



**FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE FARMACIA
Y BIOQUÍMICA**

**BUENAS PRÁCTICAS DE PRESCRIPCIÓN DE
PSICOFÁRMACOS EN RECETAS MÉDICAS ATENDIDAS
EN OFICINAS FARMACÉUTICAS DEL DISTRITO DE
SURQUILLO PERIODO FEBRERO 2015 – ABRIL 2016.**

Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico

Presentado por:

Br.: Cynthia Johanna Gutierrez Mantarí

Br.: Kety Yeanet Espinoza Rivera

Asesor:

Dr. Norma Julia Ramos Cevallos

Lima – Perú

2016

DEDICATORIA

Esta tesis se está dedicada a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se nos presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. A nuestros padres y hermanos por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles. Nos han dado todo lo que somos como personas, nuestros valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, coraje para conseguir nuestros objetivos.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto.

A nuestros padres quienes a lo largo de nuestra vida han apoyado y motivado la formación académica, creyeron en nosotras en todo momento y no dudaron de nuestras habilidades.

A nuestros profesores a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia, enseñanza .A todas las personas que con su ayuda pudimos cumplir con esta meta. Y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotras, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

ÍNDICE

Resumen

Summary

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.	Planteamiento del Problema	1
1.2.	Formulación del Problema	2
1.3.	Justificación del Problema.....	2
1.4.	Objetivos	3
1.4.1.	Objetivo General.....	3
1.4.2.	Objetivos Específicos	3
1.5.	Variables.....	4
1.5.1.	Variable Independiente.....	4
1.5.2.	Variable Dependiente	4
1.6.	Hipótesis	4
II.	MARCO TEÓRICO	5
2.1.	Antecedentes de la Investigación.....	5
2.1.1.	Antecedentes Internacionales	5
2.1.2.	Antecedentes Nacionales	6
2.2.	Bases Teóricas	8
2.2.1.	Salud Mental.....	8
2.2.1.1.	Definición de Salud Mental.....	8
2.2.1.2.	Relación entre Salud Mental y Salud Física.....	8
2.2.1.3.	Causas sociales que alteran la Salud Mental.....	10
2.2.1.4.	Efectos sociales de los problemas de la Salud Mental	13
2.2.1.5.	Estigma de la Salud Mental.....	14
2.2.1.6.	Epidemiología de la Salud Mental en el Perú.....	14
2.2.2.	Enfermedades Mentales.....	16
2.2.2.1.	Definición de Enfermedad Mental	16

2.2.2.2.	Clasificación de las Enfermedades Mentales.....	17
2.2.2.3.	Factores de Riesgo de las Enfermedades mentales.....	20
2.2.2.4.	Alteraciones funcionales en personas con Enfermedades Mentales.....	22
2.2.2.5.	Restricciones en personas con Enfermedades Mentales	23
2.2.2.6.	Enfermedades Mentales más frecuentes	24
2.2.2.7.	Prevención	27
2.2.2.8.	Tratamiento	28
2.2.3.	Psicofármacos	29
2.2.3.1.	Definición de Psicofarmacología	29
2.2.3.2.	Definición de Psicofármacos	30
2.2.3.3.	Clasificación de los Psicofármacos	30
2.2.3.4.	Mecanismo de acción de los principales Psicofármacos	39
2.2.3.5.	Indicaciones Terapéuticas de los principales Psicofármacos.....	42
2.2.3.6.	Efectos Adversos de los principales Psicofármacos	44
2.2.4.	Buenas Prácticas de Prescripción	46
2.2.4.1.	Definición de Prescripción Médica	46
2.2.4.2.	Tipos de Prescripciones médicas.....	47
2.2.4.3.	Factores que influyen en la prescripción	50
2.2.4.4.	Estrategias para promover una buena prescripción	52
2.2.4.5.	Prácticas incorrectas en la prescripción de medicamentos.....	53
2.3.	Glosario de Términos	54
III.	DISEÑO METODOLÓGICO	57
3.1.	Tipo de Investigación	57
3.2.	Población	57
3.3.	Muestreo	57
3.4.	Tamaño de la muestra	57
3.5.	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	58
3.5.1.	Criterios de Inclusión	58
3.5.2.	Criterios de Exclusión	58
3.6.	Método	58

3.7.	Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	59
3.8.	Procesamiento de datos.....	60
3.8.	Análisis de datos	60
IV.	Resultados.....	61
V.	Discusión	79
VI.	Conclusiones	82
VII.	Recomendaciones	83
VIII.	Referencias Bibliográficas	84
ANEXOS	87

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Alteraciones físicas que producen las enfermedades mentales	9
TABLA 2. Enfermedades mentales que producen las enfermedades crónicas.....	9
TABLA 3. Clasificación de las enfermedades mentales en el DSM IV	18
TABLA 4. Clasificación de las enfermedades mentales en el CIE – 10	19
TABLA 5. Determinantes sociales, ambientales y económicos de las enfermedades mentales.....	21
TABLA 6. Clasificación de los Medicamentos Psicofármacos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales – 2015.....	38
TABLA 7. Indicaciones terapéuticas, de los ansiolíticos comercializados en Perú. ..	43
TABLA 8. Porcentaje del tipo de establecimiento de salud de las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016	61
TABLA 9. Porcentaje de las especialidades médicas de los prescriptores en las recetas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.	62
TABLA 10. Porcentaje de psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.	64

TABLA 11. Porcentaje de los Subgrupo terapéutico de los psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	66
TABLA 12. Porcentaje de los código ATC de los psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	67
TABLA 13. Porcentaje recetas médicas atendidas que consignan los datos del prescriptor en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	69
TABLA 14. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los apellidos y nombre del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016	70
TABLA 15: Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los edad del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.	71
TABLA 16. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan el diagnóstico del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	72
TABLA 17. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los denominación común internacional del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	73
TABLA 18. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la concentración del principio activo del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	74

TABLA 19. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la forma farmacéutica del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016..... 75

TABLA 20. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la dosis del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016. 76

TABLA 21. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la frecuencia de administración del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016..... 77

TABLA 22. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la duración del tratamiento del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016..... 78

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Estadísticas en Lima – Perú	16
FIGURA 2. Clasificación de los Ansiolíticos	32
FIGURA 3. Clasificación de los Antidepresivos (parte 1)	33
FIGURA 4. Clasificación de los Antidepresivos (parte 2)	34
FIGURA 5. Clasificación de los Antipsicóticos (parte 1).....	36
FIGURA 6. Clasificación de los Antipsicóticos (parte 2).....	37
FIGURA 7. Mecanismo de acción de los ansiolíticos	40
FIGURA 8. Mecanismo de acción de los antidepresivos.....	41
FIGURA 9: Receta Única Estandarizada	48
FIGURA 10: Receta Especial para Estupefacientes y Psicotrópicos	50
FIGURA 11. Porcentaje del tipo de establecimiento de salud de las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016	61
FIGURA 12. Porcentaje de las especialidades médicas de los prescriptores en las recetas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.	63

FIGURA 13. Porcentaje de psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	65
FIGURA 14. Porcentaje de los Subgrupo terapéutico de los psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	66
FIGURA 15. Porcentaje de los código ATC de los psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	68
FIGURA 16. Porcentaje recetas médicas atendidas que consignan los datos del prescriptor en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	69
FIGURA 17. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los apellidos y nombre del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.	70
FIGURA 18: Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los edad del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.	71
FIGURA 19. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan el diagnóstico del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.	72
FIGURA 20. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los denominación común internacional del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.....	73

FIGURA 21. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la concentración del principio activo del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016..... 74

FIGURA 22. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la forma farmacéutica del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016..... 75

FIGURA 23. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la dosis del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016..... 76

FIGURA 24. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la frecuencia de administración del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016..... 77

FIGURA 25. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la duración del tratamiento del psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016..... 78

Resumen

La presente tesis tuvo el objetivo de determinar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción de Psicofármacos en las recetas médicas atendidas en Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016. Se realizó un estudio descriptivo y observacional. La recolección de datos fue retrospectiva. Se estudió 544 recetas médicas con prescripción de psicofármacos. Se analizaron las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo. Se hizo un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde se tomó las recetas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se elaboró una ficha de datos, con los indicadores de estudio. Se encontró que el 86,9 % de las recetas pertenecen a establecimientos de salud privadas. La especialidad médica más frecuente fue el Médico Psiquiatra con el 53,1 %. Los psicofármacos más frecuentes fueron: Clonazepam (28,0 %), Alprazolam (25,2 %) y Sertralina (15,9 %). El Sub grupo terapéutico que más predominó fue los Ansiolíticos con 60,8 %. El código ATC más usado fue el N03AE01 con el 28,0 %. Se consignó los datos de prescriptor según: Apellidos y nombre 99,6 %, CMP 99,3 %, Especialidad Médica y Firma 100 %, y el sello 97,4 % de las recetas médicas. La mayoría de las recetas médicas no se consignaron los datos del paciente. El diagnóstico se consignó en el 33,3 % de las recetas médicas. El 77,4 % utilizaron la denominación común internacional. Las indicaciones terapéuticas se consignaron, según dosis: 84,9 %. Según frecuencia: 79,4 %. Según duración: 37,5 %. La conclusión del presente trabajo de tesis demostró que un gran porcentaje de médicos no cumplen con las Buenas Prácticas de Prescripción.

Palabras Claves: Buenas Practicas de Prescripción, Psicofármacos, Errores de Prescripción.

Summary

This thesis aims to determine compliance with the Good Practices of Prescription of Psychotropic drugs in prescriptions in Pharmaceutical Offices in Surquillo district during the period February 2015 to April 2016. A descriptive and observational study was carried out. Data collection was retrospective. 544 prescriptions prescription of psychotropic drugs was studied. We analyzed the Pharmaceutical Offices of the District of Surquillo. A non-probabilistic convenience sampling, where recipes that met the inclusion and exclusion criteria was made. A fact sheet was developed with indicators study. It was found that 86,9 % of the recipes belong to private health facilities. The most frequent medical specialty was the Psychiatrist with 53,1 %. The most frequent psychotropic drugs were Clonazepam (28,0 %), Alprazolam (25,2 %) and Sertraline (15,9 %). The most prevalent therapeutic subgroup was Anxiolytics with 60,8 %. The most used ATC code was the N03AE01 with 28,0 %. Prescriber data were entered according to: Surname and name 99,6 %, CMP 99,3 %, Medical Specialty and Signature 100 %, and the seal 97,4 % of prescriptions. Most of the prescriptions were not entered in the patient's data. The diagnosis was recorded in 33,3 % of prescriptions. 77,4 % used the international non-proprietary name. The therapeutic indications were recorded, according to dose: 84,9 %. According to frequency: 79,4 %. According to duration: 37,5 %. The conclusion of this thesis work showed that a large percentage of physicians do not comply with Good Prescribing Practices.

Keywords: Good Prescribing Practice, Psychotropic Drugs, Prescription Errors.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La prescripción de un medicamento, debe ser determinada de acuerdo a la indicación, vía de administración, dosis, frecuencia y duración del tratamiento¹. Las malas prácticas de prescripción, es uno de los temas más investigados en los últimos años, debido a la importancia de la terapia farmacológica que se brinda al paciente a través de profesionales de la salud. Existe evidencia que señala que a pesar de la realización de guías de prescripción, hay grandes deficiencias al momento de la prescripción médica². En el Perú la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), aprobó el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción³.

Las causas más frecuentes de insatisfacción, reclamo o demanda de una mala práctica tienen que ver con errores de prescripción médica, en particular la omisión de información de las indicaciones terapéuticas². Otra de las causas de prescripción inadecuada se manifiesta cuando se prescriben medicamentos para una patología en la cual no está demostrada su utilidad⁴.

Las enfermedades mentales más frecuentes en el Perú, son la depresión y la ansiedad, que afectan a 1 millón 700 mil peruanos, según estudios del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi⁵. La participación del Químico Farmacéutico detecta errores para corregirlos a través de la Atención Farmacéutica. En la Oficina Farmacéutica el profesional debe realizar la validación de la receta médica, verificando el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción, y así evitar la administración inadecuada del psicofármaco, el gasto económico innecesario⁶.

En ese sentido, realizar la evaluación del cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción de Psicofármacos en las Oficinas Farmacéuticas

del distrito de Surquillo, servirá para verificar si se cumple o no con la correcta prescripción médica por parte del Médico, que tiene la función de tratar a personas con distintos trastornos mentales que necesitan corregir su estabilidad emocional.

1.2. Formulación del Problema

¿Se cumplen las Buenas Prácticas de Prescripción de Psicofármacos en las recetas médicas atendidas en Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016?

1.3. Justificación del Problema

Nuestra investigación beneficiará a los pacientes con tratamiento psicofarmacológico. La mayoría de pacientes que acuden a consulta reciben la receta médica sin entender el contenido de esta, debido a la falta de información sobre el deber profesional del Médico de escribir los nombres del medicamento y sus indicaciones terapéuticas en forma clara y legible⁷. Entre los medicamentos más requeridos por los pacientes están Fluoxetina, Clonazepan y Sertralina que mejoran los estados de ansiedad y/o depresión, por ello los pacientes deben conocer que la omisión de una indicación terapéutica puede perjudicar su tratamiento psicofarmacológico⁸.

La mayoría de los psicofármacos son prescritos por médicos generales, aunque no existe impedimento legal que lo impida, el Médico Psiquiatra, es el facultativo responsable de prescribir psicofármacos, porque realiza una especialidad médica, que estudia enfermedades o trastornos mentales. La tesis ayudará a los médicos a evitar denuncias por malas prácticas de prescripción, evitando multas o sanciones impuestas por el MINSA.³

En el distrito de Surquillo existen 72 Oficinas Farmacéuticas (8 farmacias y 64 boticas) según los datos encontrados en el Registro Nacional de Establecimientos Farmacéuticos – Director Técnico. Se atienden

aproximadamente 36 pacientes diarios con tratamiento psicofarmacológico. El Director Técnico en el establecimiento realiza la validación de las recetas médicas que se dispensan, evidenciando malas prácticas de prescripción. Las oficinas farmacéuticas se beneficiarán en recepcionar recetas médicas con menores errores de prescripción, permitiendo que el Químico Farmacéutico realice una adecuada validación; y tanto propietario como profesional Químico Farmacéutico no se vean afectados por la legislación vigente que establece no dispensar una receta médica que incumple con todas las especificaciones⁹.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción de Psicofármacos en las recetas médicas atendidas en Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Determinar el tipo de establecimiento de salud y la especialidad médica del prescriptor en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016.
2. Determinar los psicofármacos más usados, su sub grupo terapéutico y su sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016.
3. Determinar la cantidad de recetas médicas que consignan los datos del prescriptor (nombres y apellidos, número de colegiatura, especialidad médica, firma y sello) atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016.

4. Determinar la cantidad de recetas médicas que consignan los datos del paciente (nombres y apellidos, edad y diagnóstico) atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016.

5. Determinar la cantidad de recetas médicas que consignan los datos del medicamento (denominación común internacional, concentración del principio activo, forma farmacéutica, posología, dosis, frecuencia y duración del tratamiento) atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016.

1.5. Variables

1.5.1. Variable Independiente: Recetas Médicas

1.5.2. Variable Dependiente: Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción

1.6. Hipótesis

Las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo no cumplen las Buenas Prácticas de Prescripción de Psicofármacos entre Febrero 2015 – Abril 2016.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Quevedo – Tejero E, Domínguez – Sosa G, Leyva – Alejandro L. y et al. en el **2016**, realizaron una investigación de **Prescripción de Psicofármacos en un Hogar de Asistencia Social para adultos mayores de Tabasco, México**. El objetivo fue evaluar la calidad de la prescripción de psicofármacos en los usuarios. Se realizó un estudio transversal, donde a 84 usuarios se evaluó la calidad de las prescripciones con psicofármacos que fueron clasificadas en adecuadas, inadecuadas y no evaluadas. Se encontraron 68 prescripciones de psicofármacos. Psicofármacos prescritos: Memantina 27,9 %, Risperidona 11,8 % y Fluoxetina 10,3 %. Errores de prescripción: dosis + duración inadecuadas 48,4 %, dosis inadecuada 22,6 %, otros errores 29,0 %. La prevalencia de prescripción de psicofármacos es menor a la reportada en la literatura, y los diagnósticos motivos de prescripción y los psicofármacos prescritos son diferentes¹⁰.

Crespo J, Criollo S y Cusco J. en 2013, presentaron la tesis **Prevalencia de Patología Psiquiátrica, Características de Prescripción y Efectos Adversos de los Psicofármacos en adultos mayores de los Centros Gerontológicos del Azuay**, en Ecuador. El objetivo fue determinar la prevalencia de patología psiquiátrica, características de prescripción y efectos adversos de psicofármacos, mediante un estudio transversal con una población de 289, resultando así que, la prevalencia de 43,2 % de adultos mayores consumen psicofármacos. De los 124 pacientes con diagnóstico psiquiátrico, 78,2 % reciben psicofármacos; y el 16 % de los pacientes que no presentan diagnóstico psiquiátrico reciben medicación. De los pacientes que reciben psicofármacos, 7 % presentaron efectos adversos gastrointestinales. El 19 % presenta posible interacción con medicamentos. Según el grupo farmacológico, los antipsicóticos fueron los más prescritos con un 56,4 %. El 51 % recibe Risperidona y 24 % Fluoxetina¹¹.

Oropeza D, Calero L. y Torres R. en el **2012** investigaron la **Caracterización de la prescripción de Benzodiazepinas en adultos mayores en un consultorio de la atención primaria de salud** en Cuba. El objetivo, caracterizar la prescripción de Benzodiazepinas en adultos mayores. Se realizó un estudio descriptivo y transversal sobre las condicionantes y los hábitos de prescripción de medicamentos en un consultorio de la atención primaria de salud pertenecientes al área de la Policlínica Manuel Díaz Legra del municipio Holguín. Un total de 17 pacientes (15,17%) consumían o habían consumido Benzodiazepinas tres meses antes de la investigación. El Clorodiazepóxido y el Nitrazepam fueron los únicos medicamentos empleados. Hubo empleo intermitente y de larga duración de estos medicamentos. Por lo tanto, predominó la prescripción irracional de Benzodiazepinas¹².

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Álvarez – Risco A. y Del – Águila – Arcentales S. en el **2015** publicaron un estudio sobre **Errores de prescripción como barrera para la Atención Farmacéutica en establecimientos de salud públicos: Experiencia Perú.** El objetivo fue evaluar la calidad de llenado de las recetas médicas en los establecimientos públicos de salud del distrito de Independencia. Estudio de diseño transversal. En el mes de noviembre 2013 se seleccionaron aleatoriamente recetas médicas, de cada uno de los 11 establecimientos de salud del distrito de Independencia, 384 recetas atendidas en el mes de octubre de 2013, haciendo un total de 4224 recetas. El 24% de recetas consignaban el dato del peso del paciente, el 34,2% mencionaba el diagnóstico, el 93,7% tenían descrito los medicamentos expresados en DCI. Asimismo, solo el 11,3% consignaban la vía de administración y el 41,4% señalaban la frecuencia. Se comprobó que existen errores de prescripción que impiden la atención farmacéutica y la información que se pueda brindar al paciente sobre el uso de sus medicamentos¹³.

Sánchez N. y Zevallos L. en el **2015** publicaron un estudio sobre **Validación de prescripciones médicas en Servicio de Medicina Interna EsSalud Chimbote, Mayo – Agosto 2014**. El objetivo fue destacar la importancia de la intervención del Químico Farmacéutico en la validación de prescripciones médicas. La investigación fue de tipo descriptiva con enfoque cuantitativo. Los resultados obtenidos de 200 prescripciones revisadas fueron el 100 % no identifica el diagnóstico del paciente, 20 % presentaron letra distinta, el 94 % están en DCI, el 64% son ilegibles. No identifican: forma de presentación (27 %), forma farmacéutica (90 %), cantidad de medicamento (82.5 %), duración inapropiada del tratamiento (5 %). Se concluye afirmando que la validación de las prescripciones de manera oportuna por intervención de un Químico Farmacéutico es importante porque mejora la calidad y seguridad de prescripciones para el bienestar del paciente¹⁴.

Pinedo Y. y Romero J. en el **2014** realizaron una tesis del **Cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción en pacientes hospitalizados**. Su objetivo fue determinar e identificar las deficiencias en el cumplimiento de las BPP, en las recetas de las pacientes hospitalizados en la Clínica Internacional – Sede Lima. Estudio retrospectivo y descriptivo de las recetas médicas de los pacientes hospitalizados. Se analizó el 100 % de las recetas (4 644) entre los meses de abril y junio de 2013, encontrándose que el 1,14 % de estas (53) cumplió con todas las características analizadas, y el resto no cumplió con uno o más características analizadas. Existe incumplimiento de las normas de BPP en un porcentaje elevado de las recetas¹⁵.

Segil I. y Sichez P. en el **2014** realizaron una tesis de **Buenas Prácticas de Prescripción en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé de Agosto 2013 – Enero 2014**. El objetivo fue evaluar el cumplimiento de las BPP en recetas únicas estandarizadas del servicio. Se realizó un estudio transversal – retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se tomaron 968 recetas para la realización del estudio debido a que cumplieron con los criterios de inclusión. Según los resultados obtenidos datos del paciente

reveló que el 100 % cumple con apellidos y nombre e historia clínica, 98,2 %. El 100 % cumple con el diagnóstico del paciente. Las indicaciones terapéuticas de los medicamentos fueron: 99,8 % denominación común internacional, 90,6 % concentración, 74,9 % forma farmacéutica, 98,1 % posología, 97,4 % dosis, 94,3 % vía de administración y 97,6 % frecuencia. Concluyendo que se cumplen en gran porcentaje con las Buenas Prácticas de Prescripción⁴.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Salud Mental

2.2.1.1. Definición de Salud Mental ¹⁶

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.

