

**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS EN LA
FACULTAD DE MEDICINA DEL CES EN EL AÑO 2006**

Lina María García Posada

Ana María Jiménez Cuartas

Juliana Mesa García

Estudiantes X semestre Medicina

Asesora Científica Dra. Silvia Gaviria - Psiquiatra

Asesora Epidemiológica Dra. Yolanda Torres G.

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD – CES

FACULTAD DE MEDICINA

AREA DE LA SALUD MENTAL

MEDELLÍN

2006

**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS EN LA
FACULTAD DE MEDICINA DEL CES EN EL AÑO 2006**

Lina María García Posada

Ana María Jiménez Cuartas

Juliana Mesa García

Estudiantes X semestre Medicina

Asesora Científica Dra. Silvia Gaviria - Psiquiatra

Asesora Epidemiológica Dra. Yolanda Torres G.

Aspirando al título de médico y cirujano

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD – CES

FACULTAD DE MEDICINA

AREA DE LA SALUD MENTAL

MEDELLÍN

2006

ÍNDICE DEL CONTENIDO

1. RESUMEN	5
2. ABSTRACT	6
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
3.1 Planteamiento del problema	
3.2 Pregunta de Investigación	
3.3 Justificación de la propuesta	
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1 Salud mental en el Mundo	
4.2 Salud mental en Colombia	
4.3 Los Antidepresivos	
4.3.1 Historia	
4.3.2 Indicaciones	
4.3.3 Clasificación	
4.4 Depresión	
4.4.1 Depresión en estudiantes de medicina	
4.5 Trastornos de la alimentación	
4.5.1 Anorexia Nerviosa	
4.5.2 Bulimia Nerviosa	
4.5.3 Desorden de Ingesta Voraz	
4.5.4 Tratamiento de los trastornos de alimentación	
4.6 Trastorno Obsesivo Compulsivo	
4.7 Trastorno Afectivo Bipolar	

5. OBJETIVOS	34
5.1 Objetivo General	
5.2. Objetivos Específicos	
6. METODOLOGÍA	35
6.1 Definición del método	
6.2 Población y Muestra	
6.3 Criterios de Inclusión y Exclusión	
6.4 Variables	
6.5 Instrumento de Recolección	
6.6 Técnicas de Recolección	
6.6.1 Preparación de la Comunidad	
6.7 Procesamiento de la información	
6.7.1 Conformación de la base de datos	
6.7.2 Control de inconsistencias	
6.7.3 Programa para análisis (Epi-info)	
6.7.4 Análisis descriptivo (medidas y cruces de variables)	
7 RESULTADOS	38
8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
9 CRONOGRAMA	42
10 PRESUPUESTO	43
11 CONCLUSIONES	44
12 BIBLIOGRAFÍA	46

1. RESUMEN

En todo el mundo, 450 millones de personas sufren desordenes mentales. Desde inicios de la década de los noventa, el uso de antidepresivos se ha ido extendiendo, sobretodo por parte de los jóvenes más que de adultos, y siendo la depresión la principal causa. Todo esto puede ser consecuencia de dificultades sociales, pobreza, violencia, etc. pero una de sus posibles causas pudiera ser el estrés al que estamos sometidos los estudiantes de Medicina. Además es importante ver como influye el conocimiento de estos fármacos en la automedicación o si es prescrito por el psiquiatra. Es común que el trastorno depresivo se asocie también a otro tipo de sustancias psicoactivas, problema que no es extraño ver en nuestro medio. El intento y la ideación suicida también son una conducta común en los jóvenes que padecen depresión y una de sus causas puede ser el fracaso académico.

Para este estudio descriptivo, retrospectivo, transversal se seleccionó una muestra que incluyó a todos los estudiantes de pregrado que asistieron a la universidad el día de aplicación de la encuesta en cada curso. De una muestra de 342 estudiantes, 9.06% consume antidepresivos, 4.4% los consumen por diagnóstico de depresión como causa principal. Fue quinto año el de mayor prevalencia de consumo de antidepresivos con el 17.9 %. El 58.2% consultaron al psiquiatra quién prescribió el medicamento y 31.8% se automedicaron, el 11.7% consumen alcohol y el 1.8% marihuana.

La ideación, y el intento suicida se presentaron como sucesos independientes de quienes padecen trastorno depresivo siendo la ideación suicida el 3.5% de toda la muestra y el intento suicida, 0.9%. Con este estudio concluimos que en la facultad de medicina del CES hay una moderada prevalencia del consumo de antidepresivos y que el motivo de consumo es la depresión, trastorno que cada día es más prevalente en la población joven.

2. ABSTRACT

450 million people around the World suffer from mental disorders. From the beginning of the 1990's, the use of anti-depressives has extended. Their use is more widespread among the young people, being Major Depression the most important cause for their use. This could be explained as a consequence of social difficulties, poverty, violence, etc. but it could also be due the level of stress medical students are submitted to. Besides, it is important to analyze how the knowledge of these drugs leads to self-medication or if the anti-depressants are prescribed by a psychiatrist. It is not unusual, especially in our social environment, that Major Depressive Disorder is associated with the concomitant use of other psychoactive substances. Suicidal attempts and ideation are also common behaviors in youngsters with depressive disorders; this could be due to academic failure.

For this descriptive, retrospective, transversal study, we included all the Medical Students in our University that visited the campus on the survey day. Of 324 students, 9.06% are taking anti-depressants, 4.4% for Depressive Disorder. It was the fifth year where the highest rated of anti-depressant use with 17.9%. Of these, 58.2% were being treated by a psychiatrist, and 31.8% were self-medicated. Among them, 11.7% are regular alcohol consumers and 1.8% use marijuana in a regular basis. Suicidal ideation and attempts were presented as an isolated incident, with a prevalence of 3.5% and 0.9% respectively.

With this study, we have concluded that the Medicine School at CES University has a moderate prevalence of anti-depressants use, most of them taking them for Depressive Disorder; being at increasing prevalence among the youth.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El uso de antidepresivos en la población juvenil se ha extendido en los últimos años, siendo la depresión una de las causas más frecuentes de su uso.

El uso de los antidepresivos cada vez está más extendido, habiéndose elevado considerablemente sus ventas, especialmente desde la llegada de la fluoxetina. El empleo de estos fármacos en adultos está indicado en un gran número de patologías, si bien en jóvenes sus usos son más reducidos. Sin embargo, los datos parecen mostrar un aumento desproporcionadamente mayor de consumo de antidepresivos en jóvenes que en adultos.¹

Recientemente se han publicado los resultados de un estudio que ha pretendido dar una perspectiva hasta el momento desconocida del uso de estos fármacos en la población juvenil. Los datos demuestran un aumento considerable de uso de antidepresivos en los jóvenes menores de 20 años a lo largo de los primeros años de la década de los noventa. De todos los antidepresivos, son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina, los que han experimentado un mayor incremento. Además, en contra de los datos que manejan las autoridades sanitarias, la indicación de antidepresivos es mucho mayor para el tratamiento de la depresión en jóvenes que para el trastorno de déficit de atención-hiperactividad. A pesar de estos resultados, también está muy extendido el uso de antidepresivos tricíclicos en jóvenes, incluso para el tratamiento de depresión, cuando las autoridades no recomiendan su empleo para esta enfermedad a estas edades.

