

MANUAL DE LABORATORIO DE PSICOFARMACOLOGÍA



**Noveno Semestre
2026**

INSTRUCCIONES PARA REALIZAR LAS PRÁCTICAS

Para la realización adecuada de las prácticas deberán atenderse las siguientes indicaciones:

1. Presentarse puntualmente a la hora del inicio del laboratorio y permanecer durante la duración de este.
2. Realizar las actividades y hojas de trabajo planteadas durante la práctica.
3. Participación y cuidado de cada uno de los integrantes del grupo en todo momento de la práctica.
4. Conocer la teoría (leer el manual antes de presentarse a cada práctica).
5. **No se permite el uso de teléfono celular dentro del laboratorio**, Si tiene llamadas laborales deberá atender las mismas únicamente en el horario de receso.
6. Si sale del salón de clases sin la autorización del docente perderá el valor de la práctica.
7. No puede atender visitas durante la realización de la práctica.
8. El horario de receso es únicamente de 15 minutos.
9. **Respeto dentro del laboratorio hacia los catedráticos o compañeros (as).**

La falta a cualquiera de los incisos anteriores será motivo de una inasistencia.

Considere que se prohíbe terminantemente comer, beber y fumar. Éstos también serán motivos para ser retirado de la práctica.

Recuerde que para tener derecho al punteo y aprobar el curso deberá presentarse a las prácticas y realizar las evaluaciones en línea, las cuales estarán habilitadas del **25 de mayo 2026 a las 8:00 al 29 de mayo 2026 a las 18:00.**

INTRODUCCIÓN

El desarrollo efectivo en psicología clínica y la salud mental, hace necesario, hoy día, la comprensión y aplicación de una gama de herramientas las cuales son imprescindibles para todos los profesionales inmersos dentro del quehacer de la psicología y psiquiatría.

Dentro de ese contexto académico, la Psicofarmacología que actualmente es uno de los instrumentos considerados básicos, utilizados por los psiquiatras, debido a que se ha demostrado que son importantes dentro del estatus clínico de los pacientes, que evidentemente son métodos terapéuticos que se esgrimen combinados con otras técnicas psicológicas, por lo tanto, es imprescindible tener un conocimiento cardinal de las acciones farmacológicas.

Por lo que las autoridades académicas, diseñaron una metodología práctica, interactiva, participativa y dinámica de forma tal, que se pueda establecer un aprendizaje práctico, aplicando los conocimientos teóricos en la resolución de casos clínicos de los diferentes procesos patológicos mentales que se presenten, con el propósito de que la formación académica sea de excelencia y calidad.

Por tal motivo se describe a través de los casos clínicos la forma de aplicación, dosis, efectos terapéuticos e indeseables de los psicofarmacos aplicados a las diferentes patologías que se aborden.

En el desarrollo del presente laboratorio presencial, en el cual abordaremos los procesos patológicos iniciando con una breve descripción de los mismos concluyendo con el manejo clínico y la comprensión de efecto farmacológico de los diferentes Psicofarmacos.

Objetivo:

Que el estudiante logre comprender la importancia que tiene el conocimiento de todos y cada uno de los elementos neurobiológicos comprometidos en el quehacer psicotrópico de las importantes sustancias psicoactivas, que de forma pragmática se desarrollaran con la resolución de los diferentes casos clínicos que serán expuestos dentro del desarrollo de la práctica.

Estará capacitado el estudiante para identificar a través de los signos y los síntomas la patología mental de que se trate, aplicando los conocimientos teóricos del curso de Psicofarmacología, estando preparado para establecer una impresión clínica desde el ámbito de la enfermedad mental.

Conocerá la acción farmacológica de los medicamentos utilizados en la diversidad de enfermedades y desórdenes psiquiátricos, que se aborden a fin de poder establecer un seguimiento de la evolución de sus pacientes.

Campo de aplicación:

El presente manual está dirigido a los estudiantes que tengan asignado el curso de **Psicofarmacología**, **código SH082** y que pertenezcan a la carrera de **psicología**

Metodología:

El proceso metodológico fundamentalmente consistirá en la participación de los estudiantes del curso, proactiva, dinámica y participativa con el propósito de lograr un enfoque pedagógico consistente en la resolución de casos a través de la discusión, análisis y fundamentación académica, basado en el conocimiento de la temática abordada, la cual dejará conocimiento y experiencia para el futuro abordaje profesional de cada uno.