2.2.1.2. Relación entre Salud Mental y Salud Física ¹⁶

La relación entre la salud mental y la salud física es muy estrecha, existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado enfermedades mentales, claramente identificadas y han sido denominados secundarias. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre estas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías y las inmunológicas y las neurológicas.

- **Salud Mental**

Las enfermedades mentales causan alteraciones físicas, en especial la depresión y ansiedad, producen en el organismo signos y síntomas que perjudican el estilo de vida de los que la padecen. Las personas que padecen enfermedades mentales, no suelen reconocer las alteraciones físicas que producen, muchas de ellas se niegan a recibir un tratamiento (terapias o medicamentos) y continúan con su padecimiento.

TABLA 1. Alteraciones físicas que producen las enfermedades mentales

Enfermedad mental	Alteraciones físicas
Depresión	Cambios emocionales, Fatiga, Insomnio, Aumento o disminución del apetito y Suicidio
Ansiedad	Fobias, Aumento de las palpitaciones, Sudor excesivo, Temblores y Dificultad para masticar o hablar
Estrés	Dolores de cabeza, Infartos al corazón, Sarpullido y Dolores estomacales y nauseas.

Fuente: Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. La Salud Mental en México

- **Salud Física**

Las personas con enfermedades físicas de larga duración tienen dificultades de acceso a los recursos de ayuda en salud mental. Los médicos y especialistas que los atienden se centran en los síntomas físicos de su enfermedad, obviando la carga psicológica que supone a estas personas enfrentar una situación de enfermedad crónica.

TABLA 2. Enfermedades mentales que producen las enfermedades crónicas

Enfermedades Físicas	Enfermedad mental
Cáncer (todos los tipos)	Depresión
Esclerosis Múltiple	
VIH o SIDA	
Alzheimer	Ansiedad
Ovario Poliquístico	
Asma	

Fuente: Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. La Salud Mental en México.

2.2.1.3. Causas sociales que alteran la Salud Mental¹⁶

La necesidad que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los niños mismos, así como la migración internacional, aun cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan los riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre, además de crear un ambiente poco propicio para la comunicación y supervisión de todos los miembros de la familia, provocando estrés adicional que puede llevar a la depresión y la ansiedad. Entre algunos de las causas se encuentran:

- **Pobreza:** La pobreza como problema de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercute directamente en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Según la OMS, existe evidencia científica que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales.
- **Trabajo:** Las personas desempleadas tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo. Incluso, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo.
- **Educación:** Estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencias de enfermedades mentales y el bajo nivel educacional. Un bajo nivel educacional dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la inseguridad y contribuye a un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional, están ligados en el ámbito de la pobreza.

- **Violencia:** En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir enfermedades mentales en los más vulnerables.
- **Mujeres trabajadoras:** El cambio de roles en el hogar y a una doble carga para las mujeres, ha provocado un incremento de las tensiones e incidencia de la problemática mental en este grupo. La depresión de la mujer tiende a interpretarse poco importante para la pareja, familia y personal de salud. La participación de la mujer en el trabajo, incrementa el número de menores que crecen al margen del cuidado de desconocidos (niñeras).
- **Niños en situación de calle:** El niño de calle, es todo menor que depende de su propia actividad en la calle para sobrevivir o contribuir al ingreso familiar. Estos niños viven expuestos al uso de drogas, violencia social, abuso sexual, prostitución y enfermedades transmitidas por vía sexual; entre las secuelas que esta situación deja en los menores se encuentran el retraimiento emocional, la ansiedad, la depresión y los problemas para relacionarse.
- **Personas con discapacidad:** Las personas con discapacidad son aquellas que por razones físicas, psicológicas y sociales requieren de mayor apoyo para interactuar con su medio y desarrollar sus potencialidades. La discapacidad se asocia con otro factor de vulnerabilidad que es la pobreza. Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves, todos ellos estresores emocionales importantes.
- **Menores farmacodependientes:** El consumo de drogas se considera un problema de salud pública, además de que se le relaciona con acciones delictivas y violentas. La relación de la fármaco dependencia con otros

fenómenos sociales no solo es muy estrecha por las implicaciones legales, laborales, culturales e incluso políticas si no que, además, representa un factor condicionante importante para el desarrollo de enfermedades mentales.

- **Madres adolescentes:** La mayoría de las madres adolescentes tiene que abandonar sus estudios, sea por cuestiones personales, presiones familiares o por discriminación escolar. Enfrentan situaciones de conflicto, que le significa cambios fundamentales en su condición y las exponen a experiencias de vida con soledad, dolor emocional, intolerancia y tensiones emocionales fuertes que las afectan tanto a ellas como a sus hijos.
- **Adultos en plenitud:** Los padecimientos que se vinculan con los adultos mayores son principalmente las enfermedades degenerativas como las demencias, enfermedad de Parkinson, Diabetes Mellitus, y otras. Las pérdidas que paulatinamente tiene el adulto mayor, de su empleo, de sus seres queridos, del grupo de amigos, de la pareja, de sus bienes, de sus capacidades y de su salud, va generando en ellos un estado de ánimo depresivo y de aislamiento. La familia, a su vez, se ve violentada y desorganizada por esas circunstancias y la mayoría de las veces se siente incapaz de afrontarla, propiciando con ellas diversas manifestaciones de maltrato físico y emocional y en diversas ocasiones, de abandono, rechazo e indiferencia.
- **Población indígena:** Los diferentes pueblos indígenas son un grupo que se identifica como el menos saludable y con menores niveles de escolaridad, empleos, economía y vivienda. Lo anterior se entiende por la marginación social y el aislamiento. Para la población con diferencias étnicas y lingüísticas, el racismo y la discriminación también afectan los niveles de salud mental.
- **Población migrante:** La población que busca de opciones de sobrevivencia sale del país exponiéndose a los riesgos y tensiones que

implica el cambio de residencia, la adaptación a una cultura diferente, la discriminación étnica, la incertidumbre económica y la preocupación por el abandono de la familia. Esta población enfrenta a situaciones de estrés, miedo y tensiones.

- **Delincuentes reclusos:** Uno de los problemas de salud mental no manejado con éxito es el de los enfermos mentales delincuentes, que se encuentran en áreas específicas de los reclusorios y en pabellones de los hospitales psiquiátricos.

2.2.1.4. Efectos sociales de los problemas de la Salud Mental ¹⁶

- **Ausentismo laboral:** En muchos países desarrollados, 35% al 45% del ausentismo laboral es debido a los problemas de salud mental. Estas cifras indican la importancia y gravedad que las enfermedades mentales generan en muchos países.
- **Depresión:** Produce falta de energía para producir, una propensión mayor a las enfermedades físicas y una falta de apego a las responsabilidades familiares y personales.
- **Alcoholismo y adicción a drogas:** Están presentes en la mayoría de las acciones violentas (homicidios, suicidios y violencia intrafamiliar y social, pandillerismo y delitos en general, así como contagio por VIH-SIDA).
- **Epilepsia:** Provoca convulsiones con relativa frecuencia, son impredecibles y es preciso medicación de por vida.
- **Retardo mental, esquizofrenia y los cuadros demenciales:** Dañan la relación del sujeto con su entorno social y nos recuerdan lo precaria y relativa que puede resultar nuestra identidad y salud mental.
- **Suicidio:** Es otro de los problemas crecientes.

2.2.1.5. Estigma de la Salud Mental ¹⁷

El estigma es un fenómeno conocido y presente en muchos ámbitos, y muy especialmente en el de la salud mental, campo en el que ha sido, y sigue siendo, una importante barrera para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas afectadas.

Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma. Según la enfermedad mental particular, pueden sufrir alucinaciones recurrentes, delirios, ansiedad o cambios del estado de ánimo. Estos síntomas pueden hacer difícil para alguien con una enfermedad mental trabajar, vivir independientemente o lograr una calidad de vida satisfactoria.

- **Estigma social:** La enfermedad mental no conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos de la sociedad sobre las diversas enfermedades mentales dan como resultado el estigma. De esta forma, personas que llevan su enfermedad mental lo suficientemente bien como para trabajar tienen sin embargo grave dificultades para encontrar un empleo porque los empleadores los discriminan.
- **Autoestigma:** Algunas personas con enfermedad mental no pueden aceptar los prejuicios comunes sobre la enfermedad mental, y lo vuelven contra sí para perder la confianza en sí mismos.

2.2.1.6. Epidemiología de la Salud Mental en el Perú

De acuerdo a los Estudios Epidemiológicos en Salud Mental, que desarrolla el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, publicado en el 2009, las ciudades con mayor problemas de salud mental

corresponden a Ayacucho, Puno, Lima, Tacna y Puerto Maldonado, y entre las ciudades con mejor salud mental están Tarapoto, Chimbote, Piura y Arequipa. En el Perú se registran altos niveles de estrés relacionado a la familia, dinero y el trabajo. Asimismo se identifica menos integración familiar, menor participación en actividades religiosas, menor sentimiento de protección del estado, menor satisfacción con las condiciones económicas, más problemas de sueño e indicadores suicidas elevados¹⁸.

Las enfermedades mentales, en especial la depresión y los trastornos de ansiedad son problemas serios de la salud pública en todo el país. En Lima, la depresión clínica es el trastorno psiquiátrico más frecuente, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada y el abuso / dependencia al alcohol. En el interior del país el problema psiquiátrico más frecuente es el abuso / dependencia al alcohol. La pobreza se encuentra asociado a una peor salud mental tanto en indicadores de salud mental negativa, como indicadores de salud mental positiva. Con respecto la violencia a la mujer las ciudades con mayor prevalencia de abuso sistemático hacia la mujer corresponde a: Lima, Puerto Maldonado, Tumbes y Ayacucho¹⁸.

Según las cifras del Ministerio de Salud en el 2015, estas enfermedades afectan a más de 5 millones de personas en el país, sin embargo, aproximadamente el 80% de ellas no recibe el tratamiento especializado que necesita, indican las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). Esto se debe principalmente a que las políticas del Estado no son las adecuadas para atender los trastornos, y porque todavía existen prejuicios en torno a ellos que se reflejan, por ejemplo, en la falta de oportunidades laborales y en las burlas que se escuchan con frecuencia⁵.

Si bien existen varios trastornos mentales, los más frecuentes en el país son la depresión y la ansiedad. Estudios del INSM muestran que 1 millón 700 mil peruanos padecen la primera enfermedad, mientras que 1 millón 200 mil, el segundo mal. El trastorno bipolar es otra enfermedad mental que se aprecia en el país. Esta se caracteriza por el cambio extremo de ánimo; es decir, quienes lo padecen pueden mostrarse alegres e inmediatamente ingresar a

un cuadro de depresión. A este mal también se le suma la esquizofrenia, que afecta al 2% de la población peruana. El cuadro requiere de un tratamiento con fármacos y se caracteriza por alucinaciones constantes, delirios y miedo⁵.

Actualmente, son muchas las personas que no aceptan estos u otros trastornos, sin intención de recibir ayuda profesional cuando se presentan sus síntomas⁵.



FIGURA 1. Estadísticas en Lima – Perú

2.2.2. Enfermedades Mentales

2.2.2.1. Definición de Enfermedad Mental

Muchos autores centran su atención en el peligro que existe al definir la enfermedad mental únicamente en términos de comportamiento social desviado. Aunque las conductas antisociales son bastantes habituales, no hay razón para que se apliquen como sinónimo de enfermedad mental. Una razón suplementaria para excluir los criterios sociales de la definición de enfermedad mental es el hecho de que numerosas conductas son

consideradas de manera variable a través de las distintas épocas. Así, la homosexualidad formó parte del listado de los trastornos mentales en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) I y II, pero dejó de serlo en el DSM III y IV¹⁹.

Pero para entendernos, podemos definir un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y / o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje y el lenguaje, lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo²⁰.

2.2.2.2. Clasificación de las Enfermedades Mentales¹⁹

Existen dos clasificaciones de mayor difusión internacional, el Manual de Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreviado DSM) editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés, *American Psychiatric Association*, abreviado APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto el factor evolutivo como las diferencias de expresión de los síntomas según la edad están poco considerados en los apartados dedicados a los niños. La infancia es un periodo de cambios rápidos donde, a veces, es difícil encajar un trastorno en una unidad sindrómica rígidamente organizada.

- **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)**
Son sistemas categoriales, jerárquicos y multiaxiales cuyo objetivo consiste en ofrecer descripciones claras de las categorías diagnósticas para facilitar a los clínicos e investigadores el diagnóstico, la comunicación, el estudio y la atención a las personas con diversas enfermedades mentales.
 - **Categoriales:** Porque la unidad de clasificación es la categoría basada en la observación y el juicio clínico.

- **Jerárquicos**: Significa que presenta una subdivisión de los trastornos, cuanto más se divide, más aumenta la especificidad de la definición.
- **Multiaxial**: Precisa que cada caso se evalúe en varios ejes que pueden ser relevantes para la planificación del tratamiento.

TABLA 3. Clasificación de las enfermedades mentales en el DSM IV

DSM IV		
Eje I	Síndrome clínicos y otras condiciones que pueden requerir atención clínica	Trastornos por conductas perturbadoras
		Trastornos de la conducta alimentaria
		Trastornos por tics
		Trastornos de la alimentación
		Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia
		Trastornos de la comunicación
Eje II	Trastornos de la personalidad, deficiencia mental	Retraso mental
		Trastorno generalizados del desarrollo
		Trastornos del aprendizaje
		Trastorno del desarrollo de las habilidades motoras
Eje III	Condiciones médicas generales	
Eje IV	Problemas ambientales y psicosociales	
Eje V	Evaluación del funcionamiento global	

Fuente: Tomás J, Almenara J, Gondón N, et al. Master en Paidpsiquiatría.

En mayo de 2013, fue publicada la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). El nuevo manual contiene una serie de cambios respecto a las versiones anteriores y su aparición ha estado rodeada de variadas polémicas. Lo primero que llama la atención en el título es el empleo de un número arábigo en lugar de los ya tradicionales números romanos empleados en las ediciones anteriores. Otro cambio llamativo es la remoción del sistema multiaxial, poniendo en un mismo nivel los anteriores ejes I, II y III (trastornos psiquiátricos,

trastornos de personalidad, otras condiciones médicas) y agregando anotaciones separadas para consignar los factores psicosociales (antes eje IV) y el nivel de funcionamiento (antes eje V). Sin embargo, no se ha podido obtener el DMS – 5, para incluir la clasificación actual en la investigación.

- **Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE – 10)**

La CIE es el sistema de clasificación de la OMS. Los trastornos mentales permanecen ausentes de la CIE hasta la sexta edición, publicada por la OMS en 1948. Esta primera clasificación de los trastornos mentales fue muy criticada. En la décima revisión (CIE – 10; OMS, 1992) la clasificación se subdivide en diez secciones principales, tres de ellas dedicadas específicamente a los trastornos infantiles; Retraso mental, Trastornos del desarrollo y Trastornos emocionales y conductuales con inicio de la infancia y la adolescencia.

Cada grupo de enfermedades se identifica por una letra del abecedario. A los trastornos mentales les corresponde la F. Esta letra va seguida de un sistema numérico. Presenta una descripción de cada trastorno, el diagnóstico diferencial y los principales síntomas a tener en cuenta para el diagnóstico, intentando, a diferencia de la anterior versión, ser más específica en la definición de los cuadros.

TABLA 4. Clasificación de las enfermedades mentales en el CIE – 10

CIE – 10	
F0	Trastornos mentales orgánicos
F1	Trastornos mentales y conductuales debido al uso de sustancias psicoactivas
F2	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes.
F3	Trastornos del humor (afectivos)
F4	Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatoformes
F5	Síndromes conductuales asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos

F6	Trastornos de la conducta y la personalidad adulta
F7	Retraso mental
F8	Trastornos del desarrollo
F9	Trastornos emocionales y conductuales de comienzo de la infancia y la adolescencia

Fuente: Tomás J, Almenara J, Gondón N, et al. Master en Paidpsiquiatría.

2.2.2.3. Factores de Riesgo de las Enfermedades mentales ²¹

La enfermedad mental se entiende como un constructo en el que agrupamos a personas con parecidas dificultades funcionales, resultado de un grupo complejo de factores inter – relacionados, donde podemos separar factores biológicos, psicológicos y sociales.

- **Factores biológicos:** Aunque de manera no completamente aclarada, se reconoce la influencia posible a factores genéticos, infecciosos, traumáticos y tóxicos.
- **Factores psicológicos:** Se admite la importancia de factores psicológicos personales en el curso y evolución de la enfermedad.
- **Factores sociales:** Existe estudios que sugieren que factores relacionados con la crianza pueden tener influencia en la expresividad de factores de riesgo. Se ha comprobado que otros factores como el tipo de relación familiar o el nivel de soporte social condicionan su evolución.

La evolución de la vida de las personas con enfermedades mentales esta condiciona por los factores ambientales, entre ellas:

- Las oportunidades a las que puede acceder.
- La idoneidad de las ayudas disponibles.
- Las actitudes sociales (estigma).
- La accesibilidad y calidad de tratamientos.
- La pertenecía a determinados grupos sociales.
- Las normas sociales.

- La cultura y el estilo de vida condicionado por el entorno.
- Factores políticos, factores demográficos, geográficos y naturales.

Los factores personales que condicionan a las personas con enfermedad mental y afectan a su evolución pueden ser:

- El género y edad.
- Las circunstancias de su salud o existencia de otras enfermedades concomitantes.
- Estilo de afrontamiento de la enfermedad y personalidad.
- Extracción social.
- Educación, profesión.
- Experiencias pasadas.

TABLA 5. Determinantes sociales, ambientales y económicos de las enfermedades mentales

Factores de riesgo	Factores de Protección
Acceso a drogas y alcohol	Integración de minorías étnicas
Desplazamiento, aislamiento y enajenamiento social	Interacciones interpersonales positivas
Falta de educación, transporte y vivienda	Participación social
Nutrición deficiente	Responsabilidad y tolerancia social
Pobreza	Servicios sociales
Injusticia racial y discriminación	Apoyo social y redes comunitarias
Migración a áreas urbanas	
Violencia y delincuencia	
Guerra	
Estrés laboral y desempleo	

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones políticas²².

2.2.2.4. Alteraciones funcionales en personas con Enfermedades Mentales ²¹

Los síntomas de las enfermedades mentales son experiencias subjetivas de la persona o fenómenos detectables en la conducta que expresan la reacción a un daño sufrido por la persona; implican desviaciones del normal funcionamiento o expresan daños en la integridad del sujeto. A modo de sumario, enumeraremos los síntomas más frecuentes:

- **Alteraciones del pensamiento:** Como las ideas delirantes, consisten en creencias que se imponen a la persona, que el sujeto no comparte con los demás en su medio cultural y que no son modificables por la experiencia.
- **Alteraciones del estado de ánimo:** Como la depresión (situación de tristeza extrema, con falta de interés por la vida, angustia, sensación de incapacidad para hacer nada y postración, con alto riesgo de suicidio y falta de reactividad ante las circunstancias de la vida) o el estado de manía (estados persistentes de euforia, con insomnio, hiperactividad y trastornos del pensamiento y del comportamiento).
- **Alteraciones de la sensopercepción:** Percepciones inusuales y anómalas causadas por su enfermedad. Las más frecuentes son de tipo auditivo
- **Alteraciones neurocognitivas:** Alteraciones de las capacidades funcionales básicas de la vida psíquica, como la capacidad de concentrarse, mantener la atención, pensar ordenadamente, usar la memoria. Pueden llegar a ser altamente discapacitantes.
- **Alteraciones de la conducta y del control de impulsos:** no poder ordenar y controlar la conducta con arreglo a los intereses de la persona o las pautas sociales

- **Síntomas negativos:** se denomina así a las alteraciones que se perciben como pasividad o ausencia de las facultades o potencialidades que consideramos normales, como la de pensar con claridad, tener iniciativas vitales, proyectos o propósitos

2.2.2.5. Restricciones en personas con Enfermedades Mentales ²¹

- **Restricciones para la actividad**

Como consecuencia de los síntomas básicos de la enfermedad, las personas enfermas afrontan dificultades en su funcionamiento normal en la sociedad, en varias áreas.

- **Autocuidados:** Cuidado de sus hábitos de vida, de la higiene, vestuario y otros elementos que afectan a la salud y a la imagen social.
- **Autonomía personal:** Capacidad de gestionar adecuadamente el dinero, la vivienda, la alimentación y otras actividades de la vida cotidiana.
- **Control de la conducta:** En situaciones de estrés social o en relación con sus síntomas, pueden comportarse de manera socialmente inapropiada o extraña.
- **Capacidad de tener iniciativas y motivación:** Les es difícil construir y desarrollar un proyecto vital viable, encuentran dificultades para su implicación en los proyectos colectivos.

- **Restricciones en la participación**

Son la consecuencia de la interacción de la persona discapacitada con el entorno. Son susceptibles de modificación si se actúa sobre el entorno. Las restricciones más habituales se encuentran en las siguientes áreas:

- **Relaciones interpersonales:** Sus relaciones sociales tienden a ser escasas, su red social pobre, y, especialmente en los momentos en que sus síntomas son más activos, corren el riesgo de caer en situaciones de derivación social y aislamiento.
- **Acceso a servicios sanitarios, sociales, de atención al ciudadano:** Debido a razones varias (dificultad de relación social, tratamientos poco motivadores, falta de conciencia de enfermedad, desconocimiento).
- **Dificultades para gestionar su tiempo libre:** Disfrutar.
- **Funcionamiento laboral:** Encuentran dificultades para acceder al trabajo y para mantenerlo.
- **Participación asociativa:** En política, actividades para la auto-representación y la defensa de sus derechos.