Gran parte de estas conductas se deben al contacto de los jóvenes con los médicos de atención primaria y no con especialistas en salud mental, lo cual resalta la importancia que tienen estos facultativos en la prescripción de antidepresivos. Además, muchos de los tratamientos se aplican sin un diagnóstico certero de la patología que sufre el adolescente, lo cual hace inexplicable el uso de estos fármacos a estas edades.

Por otra parte, muchas veces el consumo de antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se acompaña de ingesta de psicoactivos, lo cual hace que no sean efectivos e incluso no sean seguros.

Dado el amplio uso de antidepresivos en la edad juvenil, es necesario realizar nuevos estudios que determinen cuánto tiempo pueden tomar esta medicación y si es segura o no en combinación con otras sustancias. Además, es necesario formar y concienciar a los profesionales de atención primaria acerca de la importancia de un diagnóstico apropiado de las enfermedades mentales así como de las indicaciones de tratamiento de las mismas.¹

4. MARCO TEÓRICO

SALUD MENTAL EN EL MUNDO

Unos 450 millones de personas de todo el mundo sufren de desórdenes mentales y todas las personas corren el riesgo de problemas de salud mental. Esos problemas pueden ser consecuencias de estilos de vida tensos, de disfunciones en las relaciones, de conflictos civiles, violencia, enfermedades físicas, infecciones o traumas. Se prevé que los problemas de salud mental van a aumentar en todo el mundo por dificultades sociales y económicas tales como el desempleo, el crimen, la pobreza, la intolerancia racial, el abuso de sustancias peligrosas, la falta de hogar y los abusos de las personas.

El estigma y la discriminación relacionados con la enfermedad mental tienen consecuencias negativas para la salud y el bienestar del paciente y de su familia. Además el estigma es una barrera que se opone a la búsqueda de cuidados y tratamiento adecuados y a la integración de las personas con enfermedades mentales en la comunidad.

SALUD MENTAL EN COLOMBIA

Actualmente los trastornos de ansiedad están en un 19.3% de la población, los trastornos afectivos en un 15.0% y los trastornos abuso de sustancias en un 10.6%.

	% Hombres	% Mujeres
Episodio Depresivo Mayor	8,6	14,9
Distimia	0,6	0,7
Episodio Maníaco	2,1	1,5
Cualquier trastorno afectivo	11,7	17,5
Trastorno de pánico	0,6	1,7
Agorafobia sin pánico	1,5	3,3
Fobia social	5,1	5,1
Fobia específica	10,9	13,9
Ansiedad generalizada	1,5	1,2
Estrés postraumático	0,8	2,5
Cualquier trastorno de ansiedad	16	21,8
Abuso de alcohol	13,2	1,6
Dependencia a alcohol	4,7	0,3
Abuso de drogas	2,1	0,1
Dependencia de drogas	1,2	0,2
Dependencia de nicotina	2,9	0,5
Cualquier trastorno por abuso de sustancias	20,8	2,6

Estudio Nacional de Salud Mental:

Edad de inicio de trastornos afectivos

Episodio Depresivo Mayor	24
Manía	20
Hipomanía	27
Agorafobia	16
Ansiedad Generalizada	20
Trastorno de pánico	18
T. Estrés Postraumático	28
Fobia social	14
Fobia específica	7
Abuso de alcohol	23
Dependencia al alcohol	21
Abuso de drogas	20
Dependencia a las drogas	19
Dependencia a la nicotina	27
T. ansiedad separación infancia	8
Trastorno déficit de atención	5
Trastorno de conducta	10
Trast. oposicional desafiante	10
T. Ansiedad separación adulto	20
Bulimia Nerviosa	15

- Dos de cada cinco personas presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida.

- Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes.
- Entre los hombres el abuso de alcohol es el problema más común y para las mujeres la depresión mayor.

En general los trastornos de ansiedad son los que aparecen a edades más tempranas, seguidos por los trastornos por uso de sustancias y por último los trastornos afectivos.

El surgimiento de los trastornos mentales a edades tempranas junto con la cronicidad sugiere que muchas personas los padecen la mayor parte de su vida.²

ANTIDEPRESIVOS

Historia de los antidepresivos. El descubrimiento de los antidepresivos fue casual. En 1950 se trató a pacientes afectados de tuberculosis con iproniazida, una sustancia que demostró mejorar notablemente el estado anímico de los pacientes a pesar del cuadro infeccioso.

Esa y otras drogas inhibidoras de la enzima llamada monoaminooxidasa (MAO), fueron los primeros antidepresivos calificados como tales por su acción para suprimir los estados de tristeza. Diez años después aparecieron los antidepresivos tricíclicos y a la fecha se han descubierto muchos más que guardan cierta relación con sus antecesores.³

Al igual que en España, el consumo de antidepresivos en EE.UU. está creciendo de forma desorbitada. Las ventas de estos productos en todo el mundo ascendieron a cerca de 12.000 millones de dólares durante 2002. Sólo en España, se recetaron 20 millones de envases para un millón de personas, tan sólo una cuarta parte de los ciudadanos que pueden tener episodios depresivos. Pero, por ejemplo, su consumo creció desde 1985 a

1994 un 247%, en un proceso que desde entonces es imparable. Y las cifras en EE.UU. doblan las españolas si se examina la ratio por habitante. Por eso, las autoridades sanitarias estadounidenses quieren poner fin a tan altas prescripciones y dejar bien claro que estos fármacos tienen graves efectos secundarios si el diagnóstico es erróneo. ⁴

4.3.2 Indicaciones:

- Trastorno afectivo bipolar (ojo cicladores rápidos)
- Trastorno de pánico
- Bulimia
- Dolor neuropático
- Enuresis Episodio Depresivo mayor
- Depresión Psicótica
- Depresiones recurrentes
- Depresión Atípica
- Distimia
- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

4.3.3 Clasificación de los Antidepresivos⁵. La noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT) se liberan en locus ceruleus y núcleos del rafe e interaccionan con múltiples receptores en el cerebro para regular funciones como vigilia, atención, ánimo, procesos sensoriales, apetito y otras funciones globales.

Antidepresivos tricíclicos: Inhiben la receptación de 5-HT y NA.

