54	23,9%
2014	98	24,7%	55	23,4%	48	21,2%
TOTAL	397	100,0%	235	100,0%	226	100,0%

Tabla 14. Frecuencia de prescripciones de antipsicóticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.

ANTIPSICOTICOS	2011		2012		2013		2014		TOTAL	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
RISPERIDONA 2 mg	36	37,1%	34	35,1%	38	36,2%	37	37,8%	146,1	36,5%
OLANZAPINA 5 mg	20	20,6%	23	23,7%	23	21,9%	24	24,5%	90,7	22,7%
FLUFENAZINA AMP	13	13,4%	11	11,3%	17	16,2%	12	12,2%	53,4	13,4%
FLUFENAZINA TAB	4	4,1%	14	14,4%	6	5,7%	2	2,0%	26,2	6,6%
LEVOMEPRMAZINA 100 mg	4	4,1%	2	2,1%	4	3,8%	5	5,1%	15,1	3,8%
TIOTIXENO 1 mg	3	3,1%	2	2,1%	2	1,9%	3	3,1%	10,1	2,5%
SULPIRIDA 200 mg	3	3,1%	2	2,1%	3	2,9%	2	2,0%	10,1	2,5%
QUETIAPINA 100 mg	3	3,1%	1	1,0%	3	2,9%	2	2,0%	9,1	2,3%
HALOPERIDOL AMP	2	2,1%	1	1,0%	3	2,9%	2	2,0%	8,1	2,0%
HALOPERIDOL 10 mg	3	3,1%	2	2,1%	1	1,0%	2	2,0%	8,1	2,0%
ARIPIRAZOL 5 mg	2	2,1%	2	2,1%	2	1,9%	2	2,0%	8,1	2,0%
QUETIAPINA 200 mg	1	1,0%	2	2,1%	1	1,0%	2	2,0%	6,0	1,5%
CLOPRMAZINA 100 mg	2	2,1%	1	1,0%	1	1,0%	1	1,0%	5,0	1,3%
QUETIAPINA	1	1,0%	0	0,0%	1	1,0%	2	2,0%	4,0	1,0%
TOTAL	97	100,0%	97	100,0%	105	100,0%	98	100,0%	400	100,0%

Tabla 15. Frecuencia de prescripciones de antidepresivos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.

ANTIDEPRESIVOS	2011		2012		2013		2014		TOTAL	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
SERTRALINA 50 mg	19	33,3%	20	33,9%	21	32,8%	19	34,5%	80,0	33,6%
FLUOXETINA 20 mg	12	21,1%	10	16,9%	11	17,2%	11	20,0%	44,6	18,7%
AMITRIPTILINA 25 mg	5	8,8%	7	11,9%	10	15,6%	9	16,4%	31,4	13,2%
CITALOPRAM 40 mg	9	15,8%	5	8,5%	4	6,3%	2	3,6%	20,3	8,5%
PAROXETINA 20 mg	5	8,8%	3	5,1%	3	4,7%	4	7,3%	15,2	6,4%
VENLAFAXINE 75 mg	2	3,5%	5	8,5%	4	6,3%	1	1,8%	12,2	5,1%
CLOMIPRAMINA 25 mg	0	0,0%	2	3,4%	3	4,7%	3	5,5%	8,1	3,4%
ESCITALOPRAM 10 mg	1	1,8%	2	3,4%	3	4,7%	2	3,6%	8,1	3,4%
CITALOPRAM 20 mg	1	1,8%	2	3,4%	3	4,7%	2	3,6%	8,1	3,4%
MIRTAZAPINA 30 mg	2	3,5%	2	3,4%	1	1,6%	2	3,6%	7,1	3,0%
FLUOXETINA 40 mg	1	1,8%	1	1,7%	1	1,6%	0	0,0%	3,1	1,3%
TOTAL	57	100,0%	59	100,0%	64	100,0%	55	100,0%	238	100,0%

Tabla 16. Frecuencia de prescripciones de ansiolíticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, periodo 2011 – 2014.
Ayacucho 2015

ANSIOLITICOS	2011		2012		2013		2014		TOTAL	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
CLONAZEPAM 2 mg	33	51,6%	30	50,0%	32	59,3%	30	62,5%	126,6	55,3%
CLONAZEPAM 0,5 mg	17	26,6%	17	28,3%	15	27,8%	13	27,1%	62,8	27,4%
DIAZEPAM 10 mg	8	12,5%	7	11,7%	3	5,6%	2	4,2%	20,3	8,9%
ALPRAZOLAM 0,5 mg	6	9,4%	6	10,0%	4	7,4%	3	6,3%	19,3	8,4%
TOTAL	64	100,0%	60	100,0%	54	100,0%	48	100,0%	229	100,0%

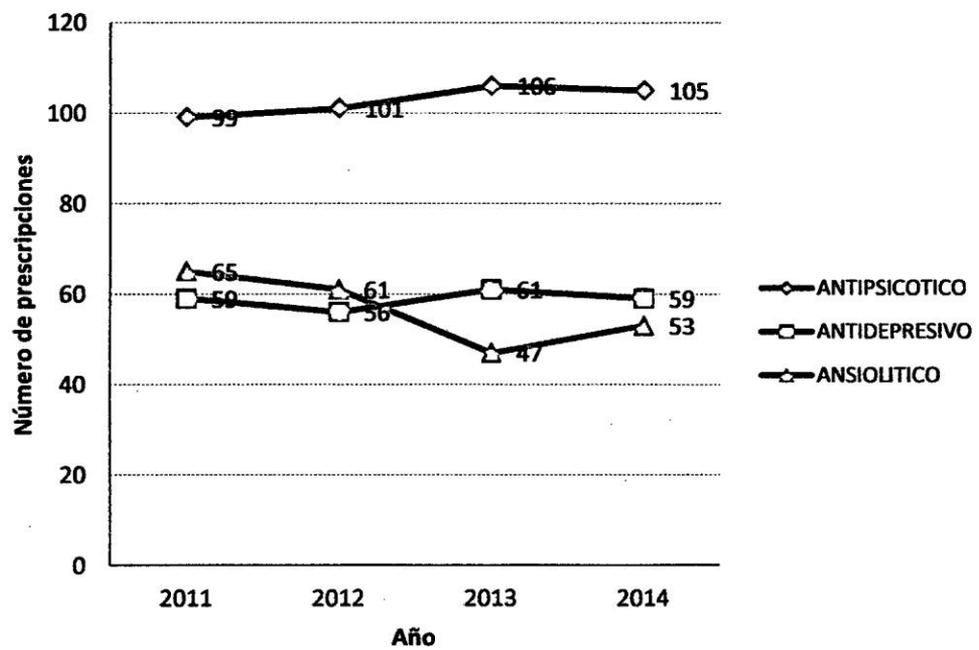


Figura 2. Numero de prescripciones de antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, periodo 2011 al 2014. Ayacucho 2015.

V. DISCUSIÓN

Los estudios de uso de medicamentos han sido importantes a lo largo de la historia contemporánea, los mismos que nos han brindado información sobre los patrones de prescripción, perfiles de los consumidores, acceso a medicamentos, protocolos farmacoterapéuticos, etc. y que al mismo tiempo han permitido comprender problemas farmacoepidemiológicos y corregir sus deficiencias. En nuestro medio, los estudios de uso de psicofármacos son muy limitados, a nivel nacional sólo se enfoca el tema de la salud mental que, sin embargo, nos ayudan en cierto grado a entender este problema.