2.2.2.6. Enfermedades Mentales más frecuentes ²⁰

- **Esquizofrenia**

Es un trastorno psicótico caracterizado por un desorden cerebral de aparición aguda que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Los síntomas de las fases agudas suelen ser delirios (ideas falsas que el individuo cree ciegamente), alucinaciones (percepciones de cosas, sonidos o sensaciones que en realidad no existen) o conductas extravagantes. Es una enfermedad crónica, compleja, donde las personas que la sufren no tienen conciencia de estar enfermas; y que no afecta por igual a todos los pacientes: El 57% de las personas que sufren uno o varios brotes de esta enfermedad cursa con nula o mínima alteración de su capacidad del funcionamiento social. No obstante, el porcentaje restante sufre alteraciones importantes en su funcionamiento social y personal, necesitando para su recuperación la combinación de estrategias basadas en la farmacología (medicación) y en la psicología (terapias conductuales y cognitivas) con apoyo de recursos sociales y laborales

complementarios para facilitar su reintegración social y laboral. También es relevante para disminuir las recaídas de esta enfermedad la intervención en el ámbito familiar. Aparece normalmente en la adolescencia, y afecta a un 1% de la población mundial. Existen tratamientos muy efectivos para las crisis.

- **Trastorno de la personalidad**

Se trata de alteraciones del modo de ser propio del individuo, de su afectividad y de su forma de vivir y de comportarse, que se desvían de lo normalmente aceptable en su entorno y cultura. Existen distintos tipos: personalidad paranoide (personas con gran desconfianza y recelo en todo lo que le rodea), esquizoide (personas introvertidas, retraídas, que evitan el contacto social y no expresan emociones), personalidad obsesiva (personas rígidas, perfeccionistas, escrupulosas), etc. El diagnóstico de los diferentes tipos de trastornos de la personalidad requieren conocer de forma intensa y extensa la vida de la persona, el contraste de la información con terceros y de profesionales de gran experiencia clínica. Se están investigando tratamientos psicoterapéuticos específicos.

- **Depresión**

Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada, disminución de la actividad física y psíquica, falta de interés o placer en casi todas las actividades, sentimiento de impotencia, falta de valor y esperanza, sentimiento de culpa, llanto incontrolable, irritabilidad, pensamientos sobre la muerte o intentos de suicidio. Es una de las enfermedades mentales más comunes. Puede aparecer en cualquier edad, y una de cada 5 mujeres y uno de cada 10 hombres sufre depresión alguna vez en sus vidas. Existen tratamientos muy efectivos.

- **Trastorno bipolar**

Es un trastorno del estado de ánimo anteriormente conocida como enfermedad Maníaco – depresiva que se caracteriza por la presencia cíclica de períodos de fase maníaca (de elevación del estado de ánimo, eufórico, expansivo e irritable) y fases de depresión (pérdida de interés o placer en todas las actividades, abatimiento, sentimientos de infravaloración o de culpa; dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, etc.).

- **Ansiedad**

Es un trastorno caracterizado por la presencia incontrolable de preocupaciones excesivas y desproporcionadas, centradas en una amplia gama de acontecimientos y situaciones reales de la vida, y acompañadas por lo general de síntomas físicos, tales como sudoración, nerviosismo, inquietud, palpitaciones, etc.

- **Anorexia nerviosa**

Es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo.

- **Fobia**

Es un trastorno caracterizado por la aparición de un temor irracional muy intenso y angustioso a determinadas personas, cosas o situaciones, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Hay tipos diferentes según el objeto causante: Fobia social (a situaciones sociales), Agorafobia (a sitios cerrados o de donde es difícil salir), fobia a ciertos animales, etc.

- **Trastorno obsesivo compulsivo**

Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones (ideas y pensamientos de carácter persistente que el individuo reconoce como intrusas y absurdas y que causan un malestar y ansiedad) que la

persona intentará mitigar con las compulsiones (comportamientos o actos mentales de carácter recurrente).

- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

Es un trastorno que aparece en la infancia y que se caracteriza por un patrón persistente de desatención (fácil distracción por estímulos irrelevantes) y/o hiperactividad – impulsividad (moverse y hablar demasiado).

2.2.2.7. Prevención ²²

Las enfermedades mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. De acuerdo con los estimados proporcionados en el Informe de Salud Mundial 2001 de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecen de enfermedades mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida (OMS, 2001).

Las proyecciones estiman que para el año 2020 las condiciones neuropsiquiátricas serán responsables del 15% de las discapacidades a nivel mundial, y la depresión unipolar por sí sola será responsable del 5.7% de los DALYs. El impacto económico de los trastornos mentales es amplio, duradero y enorme. Estos trastornos imponen una serie de costos en los individuos, familias y comunidades. En general, los costos económicos de los problemas mentales son enormes y no se pueden medir fácilmente. Además de los costos del servicio social y de salud, la pérdida de empleo, la reducción de la productividad, el impacto en las familias y en los proveedores de cuidado personal, los niveles de criminalidad y seguridad pública y el impacto negativo de la mortalidad prematura, hay otros costos que son difíciles de medir y que no han sido tomados en cuenta, tales como el impacto negativo del estigma y la discriminación o los costos de oportunidades perdidas por los individuos y familias.

Para reducir la carga a la salud y la carga social y económica de los trastornos mentales, resulta esencial que los países y regiones presten mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental al nivel de formulación de políticas, legislación, toma de decisiones y asignación de recursos dentro del sistema general de atención de salud.

2.2.2.8. Tratamiento ²¹

El tratamiento en particular depende del tipo de enfermedad mental que tiene, la gravedad y lo que funciona mejor para la persona que lo padece. En muchos casos, una combinación de tratamientos funciona mejor. Una enfermedad mental leve con síntomas bien controlados, el tratamiento de un proveedor de atención médica puede ser suficiente. Sin embargo, a menudo un enfoque de equipo es adecuado para asegurarse de que se cumplen todas sus necesidades psiquiátricas, médicas y sociales. Esto es especialmente importante para las enfermedades mentales graves, como la Esquizofrenia.

- **Psicoterapia**

La psicoterapia, también llamada terapia de conversación o consejería psicológica, es un proceso de tratamiento de las enfermedades mentales al hablar de su condición y otros temas relacionados con un proveedor de salud mental. Durante la psicoterapia, se aprende acerca de la condición y de los estados de ánimo, sentimientos, pensamientos y comportamientos. Existen muchos tipos específicos de psicoterapia, cada uno con su propio enfoque para la mejora del bienestar mental. La psicoterapia a menudo se puede completar con éxito en unos pocos meses, pero en algunos casos, el tratamiento a largo plazo puede ser útil.

- **Medicamentos**

Los medicamentos psiquiátricos no curan la enfermedad mental, pero pueden mejorar significativamente los síntomas. Los medicamentos psiquiátricos también ayudan a que otros tratamientos, como la psicoterapia, sean más eficaces. La elección del medicamento dependerá de la situación particular, y como el cuerpo del paciente responde a la medicación.

- **Programas de tratamiento de hospitalización y residenciales**

La enfermedad mental se vuelve tan severa que necesita hospitalización psiquiátrica. La hospitalización se recomienda generalmente cuando el paciente no puede cuidar de sí mismo correctamente o cuando está en peligro inmediato de daño a sí mismo o a otra persona.

- **Tratamientos de estimulación cerebral**

Tratamientos de estimulación cerebral, se usan para la depresión y otros trastornos de salud mental. Son generalmente reservados para situaciones en que los medicamentos y la psicoterapia no han funcionado. Estos incluyen la Terapia Electroconvulsiva (TEC), la estimulación magnética transcraneal, la estimulación del nervio vago y un tratamiento experimental llamado Estimulación cerebral profunda.

2.2.3. Psicofármacos

2.2.3.1. Definición de Psicofarmacología ²³

La Asociación Americana de Psicofarmacología Clínica (American Association of Clinical Psychopharmacology) define a la psicofarmacología como el estudio del uso de medicación para tratar los trastornos mentales.

La Psicofarmacología adquiere una nueva dimensión que va más allá de ser una mera rama de la Farmacología, ya que implica a aspectos de la personalidad y de las enfermedades mentales, a lo que se añade la ausencia de modelos animales satisfactorios para reproducir enfermedades mentales tales como Esquizofrenia o Depresión, sin que se pueda establecer las razones de los cambios en la conducta animal, y siendo necesario administrar el psicofármaco a quien padece la enfermedad que este trata, para poder determinar su eficacia.

2.2.3.2. Definición de Psicofármacos ²⁴

Los Psicofármacos, son medicamentos que actúan principalmente a nivel del sistema nervioso central induciendo cambios en los procesos de pensamiento, percepción, afecto, estado de vigilia y comportamiento, tanto normal como patológico. Por lo tanto, en el momento actual, estas sustancias no son específicas por las alteraciones normales del aparato psiquiátrico, hecho que amerita hacer un balance entre lo malo que se desea modificar y lo bueno que simultáneamente se alterara.

Existen otras sustancias que sin ser primariamente Psicofármacos pueden modificar en forma secundaria el funcionamiento psíquico, tal es el caso de algunos antibióticos y hormonas.

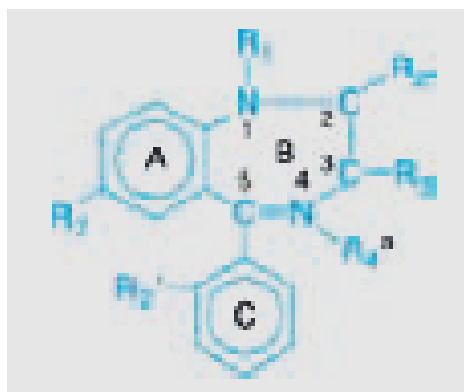
2.2.3.3. Clasificación de los Psicofármacos ²⁵

Según Goodman & Gilman, la Farmacoterapia en las enfermedades mentales, está clasificada en tres grandes tipos, las cuales han sido tomadas como referencia en la investigación, entre ellas se encuentran los ansiolíticos, los antidepresivos y los antipsicóticos.

- **Ansiolíticos**

Los primeros fármacos con efecto ansiolítico selectivo y también hipnótico fueron los barbitúricos (como por ejemplo, Barbital, Fenobarbital o Meprobamato), los cuales, llegaron a ser conocidos también por su riesgo de sobredosis potencialmente letal, sus propiedades para crear hábito y su capacidad para inducir dependencia física severa. Las Benzodiazepinas, quizá los ansiolíticos mejor conocidos y más extensamente utilizados, actúan aumentando las acciones del Ácido Gamma Aminobutírico (GABA) a nivel de la amígdala y del córtex prefrontal en los circuitos córtico-estriado-talámico-corticales. El GABA es un aminoácido y uno de los neurotransmisores claves involucrados en la ansiedad y en la acción ansiolítica de muchos fármacos empleados para tratar el espectro de los trastornos de ansiedad, siendo el principal neurotransmisor inhibitor en el cerebro y normalmente cumple un importante papel regulador reduciendo la actividad de muchas neuronas.

Las Benzodiazepinas son muy seguras y efectivas en el tratamiento de la ansiedad a corto plazo. Sin embargo, su uso prolongado (sobre seis meses) puede conducir a tolerancia y dependencia. Suponen un tratamiento indicado para: reacción adaptativa, trastornos fóbicos, trastornos de pánico, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastornos psicofisiológicos relacionados con la ansiedad (trastornos por somatización) y otros trastornos con agitación o ansiedad prominente.



BENZODIAZEPINA	R ₁	R ₂	R ₃	R ₇	R ₂ '
Alprazolam	[Anillo triazol fusionado] ^b		—H	—Cl	—H
Brotizolam†	[Anillo triazol fusionado] ^b		—H	[Anillo tieno A] ^c	—Cl
Clobazam ^{a,†}	—CH ₃	=O	—H	—Cl	—H
Clonazepam	—H	=O	—H	—NO ₂	—Cl
Clorazepato	—H	=O	—COO ⁻	—Cl	—H
Clordiazepóxido ^a	(—)	—NHCH ₃	—H	—Cl	—H
Demoxepam ^{a,†,‡}	—H	=O	—H	—Cl	—H
Diazepam	—CH ₃	=O	—H	—Cl	—H
Estazolam	[Anillo triazol fusionado] ^d		—H	—Cl	—H
Flumazenilo ^a	[Anillo imidazol fusionado] ^e		—H	—F	[=O en C ₅] ^g
Flurazepam	—CH ₂ CH ₂ N(C ₂ H ₅) ₂	=O	—H	—Cl	—F
Lorazepam	—H	=O	—OH	—Cl	—Cl
Midazolam	[Anillo imidazol fusionado] ^f		—H	—Cl	—F
Nitrazepam†	—H	=O	—H	—NO ₂	—H
Nordazepam†,§	—H	=O	—H	—Cl	—H
Oxazepam	—H	=O	—OH	—Cl	—H
Prazepam†	—CH ₂ —CH ₂ CH ₃	=O	—H	—Cl	—H

FIGURA 2. Clasificación de los Ansiolíticos

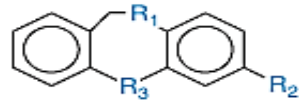
- **Antidepresivos**

Existen muchas clases de antidepresivos diferentes y docenas de fármacos. El paradigma del tratamiento con antidepresivos se ha modificado de forma importante en los últimos años, tanto que ahora el objetivo es la completa remisión de síntomas (a diferencia de los tratamientos farmacológicos de la esquizofrenia) y parece que los antidepresivos funcionan bastante bien mejorando el humor depresivo, la ideación suicida y el retraso psicomotor.

Los medicamentos antidepresivos incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina, los Aminas tricíclicos y los inhibidores de la Monoamina oxidasa, resultando efectivos en el tratamiento de la depresión y la ansiedad comórbida. Los antidepresivos producen un incremento transitorio en el cerebro de determinados neurotransmisores del tipo Monoamina, tales como la serotonina y la noradrenalina, bien por la inhibición de su degradación, o bien, bloqueando su reabsorción o recaptación por las neuronas en la sinapsis.

Inhibidores de la recaptación de noradrenalina

Aminas tricíclicas terciarias



R_1 R_2 R_3

Amitriplilina (ELAVIL, y otros más)

C H C=CH(CH₂)₂N(CH₃)₂

Clomipramina (ANAFRANIL)

C Cl N—(CH₂)₃N(CH₃)₂

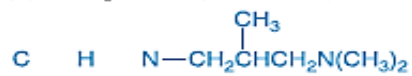
Doxepina (ADAFIN, SINEQUAN)

O H C=CH(CH₂)₂N(CH₃)₂

Imipramina (TOFRANIL y otros más)

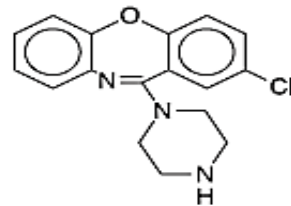
C H N—(CH₂)₃N(CH₃)₂

(+)-Trimipramina (SURMONTIL)

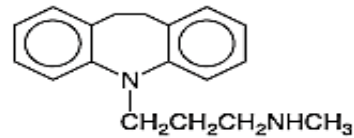


Aminas tricíclicas secundarias

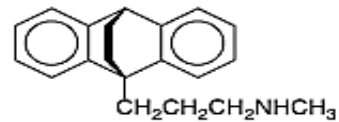
Amoxapina (ASENDIN)



Desipramina (NORPRAMIN)



Maprotilina (LUDIOMIL)



Nortriptilina (PAMELOR)

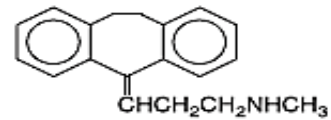
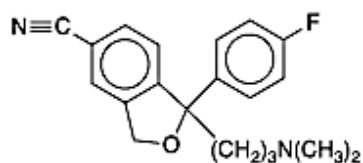


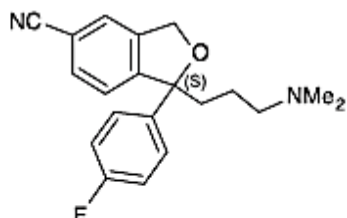
FIGURA 3. Clasificación de los Antidepresivos (parte 1)

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

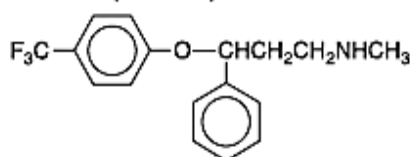
(±)-Citalopram (CELEXA)



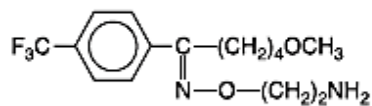
(+)-Escitalopram (LEXAPRO)



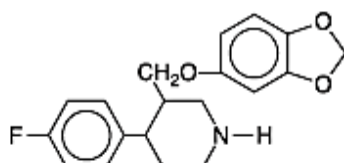
(±)-Fluoxetina (SARAFEM)



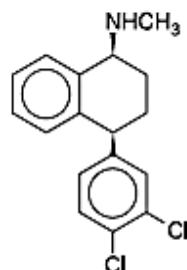
Fluvoxamina (LUVOX)



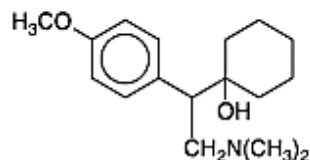
(-)-Paroxetina (PAXIL)



(+)-Sertralina (ZOLOFT)

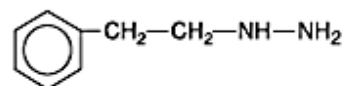


(±)-Venlafaxina (EFFEXOR)

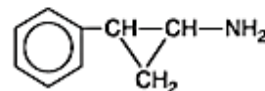


Inhibidores de la monoaminoxidasa

Fenelzina (NARDIL)



Tranilcipromina (PARNATE)



(-)-Selegilina (ELDEPRYL)

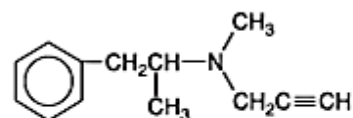
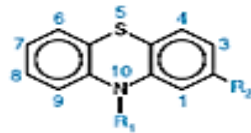


FIGURA 4. Clasificación de los Antidepresivos (parte 2)

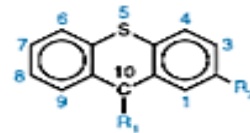
- **Antipsicóticos**

Los antipsicóticos son medicamentos calmantes usados para contrarrestar la inquietud interior, la agitación psicomotora y el insomnio severo, estados que pueden surgir en los siguientes contextos: psicosis esquizofrénica, especialmente en sus formas paranoide y severa, manía, síndromes psicóticos como secuela de un trastorno orgánico cerebral y depresión, especialmente la que cursa con síntomas de agitación y ansiedad. Los primeros fármacos que demostraron ser eficaces en el tratamiento de la Esquizofrenia fueron los antipsicóticos típicos o de primera generación (como por ejemplo, Haloperidol o Clorpromacina), los cuales bloquean los receptores dopaminérgicos D2 del estriado, siendo efectivos para el tratamiento de los síntomas positivos de la Esquizofrenia aunque no mejoran e incluso pueden empeorar el deterioro cognitivo. Los antipsicóticos atípicos o de segunda generación (por ejemplo, Clozapina, Olanzapina o Risperidona) ofrecen algunos beneficios cognitivos, quizás derivados de su acción sobre la función cortical prefrontal mediada por receptores distintos de la dopamina.

Fenotiazinas



Tioxantenos



R ₁	R ₂	R ₁	R ₂
Clorhidrato de clorpromazina (THORAZINE) —(CH ₂) ₃ —N(CH ₂) ₂	—Cl	Clorprotixeno (TARACTAN) CH—(CH ₂) ₂ —N(CH ₂) ₂	—Cl
Besilato de mesoridazina (SERENTIL) 	—SCH ₃ O	Clorhidrato de tioxixeno (NAVANE) 	—SO ₂ N(CH ₂) ₂
Clorhidrato de tioridazina (MELLARIL) 	—SHC ₃		
Clorhidrato de flufenazina Enantato de flufenazina Decanoato de flufenazina (PERMITIL y PROLINXIN) (PROLINXIN) —(CH ₂) ₃ —N—(CH ₂) ₂ —OH	—CF ₃		
Perfenazina (TRILAFON) (CH ₂) ₃ —N—(CH ₂) ₂ —OH	—Cl		
Clorhidrato de tirfluoperazina (STELAZINE) —(CH ₂) ₂ —N—(CH ₂) ₂ —CH ₃	—CF ₃		

FIGURA 5. Clasificación de los Antipsicóticos (parte 1)

Otros compuestos heterocíclicos (cont.)