Uso: Depresión mayor, distimia y depresión secundaria, trastorno del pánico, TOC, trastorno de ansiedad generalizada, estrés post traumático, dolor crónico, trastornos de la alimentación, enuresis y encopresis, fobia escolar, Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Efectos secundarios:

- Anticolinérgicos (antimuscarínicos)
 - Sedación, efecto H_1
 - Cardiotóxicos: efectos quinidina-like
 - Hipotensión ortostática (efecto α_1)
 - Efectos sexuales
 - Gastrointestinales
 - Ciclaje rápido

Sobredosis: Arritmias cardíacas, hipotensión y convulsiones. Efectos antimuscarínicos (boca y piel seca, midriasis, visión borrosa, etc.), depresión SNC que puede llegar a coma, también agitación y delirium. Taquicardia supraventricular, ventricular, fibrilación, bloqueos que pueden ser totales.

Contraindicaciones:

Bloqueo de rama, hipertrofia ventricular izquierda, Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Inhiben la recaptación de 5-HT

- ❖ Fluoxetina: Vida media más larga (ojo antes de IMAO para evitar el síndrome serotoninérgico). En ocasiones produce agitación e insomnio.
- ❖ Sertralina: Produce más efectos gastrointestinales y sexuales y es menos activadora.

- ❖ Paroxetina: Es más sedante, secretada más que otros en leche materna.
- ❖ Fluvoxamina: Más gastrointestinales. TOC
- ❖ Citalopram: más selectivo, buen perfil efectos secundarios.
- ❖ Escitalopram: nuevo con menos efectos secundarios.

Uso: depresión mayor, distimia y depresión atípica, TOC, trastornos de la alimentación, alcoholismo, abuso de drogas.

Efectos secundarios: anorexia, gastritis, vómito, náuseas, diarrea, insomnio, cefalea, temblor, disminución de la libido, impotencia, pérdida de peso.

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO): Bloquean el catabolismo intracelular de aminas biógenas.

Uso: Depresión atípica

Dos tipos de monoaminoxidasa (MAO): **A** (SNC, terminales simpáticas, hígado, intestino y piel) metaboliza sobre todo NA y serotonina. **B** (SNC y plaquetas)

Los IMAO (A) inactivan también las MAO intestinal y hepática, por lo que la ingesta de aminas exógenas produce liberación de catecolaminas endógenas y esto una crisis hiperadrenérgica: hipertensión, hiperpirexia, taquicardia, cefalea, diaforesis y arritmias cardíacas (“crisis de tiramina”). Si se administran con fármacos serotoninérgicos pueden producir el “síndrome serotoninérgico”: hipertermia, hipertensión, nistagmus, calambres musculares, convulsiones.

Clasificación:

Irreversibles:

No selectivos fenelzina, isocarboxacida

No hifrazinicos tranilcipromina

Selectivo A clorgilina

Selectivo B selegilina

Reversibles

Selectivos A monoclobemida, brofaromina, harmina, toloxaton, harmalina

Selectivo B Almoxatono

Indicaciones: depresión, distimia, depresión atípica, fobia social, trastorno del pánico, trastorno de la alimentación.

Otros antidepresivos:

Venlafaxina: Inhibe recaptación de 5-HT y NA selectivamente. Efectos secundarios similares ISRS, también como los Antidepresivos Tricíclicos produce sudoración. Aumento presión arterial diastólica. Usada en depresión, ansiedad generalizada, ansiedad social, pánico y estrés post traumático.

Trazodona: Actúa como inhibidor de la recaptación de 5-HT y serotimimético (*m*-CPP). Sedante. Se usa añadido a otros para insomnio. Riesgo priapismo.

Nefazodona: Similar a trazodona pero con menos efectos secundarios (α_1).

Reboxetina: Inhibidor selectivo NA, útil en todas las depresiones especialmente las que presentan retardo psicomotor.

Metilfenidato: Estimulante SNC. Depresiones resistentes, depresiones secundarias (por Enfermedad Cerebro Vascular).

4.4 LA DEPRESIÓN

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes que afecta a 340 millones de personas en el mundo hoy en día. Actualmente ocupa el primer lugar entre las enfermedades que generan discapacidad. Nadie es inmune a la depresión, afecta a personas de todas las clases sociales, de todos los países, todos los entornos culturales y todas las edades, pero la depresión es una de las enfermedades mentales más tratables aunque no lo parezca.

La Organización Mundial de la Salud predice que en el año 2020 la depresión será el tema principal de enfermedad-salud para la gente del mundo en vías de desarrollo, y que para entonces la depresión severa será la segunda causa más grande de muerte y discapacidad.⁶

Solamente en las últimas dos décadas la depresión en niños se ha tomado muy seriamente. El niño deprimido puede fingir estar enfermo, rechaza ir al colegio, se aferra a un padre, o se preocupa porque el padre puede morir. Los niños más grandes pueden enojarse, tener problemas en el colegio, ser negativos y pueden sentir incomprendidos.

Como los comportamientos varían entre una etapa de la niñez y otra, puede ser difícil decir si un niño está en una fase o está sufriendo de depresión. Los padres a veces se preocupan por los cambios en el comportamiento del niño o por los comentarios de los profesores. En tal caso, si en una visita al pediatra del niño se descartan los síntomas físicos, el doctor debe sugerir una evaluación preferiblemente por un psiquiatra que se especialice en las depresiones de los niños y en el tratamiento ansiolítico.

Antidepresivos y Ansiolíticos: Se utilizan para la depresión, un desorden reconocido en niños solamente en los últimos 20 años, y para los desórdenes de ansiedad, incluyendo el Trastorno obsesivo compulsivo. Las medicaciones o más utilizadas para estos desórdenes son los ISRS.

En el cerebro humano hay muchos "neurotransmisores" que afectan la manera que pensamos, sentimos y actuamos. Tres de estos neurotransmisores influenciados por los antidepresivos son la serotonina, la dopamina, y la noradrenalina.

Depresión en adultos Jóvenes

En la depresión de adultos jóvenes tiene gran importancia la carga genética se asocia por lo general a pacientes con familiares de primero y segundo grado con este trastorno.

Las mujeres son dos veces más susceptibles que los hombres, además por que las mujeres tienden a expresarse más y a ser más susceptibles ante las situaciones negativas de la vida.

Estudios indican que más de dos episodios de depresión antes de los 25 años, tienen peor pronóstico y tienden a tener una respuesta deficiente al tratamiento. Las edades en que más prevalece el suicidio son entre los 15 y los 24 años.

El neurotismo esta asociado a cuadros depresivos posteriores, mostrado por un estudio realizado con 896 pacientes entre 18 y 21 años, además son más susceptibles a ser afectados por las adversidades presentadas durante la vida y a situaciones mínimas de estrés.

El abuso sexual, físico y emocional esta altamente relacionado con los trastornos psiquiátricos manifestados en la edad adulta joven y situaciones negativas de la vida pueden precipitar de una forma significativa, la aparición de la depresión en una persona predispuesta; lo mismo ocurre con personas que consumen alcohol, marihuana y otras sustancias de abuso que al presentarse este antecedente pueden ayudar a hacer un diagnostico temprano de depresión.