Hace unos años, un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud que se denominó Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM) ha desarrollado estudios comparativos transnacionales sobre trastornos mentales en 28 países distribuidos en los cinco continentes a fin de obtener datos empíricos que contribuyan a la toma de decisiones sobre cómo enfrentar mejor la carga pública creciente de los trastornos mentales. Para ello se estimó la prevalencia de trastornos mentales; se identificó los factores asociados; y se describió los patrones de utilización de servicios de salud mental e identificar las barreras existentes en la búsqueda de ayuda. La encuesta ha utilizado los mismos métodos en diferentes países, con diseños ampliamente descritos en la literatura internacional. En Latinoamérica, la EMSM ha sido aplicada en México, Colombia y Brasil. Es así que, en México se ha descrito que en 2002 la prevalencia anual de cualquier trastorno de salud mental fue de 13,9%; en tanto que en Colombia en 2003, este mismo valor fue de 16%. Por otro lado, en Perú existe poca información acerca de la magnitud de los trastornos mentales, a ello se suma que la salud mental no se encuentra adecuadamente priorizada dentro de la política de salud.^{15,16}

El trabajo de investigación se realizó en 121 pacientes que asistieron con frecuencia del 2011 al 2014 a la comisión de Salud mental de Ayacucho, COSMA observando una concurrencia de 53% de varones y un 47% de mujeres (tabla 6), según estudios realizados los trastornos mentales, en especial la depresión y la ansiedad son problemas serios de salud pública en todo el país. La depresión afecta tanto a los varones como a las mujeres. Pero los varones lo pueden experimentar de manera diferente que las mujeres ya que tienden a sentirse más cansados e irritables, y perder interés en su trabajo, su familia o sus pasatiempos. Ellos pueden tener más dificultad para dormir que las mujeres que tienen depresión. Y aunque las mujeres con depresión tienden más a intentar suicidarse, es más común que los hombres mueran por suicidio.

El promedio de edad de los pacientes que a la Comisión de Salud mental de Ayacucho, 2011 al 2014 (tabla 7) se destaca como de mayor relevancia las edades comprendidas entre 20 a 35 años, con un 50,4%. Seguido del intervalo de 36 a 49 años con un porcentaje de 26,4% de y un 13,2% con intervalo de edades de 50 a 64 años, en el cual la depresión afecta en igual porcentaje a los púberes y los jóvenes como a los adultos, según alertó la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en la última década ha constatado un incremento de esta afección en los menores de edad. Donde el "El número de niños y adolescentes, desde 12 a 25 años, que padecen depresión es tan alto como en los mayores, el problema es que no se detecta porque no hay conciencia de su real incidencia", y también porque no hay una madurez, estabilidad emocional.^{10,18}

Según el estado civil (tabla 8) de los 121 pacientes atendidos, 78 de ellos son solteros con un porcentaje de 64,5%, 25 pacientes que son casados con un 20,7% y 10 pacientes con un porcentaje de 8,3 % que son convivientes. Hay estudios sobre la incidencia de psicofármacos según las distintas modalidades del estado civil, en los que menos se deprimen son los casados, mientras que los que más se deprimen son los separados, Llama poderosamente la atención que aunque la depresión es el triple de frecuente en la mujer que en el hombre, sin embargo las solteras se depriman menos que los solteros y que las viudas se depriman mucho menos que los viudos. Parece evidente que la mujer hace frente a la soledad y a no vivir en pareja

mucho mejor que el hombre.²³

Con respecto al grado de instrucción de los pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA del 2011 al 2014, se encontró que el 35,5% era de superior, el 21,5% de secundaria, el 14% de secundaria incompleta, el 8,3% de superior incompleta, un 10,7% de primaria, según estudios se basa en la problemática del día a día, para su propia superación, autoeducación y por una mejor calidad de vida (tabla 9). Así mismo tenemos datos estadísticas según el lugar de procedencia (tabla 10), en la cual podemos apreciar que los pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho del 2011 al 2014, son propios de la ciudad de Ayacucho con un porcentaje mayor de 53,7%, seguido de un 14,9% del distrito de San Juan Bautista, un 11,6 de zonas rurales, podemos decir que según a la ubicación de la Comisión de Salud Mental COSMA y conocimiento de la población ayacuchana no es muy concurrida por personas de otros distritos; así mismo algunas personas prefieren una atención particular por el cual pagan, que sea rápida ya que en algunos caso causa molestia la espera y con respecto a la medicación prefieren en su gran mayoría productos comerciales. Los porcentajes de los pacientes atendidos en la Comisión de Salud mental, COSMA, 2011 al 2014, según su ocupación en un 24,8% se dedica a las labores del hogar, un 24,8% ninguno, un 12,4% son estudiantes y un 9,1% son docentes. (Tabla 11), debido a los trastornos que presentan la mayoría prefieren encerrarse y no relacionarse, por cual se siente más tranquilo en su hogar, la cuarta parte de los pacientes estudiados tienen otro tipo de oficio en su mayoría labores eventuales y muchos de los estudiantes que fueron víctimas de violencia familiar, víctimas de violación, maltratos físicos y psicológicos, docentes que por motivo del trabajo deben dejar a su familia, creando una desestabilidad emocional.

La mayor frecuencia de trastornos mentales diagnosticados que se encontró en nuestro estudio fue la esquizofrenia con un 52,9%, seguido de los episodios depresivos 15,7% (tabla 12) diagnósticos que se basaron en el CIE-10, (Clasificación Internacional de las Enfermedades). Reportes de la OMS, en base a una muestra probabilística multietápica en Lima, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Chiclayo entre julio del 2004 y diciembre del 2005 concluyen que la prevalencia de uno o más trastornos de salud mental en los últimos 12 meses fue de 13,5%.

En relación al número de trastornos presentados en este período, 9,9% de la población presentó un trastorno, 2,6% de la población dos trastornos y 1% refiere haber presentado tres o más trastornos durante el último año. Los tipos de trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (7,9%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (3,5%), los trastornos en el control de impulsos (3,5%) y los trastornos de uso de sustancias (1,7%). Dentro del grupo de trastornos de ansiedad, la fobia específica es la más prevalente (4,6%), seguida de la fobia social (1,4%) y por el trastorno de ansiedad de separación (1,2%). Al interior del grupo de trastornos del estado de ánimo, el de mayor prevalencia es el trastorno depresivo mayor (2,7%). En el grupo de trastornos del control de impulsos, el más común es el trastorno explosivo intermitente (1,9%). Por último, se observó que el abuso de alcohol es el trastorno relacionado a sustancias más frecuente (1,5%), seguido de la dependencia al alcohol (0,5%).¹⁵ Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%.¹

Los medicamentos prescritos por la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA por años; como los antipsicóticos fueron: (24,4%) en el 2011, (24,4%) en el 2012, (26,4%) en el 2013 y (24,7%) en el 2014; los antidepresivos prescritos fueron: (24,3%) en el 2011, (25,1%) en el 2012, (27,2%) en el 2013 y (23,4%) en el 2014 y los ansiolíticos prescritos fueron: (28,3%) en el 2011, (26,5%) en el 2012, (23,9%) en el 2013 y (21,2%) en el 2014. Según la prescripción de los medicamentos en su mayoría corresponde al grupo de los fármacos ansiolíticos (tabla 13), lo que concuerda con el diagnóstico más frecuente: esquizofrenia. Seguido de los antidepresivos y ansiolíticos.