LISTADO DE TEMAS

- 1. ABORDAJE TEÓRICO DE PATOLOGÍAS**
- 2. CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES ABREVIATURAS EN EL MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE**
- 3. MOTIVO DE CONSULTA**
 - A.- Datos sociodemográficos
- 4. HISTORIA PSIQUIÁTRICA**
- 5. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL**
- 6. ANTECEDENTES PERSONALES**
- 7. ANTECEDENTES FAMILIARES**
- 8. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS**
 - ENFERMEDAD ACTUAL**
 - A.- Sintomatología
 - B.- Exploración psicopatológica
 - C.- Evolución conductual
- 9. HISTORIAL DE MEDICACIÓN**
- 10. HISTORIAL DE PSICOTERAPIA**
- 11. TRATAMIENTO ACTUAL**
- 12. IMPRESIÓN CLÍNICA**

Temas a presentar según cronología establecida:

1.- Psicofármacos: qué son, tipos y funciones

Los psicofármacos son **medicamentos** capaces de **incrementar** o **reducir** el efecto de los **neurotransmisores** en el organismo, por lo que son útiles en el **tratamiento** de todo tipo de enfermedades **psiquiátricas**.

Las enfermedades mentales son un grupo de **patologías** que necesitan **combinar** la administración de **medicamentos** y las **terapias psicológicas** para obtener mejores resultados. De esta manera, surgen una serie de compuestos llamados **psicofármacos**.

La **incidencia** de los **diferentes trastornos mentales** y los **factores asociados** a los mismos ha **aumentado** durante los últimos años. Estudios demuestran que, al menos, el **19,5 %** de la población **presentó** una de estas **patologías** en algún momento de su vida, siendo la **depresión** la más **frecuente** de todas.

Es importante destacar que el **sistema nervioso central** es **capaz** de **sintetizar** y **segregar** un **grupo** de **sustancias** llamadas **neurotransmisoras**. Los mismos serán capaces de transmitir **impulsos nerviosos** y de **afectar** el estado de ánimo y el **comportamiento** en general. Allí suelen actuar los **psicofármacos**.

2.- ¿Qué son los psicofármacos?

Son un grupo de medicamentos utilizados en el **tratamiento y control** de los diferentes **trastornos mentales** existentes. Los **psicofármacos alteran** la **concentración** de **algunos neurotransmisores** en el **encéfalo**, por lo que **disminuyen** la **sintomatología** presentada.

Algunos de estos compuestos **actúan** en una zona **superficial** del **encéfalo** llamada CORTEZA CEREBRAL, sin embargo, la mayoría de ellos lo hace en otras zonas **más profundas**, como el sistema **límbico** o el **reticular**. Todos los neurotransmisores son liberados en una **zona** entre las **neuronas** llamada **hendidura sináptica**. El **objetivo final** de los **psicofármacos** es **aumentar** o **disminuir la acción** de los **neurotransmisores**. Para ello se valen de diversos **mecanismos** de **acción**, desde el **bloqueo de receptores** hasta la **inhibición** de su **liberación** o **recaptación**.

Los neurotransmisores afectados con mayor frecuencia destacan los siguientes:

-  Acetilcolina.
-  Noradrenalina.
-  Ácido gamma-aminobutírico (GABA).
-  Dopamina.
-  Serotonina.

3.- ¿Cuáles son los tipos de psicofármacos?

Cabe destacar que ningún tipo de compuesto es mejor o más efectivo que otro en su totalidad, sobre todo porque **los mismos pueden usarse en diferentes patologías**, ya que cuentan con **propiedades similares**. En este sentido, podemos clasificar 4 tipos de **psicofármacos** disponibles en el mercado.

A.- Neurolépticos o antipsicóticos

Este grupo de fármacos son empleados en el **tratamiento** de los **diferentes tipos de psicosis**, desde la **esquizofrenia** hasta las **psicosis tóxicas**. También se prescriben frente a otras enfermedades, como la **demencia**, la **depresión** y la **ansiedad**.

En otra época eran conocidos como **tranquilizantes mayores**, debido al **efecto sedante** que poseen. Estos compuestos ejercen su **efecto** en un **neurotransmisor específico** llamado **dopamina**, el que se encuentra ubicado en diferentes regiones del **encéfalo**.

Los antipsicóticos se centran en **disminuir** el **efecto** que **genera** la **dopamina** en el organismo. Es importante destacar que existen 2 tipos principales: **a.- los clásicos** y los **b.- atípicos**. Los **primeros inutilizan al receptor de dopamina D2 de la vía mesolímbica**. Por otro lado, los **atípicos inhiben al neurotransmisor** en sí y **afectan las concentraciones de serotonina**.