En la fisiopatología de la depresión esta la teoría neurogénica que explica la depresión como una disfunción del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal y los esteroides producidos por esta glándula inducen una alteración en el hipocampo.

La depresión puede clasificarse como monopolar o bipolar según la presencia o no de episodios de manía e hipomanía, donde el paciente pasa de estar triste a tener un comportamiento eufórico, con sentimientos de grandeza, de superioridad, etc.

La presentación clínica de la depresión es muy variable y se acompaña a menudo de ansiedad e irritabilidad en las personas jóvenes y de un comportamiento impulsivo, lo cual puede confundirse con el comportamiento de la adolescencia, jóvenes con personalidad limítrofe, fatiga excesiva, aumento de peso e hipersomnias tienen tendencia a padecer un trastorno bipolar.⁷

Medicamentos

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Estos incluyen los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina"

(ISRS) que son medicamentos nuevos, los tricíclicos y los "inhibidores de la monoaminoxidasa" (IMAO). Los ISRS y otros medicamentos aún más nuevos que afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico prueba una variedad de antidepresivos antes de encontrarse el medicamento o combinación de medicamentos más efectiva. Generalmente la dosis se debe ir aumentando hasta que la medicación es efectiva. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente. Hay que tomarlo en dosis adecuadas por 3 ó 4 semanas, y en algunos casos lleva hasta 8 semanas, para que se produzca el efecto completo. Sin embargo a veces se empiezan a ver mejorías en las primeras semanas.

Es posible que el paciente se sienta tentado a dejar de tomar el medicamento prematuramente. Él puede sentirse mejor y pensar que ya no lo necesita. O puede pensar que el medicamento no le está ayudando en absoluto. Es importante seguir tomando el medicamento hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo. Algunos efectos secundarios (vea la sección Efectos Secundarios, página 13) pueden aparecer incluso antes de que se produzca el efecto antidepresivo. Una vez que el paciente se sienta mejor, es importante continuar el medicamento por 4 a 9 meses para prevenir una recaída de la depresión. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente (es decir reduciendo la dosis poco a poco) para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de abstinencia, los que se producen cuando algunos medicamentos se descontinúan abruptamente. En los casos de trastorno bipolar y depresión severa crónica o recurrente, es posible que el paciente tenga que tomar el medicamento por un tiempo indefinido.

Al contrario de lo que algunas personas creen, **los medicamentos antidepresivos no crean hábito**. Sin embargo, como sucede con cualquier tipo de medicamento recetado por periodos prolongados, los antidepresivos deben ser supervisados cuidadosamente por el médico para determinar si se están dando en una dosis correcta. El médico debe verificar la dosificación y la efectividad del tratamiento en forma periódica.

Hay un pequeño grupo de personas que no responden a los antidepresivos usados más comúnmente (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) y para las cuales los IMAO son el mejor tratamiento. Las personas que están tomando esta clase de antidepresivos deben evitar determinados alimentos. Ciertos alimentos contienen niveles elevados de la sustancia llamada tiramina (la que normalmente se encuentra en quesos fermentados, vinos y encurtidos o alimentos en conserva de vinagre). Cuando el paciente toma un IMAO, estos alimentos deben ser estrictamente evitados, al igual que algunos medicamentos como los descongestionantes que se toman para los resfríos y algunas alergias. La interacción de la tiramina con los IMAO puede ocasionar una crisis hipertensiva (subida brusca y extrema de la presión arterial) que puede llevar a la ruptura de una arteria en el cerebro, es decir un accidente cerebro-vascular. El médico debe proporcionar al paciente una lista completa de los alimentos prohibidos. El paciente debe llevar la lista consigo en todo momento. Las otras clases de antidepresivos (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) no requieren restricciones alimenticias.⁸

4.4.1 Depresión en estudiantes de Medicina. Los estudiantes de medicina son más susceptibles a la depresión que sus compañeros no médicos. Un estudio reciente realizado en estudiantes de primer y segundo año de medicina de la Universidad de California, San Francisco se encontró que aproximadamente un cuarto estaban

deprimidos. Otros han sugerido que si bien la tasa de depresión en estudiantes que ingresan a la facultad de medicina es similar a la de la población general, su prevalencia aumenta desproporcionalmente a través de los estudios de medicina

Por que ser estudiante de medicina aumenta los riesgos de depresión? Laurie Raymonds de la Universidad de Harvard cree que la capacidad de adaptación y la salud personal disminuyen a medida que se avanza en los estudios.

Los síntomas de depresión en estudiantes médicos pueden ser difíciles de distinguir de los efectos del stress inherente a la vida estudiantil. Los estudiantes frecuentemente desechan sus sentimientos interpretándolos como una respuesta al estudio, en el cual viven de examen en examen y no tienen tiempo para ellos mismos.

Los desafíos emocionales y académicos que requiere convertirse en médico afecta a los estudiantes. Sus encuentros iniciales con la muerte y la enfermedad pueden desenmascarar vulnerabilidades psicológicas. Algunos se sienten abrumados por el costo emocional de cuidar de otros.

Para estudiantes quienes han tenido excelente desarrollo académico, obtener notas mediocres en un examen es frecuentemente motivo de shock.

No es claro si ha habido un reciente aumento en las tasas de depresión en estudiantes de medicina, o si el aumento en la vigilancia psiquiátrica simplemente ha llevado a un mayor reconocimiento del fenómeno.

Los estudiantes se pueden deprimir en cualquier punto de su carrera, pero han encontrado que la mayoría ocurre en tercer y cuarto año cuando los estudiantes empiezan

a rotar por los diferentes hospitales. A medida que empiezan a tratar pacientes enfermos, los estudiantes depresivos generalmente se vuelven más recelosos en admitir que ellos no están bien.

Muchos estudiantes deprimidos temen consultar por las posibles repercusiones que esto pueda tener sobre su residencia, dado que en los formularios de inscripción preguntan sobre antecedentes psiquiátricos.

4.5 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN⁹

El comer es controlado por muchos factores, incluyendo apetito, disponibilidad del alimento, la familia, el lugar y las prácticas culturales, y también radica en el control voluntario. Las dietas para lograr un peso corporal menor al necesario para una buena salud son altamente promovidas por las tendencias actuales de la moda, campañas de ventas para los alimentos especiales, y en algunas actividades y profesiones. Los desórdenes alimenticios implican disturbios serios en comportamiento al comer, tal como reducción extrema y malsana de la ingesta o el comer excesivamente, también se manifiesta como la preocupación extrema por la forma o peso del cuerpo.

Los trastornos de la alimentación no son debido a falta de voluntad, son enfermedades médicas verdaderas, tratables en los cuales ciertos patrones maladaptativos del comer se toman la vida por delante.