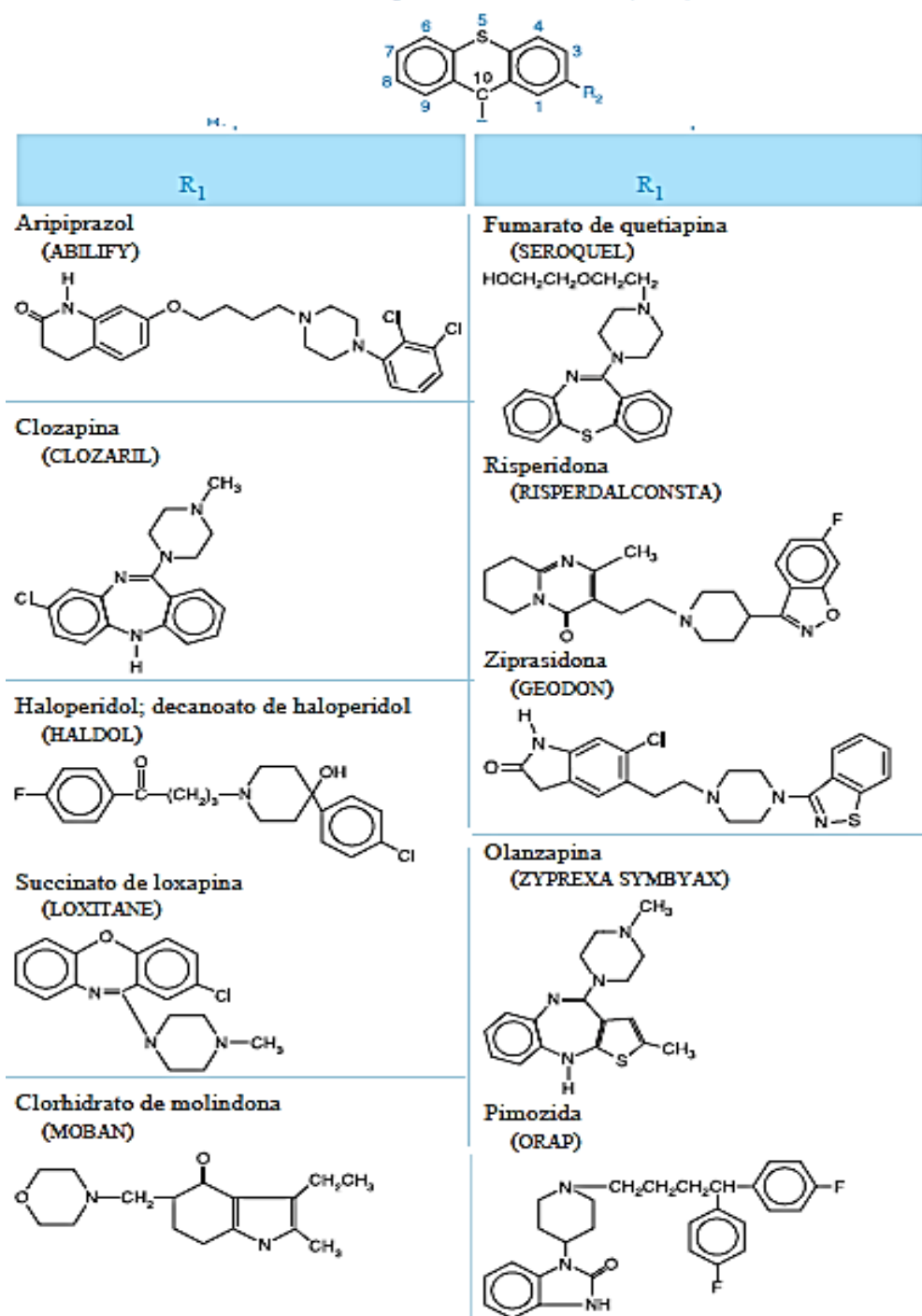


FIGURA 6. Clasificación de los Antipsicóticos (parte 2)

TABLA 6. Clasificación de los Medicamentos Psicofármacos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales – 2015.

Medicamentos Psicofármacos		
Medicamentos utilizados en los trastornos psicóticos		
Sulpirida	200 mg	Tableta
Clorpromazina clorhidrato	100 mg 25 mg/ml	Tableta Inyectable
Haloperidol	5 mg y 10 mg 2 mg/ ml, 5 mg/ml y 50 mg/ ml	Tableta Inyectable
Medicamentos utilizados en trastornos depresivos		
Amitriptilina	25 mg	Tableta
Fluoxetina	20 mg	Tableta
Sertralina	50 mg	Tableta
Medicamentos utilizados en trastornos bipolares		
Carbamazepina	200 mg	Tableta
Litio carbonato	300 mg	Tableta
Valproato sódico	500 mg	Tableta
Medicamentos utilizados en la ansiedad generalizada y los trastornos del sueño		
Alprazolam	0,5 mg	Tableta
Clonazepan	2 mg	Tableta
Diazepam	5 mg y 10 mg 5 mg/ml	Inyectable
Medicamentos utilizados en trastornos obsesivos compulsivos y ataques de pánico		
Clomipramina clorhidrato	25 mg	Tableta
Medicamentos utilizados en programas de dependencia		
Disulfiram	500 mg	Tableta
Medicamentos utilizados en trastornos de hiperactividad		
Metilfenidato clorhidrato	10 mg	Tableta

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales²⁶.

2.2.3.4. Mecanismo de acción de los principales Psicofármacos²⁷

- **Ansiolíticos**

Las Benzodiazepinas mimetizan los efectos del GABA. Los receptores para GABA son de varios tipos; los Ionotrópicos (GABA_A y GABA_C) y los Metabrotropicos (GABA_B).

- **Receptor GABA_A**: Situado en la membrana plasmática del terminal post sináptico es el que se relaciona con los receptores de las Benzodiazepinas. La acción del GABA_A facilita la entrada del ion cloro (Cl⁻) dentro de la neurona, lo que produce la hiperpolarización de la neurona haciéndola menos susceptible a los estímulos activadores y, por lo tanto, produciendo un estado de inhibición neuronal. El efecto de las benzodiazepinas modifica la disposición estructural tridimensional del receptor, haciendo que el efecto de apertura del canal del Cl⁻ por la acción del GABA se potencie. Esta acción se conoce como modulación alostérica.
- **Receptor GABA_B**: No es modulado alostéricamente por las benzodiazepinas como el GABA_A. Los receptores GABA_B aumentan la permeabilidad al K⁺ y transmiten la señal por medio de segundo mensajeros. Están asociados a proteínas G.
- **Receptor GABA_C**: Existe una tercera clase de receptores GABA, los GABA_C que al igual que los GABA_A son receptores ionotrópicos, ligados a canales iónicos, a los que algunos consideran un subtipo de receptores GABA_A.

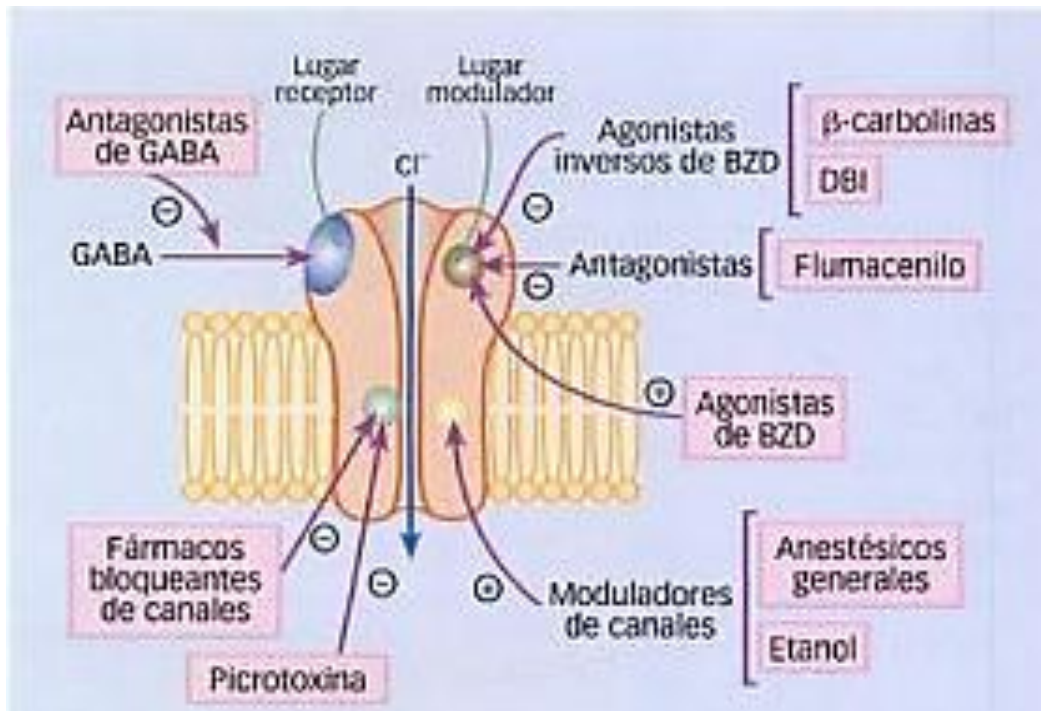


FIGURA 7. Mecanismo de acción de los ansiolíticos

- **Antidepresivos**

A continuación se describen los mecanismos más importantes que se han relacionado con la actividad de los antidepresivos.

- **Inhibición del Metabolismo Monoaminérgico:** En cuando a los IMAO, puede decirse que, son excepción de los nuevos fármacos de su grupo, estos agentes actúan mediante un mecanismo “suicida”, causando una inhibición irreversible de la enzima Mitocondrial, Monoaminoxidasa (MAO) que participa en la oxidación de las Monoaminas.
- **Inhibición de la recaptación de Monoaminas:** Siguiendo las hipótesis Catecolaminérgica y Serotoninérgica, la acción inhibitoria sobre la recaptación de Noradrenalina o 5-HT conduciría a un incremento de estas amina en el espacio sináptico gracias al cual se produciría el efecto antidepresivo. Es decir, el aumenta de las Monoaminas en la sinapsis conduciría a una hiperactivación, según el caso, de los

autoreceptores presinápticos alfa-adrenérgicos o 5-HT, mediante la cual se potenciaría la retracción de Noradrenalina y 5-HT.

- **Otros mecanismos farmacológicos:** Estudios experimentales demuestran que el tratamiento crónico con antidepresivos previene las alteraciones metabólicas, estructurales y de la neurogénesis causadas por el estrés, hecho que podría asociarse con una estimulación de la vía de AMPc y el incremento de la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro, compuesto que participa en los procesos de plasticidad y supervivencia neuronales. Otras posibles vías de acción de los antidepresivos serían el incremento de la expresión de los receptores de los Glucocorticoides (GR) y Mineralcorticoides (MR), las acciones sobre algunos receptores de Glutamato y el efecto sobre algunos Neuropeptidos (THR) o antagonistas de los receptores neuropeptidos, y en concreto de la sustancia P (receptor de taquicinina NK1), todos ellos relacionados con la respuesta al estrés.

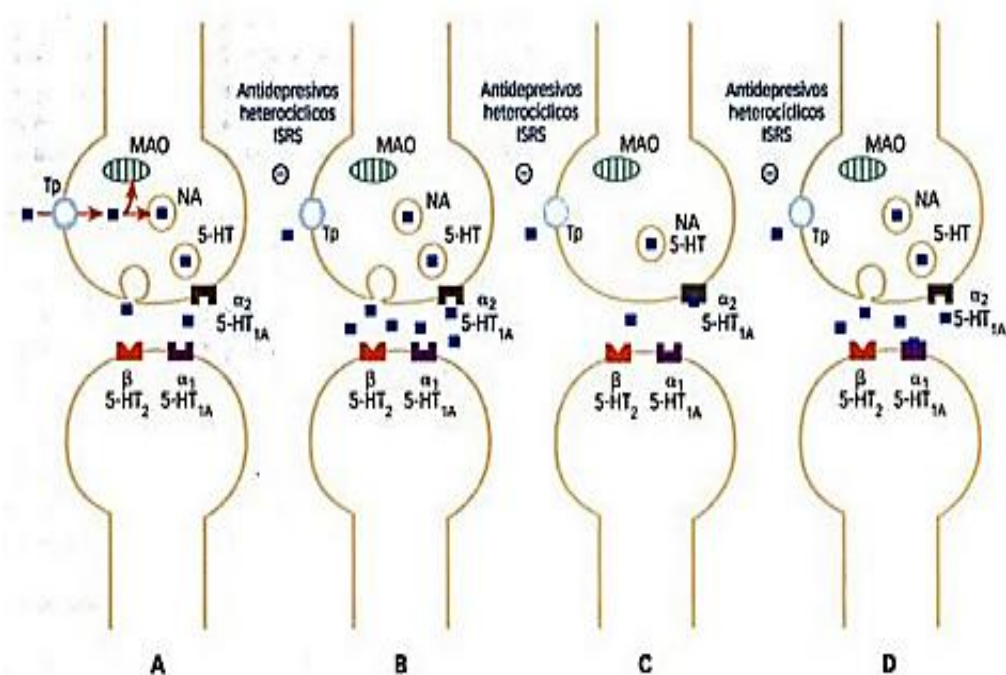


FIGURA 8. Mecanismo de acción de los antidepresivos

- **Antipsicóticos**

En un principio, lo importante en el tratamiento de la esquizofrenia era controlar los síntomas psicóticos, todo ello se debía a la producción de un bloqueo inespecífico de los receptores Dopaminérgicos D_2 en todas las vías Dopaminérgicas centrales. Hoy en día, se considera fundamental que un antipsicótico, además de ser eficaz sobre los síntomas positivos, no produzca ni agrave el déficit cognitivo.

- **Receptores D_2** : En el pasado se atribuía la fisiopatología de la esquizofrenia a un exceso de actividad Dopaminérgica, por lo que era lógico se centraran en el antagonismo D_2 .
- **Receptores 5-HT₂/ D_2** : Posteriormente se incrementó el interés por la serotonina, apareciendo los antagonistas 5-HT₂/ D_2 .

Para los nuevos antipsicóticos se mantienen el antagonismo de los receptores D_2 en la vía mesolímbica, pero en la vía nigroestriada el bloqueo D_2 se compensa por el incremento de la liberación de dopamina debido al bloqueo de los receptores 5-HT₂. Además el antagonismo 5-HT_{2A} contrarresta el déficit de Dopamina mesocortical, lo que justifica una mejoría tanto de los síntomas negativos como de los positivos e impide el incremento de prolactina consecuente al bloque Dopaminérgico y disminuye la incidencia de galactorrea, amenorrea y ginecomastia.

2.2.3.5. Indicaciones Terapéuticas de los principales Psicofármacos²⁶

- **Ansiolíticos**

La mayor parte de estos fármacos se puede usar indistintamente. Por ejemplo, puede administrarse Diazepam para tratar los síntomas de

abstinencia del alcohol, y casi todas las benzodiazepinas funcionan como hipnóticas. Las Benzodiazepinas que resultan útiles como anticonvulsivos, y se requiere que entren con rapidez en el cerebro para que sean eficaces en el tratamiento del estado epiléptico. Existe una desventaja de incremento de la proclividad al consumo excesivo y la gravedad de la abstinencia después de interrumpir la administración.

TABLA 7. Indicaciones terapéuticas, de los ansiolíticos comercializados en Perú.

Compuesto	Ejemplos de aplicaciones terapéuticas
Alprazolam	Trastorno de ansiedad y agarofobia
Clonazepam	Trastornos convulsivos, tratamiento auxiliar los efectos en caso de manía anticonvulsivos aguda y en ciertas anomalías de los movimientos
Diazepam	Trastornos de ansiedad, estado epiléptico, relajación del músculo estriado, premedicación anestésica
Lorazepam	Trastornos de ansiedad, medicación preanestésica
Midazolam	Medicación preanestésica y transoperatoria

Fuente: Brunton L, Chabner B, Knollman. Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica

- **Antidepresivos**

Además de utilizarse en el síndrome de depresión mayor del adulto, los antidepresivos diversos han sido útiles en general, en otros trastornos que pudieran tener o no relación psicobiológica con los trastornos del ánimo. Entre las aplicaciones actuales se incluyen supresión rápida aunque temporal de la enuresis con antidepresivos tricíclicos en bajas dosis (como 25 mg) antes de la hora de acostarse, incluidos Imipramina y Nortriptilina. Los antidepresivos tienen una participación cada vez mayor en otros padecimientos, entre ellos trastorno de déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos. En general los antidepresivos se utilizan para las siguientes indicaciones terapéuticas:

- Depresión Mayor
- Distimia
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Trastorno de Crisis de angustia
- Fobia Social
- Trastorno de Control de Impulsos

- **Antipsicóticos**

Los antipsicóticos se usan en diversas situaciones, además de su uso para tratar a los pacientes psicóticos o maníacos. Entre tales indicaciones están el tratamiento de las náuseas y los vómitos, la alucinosis alcohólica, algunas enfermedades Neuropsiquiátricas como los autismos, y otras caracterizadas por trastornos cinéticos (como en el síndrome de la Tourette y la enfermedad de Huntington) y a veces prurito e hipo rebelde.

2.2.3.6. Efectos Adversos de los principales Psicofármacos ²⁶

- **Ansiolíticos**

Cabe esperar que, para el momento en que alcanzan su concentración plasmática máxima, las dosis hipnóticas de Benzodiazepinas produzcan grados variables de aturdimiento, laxitud, incremento del tiempo de reacción, incoordinación motora, trastorno de las funciones mentales y motoras, confusión y amnesia anterógrada.

La cognición se afecta en menor grado que el rendimiento motor. Todos estos efectos pueden trastornar en gran medida las habilidades para conducir vehículos y efectuar otras tareas psicomotoras, en especial si el fármaco se combina con etanol. Cuando el fármaco se administra en el momento en que el paciente pretende dormir, la persistencia de estos efectos durante las horas de vigilia es adversa. Estos efectos residuales se relacionan claramente con la dosis y pueden ser insidiosos, puesto que

la mayoría de los sujetos no valora en su magnitud el grado de su trastorno. Puede haber también somnolencia residual durante el día como efecto adverso, aunque el tratamiento farmacológico eficaz puede reducir la somnolencia diurna resultante del insomnio crónico. La intensidad y la incidencia de la Toxicosis del SNC suelen incrementarse al avanzar la edad; participan factores tanto Farmacocinéticos como Farmacodinámicos. Otros efectos adversos relativamente frecuentes son debilidad, cefalea, visión borrosa, vértigos, náuseas y vómitos, malestar epigástrico y diarrea; artralgias, dolor precordial e incontinencia son mucho menos comunes. Las Benzodiazepinas anticonvulsivas incrementan, en ocasiones, la frecuencia de las convulsiones en pacientes epilépticos. Más adelante se consideran los posibles efectos adversos de las alteraciones en las características del sueño.

- **Antidepresivos**

Los antidepresivos suelen generar efectos secundarios importantes. Los antidepresivos tricíclicos producen de manera sistemática efectos adversos en el sistema nervioso autónomo, relacionados en parte con sus acciones antimuscarínicas relativamente potentes. Éstos incluyen boca seca y un sabor agrio o metálico, molestias epigástricas, estreñimiento, mareos, taquicardia, palpitaciones, visión borrosa (acomodación inadecuada, con incremento del riesgo de glaucoma) y retención urinaria. Los efectos cardiovasculares incluyen hipotensión ortostática, taquicardia sinusal, y prolongación variable de los tiempos de conducción cardíaca, con el potencial de arritmias, en particular cuando hay sobredosis.

En ausencia de cardiopatía, el principal problema relacionado con fármacos parecidos a la Imipramina es la hipotensión postural, quizá relacionada con acciones antiadrenérgicas. La debilidad y la fatiga son atribuibles a efectos centrales de los antidepresivos tricíclicos, en particular aminas terciarias y Mirtazapina, que tienen potentes efectos antihistamínicos centrales. Otros efectos en el SNC comprenden riesgo variable de confusión o delirio, debido en gran parte a efectos parecidos a

la atropina de los antidepresivos tricíclicos. También sobrevienen crisis convulsivas epilépticas; esto es en especial probables con dosis de Bupropión.

- **Antipsicóticos**

Los antipsicóticos poseen un alto índice terapéutico y por lo común son agentes inocuos. Aunque se han informado defunciones ocasionales por sobredosificación, esto es raro si el paciente recibe asistencia médica y si la sobredosificación no se complica por la ingestión concurrente de alcohol u otras sustancias. Pacientes adultos han sobrevivido a dosis de Clorpromazina de hasta 10 g, y al parecer no se han informado muertes por la sola sobredosificación de Haloperidol, aunque el síndrome maligno por neurolépticos y las reacciones distónicas que alteran la respiración pueden resultar letales.

Los efectos adversos suelen ser extensiones de las muchas acciones farmacológicas de estos fármacos. Las más importantes son las que ocurren en Aparato Cardiovascular, sistemas nerviosos autónomo y central, y funciones endocrinas. Otros efectos peligrosos son convulsiones, agranulocitosis, toxicidad cardíaca y degeneración pigmentaria de la retina, fenómenos todos ellos raros.

2.2.4. Buenas Prácticas de Prescripción ³

2.2.4.1. Definición de Prescripción Médica

La prescripción médica es el resultado de un proceso Lógico – Deductivo mediante el cual el prescriptor, a partir del conocimiento adquirido, escucha el relato de síntomas del paciente, realiza un examen físico en busca de signos, concluye en una orientación diagnóstica y toma una decisión terapéutica. Esta decisión implica indicar medidas como el uso de medicamentos, lo cual es plasmado en una receta médica.

Debe además compartir las expectativas con el paciente, brindarle la información que requiera, comprobar que conoce los riesgos a que se somete al utilizar un medicamento y procurar que el tratamiento prescrito esté al alcance de sus posibilidades económicas.

La prescripción médica es un acto complejo, que requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética. Se debe recordar que el prescriptor asume la responsabilidad legal por las implicancias de la prescripción.

2.2.4.2. Tipos de Prescripciones médicas

En el Perú, existen dos tipos de Prescripciones Médicas. De acuerdo al producto farmacéutico, la dispensación del medicamento, requiere la presencia obligatoria de la prescripción médica. Existen requisitos diferentes para el uso de cualquiera de las dos prescripciones médicas, en ambas, la información debe estar de forma clara y precisa, protegiendo la intimidad y confidencialidad de los pacientes.


El Decreto Supremo 023 – 2001 – SA: “Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y otras sustancias sujetas a Fiscalización Sanitaria”, describe en el Artículo 23° y Artículo 27°, los requisitos que deben consignar las Recetas Médicas, para cumplir con las Buenas Practicas de Prescripción.

- **Receta Única Estandarizada**

La Prescripción de Medicamentos que contienen sustancias comprendidas en las listas IIB, IVA, IVB y VI a que se refiere el Artículo 2° del presente reglamento, se realizará en Receta Médica común, la que deberá cumplir con lo siguiente:

- a). Nombre, número de colegiatura, número de teléfono y dirección del médico tratante.

- b). Nombre y apellidos del paciente.
- c). Nombre del medicamento con su Denominación Común Internacional
- d). Concentración del Principio Activo
- e). Forma farmacéutica.
- f). Dosis posológica
- g). Período de administración
- h). Lugar, fecha, firma y sello del prescriptor.



Ministerio de Salud
Perú

Establecimiento de Salud

RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

Nombres y Apellidos _____

Código de atención del SIS

Edad

H.C.

USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD MÉDICA
Demanda <input type="checkbox"/>	Consulta externa <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/>
SIS <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Cirugía <input type="checkbox"/>
Intervención sanitaria <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>	Gineco - Obstetricia <input type="checkbox"/>
Otros _____	Odontología <input type="checkbox"/>	Pediatría <input type="checkbox"/>
	Otros _____	Otros _____
	N.º de cama _____	

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) _____

(CIE-10)

Rp.

Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad

Sello / Firma / CoL Profesional

Fecha de atención

Válido hasta

INT.SANIT./SIS/SOAT FIRMA, DNI Y HUELLA DIGITAL

PARA: FARMACIA - SISME R

FIGURA 9: Receta Única Estandarizada

- **Receta Especial para Estupefacientes y Psicotrópicos**

Para la Prescripción de Medicamentos que contienen las sustancias incluidas en las listas IIA, IIIA, IIIB y IIIC, a que se refiere el artículo 2º de este reglamento, se utilizarán los recetarios especiales, numerados e impresos en papel autocopiativo, que distribuye el Ministerio de Salud. Al prescribir dichos medicamentos se deberá consignar en forma manuscrita, clara y precisa, sin dejar espacios en blanco ni realizar enmendaduras, la siguiente información:

- a). Nombre, número de colegiatura, número de teléfono y dirección del médico tratante.
- b). Nombre y apellidos, dirección, número de teléfono y número del DNI del paciente.
- c). Diagnóstico.
- d). Nombre del medicamento con su DCI.
- e). Concentración del principio activo y forma farmacéutica.
- f). Posología, indicando el número de unidades por toma y día, así como la duración del tratamiento.
- g). Lugar, fecha de expedición, firma habitual del profesional que prescribe y sello.


Ministerio de Salud	N°
 DIGEMID	
RECETA ESPECIAL PARA ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS (D. L. 22095 /DS-023-01-SA)	
PACIENTE: Nombre y Apellidos: Diagnóstico: Domicilio: DNI: Carnet de Extranjería o N° de Pasaporte	
Rp: Nombre: DCI: Concentración: Forma Farmacéutica: Posología: cada horas, durante día(s)	
PROFESIONAL MÉDICO Nombre: Dirección: Distrito N° de Colegiatura: Teléfono: Lugar y Fecha de expedición: Firma y sello del médico	

FIGURA 10: Receta Especial para Estupefacentes y Psicotr3picos

2.2.4.3. Factores que influyen en la prescripci3n

El acto de prescripci3n es una decisi3n tomada en un contexto en el cual intervienen factores que influyen en las determinaciones del prescriptor:

- **Regulatorios:** La Ley General de Salud y otros Dispositivos Legales emitidos por el Ministerio de Salud regulan la prescripción.
- **Industria Farmacéutica:** Los mecanismos de promoción y publicidad que realiza la Industria Farmacéutica ejercen influencia en los hábitos de prescripción. Existen dispositivos legales, acuerdos y recomendaciones respecto a la promoción y publicidad de medicamentos, establecidos en la Ley General de Salud (Capítulo III, Artículos 69º, 70º, 71º y 72º), el Código de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (FIIM): «Normas de comercialización de productos farmacéuticos», y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS): «Criterios éticos para la promoción de medicamentos»; sin embargo, con frecuencia se constatan transgresiones a las mismas.
- **Educativos:** La formación adecuada en terapéutica médica, iniciada en el período de pregrado, continuada en el postgrado y actualizada a lo largo de su vida profesional, es capital para que el profesional de salud que prescribe se encuentre en condiciones de tomar decisiones terapéuticas de calidad.

La formación clínica que se brinda en pregrado se centra con frecuencia en las capacidades diagnósticas más que en las terapéuticas. Los programas educativos están orientados a la enseñanza de la farmacología descriptiva, con escasa relación en el uso práctico de los medicamentos dentro de la práctica clínica.

En la formación postgraduada en las distintas especialidades médicas, los aspectos relacionados con el uso de los medicamentos no han sido incorporados en forma sistemática al currículo de estudios.

La educación médica continua es uno de los factores de impacto en la búsqueda de una prescripción racional, pero en muchos países en vías de desarrollo las oportunidades para realizarla son limitadas y muchas veces constituyen esfuerzos aislados.

En todas las instancias de formación de un profesional de la salud que prescribe, no se debe descuidar la enseñanza de los principios éticos que deben regir su conducta profesional, siendo ésta uno de los factores importantes en la calidad de atención de la salud.

- **Socio-económicos:** Toda persona que prescribe medicamentos debe tener en cuenta las condiciones socioeconómicas de la población, pues éstas ejercen influencia en la actuación profesional.

Así, el profesional de la salud que prescribe debe considerar los limitados recursos económicos del paciente, sus concepciones culturales, el grado de instrucción que tiene, el conocimiento que sobre el uso de medicamentos tenga, su entorno familiar, el costo de la atención de salud y de los medicamentos, entre otros.

Los prescriptores tienen la responsabilidad de conjugar todos estos factores a fin de decidir lo mejor para cada caso, según criterios técnicos, sociales y éticos.

2.2.4.4. Estrategias para promover una buena prescripción

- Capacitar y actualizar permanentemente a los profesionales prescriptores en temas de uso racional de medicamentos
- Disponer de información objetiva
- Promover una adecuada publicidad y promoción de medicamentos por parte de la industria farmacéutica
- Desarrollar guías nacionales de tratamiento basadas en evidencia, consensuadas, permanentemente actualizadas, y acordes con la realidad nacional
- Promover la conformación y funcionamiento de Comités Farmacológicos en los establecimientos de salud

- Difundir Normas Legales vigentes en el país referentes a la prescripción de medicamentos
- Realizar estudios de utilización de medicamentos y monitorización de la prescripción.

2.2.4.5. Prácticas incorrectas en la Prescripción de Medicamentos

- Empleo de medicamentos en situaciones clínicas que no lo requieran.
- Omitir las medidas no farmacológicas cuando son pertinentes.
- Uso de productos farmacéuticos de eficacia y/o seguridad cuestionables o de su asociación injustificada.
- Elección desafortunada del medicamento o de medicamentos para el problema diagnosticado en el paciente.
- Sobre-prescripción «Polifarmacia» o sub-prescripción de medicamentos.
- Falla en la dosificación, elección de la vía de administración y/o duración del tratamiento.
- Omisión de características relevantes del paciente o barreras culturales, para el ajuste de la terapia.
- Insuficiente o nula explicación al paciente de los aspectos de la prescripción.
- Prescripción de medicamentos caros existiendo alternativas más baratas e igualmente eficaces y seguras.
- Creencia de que los medicamentos genéricos son de calidad inferior a sus equivalentes de marca.
- Tendencia al empleo de medicamentos nuevos sin una adecuada evaluación comparativa de su beneficio y costo.
- Monitoreo deficiente de la farmacoterapia que puede impedir la detección precoz de falla terapéutica y/o de reacciones adversas medicamentosas.
- Escribir la receta e indicaciones para el paciente con letra ilegible.
- Indicaciones dadas para el paciente no bien consignadas, así como no detallar en forma clara y precisa las medidas farmacológicas y no farmacológicas.

2.3. Glosario de Términos

- **Acto Médico:** Es un conjunto de acciones que reciben los pacientes en los servicios de salud cuyo objetivo es su recuperación.
- **Farmacia:** Es la ciencia y práctica de la preparación, conservación, presentación y dispensación de medicamentos; también es el lugar donde se preparan, dispensan y venden los productos medicinales.
- **Atención Médica:** Es la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, enfermería y afines.
- **Medicamento Comercial:** Aquél medicamento que contiene un principio activo nuevo con el que se ha desarrollado alguna investigación y un desarrollo completos, y que ha recibido por parte de una autoridad sanitaria competente el permiso para la comercialización.
- **Medicamento Genérico:** Según la OMS, es aquel que se vende bajo la denominación del principio activo que contiene, el cual es bioequivalente a la marca original, quiere decir, que es igual en composición y forma farmacéutica y con la misma biodisponibilidad que la misma.
- **Calidad:** Se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.
- **Indicador:** entendido como procedimiento que permite cuantificar alguna dimensión conceptual y que, cuando se aplica, produce un número. Suele ser empleado para comparar desempeños entre períodos o entre entornos geográficos o sociales.

- **Paciente:** Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.
- **Diagnóstico:** Juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado.
- **Especialidad Médica:** Algunas especialidades médicas, que lo dotan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado.
- **D.C.I.:** Denominación Común Internacional, es el nombre oficial no comercial o genérico de una sustancia farmacológica.
- **Concentración del medicamento:** Indica la cantidad de medicamento que viene por cada unidad de medida del mismo, utilizando unidades como: microgramos, miligramos, unidades internacionales, etc. por un volumen determinado.
- **Forma Farmacéutica:** Es la presentación individualizada a que se adaptan los fármacos (principios activos) y excipientes (materia farmacológicamente inactiva) para constituir un medicamento.
- **Posología:** Es la rama de la Farmacología que estudia la dosificación de fármacos. Conocer la dosis/kg de peso del principio activo o sal activa.
- **Dosis:** En farmacología se entiende por dosis la cantidad de principio activo de un medicamento, expresado en unidades de volumen o peso por unidad de toma en función de la presentación, que se administrará de una vez. También es la cantidad de fármaco efectiva.

- **Frecuencia del medicamento:** Es una magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fármaco en el tratamiento del paciente.
- **Duración del tratamiento:** Duración de la exposición de un fármaco en el paciente, para erradicar o poner fin a la enfermedad.
- **Sello del prescriptor:** Instrumento con imágenes grabadas, que se utiliza para autorizar documentos. El sello del médico cuenta con su nombre completo y el número de colegiatura.
- **Firma del prescriptor:** Signo o escritura manuscrita, que una persona pone al pie de un documento para autorizar su contenido.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y observacional. La recolección de datos fue retrospectiva.

3.2. Población

En el estudio se analizó las recetas médicas con prescripción de Psicofármacos atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo durante el periodo Febrero 2015 – Abril 2016. La muestra se obtuvo con el permiso del supervisor de las sedes de Oficinas Farmacéuticas, que se analizó durante el periodo de estudio.

3.3. Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencias a las recetas médicas con prescripción de psicofármacos. Se incluyó a todas las recetas médicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación.

3.4. Tamaño de la muestra

Como correspondió a un muestro no probabilístico por conveniencia, se incluyó el total de muestra, es decir el 100 %, de las recetas médicas con prescripción de psicofármacos obtenidas durante el periodo de investigación. Se obtuvo un total de 544 recetas médicas en las dos sedes de las Oficinas Farmacéuticas.

3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión

3.5.1. Criterios de Inclusión

Se consideraron los siguientes criterios:

- Recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo
- Recetas que contengan prescripción de Psicofármacos
- Recetas emitidas durante el periodo Febrero 2015 a Abril 2016.

3.5.2. Criterios de Exclusión

No se consideraron los siguientes criterios:

- Recetas médicas atendidas en otras Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo, que no sean la sede 1 o sede 2.
- Recetas que contengan prescripción de otros medicamentos.
- Recetas emitidas fuera del periodo Febrero 2015 a Abril 2016.

3.6. Método

Se analizó las recetas médicas con prescripción de psicofármacos de los pacientes que acudieron a las Oficinas Farmacéuticas. Se midió que los indicadores de estudio cumplan con un Sí o No, la legislación vigente dentro de la Ley N° 26842 Ley General de Salud²⁸, Título II de los deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salida de terceros, Capítulo I del ejercicio de las profesiones médicas y afines de las actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud, Artículo 26; y también el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción³ del Ministerio de Salud para la culminación del proyecto de tesis.

3.7. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

Se realizó lo siguiente:

1. Se presentó el proyecto de tesis titulado “Buenas Prácticas de Prescripción de Psicofármacos en recetas médicas atendidas en Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo periodo Febrero 2015 – Abril 2016”, a la Universidad Privada Norbert Wiener en la Facultad de Farmacia y Bioquímica.
2. Se solicitó autorización al Supervisor de las Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo, para obtener el permiso de realizar la investigación dentro de sus establecimientos farmacéuticos en el periodo de estudio.
3. Se solicitó la autorización de los Directores Técnicos encargados de cada sede (Oficina Farmacéutica), para obtener el acceso a las recetas médicas archivadas dentro del establecimiento.
4. Se elaboró como instrumento, una Ficha de Recolección de Datos (Anexo 3), donde se incluyó los indicadores del estudio, para recabar la información sobre los errores de prescripción.
5. Se revisó y evaluó cada una de las recetas médicas archivadas con prescripción de psicofármacos en las Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo, y se tomó registro de los indicadores en la Ficha de Recolección de datos.

3.8. Procesamiento de datos

El procesamiento de datos consistió:

1. Se tabuló los datos obtenidos en las Fichas de Recolección de Datos al Programa de Microsoft Excel 2010 para obtener un resumen del registro de los indicadores de las recetas médicas. En el programa se tomó la numeración de 1 en el caso de que se si cumpla con el indicador; y 0 en el caso de que no se cumpla con el indicador.
2. Se introdujo los datos resumidos del Microsoft Excel para que el programa SPSS 22 realice el análisis, para determinar la frecuencia y porcentaje del cumplimiento de cada indicador que se registró en las recetas médicas
3. Se hizo uso del programa de Microsoft Word 2010 para la representación de tablas y gráficas respectivas de los indicadores, para la redacción de los resultados y la discusión de los resultados del proyecto de tesis.

3.8. Análisis de datos

Se determinaron los porcentajes obtenidos, y se compararon con resultados de otros trabajos de investigación, tanto internacionales como nacionales. Lo cual sirvió para observar la problemática de errores de prescripción de las recetas médicas atendidas en las Oficina Farmacéuticas del distrito de Surquillo, en comparación con otras instituciones.

IV. Resultados

TABLA 8. Porcentaje del tipo de establecimiento de salud de las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016

Tipo de establecimiento de salud	Frecuencia	Porcentaje
Privado	473	86,9 %
Público	71	13,1 %
Total	544	100 %

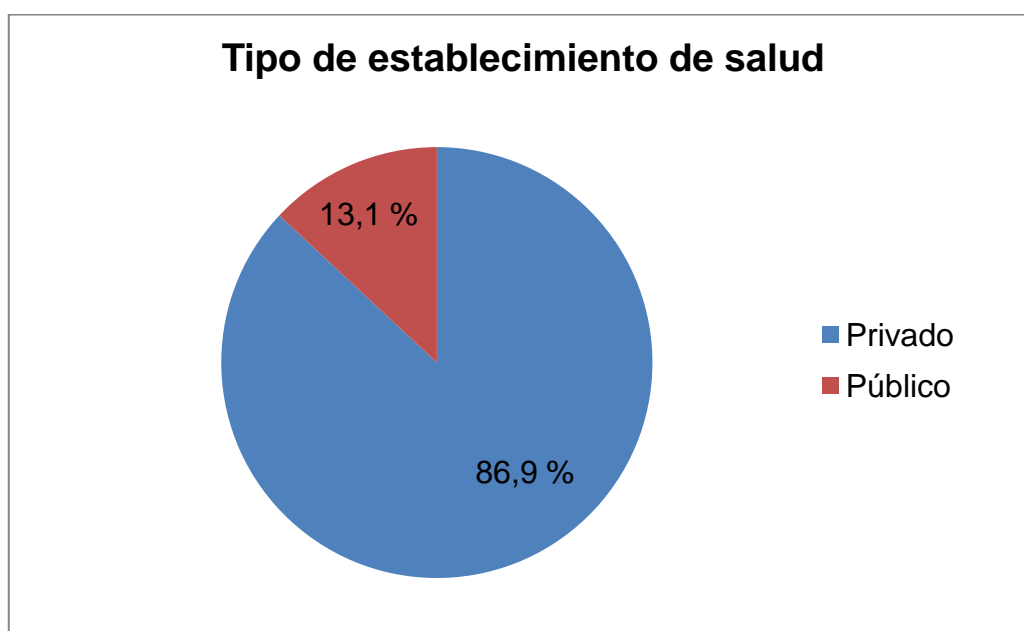


FIGURA 11. Porcentaje del tipo de establecimiento de salud de las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016

TABLA 9. Porcentaje de las especialidades médicas de los prescriptores en las recetas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Especialidad Médica	Frecuencia	Porcentaje
Médico Psiquiatra	289	53,1 %
Médico Neurólogo	63	11,6 %
Médico Geriatra	55	10,1 %
Médico Cirujano	26	4,8 %
Médico Cardiólogo	14	2,6 %
Médico Internista	14	2,6 %
Médico General	11	2,0 %
Médico Nefrólogo	10	1,8 %
Médico Gineco – Obstetra	9	1,7 %
Médico Neumólogo	7	1,3 %
Médico Gastroenterólogo	6	1,1 %
Médico Reumatólogo	6	1,1 %
Médico en Salud Ocupacional	5	0,9 %
Médico Traumatólogo	5	0,9 %
Médico Pediatra	5	0,9 %
Otros	19	3,5 %
Total	544	100 %

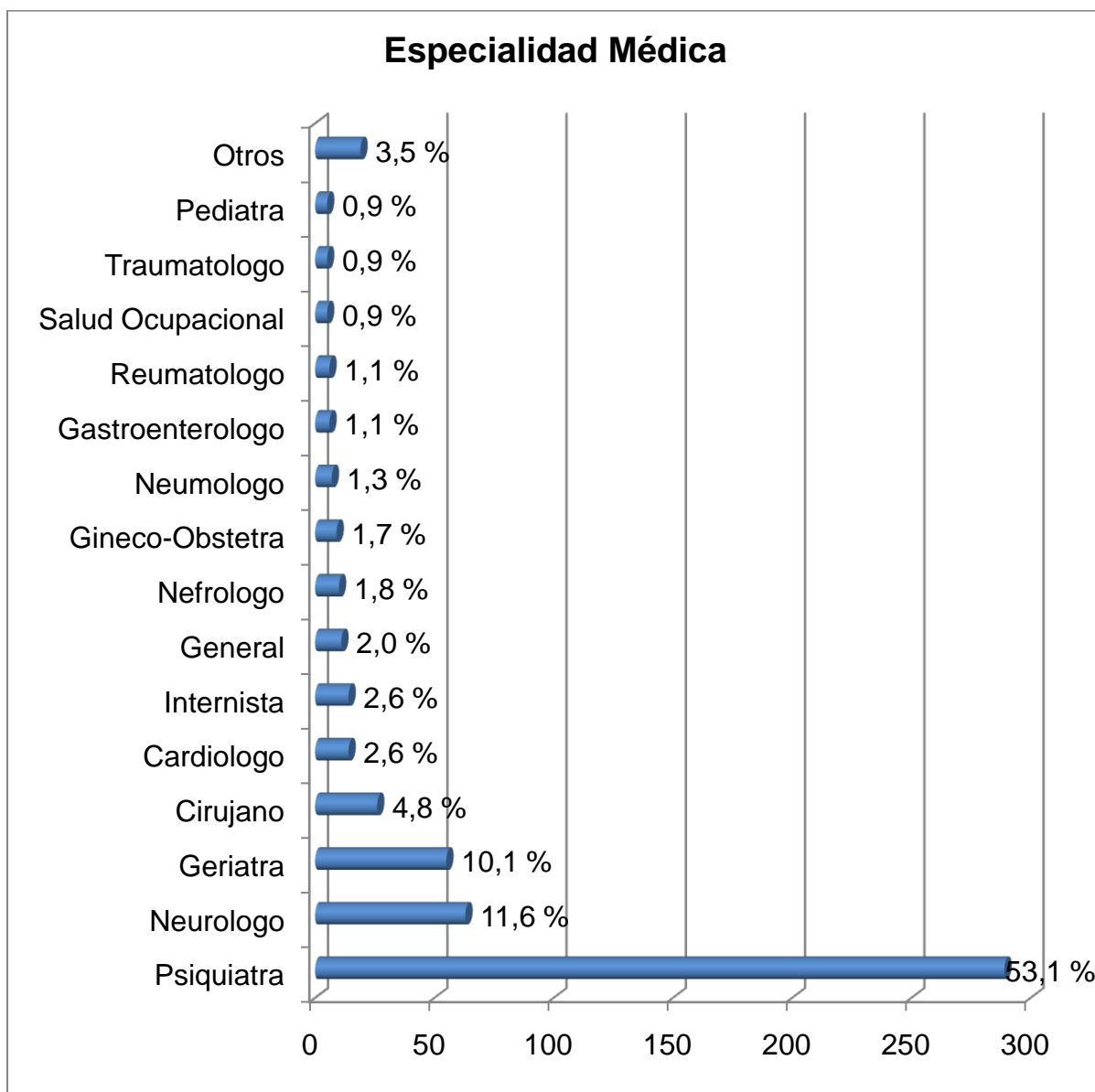


FIGURA 12. Porcentaje de las especialidades médicas de los prescriptores en las recetas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 10. Porcentaje de Psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Psicofármacos más utilizados	Frecuencia	Porcentaje
Clonazepam	206	28,0 %
Alprazolam	185	25,2 %
Sertralina	117	15,9 %
Fluoxetina	91	12,4 %
Bromazepam	22	3,0 %
Amitriptilina	20	2,7 %
Risperidona	17	2,3 %
Lorazepam	15	2,1 %
Diazepam	10	1,4 %
Quetiapina	6	0,8 %
Valproato de Sodio	6	0,8 %
Lamotrigina	5	0,7 %
Midazolam	5	0,7 %
Mirtazapina	4	0,5 %
Otros	26	3,5 %
Total	735	100