B.- Ansiolíticos e hipnóticos

Los **psicofármacos ansiolíticos e hipnóticos mejoran la sintomatología** de los **trastornos de ansiedad**, un problema psiquiátrico frecuente en la sociedad actual. De hecho, los estudios demuestran que el uso de estos fármacos ha aumentado durante los últimos años en países alrededor del mundo.

Estos medicamentos también tienen un **efecto sedante**, por lo que se **emplean** en el **tratamiento** de **trastornos del sueño**, como el **insomnio**. Sin embargo, tienen una gran capacidad de desarrollar **dependencia y tolerancia**, por lo que su ingesta debe realizarse bajo estricta prescripción médica.

Los ansiolíticos e hipnóticos ejercen su efecto en el ácido gamma-aminobutírico (GABA), el **neurotransmisor inhibitor** por excelencia. Los mismos aumentan el efecto que genera el **GABA** en el organismo sin alterar la **concentración de la sustancia**.

Los compuestos de esta clase más utilizados en la actualidad **son las benzodiazepinas**. No obstante, existen **4 tipos distintos de ansiolíticos e hipnóticos**:

- *Plantas medicinales con efectos hipnóticos.*
- *Benzodiazepinas y sus análogos.*
- *Barbitúricos.*
- *Fármacos no benzodiazepínicos ni barbitúricos*

C.- Medicamentos benzodiazepínicos y análogos

El grupo de las benzodiazepinas es el más abundante de todos y abarca hasta el **63,6 %** de las ventas, de acuerdo a varios **estudios**. Esta familia está compuesta por una gran cantidad de fármacos, incluidos algunos de **vida corta**, por lo que son el tratamiento **predilecto** del **insomnio**.

Todos los compuestos pertenecientes a esta familia tienen el mismo mecanismo de acción, el que **aumenta el efecto del ácido gammaaminobutírico (GABA)**. El GABA es el **neurotransmisor inhibitor** por excelencia, por lo que se disminuirá la actividad en el sistema **nervioso central** al aumentar su **acción**.

Las **benzodiazepinas** se unirán al sitio de refuerzo del receptor del GABA, lo que aumentará la **entrada de iones de cloro a la célula**. La entrada de cloro a la célula **disminuirá la transmisión del impulso nervioso**, **potenciando** así el efecto **inhibidor** del **neurotransmisor**.

Los medicamentos análogos son compuestos con un efecto similar, pero con una estructura química diferente. Esta **diferencia estructural disminuye la repercusión** de los **efectos secundarios**, como la **dependencia** y el posterior síndrome de **abstinencia**.

Entre los fármacos benzodiazepínicos y sus análogos más utilizados destacan los siguientes:

- ✓ **Lorametazepam.**
- ✓ **Zolpidem.**
- ✓ **Clonazepam.**
- ✓ **Alprazolam.**
- ✓ **Lorazepam.**

D.- Fármacos no benzodiazepínicos ni barbitúricos

Este grupo de medicamentos está compuesto por todos aquellos fármacos con una estructura diferente a las benzodiazepinas y a los barbitúricos, pero que **ejercen la misma función**. Los **principales compuestos** con estas **características son los antidepresivos con efecto sedante**.

1.- La mirtazapina, 2.- la trazodona, 3.- la amitriptilina también son capaces de modificar el **sueño REM**. Los mismos tendrán un efecto **anticolinérgico** en el cerebro, es decir, disminuirán la acción de la **acetilcolina**. También tienen **acción antihistamínica**, lo que **potencia su efecto sedante**.

Por otro lado, existen compuestos con un mecanismo de acción similar a los **barbitúricos**, pero con una estructura química muy diferente. Han sido **utilizados** como **hipnóticos y sedantes** durante muchos años y son los siguientes:

- **Paraldehído.**

- **Hidrato de cloral. o Clorvinol. o Glutetimida.**
- **Metripilón**

Otros compuestos, como los **agonistas** del **receptor** de **melatonina**, los agonistas del receptor de **orexina**, los **antihistamínicos** y los **moduladores** del **receptor GABA** son utilizados como **hipnóticos**.

4. Barbitúricos

Actualmente no son **empleados** para tratar el **insomnio**, a pesar del efecto **sedante** que **poseen**. Esto se debe a la gran cantidad de **efectos secundarios** que los mismos solían causar en los pacientes. Se usan como **anestésicos quirúrgicos** y **anticonvulsivos**.