Los principales tipos de desórdenes del comer son anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Como tercer tipo se ha descrito el abuso de la ingesta, que se ha sugerido pero

no ha sido aprobado aún. Estos desordenes comienzan con frecuencia durante adolescencia o edad adulta temprana, pero algunos informes indican que su inicio puede ocurrir durante niñez o más adelante en la edad adulta.

Los desordenes alimenticios pueden coexistir con otros desórdenes psiquiátricos tales como depresión, abuso de sustancias, y ansiedad. Además, la gente que sufre de desórdenes del comer puede experimentar una amplia gama de las complicaciones físicas, incluyendo problemas del corazón o insuficiencia renal que pueden conducir a la muerte. El reconocimiento de los desórdenes como enfermedades verdaderas y tratables es críticamente importante. Las mujeres son mucho más propensas que los hombres a desarrollar un desorden alimenticio.

4.5.1 Anorexia Nerviosa. Del 0.5 a 3.7 % del las mujeres sufre de anorexia nerviosa durante su vida.

Los síntomas de esta incluyen:

- Resistencia al peso corporal que mantiene para la edad y la altura
- Miedo intenso de ganar peso o de llegar a ser gordo, aún estando con un peso adecuado.
- Inconformidad con su peso corporal o forma que la llevan a tener una baja autoestima.
- Alteraciones del período menstrual o amenorreas en mujeres que ya han llegado a la pubertad.

Las personas con este trastorno se ven con exceso de peso aunque estén exageradamente delgadas. El proceso de comer se convierte en una obsesión. Estas personas desarrollan hábitos inusuales del comer, por ejemplo evitar comidas, la selección de algunos alimentos, comer en cantidades pequeñas. Las personas con anorexia se preocupan constantemente por su peso corporal, y muchas utilizan otras técnicas para controlarlo, tal como ejercicio intenso y compulsivo, vomitar y del abuso de laxantes, enemas, y de los diuréticos. Las mujeres con anorexia experimentan a menudo un retraso de su primer período menstrual.

El curso y el pronóstico de la anorexia nerviosa varían según el individuo; algunos se recuperan completamente después de un episodio; otros tienen un patrón que fluctúa entre el aumento y la caída del peso; y otros experimentan un curso crónico. La tasa de la mortalidad entre la gente con anorexia se ha estimado en 0.56 % anual, o aproximadamente 5.6 % por década, que es cerca de 12 veces por encima del índice de mortalidad anual debido a todas las causas de muerte en mujeres entre 15-24 años. Generalmente las causas más comunes de muerte son debidas a complicaciones del desorden, por ejemplo falla cardiaca, desequilibrio electrolítico o suicidio.

4.5.2 Bulimia nerviosa. Del 1.1 al 4.2% del las mujeres sufre de bulimia nerviosa durante su vida.

Los síntomas de esta incluyen:

- Episodios recurrentes de ingesta voraz que se caracterizan por comer una cantidad excesiva de alimento en un período de tiempo corto y por sensación de falta de control sobre la ingesta.

- Comportamiento compensatorio inadecuado recurrente, para prevenir aumento del peso, tal como vomitar o uso erróneo y autoinducido de laxantes, diuréticos, enemas, u otras medicaciones, además ayunan y realizan ejercicio excesivo.
- La ingesta voraz y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren, por lo menos dos veces en una semana por 3 meses.
- La auto evaluación es indebidamente influenciada por la forma del cuerpo y el peso.

Debido a las medidas compensatorias luego de una ingesta voraz, estos pacientes logran tener un peso normal para su edad y altura. Sin embargo, como los individuos con anorexia, pueden temer a ganar peso, desean perder peso, y se sienten intensamente insatisfechos con sus cuerpos. La gente con bulimia mantienen su enfermedad en secreto, sintiéndose avergonzados con los episodios de ingesta voraz, experimentando un alivio al purgarse.

4.5.3 Desorden de ingesta voraz. Se ha estimado que entre el 2 y el 5 % de la comunidad americana han experimentado este desorden en un periodo de seis meses.

Los síntomas de este desorden incluyen:

- Episodios recurrentes de ingesta voraz que se caracterizan por comer una cantidad excesiva de alimento en un período de tiempo corto y por sensación de falta de control sobre la ingesta.
- Los episodios de la ingesta voraz se asocian por lo menos a 3 de los siguientes casos: comer más rápidamente de lo normal; el comer hasta experimentar una sensación

incomoda de llenura; comer cantidades excesivas de alimento sin hambre; el comer solo por el hecho de sentirse avergonzado por la cantidad de alimento ingerido.

- Sentimiento de culpa por su comportamiento.
- Este comportamiento ocurre en promedio 2 días a la semana por 6 meses.
- Las ingestas excesivas no se asocian a comportamientos compensatorios como vomito, uso de medicamentos, ayuno o ejercicio extremo.

La gente que experimenta este desorden pierde el control en estos episodios tal como los bulímicos pero se diferencian por que estos no eliminan el exceso de calorías de sus cuerpos, por lo tanto, muchos con este desorden son gordos para su edad y altura. Las sensaciones de uno mismo-disgustan y la vergüenza asociada a esta enfermedad puede conducir a una recaída, creando un círculo vicioso.

4.5.4 Estrategias para el tratamiento. Los desórdenes alimenticios pueden ser tratados y el peso puede ser restaurado. Cuanto más pronto se diagnostiquen y se traten, mejores serán los resultados. Debido a su complejidad, requieren un plan integral de tratamiento

que implica asistencia y supervisión médica, intervenciones psicosociales, asesoramiento nutricional y si es necesario terapia farmacológica

El tratamiento de la anorexia implica tres fases principales: (1) restauración del peso perdido; (2) tratar disturbios psicológicos tales como distorsión de la imagen corporal, de la baja autoestima y de los conflictos interpersonales; y (3) alcanzando la remisión y la rehabilitación a largo plazo, o la recuperación completa. El diagnóstico y el tratamiento temprano aumentan la probabilidad del éxito. El uso de los medicamentos psicotrópicos

en anoréxicos debe ser considerado solamente después de que se ha establecido el aumento del peso. Ciertos ISRS han demostrado ser provechosos para el mantenimiento del peso, las alteraciones del ánimo y la ansiedad asociada a la anorexia.

El manejo agudo generalmente es intrahospitalario donde se crean planes de alimentación para las necesidades médicas y nutricionales del paciente. En algunos casos, se recomienda la alimentación intravenosa. Una vez corregida la desnutrición y el aumento del peso ha comenzado, la psicoterapia cognoscitivo-comportamental o interpersonal puede ayudar a superar la baja autoestima y a tratar los patrones alterados del comportamiento.