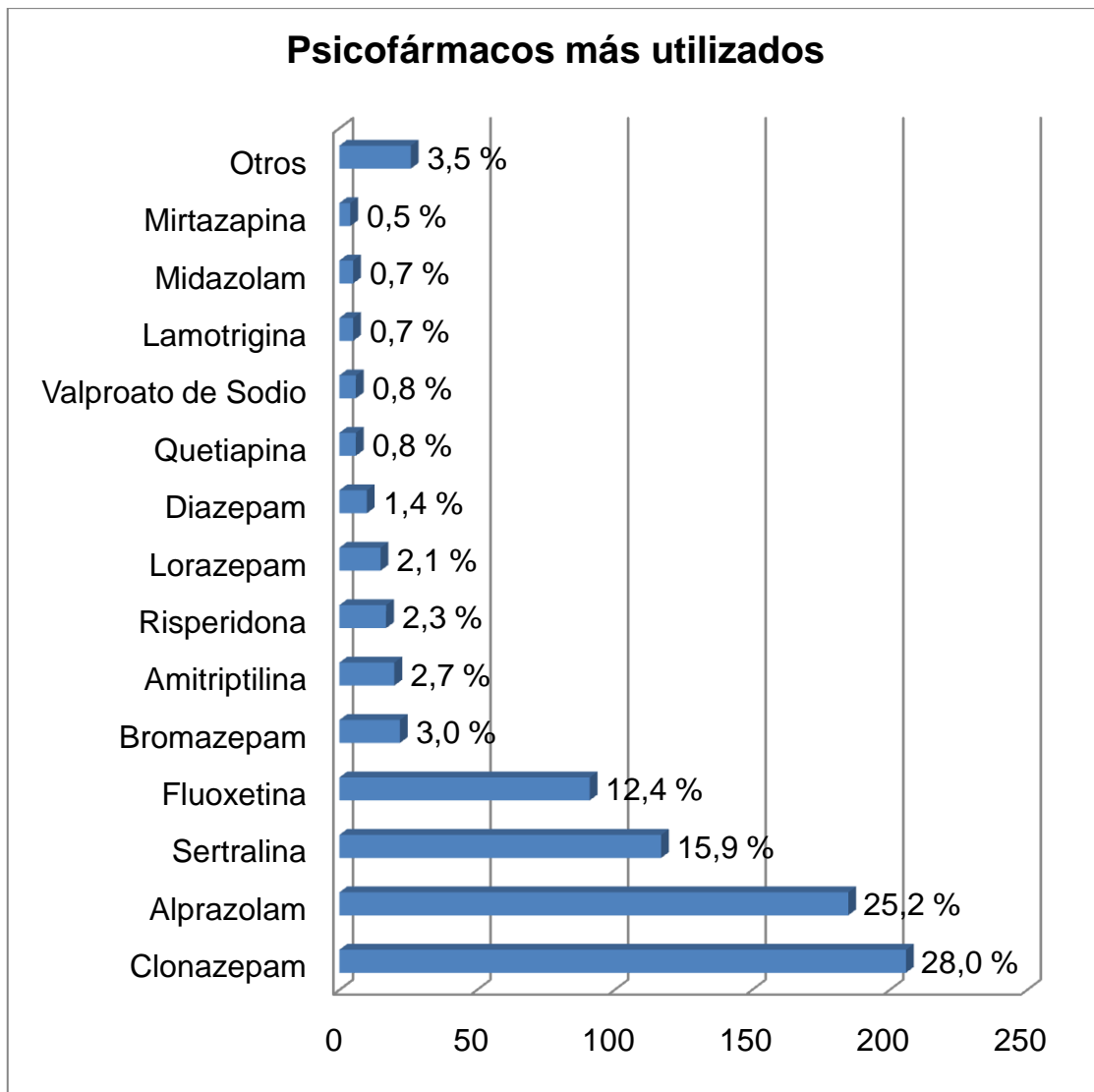


FIGURA 13. Porcentaje de Psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 11. Porcentaje de los Subgrupo terapéutico de los Psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Sub grupo terapéutico de los psicofármacos	Frecuencia	Porcentaje
Ansiolíticos	447	60,8 %
Antidepresivos	242	32,9 %
Antipsicóticos	32	4,4 %
Otros	14	1,9%
Total	735	100%

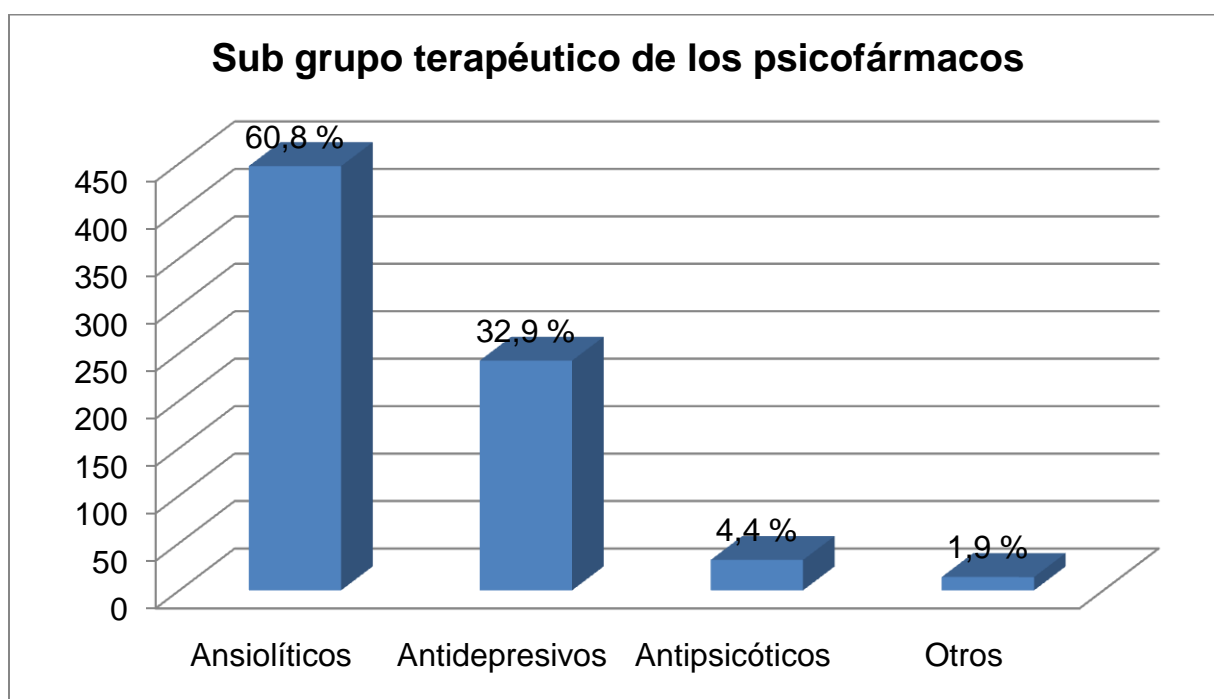


FIGURA 14. Porcentaje de los Subgrupo terapéutico de los Psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 12. Porcentaje de los código ATC de los Psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Código ATC	Descripción	Frecuencia	Porcentaje
N03AE01	Clonazepam	206	28,0 %
N05BA12	Alprazolam	185	25,2 %
N6AB06	Sertralina	117	15,9 %
N06AB03	Fluoxetina	91	12,4 %
N05BA08	Bromazepam	22	3,0 %
N06AA09	Amitriptilina	20	2,7 %
N05AX08	Respiridona	17	2,3 %
N05BA06	Lorazepam	15	2,1 %
N05BA01	Diazepam	10	1,4 %
N05AH04	Queatiapina	6	0,8 %
N03AX11	Valproato de Sodio	6	0,8 %
N03AX09	Lamotrigina	5	0,7 %
N05CD08	Midazolam	5	0,7 %
N06AX11	Mirtazapina	4	0,5 %
Otros	Otros	26	3,5 %
Total		735	100%

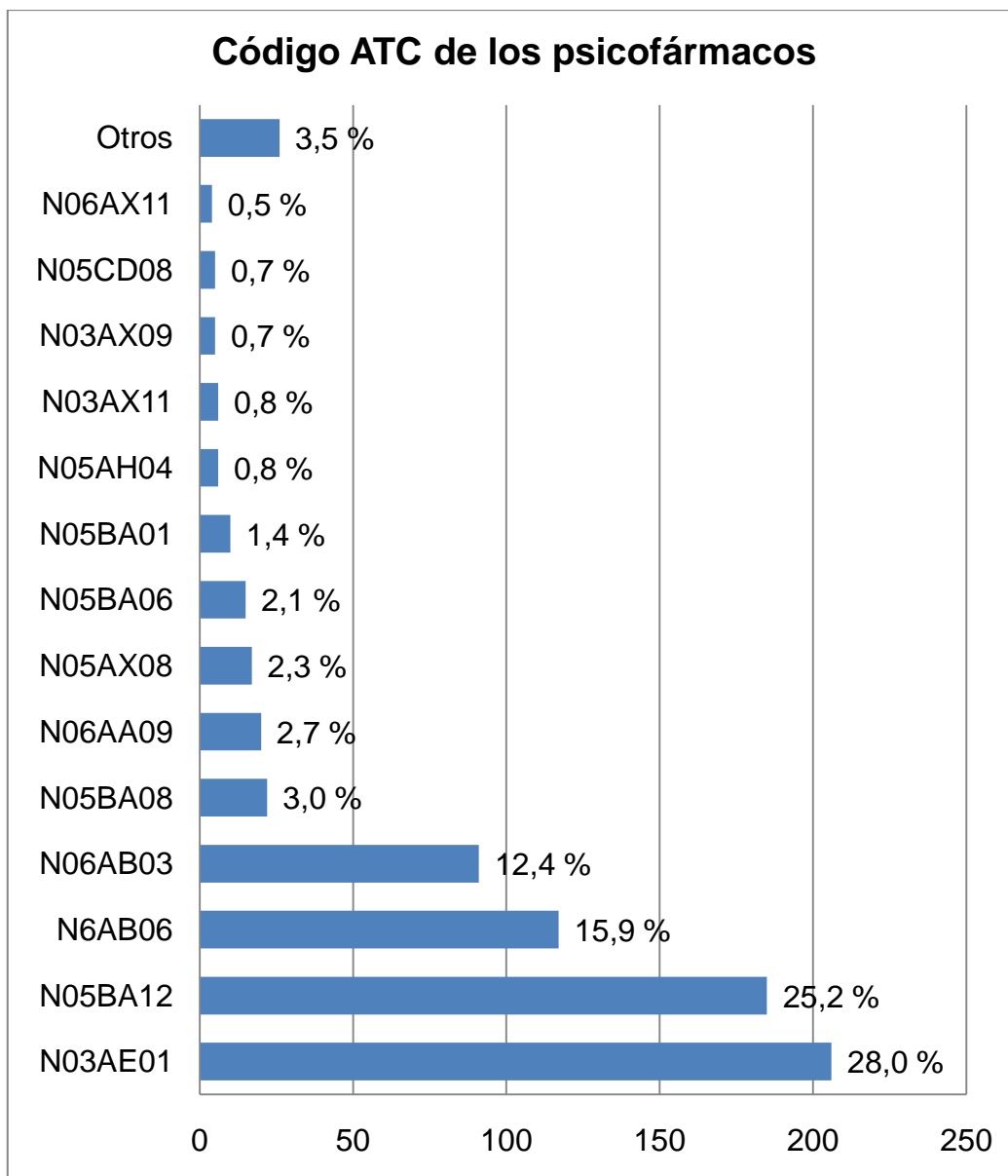


FIGURA 15. Porcentaje de los códigos ATC de los Psicofármacos más frecuentes en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 13. Porcentaje recetas médicas atendidas que consignan los datos del prescriptor en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Datos del Prescriptor										
	Apellidos y Nombre		CMP		Especialidad Medica		Firma		Sello	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	542	99,6%	540	99,3%	544	100%	544	100%	530	97,4%
No	2	0,4%	4	0,7%	0	0%	0	0%	14	2,6%
Total	544	100%	544	100%	544	100%	544	100%	544	100%

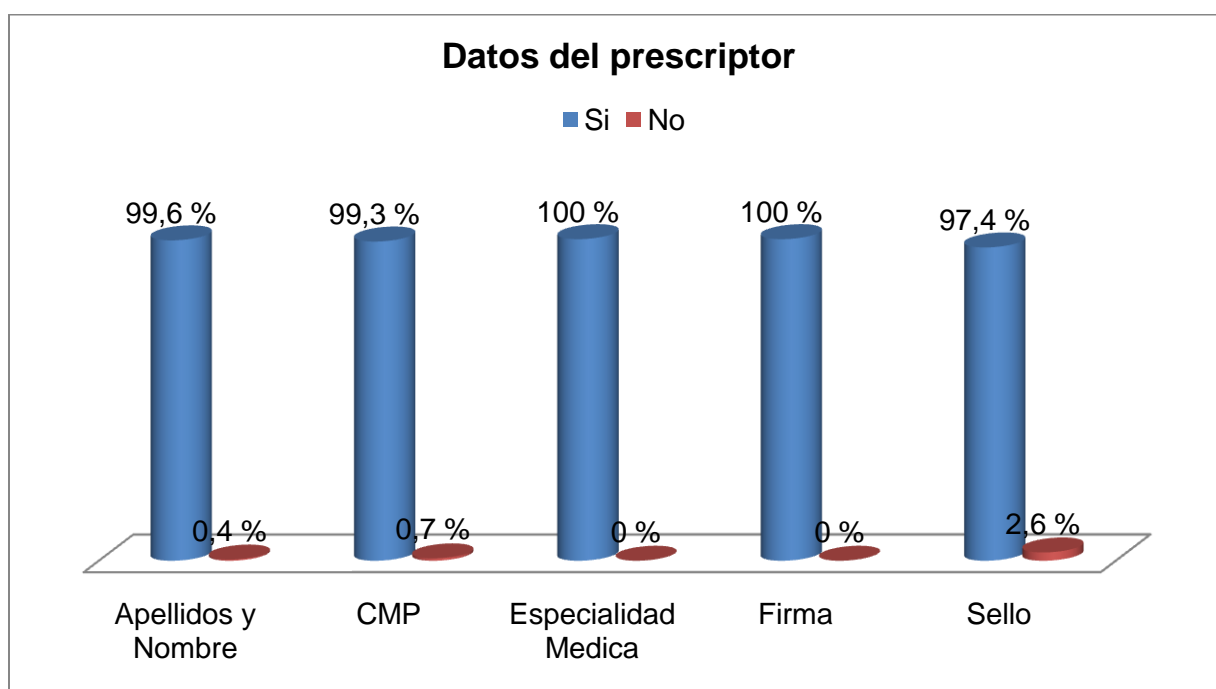


FIGURA 16. Porcentaje recetas médicas atendidas que consignan los datos del prescriptor en las Oficinas Farmacéuticas de Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 14. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los apellidos y nombre del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016

Apellidos y Nombre del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Si	312	57,4 %
No	232	42,6 %
Total	544	100%

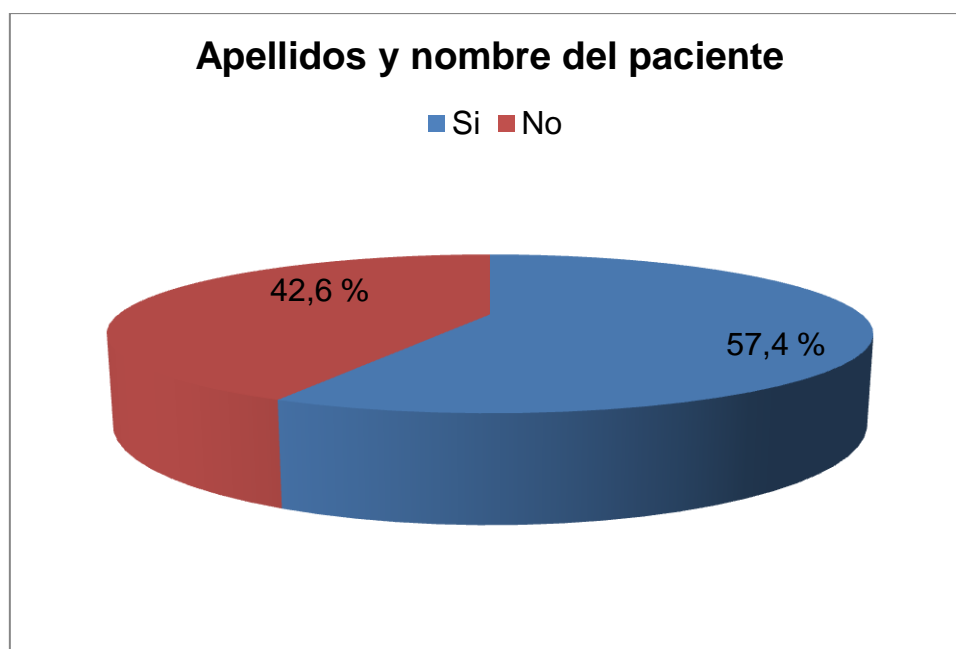


FIGURA 17. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los apellidos y nombre del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 15: Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los edad del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Edad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Si	51	9,4 %
No	493	90,6 %
Total	544	100%

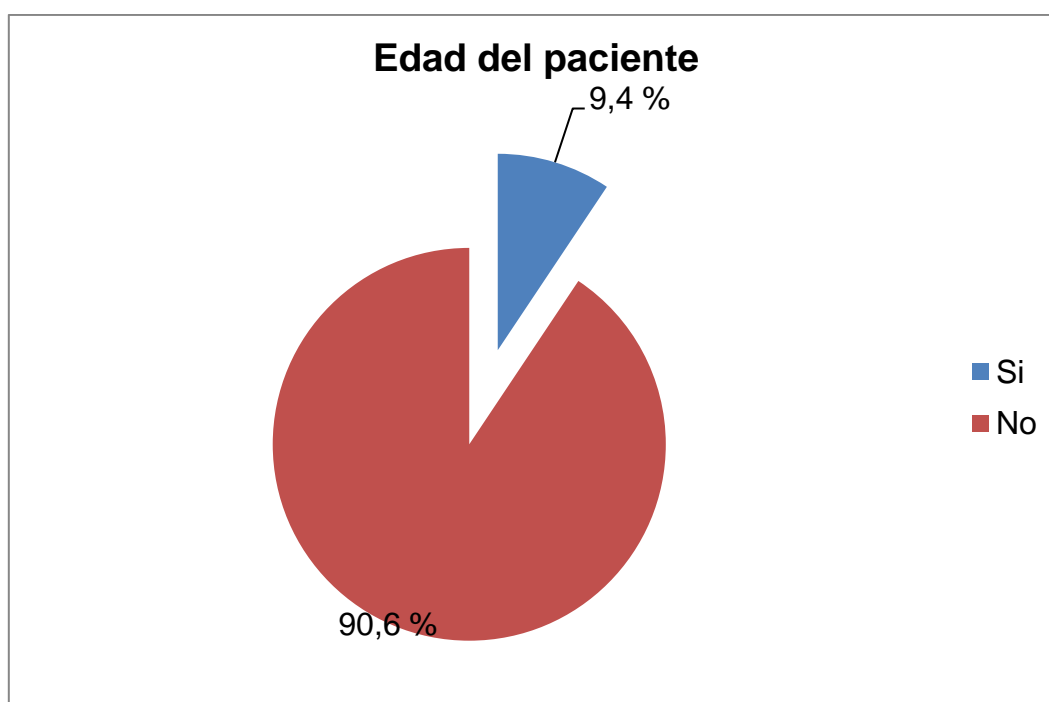


FIGURA 18: Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los edad del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 16. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan el diagnóstico del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Diagnóstico del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Si	181	33,3 %
No	363	66,7 %
Total	544	100 %

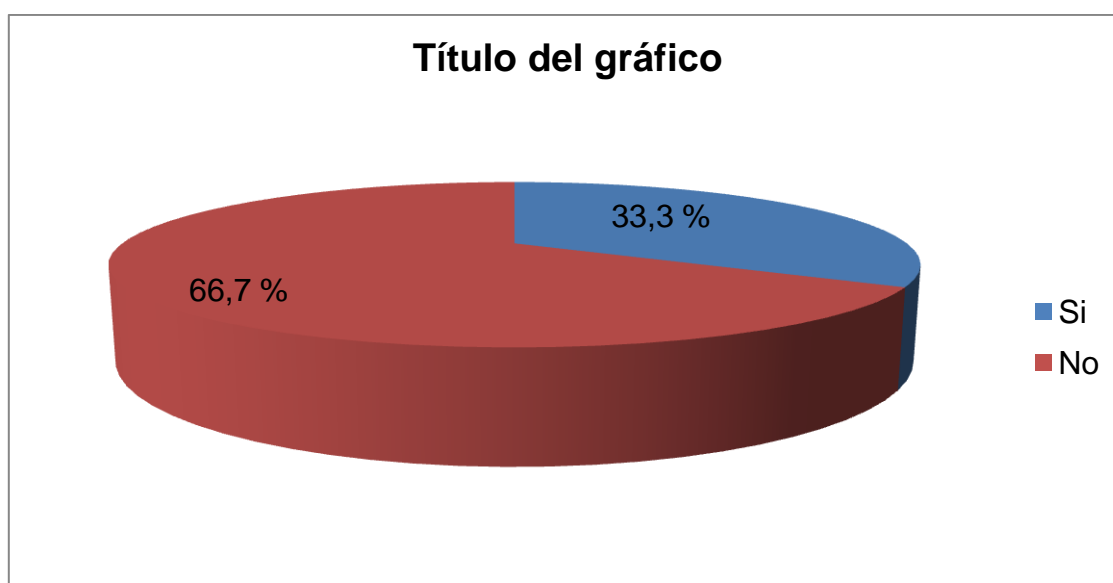


FIGURA 19. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan el diagnóstico del paciente en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 17. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los denominación Común Internacional del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Denominación Común Internacional	Frecuencia	Porcentaje
Si	421	77,4 %
No	123	22,6 %
Total	544	100%