Un estudio español, por ejemplo, describió que durante años, los medicamentos ansiolíticos y los hipnóticos han sido uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la mayoría de países desarrollados. Este estudio, en tanto, reveló que el grupo de hipnóticos y sedantes experimentó un incremento del 66,2%, mientras que el de los ansiolíticos aumentó un 37,3%. Menciona además que se observó un incremento sostenido del 2% al 3,5% anual, con excepción de los

años 2004 y 2006, en los que el incremento fue del 5,9% y 5,3%, respectivamente, y del 7% en el año 2008.¹⁷

La frecuencia de prescripciones de antipsicóticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA durante el 2011 al 2014, podemos notar que la risperidona 2 mg es la más prescrita seguida de la olanzapina 5 mg (tabla 14). En efecto, la esquizofrenia es una entidad psiquiátrica que según la Organización Mundial de la Salud tiene una incidencia de 16 a 40 por 100000 habitantes y una prevalencia de 456 por 100000 habitantes.¹⁹

El uso frecuente de risperidona 2 mg y olanzapina 5mg (tabla 14) como fármacos antipsicóticos de elección concuerdan con lo encontrado en un estudio realizado en Latinoamérica donde se enrolaron 2671 pacientes en 11 países, donde el análisis del estado funcional y calidad de vida al año mostraron superioridad de olanzapina y risperidona en mejorar el empleo, actividad social y calidad de vida versus típicos. Olanzapina también fue asociada con probabilidades significativamente mayores de vivir de manera independiente comparada con los antipsicóticos típicos^{20,21}, que además en comparación con estos, se asocian con un menor riesgo de trastornos del movimiento, y algunos tienen una eficacia superior para los síntomas negativos de la esquizofrenia.²²

Con respecto a los antidepresivos, el medicamento más prescrito fueron la sertralina 50 mg, la fluoxetina 20 mg y la amitriptilina 25 mg (tabla 15) y los ansiolíticos más prescritos fueron el clonazepam de 2 mg y de 0.5mg (tabla 16). De otro lado, resultados similares al nuestro se pudieron observar en el estudio de consumo de psicofármacos en un centro socio sanitario, donde 45 de los 70 pacientes estudiados consumían psicofármacos, observándose que el 51,1% estaban siendo tratados con fármacos neurolépticos, el 42,2% con antidepresivos, el 6,7% con ansiolíticos. El número medio de psicofármacos por paciente fue 1,6 y del total de medicamentos 10,5. Los psicofármacos más utilizados fueron risperidona, lorazepam y citalopram. La asociación más frecuente fue neuroléptico más benzodiazepina. La indicación y dosis prescritas eran adecuadas según ficha técnica, aunque se observaron pautas de prescripción desaconsejadas.⁶

La Figura 13, muestra la frecuencia de prescripciones de antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA durante los años 2011 a 2014. En concordancia

con los demás resultados, se puede apreciar que el número de prescripciones de fármacos antipsicóticos se mantuvo casi constante durante los cuatro años estudiados (99, 101, 106 y 105 prescripciones, respectivamente). Esto indica que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia han continuado su tratamiento a lo largo de aquellos años. El mismo fenómeno se aprecia con los fármacos antidepresivos (59, 56, 61 y 59 prescripciones, respectivamente) y ansiolíticos (65, 61, 47 y 53 prescripciones, respectivamente) durante los años descritos. A este respecto, un estudio farmacoepidemiológico de la utilización de psicofármacos evaluó el consumo de psicofármacos y la exposición en pacientes internados de manera indiferenciada en el Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana, entre octubre y diciembre de los años 2007 a 2009; este estudio observacional descriptivo encontró que las benzodiazepinas ocupan el primer lugar en porcentaje de uso durante los años mencionados (alrededor del 53%), seguido por los antipsicóticos (8%), y finalmente antidepresivos (3%).²³

Muchas sociedades ofrecen patrones de salud mental cuya característica se inclina con mayor frecuencia hacia los casos de depresión, principalmente, incluso se ha estimado que la depresión afecta del tres al cinco por ciento de la población mundial. Sin embargo, lo descrito en este trabajo ofrece cierta particularidad, ya que la esquizofrenia se encuentra en el primer lugar de diagnóstico más frecuente, el mismo que constituye un punto de partida para futuros estudios. Es probable que exista influencia de la variación de los protocolos de tratamiento estándar por algún factor, como lo que se pudo apreciar en un estudio del grado y tipo de variación en los patrones de prescripción de antipsicóticos por un tema étnico.²⁵

Finalmente, cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una política de salud mental explícita es una herramienta esencial y poderosa dentro de cualquier ministerio de salud en el mundo. La violencia política, presente durante veinte años en nuestro país, ha tenido un alto costo social, económico, moral y de salud; su impacto se evidencia hoy, no sólo en la generación que afrontó el conflicto armado, sino también en las generaciones siguientes. Sentimientos de desconfianza, temor y desesperanza se imbrican con los proyectos de desarrollo y generación de capital social en las poblaciones rurales, mermando su bienestar y productividad.²⁶

VI. CONCLUSIONES

1. En el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014, el consumo de medicamentos principalmente los antipsicóticos con un 48,93%; seguido de antidepresivos, con un 27,98%, y ansiolíticos, 26,9%.
2. De los pacientes atendidos en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014, cuyas características sociodemográficas fueron: sexo masculino 52,9% y femenino 47,1%; con una edad promedio de 36,05 años; el 64,5% soltero, el 35,5% con grado de instrucción superior, el 52,9% procedentes de la ciudad de Ayacucho, cuya ocupación fue su casa o ninguna ocupación, 24,8%.
3. Las enfermedades diagnosticadas más frecuentes en el establecimiento de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014, donde el 52,7% fue diagnosticado con esquizofrenia, un 23,7% con trastornos depresivos y el 6,4% con trastornos de ansiedad fóbica
4. El fármaco antipsicótico más usado fue la risperidona 2mg, 145 prescripciones; el antidepresivo sertralina 50mg, 79 prescripciones; y el clonazepam con 125 prescripciones como ansiolítico, en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014.

VII. RECOMENDACIONES

1. Continuar con los estudios de utilización de medicamentos de antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos teniendo en cuenta el esquema terapéutico.
2. Realizar estudios sobre errores de prescripción y buenas prácticas de prescripción en este establecimiento de salud.
3. Investigar el uso de psicofármacos basado en resultados.
4. Realizar estudios de reacciones adversas medicamentosas (RAMs) ocurridas por el consumo crónico de estos psicofármacos.

VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rondón, M. B. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2006; 23(4):237-238.
2. Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do sul do Brasil. *Rev Saude Pública*. 2006; 40(1):107-14.
3. López-Valcárcel BG, Cabañas AL, Mora AC, Berenguer JAD, Santana FÁ. Estudios de Utilización de Medicamentos y registros de datos en Atención Primaria. *Universitat Pompeu Fabra*; 2005.
4. Laporte JR, Tognoni G. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. *Principios de epidemiología del medicamento*; 1993, 2:1-24.
5. Figueras A, Vallano A, Narváez E. Fundamentos metodológicos de los EUM. Una aproximación práctica para estudios en ámbito hospitalario. *Ministerio de Salud de Nicaragua*; 2003.
6. Redondo Capafons, S., Monsó Fernández, C., Garriga Biosca, M. R., Pla Poblador, R., Quintana Riera, S., & Porta Rius, G. Utilización de psicofármacos en un centro sociosanitario. *Farmacia Hospitalaria*. 2007; 31(3):173-176.
7. Vedia Urgell C, Bonet Monne S, Forcada Vega C, Parellada Esquius N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Atención primaria*. 2005; 36(5):239-245.
8. Luna FA. Farmacoepidemiología. Estudios de utilización de medicamentos. Parte I: Concepto y metodología. *Seguim Farmacoter*; 2004, 2(3).
9. Taylor M, Reide P, Dawson J. Lo esencial en farmacología. Madrid: Editorial Elsevier; 2011.
10. Govantes C, Oca L, Ayuso JL. Fármacos antidepresivos y antimaníacos. En *Farmacología de Velázquez, Farmacología básica y clínica*. 18ª Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 2008; p. 305-320.
11. Ortiz MB. Psicofarmacología para psicólogos. Barcelona: Editorial Síntesis. 2002.
12. Hurlé MA, Monti J, Flórez J. Fármacos ansiolíticos y sedantes. *Farmacología de los trastornos del sueño*. En *Farmacología Humana de Flórez*. 5ª Edición. Barcelona: Elsevier. 2010; p.543- 566.
13. Meltzer H. Antipsicóticos y litio. En *Katzung B. Farmacología básica y clínica*. 12ª Edición. México DF.: Editorial McGraw-Hill. 2012; p. 501-520.
14. Gibert-Rahola J, Micó JA. Fármacos antipsicóticos. En *Farmacología de Velázquez, Farmacología básica y clínica*. 18ª Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 2008; p. 291-304.
15. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2014; 31(1):30-38.
16. Sánchez V, Pilar M, Macías Saint-Gerons D, de la Fuente Honrubia C, González Bermejo D., Montero Corominas, D, et al. Trends of use of anxiolytics and hypnotics in Spain from 2000 to 2011. *Revista Española de Salud Pública*. 2013; 87(3):247-255.
17. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud* 52, Pública. 2005; 18(4/5), 229-40.