La meta fundamental del tratamiento para la bulimia es eliminar la ingesta voraz y los comportamientos compensadores. Para este fin se utiliza la rehabilitación nutricional, la intervención psicosocial, y las estrategias farmacológicas. Establecer un patrón regular de ingesta, mejorar las actitudes relacionadas con el desorden, estimular el ejercicio sano pero no excesivo, y resolver las condiciones concomitantes como los trastornos del humor o de ansiedad están entre las medidas a seguir para la rehabilitación. La psicoterapia individual (especialmente cognoscitiva- comportamental o interpersonal) y la psicoterapia del grupo han sido eficaces. Los medicamentos psicotrópicos, sobre todo antidepresivos tales como los ISRS, se han encontrado beneficiosos para las personas con bulimia, particularmente ésas con síntomas significativos de la depresión o de la ansiedad, o las que no han respondido adecuadamente al tratamiento psicosocial solamente. Estas medicaciones también pueden ayudar a prevenir recaída. Las metas y las estrategias para el tratamiento de las ingestas voraces

son similares a las de la bulimia, y actualmente los estudios están evaluando la eficacia de varias intervenciones.

La gente con desórdenes alimenticios no reconoce o no admite que está enferma, por lo que puede oponerse fuertemente a conseguir y a permanecer en el tratamiento. Los miembros de la familia u otras personas de confianza para el paciente pueden ser importantes para el inicio y seguimiento del tratamiento y para la rehabilitación.

4.6 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), uno de los trastornos de ansiedad, es una condición que es potencialmente debilitante y que puede perdurar a través de la vida de una persona. El individuo que padece de TOC está atrapado en un esquema de pensamientos y conductas repetitivas que carecen de sentido y que son angustiantes, pero que son muy difíciles de vencer. El TOC ocurre dentro de una gama de leve a severo, pero si es severo y no se trata, puede destruir la capacidad de una persona para funcionar en el trabajo, la escuela, o hasta en la casa.

Farmacoterapia Pruebas clínicas en años recientes han mostrado que drogas que afectan el neurotransmisor serotonina pueden reducir significativamente los síntomas de TOC. El primero de estos inhibidores de la recaptación de serotonina (SRI) [siglas corresponden al nombre en inglés: serotonin reuptake inhibitors] específicamente

aprobado para uso en el tratamiento de TOC fue el antidepresivo tricíclico clomipramina (Anafranil*). Esto fue seguido por otros

SRI llamados "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina" (SSRIs) [siglas corresponden al nombre en inglés: "selective serotonin reuptake inhibitors"]. Aquellos que han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration - FDA) para el tratamiento de TOC son la fluoxetina (Prozac), fluvoxamina (Luvox*) y paroxetina (Paxil*). Otro que ha sido estudiado en pruebas clínicas controladas es la sertralina (Zoloft). Estudios extensos han demostrado que más de tres cuartos de pacientes son ayudados, al menos un poco, por estos medicamentos. Y en más de mitad de los pacientes la medicación alivia síntomas de TOC al disminuir la frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones. La mejoría por lo general lleva tres semanas o más. Si un paciente no responde bien a uno de estos medicamentos, o tiene efectos secundarios inaceptables, otro SRI puede dar una respuesta mejor. Se están haciendo investigaciones sobre el uso de un SRI como el medicamento principal y uno de una variedad de medicamentos como una droga adicional (un aumentador) para pacientes que sólo son parcialmente sensibles a estos medicamentos. La medicación es útil en el control de los síntomas de TOC pero a menudo, si se deja el medicamento, luego habrá una recaída. De hecho, aún cuando los síntomas han disminuido, la mayoría de las personas necesitarán continuar con medicación indefinidamente, quizás con una dosificación más baja.¹⁰

4.7 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

El trastorno afectivo bipolar, también conocido como enfermedad maniaco-depresiva, es una enfermedad médica seria que causa cambios en el humor, la energía, y la capacidad de una persona para funcionar. A diferencia de los cambios normales, los síntomas del desorden bipolar son severos.

Este trastorno causa cambios extremos en el estado del ánimo entre euforia y depresión, a veces con periodos de eutimia entre ellos.

¿Pueden los niños y los adolescentes tener trastorno bipolar?

Los niños y los adolescentes pueden desarrollar un trastorno bipolar. Es más probable que afecte a los hijos de padres con la enfermedad.

Sin embargo, a diferencia de los adultos quienes tienen los periodos de manía y depresión más definidos, los niños y adolescentes con la enfermedad tienen oscilaciones muy rápidas del humor a menudo varias veces en un día. Los niños con manía son más irritables y propensos a las rabietas destructivas que a las euforias. Los síntomas mezclados también son comunes en los jóvenes con trastorno bipolar. Los adolescentes que desarrollan la enfermedad pueden tener síntomas más clásicos.

El trastorno afectivo bipolar en niños y adolescentes puede ser difícil de diagnosticar ya que otros problemas puedan ocurrir en estas edades. Por ejemplo, la irritabilidad y la agresividad pueden indicar también un trastorno de déficit de atención e hiperactividad, un trastorno oposicionista-desafiante, un trastorno de la conducta u otros tipos de

desórdenes mentales más comunes entre adultos tales como depresión o esquizofrenia.

El abuso de la droga también puede conducir a estos síntomas.

Para cualquier enfermedad, el tratamiento eficaz depende de diagnóstico apropiado. Los niños o los adolescentes con síntomas emocionales y del comportamiento deben ser evaluados cuidadosamente por un profesional de salud mental. Cualquier niño o adolescente que tenga pensamiento suicida, habla de suicidio, o ha tenido tentativas de este, debe tomarse seriamente y debe recibir ayuda inmediata de un especialista de la salud mental.

Tratamiento del TAB

Las investigaciones han demostrado que la gente con trastorno bipolar están en riesgo de hacer un cambio rápido entre la depresión y la manía o la hipomanía

Durante el tratamiento con antidepresivos, por lo tanto, los medicamentos estabilizadores del ánimo son requeridos solos o conjuntamente con los antidepresivos para proteger a los pacientes contra este ciclaje. El litio y el valproato son los estabilizadores del ánimo más utilizados actualmente. Sin embargo, los estudios continúan evaluando los efectos estabilizadores de las medicaciones más nuevas.

Los antipsicóticos atípicos, incluyendo la clozapina (Clozaril®), la olanzapina (Zyprexa®), la risperidona (Risperdal®), la quetiapina (Seroquel®), y la ziprasidona (Geodon®), se están estudiando como posibles tratamientos para el trastorno bipolar. La evidencia sugiere que la clozapina puede ser útil como estabilizador del ánimo en los que no responden al litio o a los anticonvulsivantes. Otra investigación ha apoyado la eficacia de la olanzapina para la manía aguda, una indicación que ha sido recientemente aprobada por la FDA. La Olanzapina también puede ayudar a aliviar la depresión psicótica.

Si el insomnio es un problema, las benzodiazepinas de larga acción tal como el clonazepam (Klonopin®) o el lorazepam (Ativan®) pueden ser útiles. Sin embargo, puesto que estas medicaciones pueden crear hábito, se prescriben a corto plazo.