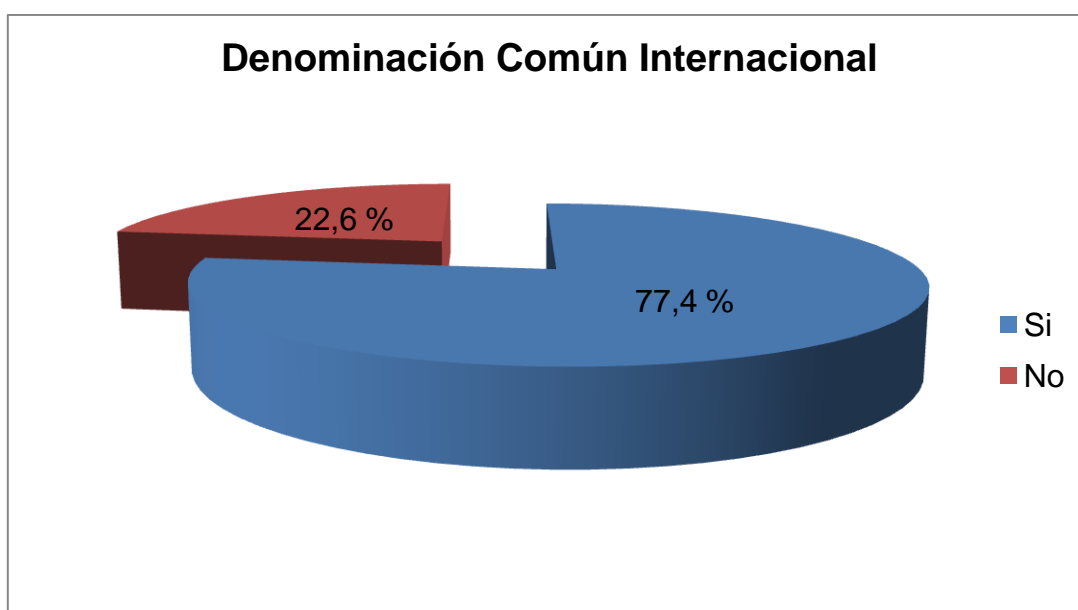


FIGURA 20. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan los denominación Común Internacional del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 18. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la concentración del principio activo del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Concentración del Principio Activo	Frecuencia	Porcentaje
Si	537	98,7 %
No	7	1,3 %
Total	544	100 %

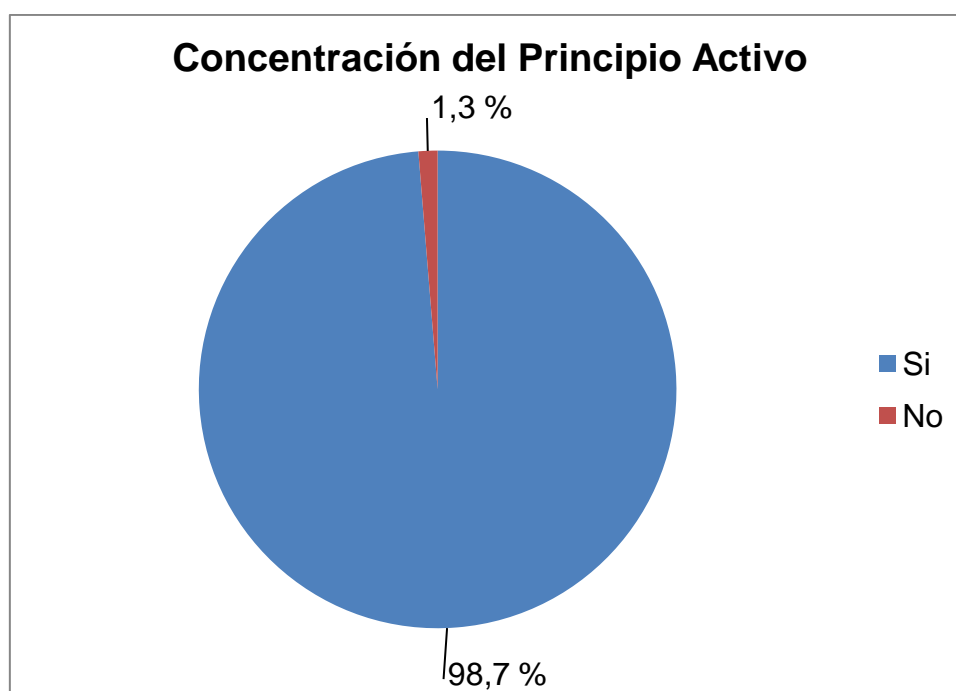


FIGURA 21. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la concentración del principio activo del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 19. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la forma farmacéutica del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Forma Farmacéutica	Frecuencia	Porcentaje
Si	401	73,7 %
No	143	26,3 %
Total	544	100 %

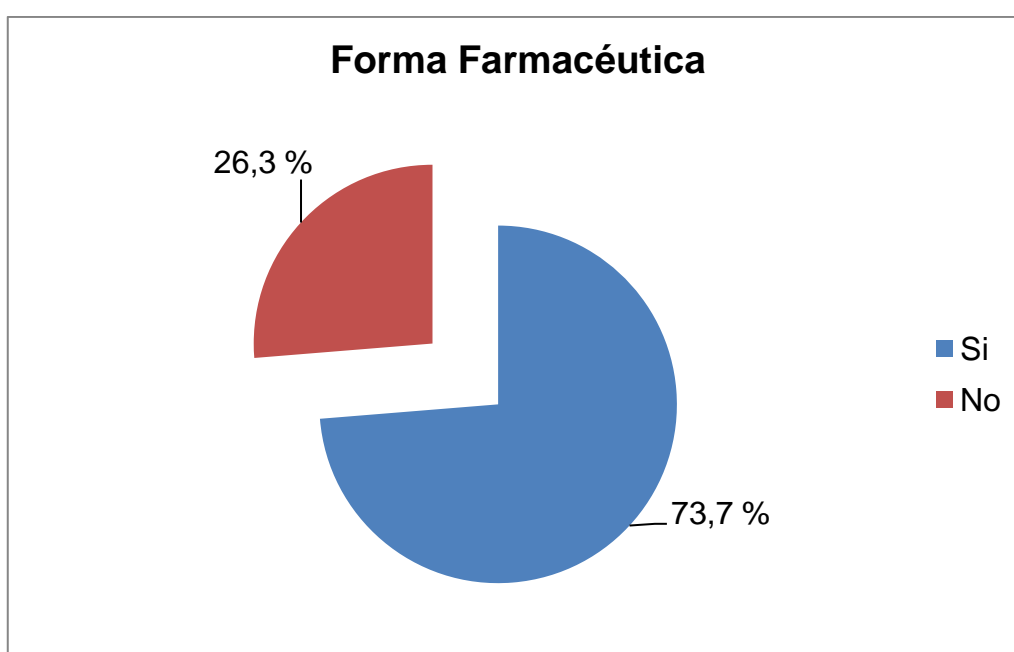


FIGURA 22. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la forma farmacéutica del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 20. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la dosis del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Dosis del psicofármaco	Frecuencia	Porcentaje
Si	462	84,9 %
No	82	15,1 %
Total	544	100 %

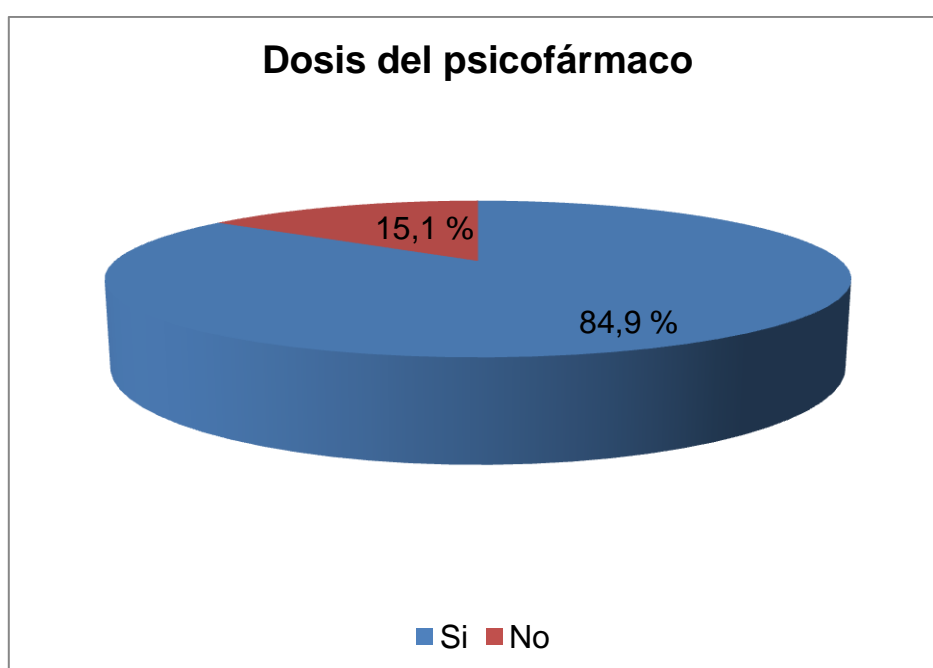


FIGURA 23. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la dosis del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 21. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la frecuencia de administración del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Frecuencia del psicofármaco	Frecuencia	Porcentaje
Si	432	79,4 %
No	112	20,6 %
Total	544	100 %

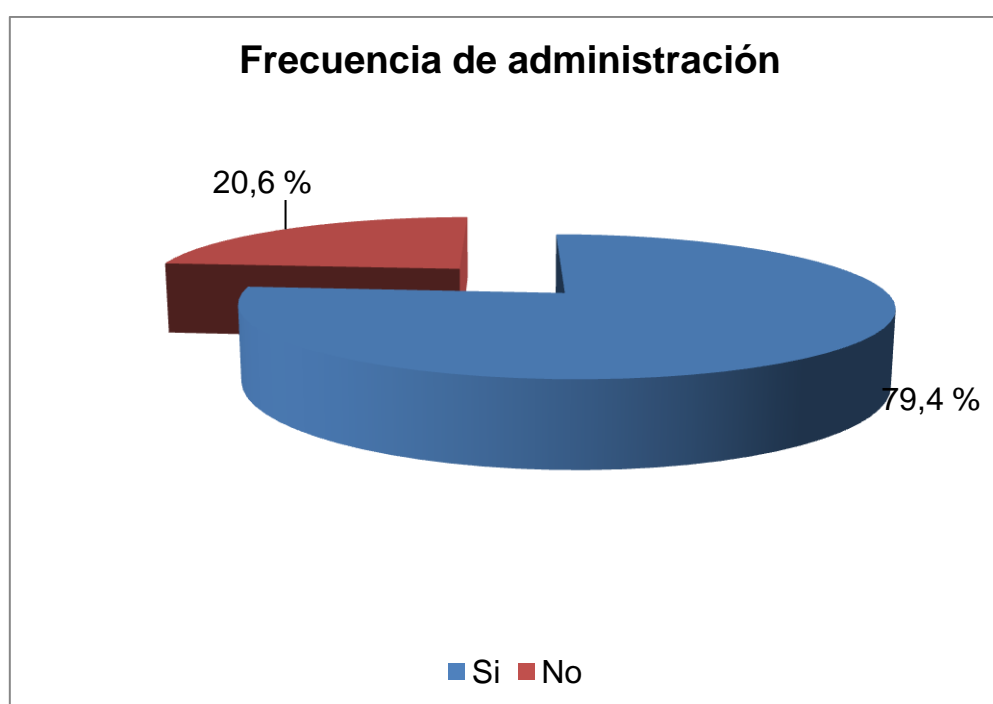


FIGURA 24. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la frecuencia de administración del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

TABLA 22. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la duración del tratamiento del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

Duración del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	204	37,5 %
No	340	62,5 %
Total	544	100 %

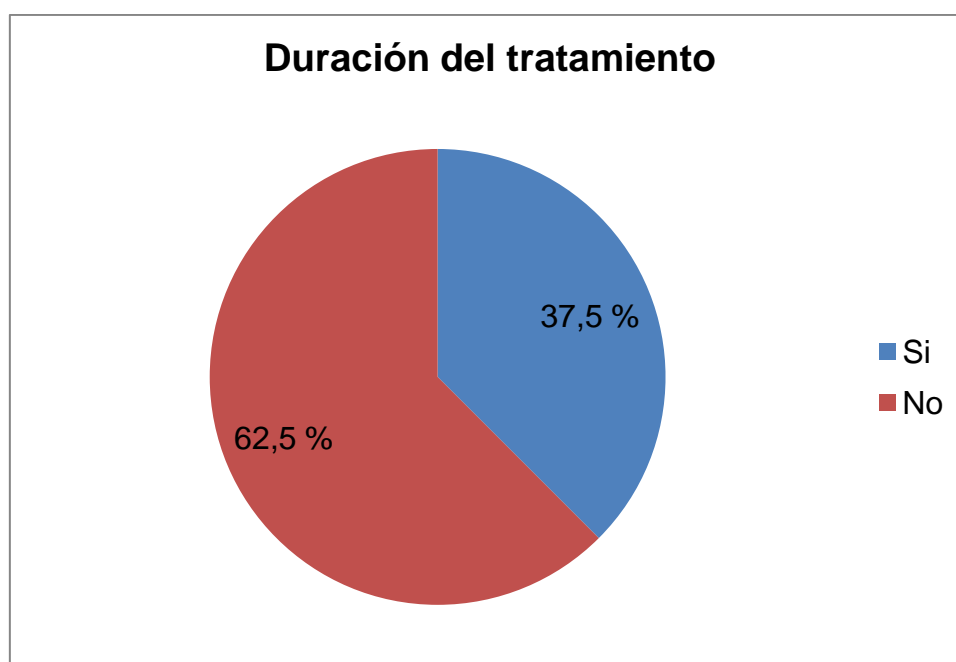


FIGURA 25. Porcentaje de recetas médicas atendidas que consignan la duración del tratamiento del Psicofármaco en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo, Febrero 2015 a Abril 2016.

V. Discusión

Se realizó la evaluación del cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción de psicofármacos a las recetas médicas archivadas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo. Se analizó un total de 544 recetas médicas archivadas. En las oficinas farmacéuticas predominaron recetas médicas provenientes de establecimientos de salud privados con el 86,9 % (tabla 8 y figura 9). Según el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción³, las recetas médicas de un establecimiento de salud público y privado, tienen una estructura diferente. En los establecimientos de salud público es una obligación para el Médico Prescriptor realizar un correcto llenado de la receta médica, sin embargo en los establecimientos privados se obvian algunos datos importantes, como la información del paciente. Los médicos psiquiatras predominaron la investigación con 53,1 % (tabla 9 y figura 10), seguido de los M. Neurólogo (11,6 %) y M. Geriatra (10,1 %), en la investigación de Oropeza D. *et al* (Cuba – 2012)¹², el 70,58 % de las recetas fueron prescritas por un médico general. En la investigación de Vílchez M. (2011)²⁹, la prescripción de psicofármacos por parte de médicos no psiquiatras es un riesgo, por la insuficiente información de los cuadros psicopatológicos, que conlleva al uso inadecuado y prolongado de Psicofármacos.

Los Psicofármacos más usados en la investigación fueron: Clonazepam con 28,0 %, Alprazolam 25,2 % y Sertralina 15,9 % (tabla 10 y figura 11). En otras investigaciones se encontró entre los psicofármacos a la Memantina (27,9 %) en México¹⁰, Risperidona (51 %) en Ecuador¹¹ y Clordiazepóxido en Cuba¹². Los Psicofármacos más usados en nuestra investigación, se utilizan en diagnósticos de trastorno de ansiedad y depresión. La venta de los Psicofármacos es controlada en el Perú, sin embargo existen Oficinas Farmacéuticas que realizan la venta de estos medicamentos sin solicitar la receta médica, exponiendo al paciente que se automedique y utilice los medicamentos de forma inadecuada. Los ansiolíticos predominaron como el sub grupo terapéutico más utilizado en la investigación con el 60,8 % de

recetas médicas (tabla 11 y figura 12). Resultado similar en Cuba (Oropeza D. *et al*)¹² donde el 15,17 % consumen Benzodiazepinas, sin embargo en Ecuador (Crespo J. *et al*)¹¹ el 56,4 % de los pacientes consumen Antipsicóticos. El 23 % de la población en Ecuador son mayores de 90 años, en esa etapa se presentan enfermedades como Demencia Senil y Depresión, por lo cual, los adultos mayores son la población que hace mayor uso de antipsicóticos. El código ATC más frecuente fue el N03AE01 con el 28,0 % (tabla 12 y figura 13), no se encontraron investigaciones con información al respecto del indicador.

Entre los datos relevantes en las recetas médicas se requiere los datos del médico prescriptor, según el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. En la investigación encontramos que el 99,6 % consigno los Apellidos y Nombre, 99,3 % el CMP, 100% la Especialidad Médica, 100 % Firma y el 97,4 % el sello del prescriptor (tabla 13 y figura 14). En la investigación de Segil I. *et al* (2014)⁴, la gran mayoría de Médicos prescriptores consignaban sus datos, esto debido a que el sello del Médico contiene los datos por obligación. Las falencias que se encontraron en este indicador fue el estado de conservación del sello, debido al uso frecuente, están deteriorados impidiendo visualizar de forma correcta los datos completos del prescriptor. La identificación del médico prescriptor es muy importante, sirve para localizar al médico en caso se presente una mala práctica o resolver dudas respecto al tratamiento farmacológico.

En los establecimientos de salud privado, los datos del paciente, muchas veces no son consignados en la receta médica. Los resultados obtenidos en el indicador de Apellidos y Nombre, se consignó con 57,4 % de recetas médicas (tabla 14 y figura 15). En el indicador Edad, el 9,4 % de recetas médicas consignaron la edad del paciente (tabla 16 y figura 17). El diagnóstico de la enfermedad fue consignada en el 33,3 % de las recetas médicas (tabla 17 y figura 18). El llenado completo de los datos del paciente, es de suma importancia para el Químico Farmacéutico, al momento de validar una receta médica se puede detectar errores de prescripción en el tratamiento del paciente, para ello se necesita la edad y el peso del paciente,

esto evitaría de forma temprana efectos no deseados al paciente. En la investigación del Segil I. *et al*⁴, el 100 % de las recetas médicas consignan los datos del paciente y el diagnóstico, la investigación realizada en el Hospital San Bartolomé garantiza que se cumplan con el indicador debido a que la mayoría de pacientes se atienden con un Seguro de Salud. En la investigación de Sánchez N. *et al*¹⁴, se evidencia que el 100 % no identifica el diagnóstico del paciente, considerándose un riesgo para el farmacéutico al momento de atender una receta médica en la Oficina Farmacéutica, debido a la letra del médico prescriptor es ilegible o poco entendible, se necesita conocer el diagnóstico para poder brindar una atención adecuada al paciente.

Respecto a las Indicaciones Terapéuticas, se resalta que solo el 77,4 % de recetas médicas consignan la Denominación común internacional (tabla 18 y figura 19). Encontrándose resultados más altos en la investigación de Segil I. *et al*⁴, el 99,8 % consignaron el DCI de los medicamentos y Sánchez N. *et al*, el 94 %. La concentración del principio activo estuvo presente en casi la totalidad de las recetas médicas 98,7 % (tabla 19 y figura 20), sin embargo la forma farmacéutica tuvo resultados inferiores 73,7 % (tabla 20 y figura 21). Los indicadores más importantes del tratamiento farmacológico como la dosis, se encontró el 84,9 % de las recetas (tabla 21 y figura 22). La frecuencia se encontró en el 79,4 % (tabla 22 y figura 23). En la investigación de Segil I. *et al*⁴ se consignó el 97,4 % y 94,3 %, en dosis y frecuencia respectivamente. Finalmente la duración del tratamiento se encontró en el 37,5 % de recetas (tabla 23 y figura 24). La forma de uso de los psicofármacos es una información obligatoria, muchos de los pacientes necesita sus medicamentos para controlar sus trastornos de ansiedad, al poner escasa o nula información sobre el tratamiento, expone al paciente a usar mal los psicofármacos y elevar la aparición de efectos adversos.

VI. Conclusiones

1. Se determinó las buenas prácticas de prescripciones de Psicofármacos; Las recetas médicas tienen consignada de forma incompleta las indicaciones terapéuticas, extendiendo por más tiempo la duración del tratamiento del paciente.
2. Se encontró que las recetas médicas provenían en su mayoría de establecimiento de salud privado. La especialidad médica más frecuente fue el Médico Psiquiatra.
3. Se identificó que el psicofármaco más usado fue el Clonazepam. El sub grupo terapéutico que predominó fueron los Ansiolíticos. El código ATC más utilizado en la investigación fue el N03AE01.
4. Se describió que la mayoría de recetas médicas consignó los datos del prescriptor. La especialidad médica y la firma del médico estuvo presente en todas las recetas médicas.
5. Se encontró que no se consignan los datos y edad del paciente en la mayoría de Recetas Médicas. El diagnóstico se consignó en el 33,3 % de la población de estudio.
6. Se revisaron las indicaciones terapéuticas, se encontró que la mayoría de recetas médicas consignan los indicadores denominación común internacional, concentración del principio activo, forma farmacéutica, dosis y frecuencia. La duración del tratamiento no está presente en la mayoría de recetas médicas.

VII. Recomendaciones

- Se recomienda que los Químicos Farmacéuticos de las Oficinas Farmacéuticas, reporten a la Dirección de Salud, las recetas médicas que no cumplan con las Buenas Prácticas de prescripción, dispuesto por el Ministerio de Salud.
- Es necesario implementar medidas correctivas, como capacitaciones y cursos de actualización a los médicos de establecimientos de salud cercanos a las Oficinas Farmacéuticas, con el fin de realizar un correcto llenado de información a las recetas médicas, y evitar las malas prácticas de prescripción.
- Para garantizar que el paciente cumpla satisfactoriamente con su tratamiento farmacológico, se recomienda que la dispensación de psicofármacos sea realizada exclusivamente por el Químico Farmacéutico, para que brinde las indicaciones necesarias al paciente y evitar efectos no deseados en su salud.
- Se recomienda que el Químico Farmacéutico visite los establecimientos de salud más frecuentes en la investigación, con el fin de informar a los médicos prescriptores los resultados obtenidos, y brindarle información necesaria para mejorar la prescripción médica.
- Se debe retener las recetas médicas que contengan datos borrosos, letra ilegible y/o uso de siglas. Se recomienda que sean devueltas directamente a la Dirección del establecimiento de salud, con el fin de reportar el mal desempeño por parte de algunos médicos del nosocomio.