18. Istilli Plínio Tadeu, Miasso Adriana Inocenti, Padovan Cláudia Maria, José Alexandre Crippa, Tirapelli Carlos Renato. Antidepresivos: conocimiento y uso entre los estudiantes de enfermería. *Rev. Latino-Am.Enfermagem*. 2010; 18(3):421-428.
19. Machado-Alba JE, Morales-Plaza CD. Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Biomédica*. 2013; 33(3):418-428.
20. Cecilia A. Funcionalidad, calidad de vida y uso de recursos de salud de olanzapina vs risperidona y antipsicóticos típicos: resultados de 3 años del estudio Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) en la región andina. *Arch Neurocienc (Mex)*. 2007; 12(3):139-147.
21. Gasquet I, Gury C, Tcherny-Lessenot S, Quesnot A, Gaudebout P. Patterns of prescription of four major antipsychotics: a retrospective study based on medical records of psychiatric inpatients. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2005; 14(11):805-811.
22. Ramaswamy K, Masand PS, Nasrallah HA. Do certain atypical antipsychotics increase the risk of diabetes? A critical review of 17 pharmacoepidemiologic studies. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2006; 18(3):183-194.
23. Bolaños R, Bazerque PM, Nordaby M, Miceli MB, Saxton R, Pastore F, et al. Estudio farmacoepidemiológico de la utilización de psicofármacos en pacientes internados. 2012; 23(102):98.
24. Alarcón MEB, Mojica NF, Trápaga JAB, Hernández FD, Martínez ML. Incidencia y nivel de depresión en estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 2015; (10).
25. Kuno E, Rothbard AB. Racial disparities in antipsychotic prescription patterns for patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2014; 159(4):567-72.
26. Kendall R, Matos LJ, Cabra M. Salud mental en el Perú, luego de la violencia política: Intervenciones itinerantes. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2006; 67(2):184-190.

ANEXO

Anexo 1
Historias Clínicas sujetas a verificación durante el estudio



INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
HONORIO DEL CABAJO - HIDALGO NOROCCIDENTE



CAMPANA DE SALUD MENTAL GRATUITA

Nombre: Alfonso... I.M. 1511001-3
 No. de Tratamiento: 90
 EDAD: 39 años
 ESTADO CIVIL: casado TELEFONO: [redacted]
 Domicilio: Playuela Santa Ana #28 Aguaricán.
 Municipio: Cotacachi GRADO INSTRUCCION: Sec. Comp. OCUPACION: no trabaja
 COMPARTANTE: [redacted] PARENTESCO: Madre
 SEGURO: SI NO

TRAJE:

Conducta violenta.	()	<u>Hay problemas en las manos</u>
Intento y/o Gesto Suicidio	()	<u>no ha intentado suicidarse</u>
Intento y/o Gesto Homicida	()	<u>no ha intentado matar a nadie</u>
Alcohol	()	<u>no consume</u>
Medicinas	()	<u>no consume</u>
Problemas de Drogas	()	<u>no consume</u>
Problemas de Alimentación	()	<u>no consume nada</u>

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS:

Coleras	()	<u>Agitación variable. Suena</u>
Desmayos	()	
Convulsiones	()	

PROBLEMAS FÍSICOS: _____

ESTRESORES PSICOSOCIALES: Problemas económicos

FUNCIONAMIENTO ACTUAL:

Familiar: manejado deteriorado
 Social: "
 Económico: "

MOTIVO DE CONSULTA: hace ± 7 años, su gran trabajo
deja de trabajar ante un error que tiene
que hacer, pero en su casa sus hijos pronto
se van a ir, él se siente solo, como si
no le quedara nada, se siente solo, se siente

ANTECEDENTES PSQUIÁTRICOS: y alcohol, se desmuda.
 Recientes: () Familiar: ()

AMBIENTE FAMILIAR: ARMÓNICO () DESARMÓNICO: ()
19 defunc. OS, actualmente vivos: 07.

Anexo 1
Matriz de datos obtenidos del estudio.

USO DE ANSIOLÍTICOS, ANTIPSICÓTICOS Y ANTIDEPRESIVOS, EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LA COMISIÓN DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, COSMA, DURANTE LOS AÑOS 2011 A 2014. AYACUCHO, 2014.

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Código

Fecha:

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
1.1. Apellidos y Nombres		1.2. Sexo	1.3. Edad
1.4. Procedencia	1.5. Instrucción	1.6. Estado Civil	1.7. Ocupación
2. DIAGNÓSTICO Y MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
2.1. Diagnóstico:			Historia clínica
¿Indicación de farmacoterapia por un Médico especialista?			
2.2. Nombre comercial/ DCI		2.3. Concentración	2.4. FF
2.5. Grupo farmacoterapéutico	2.6. Dosis	2.7. Tiempo de tratamiento indicado	
2.8. Pautas de administración			
2.9. Medicación concomitante		2.10. Concentración	2.11. FF
2.12. Grupo farmacoterapéutico	2.13. Dosis	2.14. Tiempo de tratamiento indicado	
2.15. Pautas de administración			

Anexo 3
Recetas médicas



Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho



Jr. Sol N° 637 - Huamanga - Ayacucho - Peru
Tel. (066)327189

INDICACIONES

Nombre: [Redacted]

Esp. 9-2

Dir. N°

Dr. César Augusto F. 20

H. 222

Docen.

N° 006692

SERVICIO				
Atención	Atención	Atención	Atención	Atención
		<input checked="" type="checkbox"/>		
Exp.				

N°	Medicamento	Dosis (Form. Pa.)	Cant. at. Dosis	Va.	FRECUENCIA		
					Diaria	Semanal	Quincenal
1	Haloperidol	5mg Tab	220	VO	1		1
	Epinefrina	2mg Tab	180	VO	1	1	1
	Quetiapina	100mg Tab	30	VO	—	—	1/2
	Levomepromazina	100mg Tab	60	VO	—	—	1
	Clonazepam	0.5mg Tab	20	VO	1 cada 12 horas		

Recibi conforme

Anexo 4
Matriz de consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO TEÓRICO	METODOLOGÍA
Uso de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos, en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014. Ayacucho, 2014.	¿Cuál será el uso de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho en los años 2011 a 2014?	<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el consumo de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014. <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de los usuarios que acuden al establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014. • Determinar las enfermedades diagnosticadas más frecuentes en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014. • Clasificar los fármacos ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos en función de su uso en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014. 	<ul style="list-style-type: none"> • Características sociodemográficas • Patologías diagnosticadas • Clase de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos • Consumo de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes • Estudios de uso de medicamentos EUM • Utilidad de los EUM • Clasificación de los EUM • Depresión • Fármacos antidepresivos • Ansiedad • Fármacos ansiolíticos • Psicosis • Fármacos antipsicóticos 	<p>Tipo de investigación: Observacional, retrospectivo, longitudinal.</p> <p>Población de estudio: Historia Clínica de pacientes que asistieron al establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA</p> <p>Muestra: Ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos consumidos en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014.</p> <p>Instrumento: observación</p> <p>Técnica: análisis documental</p> <p>Análisis estadístico: A los datos recogidos en el estudio se aplicarán técnicas de estadística descriptiva. Los resultados se representarán mediante tablas y figuras según el estudio.</p>

Uso de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos, en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014. Ayacucho, 2014.