Para reducir las recaídas o el desarrollo de un nuevo episodio, es importante ajustarse al plan del tratamiento.¹¹

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Estimar la prevalencia del consumo de medicamentos antidepresivos en la facultad de Medicina del CES.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Caracterizar la población estudiada según variables socio-demográficas (Sexo, edad, año de carrera)
- ❖ Reconocer la fuente por la cual iniciaron el consumo (psiquiatra-médico general-automedicación-familiares).
- ❖ Determinar el principal motivo de consulta entre los pacientes estudiados.
- ❖ Identificar la principal patología que lleva al consumo de medicamentos antidepresivos entre la población estudiada.
- ❖ Definir cual es el semestre en el cual el consumo de antidepresivos es más prevalente.

6. METODOLOGÍA

6.1 DEFINICIÓN DEL MÉTODO

Descriptiva, retrospectiva, transversal.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se tomaron como muestra todos los estudiantes de pregrado de medicina del CES que asistieron a la universidad el día de la realización de la encuesta.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Ser estudiante de Medicina del CES, querer participar en la investigación voluntariamente y asistir el día de la realización de la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pertenecer a la universidad pero no ser estudiante o estar en postgrado, no querer participar en la investigación, no asistir a la universidad el día de la aplicación de la encuesta.

6.4 VARIABLES

Variable	Tipo	Escala
Edad	Cuantitativa	Razón
Sexo	Cualitativa	Nominal

Universidad	Cualitativa	Nominal
Carrera	Cualitativa	Nominal
Semestre	Cuantitativa	Razón
Medicamento	Cualitativa	Nominal
Frecuencia de uso	Cuantitativa	Razón
Persona quien prescribe	Cualitativa	Nominal
Motivo de consulta	Cualitativa	Nominal
Patología	Cualitativa	Nominal
Tiempo de uso	Cuantitativa	Razón

6.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se aplicó una encuesta realizada por las investigadoras con la colaboración de la asesora científica y la asesora epidemiológica. En esta se preguntará por el uso de medicamentos, que tipo, con que frecuencia, para que fin y quien lo prescribió.

6.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

Se asistirá a cada salón de la facultad de medicina de la universidad sin aviso previo con la colaboración de las coordinadoras de la facultad durante 4 semanas para aplicarle la encuesta a los estudiantes de los diferentes semestres.

6.6.1 Preparación de la Comunidad: A todos los estudiantes que participaron en la investigación se les explicó en que consiste el estudio, cual es su fin, y que era lo que debían hacer para la adecuada realización de la encuesta.

6.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

6.7.1 Conformación de la base de datos: Para lograr un mejor manejo de los datos, tener mas fácil acceso a estos y evitar la perdida de información, se creó una base de datos a la cual solo tuvieron acceso las investigadoras.

6.7.2 Control de inconsistencias: Se realizó durante la creación de la base de datos y se separaron las encuestas con alguna inconsistencia en sus respuestas.

6.7.3 Programa para análisis (SPSS): El análisis de los datos obtenidos por medio de las encuestas será realizado con la ayuda del programa SPSS.

6.7.4 Análisis descriptivo (medidas y cruces de variables)

Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, proporción de prevalencia del consumo de antidepresivos, proporción de consumo según quien prescribió, distribución de proporción según diagnostico, distribución proporcional según fuente de información, distribución proporcional según motivos de consulta, distribución proporcional sobre conocimiento de efectos secundarios, distribución proporcional sobre conocimiento de contraindicaciones, proporción de consumo de otra droga de abuso, tipo de droga, proporción de ideación suicida, proporción de intento suicida.

7. RESULTADOS

La muestra fue de 342 personas, a quienes se les aplicó la encuesta.

Vale la pena anotar que hubo por parte de los participantes, falta de seriedad al momento de responder la encuesta. Algunos no respondieron preguntas como edad y sexo.

Sexo: el 70.47 % son mujeres y el 29.53% hombres.

Consume antidepresivos: el 9.06 % de la población estudiantil. De este 9.06% que consume antidepresivos, el 58.2% fue prescrito por un psiquiatra y un 31.8% se automedicó.

Diagnóstico: El 4.4% depresión

El 2.6% trastorno de ansiedad

El 2% trastorno de alimentación

Automedicación: con respecto a los pacientes que se automedicaron, el antidepresivo fue recomendado por:

2.9% formación académica

1.2% por recomendación de un amigo a familiar

Motivo de consulta: El motivo de consulta por el cual acudieron al médico quienes lo hicieron:

2% irritabilidad o mal genio

1.5% trastorno del sueño

1.2% otros

Conocen los efectos secundarios: 7% sí los conocen

Consumen otro tipo de droga: 16.1% de toda la muestra consumen otro tipo de droga asociada al medicamento.

El tipo de droga que consumen:

11.7% alcohol

1.8% marihuana

Ideación suicida: 3.5% del total de la muestra

Intentado suicidarse: 0.9% del total de la muestra

De quienes tienen como diagnóstico depresión han **ideado** suicidarse 13.3%

De quienes tiene como diagnóstico ansiedad han ideado suicidarse 22.2%

En primer año consume: 6.2%

En segundo año: 14.1%

En tercer año: 1.8%

En cuarto año: 7%

En quinto año: 17.9%

En sexto año: 11.4%

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- ❑ Es una investigación **sin riesgo** según la resolución 008430 de 1993 del el Ministerio de Salud, ya que no se realiza en esta ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, psicológicas, fisiológicas y sociales de los individuos que participan en ella.

- ❑ Es un estudio absolutamente confidencial ya que los encuestados no se vieron obligados a marcar la encuesta con su nombre o con algún número que los identifique.

- ❑ A todos los estudiantes seleccionados se les explicó en que consiste la investigación y cual es su papel en esta. Sin embargo, ningún estudiante se vió obligado a participar si no lo deseaba.

- ❑ No hubo necesidad de un consentimiento informado por escrito, pues como se mencionó anteriormente, esta es una investigación sin riesgo y no se realizaron acciones que puedan ser perjudiciales para las personas participantes de esta investigación.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planteamiento del tema												
Búsqueda de literatura												
Construcción de Objetivos												
Redacción de la Metodología												
Redacción del Marco Teórico												
Diseño de encuesta												
Preparación de la comunidad												
Realización de prueba piloto												
Aplicación de encuesta												
Construcción de base de datos												
Análisis en epi-info												
Correcciones de la investigación												
Entrega del proyecto												

10. PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	VR UNIT	UNIDADES	VR TOTAL	FINANCIADO	POR FINANCIAR
Busq. bibliografía	1.000	10	10.000	10.000	0
Transporte	5.000	174	870.000	870.000	0
Hora estudiante	15.000	174	2'610.000	2'610.000	0
Asesor	35.000	174	6'090.000	6'090.000	0
Fotocopias	40	400	16.000	16.000	0
Impresora tinta	60.000	1	60.000	60.000	0
Digitador	15.000	6	90.000	90.000	0
Alquiler computador	10.000	20	200.000	200.000	0
TOTAL			9'766.000	9'766.000	0

11. CONCLUSIONES

Según nuestro estudio realizado en el año 2006 con los estudiantes de pregrado de la facultad de medicina del CES, se llegó a la conclusión de que un 9.06% de los alumnos consume algún medicamento antidepresivo, siendo esta cifra un valor significativo para una muestra de 342 alumnos.