VIII. Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Departamento de políticas farmacéuticas y profesiones médicas. Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción. [en línea]. Chile; 2010. [accesado 15 de Julio del 2016].
2. Gonzales J, Ruidíaz K, Hernández O. et al. Estudio de Utilización de Clonazepam Tabletas Basado en la Prescripción Ambulatoria en el Departamento del Atlántico durante el Primer Semestre de 2010. Rev Cienc. innov. salud (Colombia). 2015; 3 (1): 10-15.
3. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Manual de Buenas Practicas de Prescripción. [en línea]. Perú; 2005. [accesado 22 de Mayo del 2016].
4. Segil I, Sichez P. Buenas Practicas de Prescripción en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé Agosto 2013 – Enero 2014 [tesis para optar el título de Químico Farmacéutico]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2014.
5. Romero R. Conoce los trastornos mentales más frecuentes en Perú. Diario Correo. [Periódico en internet]. 10 de Octubre 2015. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/miscelanea/los-trastornos-mentales-mas-frecuentes-en-peru-624338/>
6. Pérez J, Zevallos L. Validación de prescripciones médicas en servicio de medicina interna EsSalud, Chimbote (Enero – Abril, 2014). Rev In Crescendo Ciencias de la Salud. 2015; 2 (2): 334 – 343.
7. Agostini – Zampieron M, Aybar – Maino J, Heit – Barbini F. et al. Uso de psicofármacos en un grupo de adultos mayores de Rosario, Argentina. Rev. Aten Fam. 2015; 22 (1).
8. Ibañez C, Dueñas D, Sánchez – Waisen R. Prevalencia del insomnio en ancianos residenciados y prescripción farmacológica. Rev. European J Investiga (España). 2015; 5 (1): 5 – 12.
9. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Manual de Buenas Practicas de Dispensación. [en línea]. Perú; 2009. [accesado 02 de Abril del 2016].

10. Quevedo Tejero E, Domínguez – Sosa G, Leyva – Alejandro L. y et al. Prescripción de Psicofármacos en un Hogar de Asistencia Social para adultos mayores de Tabasco, México. Rev. Arch. Med. 2016; 12 (2): 1 – 6.
11. Crespo J, Criollo S y Cusco J. Prevalencia de Patología Psiquiátrica, Características de Prescripción y Efectos Adversos de los Psicofármacos en adultos mayores de los Centros Gerontológicos del Azuay [tesis previa a la obtención del título Médica]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013
12. Oropeza D, Calero L. y Torres R. Caracterización de la prescripción de Benzodiazepinas en adultos mayores en un consultorio de la atención primaria de salud. Cuba. Rev. Cor. Cient. Med. 2012; 16 (2).
13. Álvarez – Risco A, Del – Águila – Arcentales S. Errores de prescripción como barrera para la Atención Farmacéutica en establecimientos de salud públicos: Experiencia Perú. Rev. Pharm. Care. Esp. 2015; 17 (6): 725 – 731.
14. Sánchez N, Zevallos L. Validación de prescripciones médicas en servicio de medicina interna EsSalud Chimbote. Mayo - Agosto 2014. Rev. In. Crescendo. Ciencias de la Salud. 2015; 2 (2): 303 – 311.
15. Pinedo Y, Romero J. Cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción en pacientes hospitalizados. [tesis para optar el título de Químico Farmacéutico]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2014.
16. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. La Salud Mental en México [En línea]. México; 2005.
17. Arnaiz A, Uriarte J. Estigma y enfermedad mental. Revista Norte de Salud Mental. 2006; 26: 49 – 59.
18. Instituto Nacional de Salud Mental Honorario Delgado – Hideyo Noguchi [Portal Web]. Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada. Estudios Epidemiológicos. Perú; 2016.
19. Tomás J, Almenara J, Gondón N, et al. Master en Paidpsiquiatría. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.

20. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales. Guía de Estilo de Salud Mental y Medios de Comunicación [en línea]. España; 2010.
21. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Módulo de atención a las personas con enfermedad mental grave. España; 2007.
22. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones políticas. Ginebra; 2005.
23. Montero F. Consideraciones hacia los psicofármacos en profesionales y estudiantes de medicina en España y en profesionales de la medicina en México y en Colombia: un estudio comparativo. [tesis para optar el grado de doctor]. España: Universidad de Huelva; 2014.
24. Zoch C. Sesión de Psiquiatría. Universidad de Costa Rica. 2000.
25. Brunton L, Chabner B, Knollman. Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12va edición. México; Ed. McGraw-Hill; 2012.
26. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales. [en línea]. Perú; 2012.
27. Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, et al. Velázquez. Farmacología Básica y Clínica. 18va edición. España; Ed. Médica Panamericana; 2008.
28. Ley N° 26842. ley general de salud. (20/07/1997). [accesado 08 de Abril del 2016].
29. Vílchez M. Utilización de psicofármacos por médicos no psiquiatras. Revista Experiencia Médica. 2011; 29 (2): 42 – 48.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA Proyecto de Tesis

Título: Buenas Prácticas de Prescripción de Psicofármacos en recetas médicas atendidas en Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo periodo Febrero 2015 – Abril 2016.

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Se cumplen las Buenas Prácticas de Prescripción de Psicofármacos en las recetas médicas atendidas en Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016?	<p>Objetivo General Determinar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción de Psicofármacos en las recetas médicas atendidas en Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el tipo de establecimiento de salud y la especialidad médica del prescriptor en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016. • Determinar los Psicofármacos más usados, su sub grupo terapéutico y su sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química en las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016. • Determinar la cantidad de recetas médicas que consignan los datos del prescriptor (nombres y 	<p>Hipótesis General</p> <p>Las recetas médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del Distrito de Surquillo no cumplen las Buenas Prácticas de Prescripción de Psicofármacos entre Febrero 2015 – Abril 2016.</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Recetas Médicas.</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción</p>	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>Retrospectivo</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>Descriptivo y Observacional</p> <p>Muestra:</p> <p>Recetas Médicas atendidas en las Oficinas Farmacéuticas del distrito de Surquillo.</p>

	<p>apellidos, número de colegiatura, especialidad médica, firma y sello) atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad de recetas médicas que consignan los datos del paciente (nombres y apellidos, edad y diagnostico) atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016. • Determinar la cantidad de recetas médicas que consignan los datos del medicamento (denominación común internacional, concentración del principio activo, forma farmacéutica, posología, dosis, frecuencia y duración del tratamiento) atendidas en las Oficinas Farmacéuticas de distrito de Surquillo durante el periodo de Febrero 2015 a Abril 2016. • Proponer el uso de fichas recordatorias al personal médico prescriptor de los establecimientos de salud del distrito de Surquillo de las recetas médicas que fueron atendidas en las Oficinas Farmacéuticas durante el periodo Febrero 2015 a Abril 2016. 			<p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Recolección de Datos.
--	---	--	--	---

ANEXO 2

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	DESCRIPCION	OPERACIONALIZACION					
			SUB - INDICADOR	NATURALEZA	FORMA DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO	EXPRESION FINAL
Prescripciones Medicas	Tipo de Establecimiento	Establecimiento de salud al que pertenece el prescriptor		Cualitativa	Indirecta	Nominal	Ficha de recolección de Datos	Publica Privada
	Especialidad Médica	Especialidad médica que pertenece el prescriptor		Cualitativa	Indirecta	Nominal	Ficha de recolección de datos	Médico General Médico Psiquiatra Médico Neurólogo
	Psicofármacos más frecuentes	Psicofármacos más atendidos en la oficina farmacéuticas		Cualitativa	Indirecta	Nominal	Ficha de recolección de Datos	Psicofármacos

	Sub grupo terapéutico	Sub grupo terapéutico de los psicofármacos prescritos		Cualitativa	Indirecta	Nominal	Ficha de recolección de Datos	Antidepresivos Ansiolíticos Antipsicóticos
	Clasificación ATC	Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química de los psicofármacos		Cualitativa	Indirecta	Nominal	Ficha de recolección de Datos	Clasificación ATC
	Datos del prescriptor	Datos individualizados del médico tratante	Apellidos y nombres Numero de Colegiatura Especialidad médica Firma Sello	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si No
	Datos del paciente	Conjunto de caracteres que identifican al paciente	Apellidos y Nombres Edad Diagnostico	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si No
	Datos del medicamento	Son los volantes de instrucción para el paciente emitidos	Denominación Común Internacional	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si No

		por el prescriptor	Concentraci3n del Principio Activo					
			Forma Farmac3utica					
			Posolog3a					
			Dosis del medicamento					
			Frecuencia del medicamento					
			Duraci3n del tratamiento					

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N°	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS RECETAS MÉDICAS ATENDIDAS EN LAS OFICINAS FARMACEUTICAS DEL DISTRITO DE SURQUILLO							
Tipo de Establecimiento:								
Especialidad médica:								
	Nombre del Psicofármaco			Subgrupo farmacológico			Clasificación ATC	
1								
2								
3								
Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción								
Datos del Prescriptor			Datos del Paciente			Datos del Medicamento		
	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Apellidos y Nombres			Apellidos y Nombres			DCI		
Numero de C.M.P.			Edad			Concentración del P.A.		
Especialidad Médica			Diagnostico			Forma Farmacéutica		
Firma						Posología		
Sello						Dosis		
						Frecuencia		
						Duración		

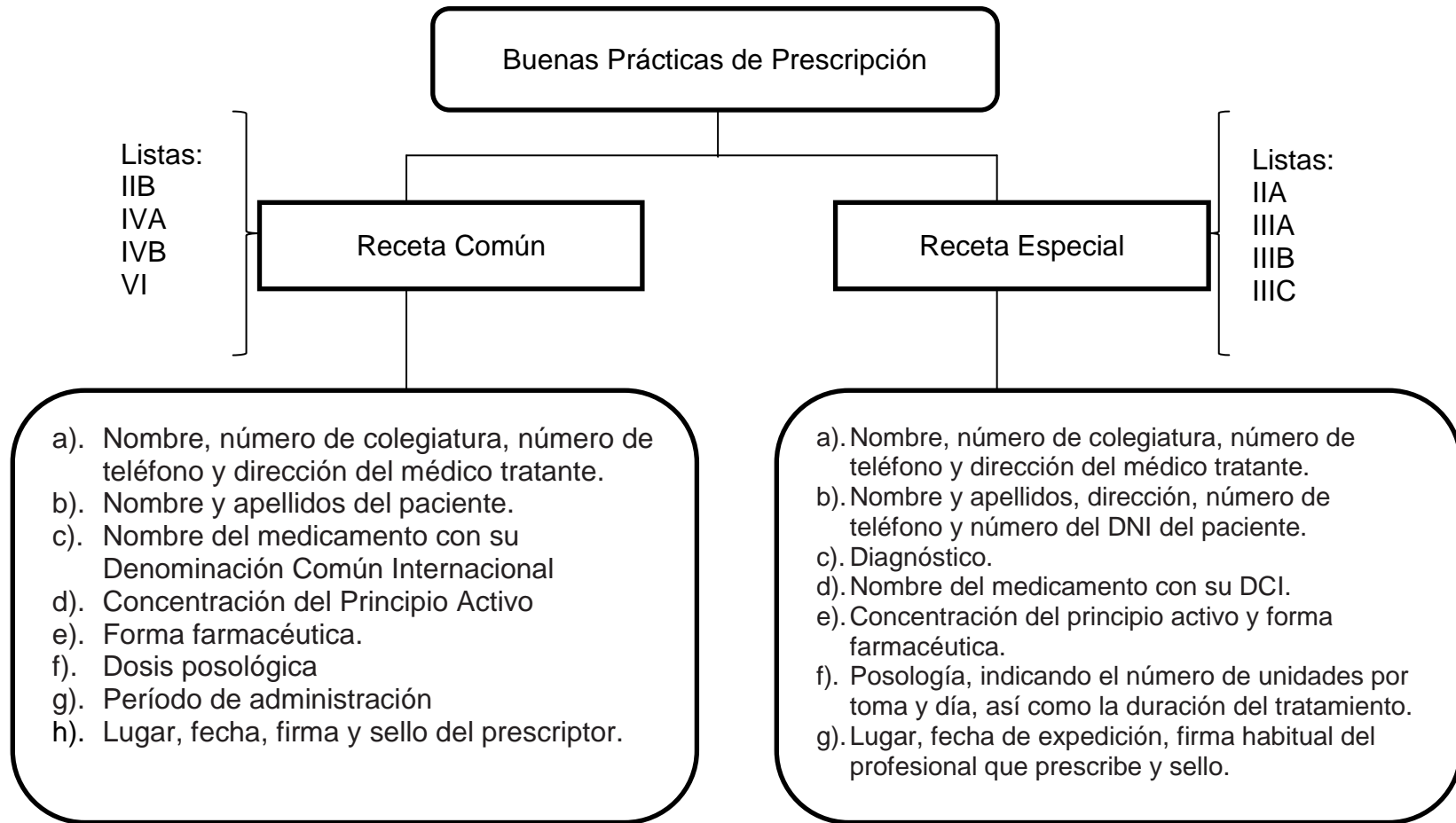
ANEXO 4

NORMAS LEGALES RELACIONADAS A LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Ley General de Salud. Ley N° 26842 (20/07/97)
2. DS-019-2001-SA (14/07/01): Establecen disposiciones para el acceso a la información sobre precios y denominación común de medicamentos
3. DS-021-2001-SA (16/07/01): Aprueban reglamento de establecimientos Farmacéuticos
4. DS-023-2001-SA (22/07/01): Reglamento de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria
5. RM 1105-2002-SA/DM (5/07/02). Aprueban Directiva sobre Procedimientos para la Distribución de las Recetas Especiales
6. RM 1753-2002-SA-DM (10/11/02). Aprueban Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos – SISMED
7. RM 611-2004/MINSA (18-06-04). Establecen procedimiento para la adquisición de medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales

ANEXO 5

INFORMACIÓN REQUERIDA EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS



ANEXO 6

LISTA DE LOS PSICOFARMACOS (IV B)

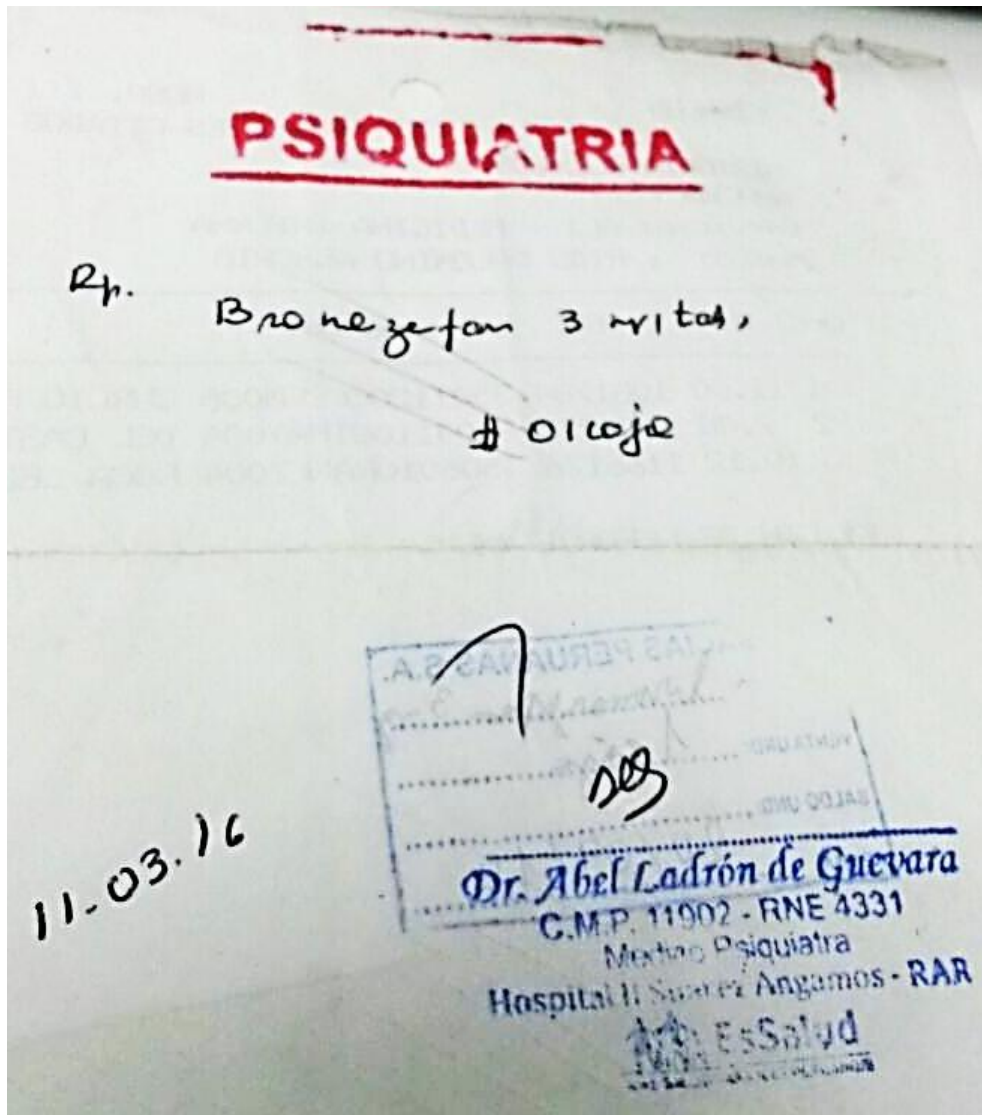
1. Ácido Gamma Hidroxibutírico
2. Alprazolam
3. Aminonex
4. Amitriptilina
5. Anfebutamona
6. Bentazepam
7. Bromazepan
8. Bromperidol
9. Brotizolam
10. Bupropión
11. Buspirona
12. Camazepam
13. Clobazam
14. Clomipramina
15. Clonazepam
16. Clorazepato
17. Clordiazepóxido
18. Clotiazepam
19. Cloxazolam
20. Clozapina
21. Delorazepam
22. Desipramina
23. Diazepam
24. Doxepina
25. Droperidol
26. Efedrina
27. Ergometrina
28. Ergotamina
29. Estazolam
30. Flubentixol
31. Fludiazepam
32. Flufenazina
33. Fluoxetina
34. Flurazepam
35. Halazepam
36. Haloperidol
37. Haloxazolam
38. Imipramina
39. Ketazolam
40. Levomepromazina
41. Levopromazina
42. Lofazepato de etilo
43. Loprazolam
44. Lorazepam
45. Lormetazepam
46. Loxapina
47. Meprotilina
48. Medazepam
49. Mesocarbo
50. Moclobemida
51. Mianserina
52. Midazolam
53. Nefazodona
54. Nimetazepam

55. Nitrazepam
56. Nordazepam
57. Norefedrina
58. Nortriptilina
59. Opipramol
60. Oxazepam
61. Oxazolam
62. Paroxetina
63. Periciacina
64. Pimozide
65. Pinazepam
66. Pipotiacina
67. Pipradol
68. Prazepam
69. Pseudoefedrina
70. Sertralina
71. Sibutramina
72. Sulpirida
73. Temazepam
74. Tetrazepam
75. Tilidina
76. Tioproperazina
77. Tioridazina
78. Tramadol
79. Trazodona
80. Tiazolam
81. Trifluoperazina
82. Trihexifenidil
83. Trimipramina
84. Valproato
85. Veraliprina
86. Viloxacina
87. Zaleplón
88. Zopiclona
89. Zolpidem

Las sales de las sustancias enumeradas en esta Lista en todos aquellos casos en que la existencia de dichas sales sean posibles.

ANEXO 7

RECETAS MEDICAS CON PRESCRIPCION DE PSICOFÁRMACOS



HÉCTOR VIDAL MANYARI

MEDICO - PSIQUIATRA
PSICOTERAPEUTA
CMP. 21458 - RNE 9120

mail:hvidal@correo.ulima.edu.pe

99715-2314

Rp.



Flooxetina 20mg # 30

Somno 10mg tabs # 20
(zolpidem)

Héctor Vidal Manyari
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 21458
R.N.E. 9120

29/3/16



PERU Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Dirección de red de Salud Lima Ciudad

030 N° 354485

RECETA UNICA ESTANDARIZADA

Nombres y Apellidos: [Redacted] H.C.: [Redacted]

Formato de Atención SIS N° [Redacted] Edad [Redacted]

TIPO DE USUARIO:

Demanda: Consulta Externa:
Seguro Integral de Salud: Emergencia:
Intervención Sanitaria: Odontología:
Otros: Otros:

Medicina: Gineco-Obstétrica
Pediatria Otros:

Diagnostico (Definido / Presuntivo): Do. Cervicosis

N°	Medicamento o Insumo (obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad Prescrito	INDICACIONES		
					DOSIS	Frecuencia	Vía administración / Duración Tratamiento
1	<u>Aspiraglan</u>	<u>0,54</u>	<u>tb</u>	<u>60</u>	<u>1</u>	<u>1x</u>	<u>orac.</u>
2							
3							
4							
5							

Utilizando hasta región: IN inclusive

Fecha de Atención: 15/01/16

Receta valida hasta: [Redacted]

DR. MATILDE LOYOLA PEREZ
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 61298

Sello Firma / Colegio Profesional

¡Si cumpleste el tratamiento con responsabilidad, recupera tu salud!