Sindy Gianina Rojas Loza.¹ Edgar Cárdenas Landeo¹
Farmacia y Bioquímica: UNSCH

RESUMEN

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión), son frecuentes. Estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. El presente trabajo de investigación, de tipo observacional, retrospectivo, longitudinal, evaluó el consumo de antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 al 2014. Fueron estudiados un total 121 pacientes a través de sus Historias Clínicas, 47% mujeres y 53% hombres; 61 pacientes de los 121 tienen entre 20 a 35 años, la mayoría son solteros (64.5%), procedentes de la ciudad de Ayacucho (53.7%). Los fármacos antipsicóticos fueron las más prescritas con un número total de 397 prescripciones durante los años 2011, 2012, 2013 y 2014, seguido de los antidepresivos (235 prescripciones) y ansiolíticas (226 prescripciones). El 52.9% fue diagnosticado con esquizofrenia, un 7.4% con trastornos depresivos y el 6.6%, con trastornos de ansiedad fóbica. El fármaco antipsicótico más usado fue la risperidona 2 mg, 146 indicaciones; el antidepresivo sertralina 50 mg, 80 indicaciones; y el clonazepam con 126 indicaciones como ansiolítico. Los resultados del estudio sugieren controlar la duración de los tratamientos, asegurar el diagnóstico de los estados mentales y realizar un adecuado seguimiento de las asociaciones entre psicofármacos.

Palabras clave: ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos.

SUMMARY

Mental illnesses and common mental disorders (anxiety and depression), are frequent. Epidemiological studies carried out in Peru by the Specialized Mental Health Institute Honorio Delgado-Hideyo Noguchi confirm the findings of other countries: up to 37% of the population is likely to suffer a mental disorder sometime in their life. This research, observational, retrospective, longitudinal type, evaluated the use of antidepressants, antipsychotics and anxiolytics in establishing health Mental Health Commission of Ayacucho, Cosma, during the years 2011 to 2014 were studied a total 121 patients through their medical records, 47% female and 53% male; 61 of the 121 patients are between 20-35 years, most are single (64.5%), from the city of Ayacucho (53.7%). Antipsychotic drugs were the most prescribed with a total of 397 prescriptions during the years 2011, 2012, 2013 and 2014, followed by antidepressants (235 prescriptions) and anxiolytic (226 prescriptions). 52.9% were diagnosed with schizophrenia, 7.4% with depressive disorders and 6.6%, with phobic anxiety disorders. The most commonly used antipsychotic drug was risperidone 2 mg, 146 indications; the antidepressant sertraline 50 mg, 80 indications; 126 clonazepam and indications as an anxiolytic. The study results suggest controlling the duration of the treatment, ensure the diagnosis of mental states and proper monitoring of the associations between psychiatric drugs.

Keywords: anxiolytics, antipsychotics and antidepressants.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) son frecuentes. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%. Casi el 50% de la población ayacuchana, sometida a la violencia política, tiene riesgo de presentar enfermedades mentales, tales como la depresión o el trastorno de estrés posttraumático.¹

Los psicofármacos constituyen una importante herramienta en el tratamiento de individuos que tienen indicación clara para su utilización. Entretanto, existe una gran prevalencia mundial de consumo de psicofármacos por la población en general. El crecimiento del uso de estos medicamentos ha sido atribuido al aumento de la

frecuencia de diagnósticos de trastornos psiquiátricos en la población, a la introducción de nuevos psicofármacos en el mercado farmacéutico y a las nuevas indicaciones terapéuticas de psicofármacos ya existentes. Estudios internacionales ponen en evidencia el uso creciente de estos medicamentos.²

Los estudios de consumo de medicamentos son de gran utilidad ya que describen las cantidades y el gasto de los medicamentos dispensados, comprados o financiados por los sistemas de salud. Son útiles como sistemas de alerta, para detectar desviaciones de consumo, para comparar zonas de salud o médicos, tanto transversalmente como longitudinalmente y para aproximar la calidad del medicamento prescrito con datos agregados.³

El presente estudio nos va a permitir una aproximación a la salud mental de la población ayacuchana y comprender que los fármacos no sólo deben ser definidos como herramientas terapéuticas, sino también como puntos de encuentro en los que coinciden los diversos factores que

conducen a su uso o desuso. De ahí que los medicamentos constituyan señales o indicadores de la prevalencia de problemas médicos y de la manera cómo la comunidad científica y médica interactúa con los usuarios en la selección de soluciones a través de la intervención farmacológica.⁴ Dada las características histórico sociales de la población ayacuchana expuesta en el apartado anterior, un estudio de esta naturaleza puede aportar mucha información y múltiples respuestas útiles para la mejora de la salud mental y gestión de psicofármacos en el hospital u oficina farmacéutica, para lograr un uso más racional, para reducir el coste de los tratamientos o para mejorar la manera cómo se tratan los problemas de salud.⁵

Este contexto abre la gran posibilidad de estudios al respecto, más aun cuando se evidencia un vacío en la literatura sobre estos temas. El presente trabajo de investigación pretende evaluar el consumo de antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos en la Clínica de Salud Mental de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, incidiendo en la utilización e indicación de psicofármacos, y de la presencia, en los pacientes, de síntomas de ansiedad, depresión o somatoformes que no se encuadran perfectamente en los criterios de diagnóstico de trastorno mental.

Objetivo General:

Describir el consumo de ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los usuarios que acuden al establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014.
- Determinar las enfermedades diagnosticadas más frecuentes en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014.
- Clasificar los fármacos ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos en función de su uso en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014

MATERIAL Y MÉTODOS

Ubicación:

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, Región Ayacucho, Perú.

Población y muestra

Población:

Historias clínicas registradas en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, Región Ayacucho, Perú

Muestra:

Ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos: consumidos en el establecimiento de salud de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014. Siendo el tipo de muestreo por conveniencia.

Unidad de Análisis:

Historia clínica de pacientes que se atendieron en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, durante los años 2011 a 2014

Procedimiento metodológico para la recolección de datos:

Instrumento y técnica de recolección de datos:

Mediante la observación, con el fin de disponer de la información necesaria se realizó un muestreo por conveniencia seleccionando historias clínicas de los

pacientes que fueron atendidos frecuentemente durante el 2011 al 2014; consignando datos sociodemográficos del paciente, datos del medicamento prescrito y el diagnóstico en la ficha de registro de datos (anexo 1).

Se evaluó variables demográficas, del tratamiento con psicofármacos, fecha de inicio, dosis y combinaciones, indicación y número total de medicamentos estudiados. Los resultados se compararon con la bibliografía y las guías de prescripción existentes.

Análisis estadístico:

A los datos recogidos en el estudio se aplicó técnicas de la estadística descriptiva. Los resultados se representan mediante tablas y figura según el estudio.

RESULTADOS

Tabla 1. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según sexo, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.

SEXO	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
VARONES	64	52,9%
MUJERES	57	47,1%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 2. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según sus edades, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.

EDADES	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
15-19	8	6,6%
20-35	61	50,4%
36-49	32	26,4%
50-64	16	13,2%
65 O MÁS	4	3,3%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 3. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según estado civil, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.

ESTADO CIVIL	N° PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SOLTERO	78	64,5%
CASADO	25	20,7%
CONVIVIENTE	10	8,3%
DIVORCIADO	6	5,0%
VIUDO	2	1,7%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 4. . Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según grado de instrucción, periodo 2011 – 2014. Ayacucho 2015.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SUPERIOR	43	35,5%
SECUNDARIA	26	21,5%
SEC. INCOMPLETA	17	14,0%
SUP. INCOMPLETA	10	8,3%
PRIMARIA	13	10,7%
PRIM. INCOMPLETA	6	5,0%
ILETRADO	6	5,0%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 5. . . Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según lugar de procedencia, periodo 2011 al 2014. Ayacucho 2015.