En las encuestas realizadas observamos que el consumo de antidepresivos es mayor en el sexo femenino con una relación mujer/hombre de 2.3/1, lo cual coincide con lo expuesto por los doctores Daniel J. Smith y Douglas Blackwood en su artículo llamado "Depresión en adultos jóvenes", publicado en la revista Avances sobre terapéutica psiquiátrica en el 2004. Esto muestra que la relación mujer/hombre se mantiene constante tanto en la población general como en la población estudiantil.

La edad en la cual se observa un mayor consumo de antidepresivos es a los 19 y a los 22, que coinciden con el 2do y el 5o año (siendo este el año con más prevalencia de consumo con un 17.9%) de la carrera donde se comienza a tener contacto con los pacientes y a experimentar la vida médica más de cerca, como lo explica el artículo de los doctores Rosenthal J. M., Okie S. sobre la depresión en estudiantes de medicina, publicado en el New England Journal of Medicine de septiembre del 2005.

De la totalidad de los alumnos que consumen antidepresivos, el 58.2% visitaron un psiquiatra y este les prescribió el medicamento y un 31.8% se automedicó. Con estas cifras vemos que todavía hay una alta visita al psiquiatra para la prescripción de estos

medicamentos sin embargo hay una enorme automedicación típica de los estudiantes de medicina, 2.9% por formación académica y 1.2% por recomendación de familiares o amigos.

De los pacientes que consultaron al médico, 2% consultaron por mal genio o irritabilidad, 1.5% por trastornos del sueño y 1.2% por otro tipo de síntomas.

Los estudiantes que consumen antidepresivos, 4.4% tienen al Trastorno depresivo como diagnóstico siendo este el más visto en la facultad, seguido por el trastorno de ansiedad con un 2.6% y por último al trastorno de alimentación con un 2 %.

BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ UCM.es (sede Web) Portal medico de la facultad de medicina Universidad Complutense de Madrid. Psicofármacos en la juventud. Zito JM, Safer DJ. [mayo de 2002, acceso, octubre 2005] www.ucm.es/info/fmed/medicina.edu/Pediatria/psicofar.htm
- ² Ministerio de la Protección Social; Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003
- ³ Toro Greiffestein Ricardo José y otros: Psiquiatría, editorial CIB, Medellín, 2004. 4ta ED, Pág. 35.
- ⁴ Consumer.es (sede Web) La Agencia Europea de los Medicamentos estudia obligar a los laboratorios a advertir en los prospectos de los antidepresivos sobre ciertos riesgos; 24 Marzo 2004 Revista de salud www.consumer.es/web/es/salud/2004/03/24/97578.php
- ⁵ Millán Ana, Piñeros Sandra: Temas de psicofarmacología clínica, ED Universidad el Bosque, Bogotá, 2006, 1era ED. , página 111-126
- ⁶ Toro Greiffestein Ricardo José y otros: Psiquiatría, editorial CIB, Medellín, 2004. 4ta ed, cap 12.
- ⁷ Daniel J.Smith And Douglas H R Blackwood: Depression in Young Adults Advances in Psychiatric Treatment 2004; vol 10; 4-12
- ⁸ NIMH (sede Web) Eating Disorders Booklet. National Institute of Mental Health. Science Writing, Press & Dissemination Branch <http://www.nimh.nih.gov/publicat/eatingdisorders.cfm>
- ⁹ Hans Joergen Grabe. Familiarity of Obsessive-Compulsive Disorder in Nonclinical and Clinical Subjects. American J Psychiatry, Nov. 2006; 163: 1986 - 1992.

¹⁰ Páginas Chile (sede Web) Trastorno Obsesivo Compulsivo. María del Pilar Yagüe. R.N
www.paginaschile.cl/obsesivocompulsivo.htm

¹¹ NIMH (sede Web) Bipolar disorder, medications, treatment. Results from the NIMH-Funded Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) <http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/bipolar-disorder/index.shtml>

¹² Rosenthal J. M., Okie S. **White Coat**, Mood Indigo — Depression in Medical School N Engl J Med 2005; 353:1085-1088, Sep 15, 2005.

ENCUESTA

1. 1. Masculino 2. Femenino
2. Edad _____
3. Cuál semestre cursa actualmente? _____
4. Toma antidepresivos actualmente? 1. SI 2. NO
5. Quién le prescribió el medicamento?
 1. Automedicación
 2. Prescripción por medico general
 3. Prescripción por psiquiatra
 4. Prescripción por otro especialista
6. En caso de haber consultado a un medico, señale cuál es su diagnostico:
 1. Depresión
 2. Trastorno de ansiedad(ansiedad generalizada, pánico, estrés post traumático, tras obsesivo compulsivo)
 3. Trastorno de alimentación
 4. Insomnio
 5. Otro Cuál? _____
 6. Desconoce su diagnóstico
7. Si se automedicó, cómo conoció el medicamento?
 1. Información de amigo o familiar
 2. Información de medios de comunicación
 3. Información de un conocido o compañero
 4. Formación académica
8. Si fue al medico, cuál fue el motivo de consulta?
 1. trastorno de sueño
 2. Irritabilidad o mal genio
 3. Ansiedad o desasosiego
 4. Animo disminuido
 5. Dificultad para concentrarse en el estudio
 6. Sugerencia de otra persona
 7. Consumo de sustancias
 8. Cuál? _____
9. Conoce usted los efectos secundarios del medicamento?
 1. Si
 2. No
10. Sabe usted durante cuanto tiempo debe tomar el medicamento?

1. Si 2. No

11. Conoce usted las contraindicaciones del medicamento?

1. Si 2. No

12. Consume otra droga psicoactiva?

1. Si 2. No

13. Cuál? 1. Marihuana

2. Cocaína

3. Alcohol

4. Bazuco o pasta básica de cocaína

5. Éxtasis

6. Anfetaminas

7. Otro Cuál? _____

14. Ha ideado quitarse la vida durante el ultimo año? 1. Si 2. No

15. Ha intentado quitarse la vida durante el ultimo año? 1. Si 2. No

16. Desde hace cuánto tiempo consume el medicamento?

1. Menos de un mes

2. De 1 a 6 meses

3. De 6 a 12 meses

4. Mas de un año