LUGAR DE PROCEDENCIA	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
AYACUCHO	65	53,7%
SAN JUAN BAUTISTA	18	14,9%
RURAL	14	11,6%
JESÚS NAZARENO	14	11,6%
CARMEN ALTO	9	7,4%
OTRO	1	0,8%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 6. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según ocupación, periodo 2011 al 2014. Ayacucho 2015.

OCUPACION	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
CASA	30	24,8%
NINGUNO	30	24,8%
ESTUDIANTE	15	12,4%
DOCENTE	11	9,1%
OTROS	35	28,9%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 7. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según diagnóstico, periodo 2011 al 2014. Ayacucho 2015.

DIAGNOSTICO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ESQUIZOFRENIA	64	52,9%
EPISODIOS DEPRESIVOS	19	15,7%
TRANSTORNO DEPRESIVO	9	7,4%
TRANSTORNO DE ANSIEDAD	8	6,6%
OTROS	21	17,4%
TOTAL	121	100,0%

Tabla 8. Porcentaje de pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, según medicamento prescrito, periodo 2011 - 2014. Ayacucho 2015

Años	ANTIPIPSICOT.		ANTIDEPRESI.		ANSIOLITICOS	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
2011	97	24,4%	57	24,3%	64	28,3%
2012	97	24,4%	59	25,1%	60	26,5%
2013	105	26,4%	64	27,2%	54	23,9%
2014	98	24,7%	55	23,4%	48	21,2%
TOTAL	397	100,0%	235	100,0%	226	100,0%

Tabla 9. Frecuencia de prescripciones de antipsicóticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, periodo 2011 - 2014. Ayacucho 2015

ANTIPIPSICOTICOS	N° pres 2011	N° pres 2012	N° pres 2013	N° pres 2014	N° pres total
RISPERIDONA 2 mg	36	34	38	37	146,1
OLANZAPINA 5 mg	20	23	23	24	90,7

FLUFENAZINA AMP	13	11	17	12	53,4
FLUFENAZINA TAB	4	14	6	2	26,2
LEVOMEPROMAZINA 100 mg	4	2	4	5	15,1
TIOTIXENO 1 mg	3	2	2	3	10,1
SULPIRIDA 200 mg	3	2	3	2	10,1
QUETIAPINA 100 mg	3	1	3	2	9,1
HALOPERIDOL AMP	2	1	3	2	8,1
HALOPERIDOL 10 mg	3	2	1	2	8,1
ARIPIPIRAZOL 5 mg	2	2	2	2	8,1
QUETIAPINA 200 mg	1	2	1	2	6,0
CLORPROMAZINA 100 mg	2	1	1	1	5,0
QUETIAPINA	1	0	1	2	4,0
TOTAL	97	97	105	98	400

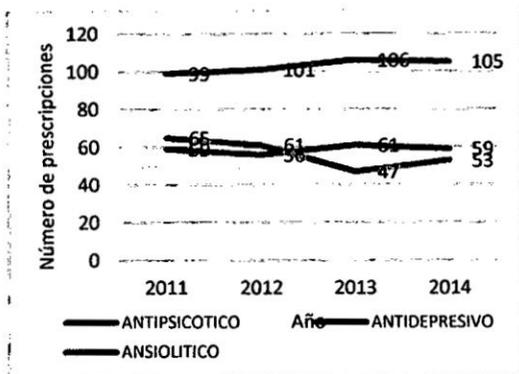
Tabla 10. Frecuencia de prescripciones de antidepresivos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, periodo 2011 - 2014. Ayacucho 2015

ANTIDEPRESIVOS	N° pres 2011	N° pres 2012	N° pres 2013	N° pres 2014	N° pres total
SERTRALINA 50 mg	19	20	21	19	80,0
FLUOXETINA 20 mg	12	10	11	11	44,6
AMITRIPTILINA 25 mg	5	7	10	9	31,4
CITALOPRAM 40 mg	9	5	4	2	20,3
PAROXETINA 20 mg	5	3	3	4	15,2
VENLAFAXINE 75 mg	2	5	4	1	12,2
CLOMIPRAMINA 25 mg	0	2	3	3	8,1
ESCITALOPRAM 10 mg	1	2	3	2	8,1
CITALOPRAM 20 mg	1	2	3	2	8,1
MIRTAZAPINA 30 mg	2	2	1	2	7,1
FLUOXETINA 40 mg	1	1	1	0	3,1
TOTAL	57	59	64	55	238

Tabla 10. Frecuencia de prescripciones de ansiolíticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, periodo 2011 - 2014. Ayacucho 2015.

ANSIOLITICOS	N° pres 2011	N° pres 2012	N° pres 2013	N° pres 2014	N° pres total
CLONAZEPAM 2 mg	33	30	32	30	126,6
CLONAZEPAM 0,5 mg	17	17	15	13	62,8
DIAZEPAM 10 mg	8	7	3	2	20,3
ALPRAZOLAM 0,5 mg	6	6	4	3	19,3
TOTAL	64	60	54	48	229

Figura 1. Numero de prescripciones de antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA, periodo 2011 al 2014. Ayacucho 2015.



DISCUSIONES:

Los estudios de uso de medicamentos han sido importantes a lo largo de la historia contemporánea, los mismos que nos han brindado información sobre los patrones de prescripción, perfiles de los consumidores, acceso a medicamentos, protocolos farmacoterapéuticos, etc. y que al mismo tiempo han permitido comprender problemas farmacoepidemiológicos y corregir sus deficiencias. En nuestro medio, los estudios de uso de psicofármacos son muy limitados, a nivel nacional sólo se enfoca el tema de la salud mental que, sin embargo, nos ayudan en cierto grado a entender este problema.

Hace unos años, un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud que se denominó Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM) ha desarrollado estudios comparativos transnacionales sobre trastornos mentales en 28 países distribuidos en los cinco continentes a fin de obtener datos empíricos que contribuyan a la toma de decisiones sobre cómo enfrentar mejor la carga pública creciente de los trastornos mentales. Para ello se estimó la prevalencia de trastornos mentales; se identificó los factores asociados; y se describió los patrones de utilización de servicios de salud mental e identificar las barreras existentes en la búsqueda de ayuda. La encuesta ha utilizado los mismos métodos en diferentes países, con diseños ampliamente descritos en la literatura internacional. En Latinoamérica, la EMSM ha sido aplicada en México, Colombia y Brasil. Es así que, en México se ha descrito que en 2002 la prevalencia anual de cualquier trastorno de salud mental fue de 13,9%; en tanto que en Colombia en 2003, este mismo valor fue de 16%. Por otro lado, en Perú existe poca información acerca de la magnitud de los trastornos mentales, a ello se suma que la salud mental no se encuentra adecuadamente priorizada dentro de la política de salud.^{15,16}

El trabajo de investigación se realizó en 121 pacientes que asistieron con frecuencia del 2011 al 2014 a la comisión de Salud mental de Ayacucho, COSMA observando una concurrencia de 53% de varones y un 47% de mujeres (tabla 6), según estudios realizados los trastornos mentales, en especial la depresión y la ansiedad son problemas serios de salud pública en todo el país. La depresión afecta tanto a los varones como a las mujeres. Pero los varones lo pueden experimentar de manera diferente que las mujeres ya que tienden a sentirse más cansados e irritables, y perder interés en su trabajo, su familia o sus pasatiempos. Ellos pueden tener más dificultad para dormir que las mujeres que tienen depresión. Y aunque las mujeres con depresión tienden más a intentar suicidarse, es más común que los hombres mueran por suicidio.

El promedio de edad de los pacientes que a la Comisión de Salud mental de Ayacucho, 2011 al 2014 (tabla 7) se destaca como de mayor relevancia las edades comprendidas entre 20 a 35 años, con un 50,4%. Seguido del intervalo de 36 a 49 años con un porcentaje de 26,4% de y un 13,2% con intervalo de edades de 50 a 64 años, en el cual la depresión afecta en igual porcentaje a los

púberes y los jóvenes como a los adultos, según alertó la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en la última década ha constatado un incremento de esta afección en los menores de edad. Donde el "El número de niños y adolescentes, desde 12 a 25 años, que padecen depresión es tan alto como en los mayores, el problema es que no se detecta porque no hay conciencia de su real incidencia", y también porque no hay una madurez, estabilidad emocional.^{10,18}

Según el estado civil (tabla 8) de los 121 pacientes atendidos, 78 de ellos son solteros con un porcentaje de 64,5%, 25 pacientes que son casados con un 20,7% y 10 pacientes con un porcentaje de 8,3 % que son convivientes. Hay estudios sobre la incidencia de psicofármacos según las distintas modalidades del estado civil, en los que menos se deprimen son los casados, mientras que los que más se deprimen son los separados, Llama poderosamente la atención que aunque la depresión es el triple de frecuente en la mujer que en el hombre, sin embargo las solteras se deprimen menos que los solteros y que las viudas se deprimen mucho menos que los viudos. Parece evidente que la mujer hace frente a la soledad y a no vivir en pareja mucho mejor que el hombre.²³

Con respecto al grado de instrucción de los pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA del 2011 al 2014, se encontró que el 35,5% era de superior, el 21,5% de secundaria, el 14% de secundaria incompleta, el 8,3% de superior incompleta, un 10,7% de primaria, según estudios se basa en la problemática del día a día, para su propia superación, autoeducación y por una mejor calidad de vida (tabla 9). Así mismo tenemos datos estadísticas según el lugar de procedencia (tabla 10), en la cual podemos apreciar que los pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho del 2011 al 2014, son propios de la ciudad de Ayacucho con un porcentaje mayor de 53,7%, seguido de un 14,9% del distrito de San Juan Bautista, un 11,6 de zonas rurales, podemos decir que según a la ubicación de la Comisión de Salud Mental COSMA y conocimiento de la población ayacuchana no es muy concurrida por personas de otros distritos; así mismo algunas personas prefieren una atención particular por el cual pagan, que sea rápida ya que en algunos caso causa molestia la espera y con respecto a la medicación prefieren en su gran mayoría productos comerciales. Los porcentajes de los pacientes atendidos en la Comisión de Salud mental, COSMA, 2011 al 2014, según su ocupación en un 24,8% se dedica a las labores del hogar, un 24,8% ninguno, un 12,4% son estudiantes y un 9,1% son docentes. (Tabla 11), debido a los trastornos que presentan la mayoría prefieren encerrarse y no relacionarse, por cual se siente más tranquilo en su hogar, la cuarta parte de los pacientes estudiados tienen otro tipo de oficio en su mayoría labores eventuales y muchos de los estudiantes que fueron víctimas de violencia familiar, víctimas de violación, maltratos físicos y psicológicos, docentes que por motivo del trabajo deben dejar a su familia, creando una desestabilidad emocional.

La mayor frecuencia de trastornos mentales diagnosticados que se encontró en nuestro estudio fue la esquizofrenia con un 52,9%, seguido de los episodios depresivos 15,7% (tabla 12) diagnósticos que se basaron en el CIE-10, (Clasificación Internacional de las Enfermedades). Reportes de la OMS, en base a una muestra probabilística multietápica en Lima, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Chiclayo entre julio del 2004 y diciembre del 2005 concluyen que la prevalencia de uno o más trastornos de salud mental en los últimos 12 meses fue de 13,5%. En relación al número de trastornos presentados en este periodo, 9,9% de la población presentó un trastorno, 2,6% de la población dos trastornos y 1% refiere haber presentado tres o más trastornos durante el último año. Los tipos de trastornos más

frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (7,9%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (3,5%), los trastornos en el control de impulsos (3,5%) y los trastornos de uso de sustancias (1,7%). Dentro del grupo de trastornos de ansiedad, la fobia específica es la más prevalente (4,6%), seguida de la fobia social (1,4%) y por el trastorno de ansiedad de separación (1,2%). Al interior del grupo de trastornos del estado de ánimo, el de mayor prevalencia es el trastorno depresivo mayor (2,7%). En el grupo de trastornos del control de impulsos, el más común es el trastorno explosivo intermitente (1,9%). Por último, se observó que el abuso de alcohol es el trastorno relacionado a sustancias más frecuente (1,5%), seguido de la dependencia al alcohol (0,5%).¹⁵

Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%.¹

Los medicamentos prescritos por la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA por años; como los antipsicóticos fueron: (24,4%) en el 2011, (24,4%) en el 2012, (26,4%) en el 2013 y (24,7%) en el 2014; los antidepresivos prescritos fueron: (24,3%) en el 2011, (25,1%) en el 2012, (27,2%) en el 2013 y (23,4%) en el 2014 y los ansiolíticos prescritos fueron: (28,3%) en el 2011, (26,5%) en el 2012, (23,9%) en el 2013 y (21,2%) en el 2014. Según la prescripción de los medicamentos en su mayoría corresponde al grupo de los fármacos ansiolíticos (tabla 13), lo que concuerda con el diagnóstico más frecuente: esquizofrenia. Seguido de los antidepresivos y ansiolíticos.

Un estudio español, por ejemplo, describió que durante años, los medicamentos ansiolíticos y los hipnóticos han sido uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la mayoría de países desarrollados. Este estudio, en tanto, reveló que el grupo de hipnóticos y sedantes experimentó un incremento del 66,2%, mientras que el de los ansiolíticos aumentó un 37,3%. Menciona además que se observó un incremento sostenido del 2% al 3,5% anual con excepción de los años 2004 y 2006, en los que el incremento fue del 5,9% y 5,3%, respectivamente, y del 7% en el año 2008.¹⁷

La frecuencia de prescripciones de antipsicóticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA durante el 2011 al 2014, podemos notar que la risperidona 2 mg es la más prescrita seguida de la olanzapina 5 mg (tabla 14). En efecto, la esquizofrenia es una entidad psiquiátrica que según la Organización Mundial de la Salud tiene una incidencia de 16 a 40 por 100000 habitantes y una prevalencia de 456 por 100000 habitantes.¹⁹

El uso frecuente de risperidona 2 mg y olanzapina 5mg (tabla 14) como fármacos antipsicóticos de elección concuerdan con lo encontrado en un estudio realizado en Latinoamérica donde se enrolaron 2671 pacientes en 11 países, donde el análisis del estado funcional y calidad de vida al año mostraron superioridad de olanzapina y risperidona en mejorar el empleo, actividad social y calidad de vida versus típicos. Olanzapina también fue asociada con probabilidades significativamente mayores de vivir de manera independiente comparada con los antipsicóticos típicos^{20,21}, que además en comparación con estos, se asocian con un menor riesgo de trastornos del movimiento, y algunos tienen una eficacia superior para los síntomas negativos de la esquizofrenia.²²

Con respecto a los antidepresivos, el medicamento más prescrito fueron la sertralina 50 mg, la fluoxetina 20 mg y la amitriptilina 25 mg (tabla 15) y los ansiolíticos más prescritos fueron el clonazepam de 2 mg y de 0.5mg (tabla 16). De otro lado, resultados similares al nuestro se

pusieron observar en el estudio de consumo de psicofármacos en un centro socio sanitario, donde 45 de los 70 pacientes estudiados consumían psicofármacos, observándose que el 51,1% estaban siendo tratados con fármacos neurolepticos, el 42,2% con antidepresivos, el 6,7% con ansiolíticos. El número medio de psicofármacos por paciente fue 1,6 y del total de medicamentos 10,5. Los psicofármacos más utilizados fueron risperidona, lorazepam y citalopram. La asociación más frecuente fue neuroleptico más benzodiazepina. La indicación y dosis prescritas eran adecuadas según ficha técnica, aunque se observaron pautas de prescripción desaconsejadas.⁶

La Figura 13, muestra la frecuencia de prescripciones de antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos a pacientes atendidos en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, COSMA durante los años 2011 al 2014. En concordancia con los demás resultados, se puede apreciar que el número de prescripciones de fármacos antipsicóticos se mantuvo casi constante durante los cuatro años estudiados (99, 101, 106 y 105 prescripciones, respectivamente). Esto indica que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia han continuado su tratamiento a lo largo de aquellos años. El mismo fenómeno se aprecia con los fármacos antidepresivos (59, 56, 61 y 59 prescripciones, respectivamente) y ansiolíticos (65, 61, 47 y 53 prescripciones, respectivamente) durante los años descritos. A este respecto, un estudio farmacoepidemiológico de la utilización de psicofármacos evaluó el consumo de psicofármacos y la exposición en pacientes internados de manera indiferenciada en el Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana, entre octubre y diciembre de los años 2007 a 2009; este estudio observacional descriptivo encontró que las benzodiazepinas ocupan el primer lugar en porcentaje de uso durante los años mencionados (alrededor del 53%), seguido por los antipsicóticos (8%), y finalmente antidepresivos (3%).²³

Muchas sociedades ofrecen patrones de salud mental cuya característica se inclina con mayor frecuencia hacia los casos de depresión, principalmente, incluso se ha estimado que la depresión afecta del tres al cinco por ciento de la población mundial. Sin embargo, lo descrito en este trabajo ofrece cierta particularidad, ya que la esquizofrenia se encuentra en el primer lugar de diagnóstico más frecuente, el mismo que constituye un punto de partida para futuros estudios. Es probable que exista influencia de la variación de los protocolos de tratamiento estándar por algún factor, como lo que se pudo apreciar en un estudio del grado y tipo de variación en los patrones de prescripción de antipsicóticos por un tema étnico.²⁵

Finalmente, cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una política de salud mental explícita es una herramienta esencial y poderosa dentro de cualquier ministerio de salud en el mundo. La violencia política, presente durante veinte años en nuestro país, ha tenido un alto costo social, económico, moral y de salud; su impacto se evidencia hoy, no sólo en la generación que afrontó el conflicto armado, sino también en las generaciones siguientes. Sentimientos de desconfianza, temor y desesperanza se imbrican con los proyectos de desarrollo y generación de capital social en las poblaciones rurales, mermando su bienestar y productividad.²⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rondón, M. B. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2006; 23(4):237-238.

2. **Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS.** Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do sul do Brasil. *Rev Saude Pública.* 2006; 40(1):107-14.
3. **López-Valcárcel BG, Cabañas AL, Mora AC, Berenguer JAD, Santana FÁ.** Estudios de Utilización de Medicamentos y registros de datos en Atención Primaria. *Universitat Pompeu Fabra;* 2005.
4. **Laporte JR, Tognoni G.** Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. *Principios de epidemiología del medicamento;* 1993, 2:1-24.
5. **Figueras A, Vallano A, Narváez E.** Fundamentos metodológicos de los EUM. Una aproximación práctica para estudios en ámbito hospitalario. *Ministerio de Salud de Nicaragua;* 2003.
6. **Redondo Capafons, S., Monsó Fernández, C., Garriga Biosca, M. R., Pla Poblador, R., Quintana Riera, S., & Porta Rius, G.** Utilización de psicofármacos en un centro sociosanitario. *Farmacia Hospitalaria.* 2007; 31(3):173-176.
7. **Vedia Urgell C, Bonet Monne S, Forcada Vega C, Parellada Esquius N.** Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Atención primaria.* 2005; 36(5):239-245.
8. **Luna FA.** Farmacoepidemiología. **Estudios de utilización de medicamentos. Parte I: Concepto y metodología.** *Seguim Farmacoter;* 2004, 2(3).
9. **Taylor M, Reide P, Dawson J.** Lo esencial en farmacología. *Madrid: Editorial Elsevier;* 2011.
10. **Govantes C, Oca L, Ayuso JL.** Fármacos antidepresivos y antimaniacos. En *Farmacología de Velázquez, Farmacología básica y clínica. 18ª Edición.* Buenos Aires: Editorial Panamericana. 2008; p. 305-320.
11. **Ortiz MB.** *Psicofarmacología para psicólogos.* Barcelona: Editorial Síntesis. 2002.
12. **Hurlé MA, Monti J, Flórez J.** **Fármacos ansiolíticos y sedantes.** *Farmacología de los trastornos del sueño. En Farmacología Humana de Flórez. 5ª Edición.* Barcelona: Elsevier. 2010; p.543-566.
13. **Meltzer H.** **Antipsicóticos y litio.** En *Katzung B. Farmacología básica y clínica. 12ª Edición.* México DF.: Editorial McGraw-Hill. 2012; p. 501-520.
14. **Gibert-Rahola J, Micó JA.** **Fármacos antipsicóticos.** En *Farmacología de Velázquez, Farmacología básica y clínica. 18ª Edición.* Buenos Aires: Editorial Panamericana. 2008; p. 291-304.
15. **Piazza M, Fiestas F.** Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2014; 31(1):30-38.
16. **Sánchez V, Pilar M, Macías Saint-Gerons D, de la Fuente Honrubia C, González Bermejo D., Montero Corominas, D, et al.** Trends of use of anxiolytics and hypnotics in Spain from 2000 to 2011. *Revista Española de Salud Pública.* 2013; 87(3):247-255.
17. **Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al.** Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud* 52, *Pública.* 2005; 18(4/5), 229-40.
18. **Istilli Plínio Tadeu, Miasso Adriana Inocenti, Padovan Cláudia Maria, José Alexandre Crippa, Tirapelli Carlos Renato.** Antidepresivos: conocimiento y uso entre los estudiantes de enfermería. *Rev. Latino-Am.Enfermagem.* 2010; 18(3):421-428.
19. **Machado-Alba JE, Morales-Plaza CD.** Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Biomédica.* 2013; 33(3):418-428.
20. **Cecilia A.** **Funcionalidad, calidad de vida y uso de recursos de salud de olanzapina vs risperidona y antipsicóticos típicos: resultados de 3 años del estudio Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) en la región andina.** *Arch Neurocién (Mex).* 2007; 12(3):139-147.
21. **Gasquet I, Gury C, Tcherny-Lessenot S, Quesnot A, Gaudebout P.** Patterns of prescription of four major antipsychotics: a retrospective study based on medical records of psychiatric inpatients. *Pharmacoepidemiology and drug safety.* 2005; 14(11):805-811.
22. **Ramaswamy K, Masand PS, Nasrallah HA.** Do certain atypical antipsychotics increase the risk of diabetes? A critical review of 17 pharmacoepidemiologic studies. *Annals of Clinical Psychiatry.* 2006; 18(3):183-194.
23. **Bolaños R, Bazerque PM, Nordaby M, Miceli MB, Saxton R, Pastore F, et al.** Estudio farmacoepidemiológico de la utilización de psicofármacos en pacientes internados. 2012; 23(102):98.
24. **Alarcón MEB, Mojica NF, Trápaga JAB, Hernández FDCD, Martínez ML.** Incidencia y nivel de depresión en estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo.* 2015; (10).
25. **Kuno E, Rothbard AB.** Racial disparities in antipsychotic prescription patterns for patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry.* 2014; 159(4):567-72.
26. **Kendall R, Matos LJ, Cabra M.** Salud mental en el Perú, luego de la violencia política: Intervenciones itinerantes. *Anales de la Facultad de Medicina.* 2006; 67(2):184-190.