Los barbitúricos actúan por todo el **sistema nervioso central**, enfocándose sobre todo en las zonas con **neuronas polisinápticas**. El **mecanismo de acción** es muy simple. Son capaces de **aumentar** la **entrada** de **iones de cloro** y **disminuir** la **entrada** de **iones de calcio** a las **neuronas**.

5.- Efectos de los fármacos hipnóticos en el cuerpo

El **principal efecto** que causan los **hipnóticos** en el cuerpo es la **somnolencia**, así como la **estimulación** del **inicio** y **mantenimiento** del **sueño**. Esto se logra mediante una depresión prolongada del **sistema nervioso central**, la que se debe alcanzar realizando un **ajuste progresivo** de las **dosis ingeridas**.

Todos estos fármacos, sobre todo las **benzodiazepinas** y los **barbitúricos**, tienen una gran **probabilidad** de **desarrollar tolerancia** y **resistencia** conforme se **aumentan las dosis**. En este sentido, su ingesta solo debe hacerse bajo estricta supervisión médica y siguiendo las instrucciones de forma meticulosa.

Existe una **alta probabilidad** de **desarrollar síndrome** de **abstinencia** cuando se **suspende el tratamiento** de forma **abrupta**. Por lo que se recomienda **dejarlos** de **forma paulatina**.

6.- Las benzodiazepinas son las de elección

El **tratamiento** para el **insomnio** puede variar, dependiendo de la **duración** del mismo. En los casos en los que la **privación** del sueño **sea menor a 3 días**, es recomendable ingerir **medicamentos naturales**.

La **administración** de **benzodiazepinas** será el **tratamiento predilecto** en el resto de los **casos de insomnio**, no obstante, el especialista deberá indicar drogas de **corta duración**. El resto de los hipnóticos serán usados cuando las **benzodiazepinas** no ejerzan la **función deseada** o cuando exista un riesgo alto de desarrollar dependencia.

7.- Antidepresivos

La **depresión** es uno de los **trastornos del estado de ánimo** que tiene **mayor prevalencia a nivel mundial**. La misma se caracteriza por presentar una sintomatología muy variada, sin embargo, un **síntoma resaltante** es la **apatía** y la **falta** de **emoción** ante **actividades** que **resultan placenteras**.

Estos compuestos se utilizan en todos **los tipos de depresión**, no obstante, también son útiles en el tratamiento de otras enfermedades. Se emplean en el trastorno **obsesivo compulsivo**, el trastorno de **estrés postraumático**, la **ansiedad social** y el **trastorno disfórico premenstrual**.

Ambas **acciones en conjunto aumentarán el potencial de membrana** de las **células**, haciendo que sea más difícil transmitir el **impulso nervioso**. Se estima que el **hipnótico barbitúrico** más **utilizado** para tratar el **insomnio** ha sido el **fenobarbital**, bajo sus nombres comerciales **Luminal®** y **Luminaleta®**

La **mayoría** de los **antidepresivos** intervienen en el **metabolismo** de un **neurotransmisor** llamado **serotonina**, aunque algunos tipos en específico afectan a otras sustancias, como la **noradrenalina**. El **objetivo** de estos **psicofármacos** es **aumentar la concentración de serotonina en el organismo** al **inhibir** su degradación o su **recaptación**.

Existen múltiples **tipos de antidepresivos** en la actualidad, sin embargo, todos ellos **prolongan el efecto natural** de la **serotonina**, aunque por **diferentes mecanismos** de acción.

Los tipos de fármacos antidepresivos son los siguientes:

- **Inhibidores de la enzima monoaminoxidasa (IMAOS).**
- **Tricíclicos y tetracíclicos.**
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).**
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN).**

8.- Estabilizadores del estado de ánimo

Uno de los trastornos del estado de ánimo mejor documentados es el **trastorno bipolar**, el que se **caracteriza por oscilaciones bruscas de emociones**. De esta manera, el paciente puede pasar de un **estado de euforia** total a una **depresión profunda** en cuestión de minutos.

Este grupo de psicofármacos ayuda a **suprimir las oscilaciones del estado anímico**. Además, muchos de ellos tienen **propiedades anticonvulsivas**. Los **medicamentos anticonvulsivos** favorecen la **acción inhibitoria del GABA** en el organismo y reducen la acción del **glutamato**, por lo que deprimen al sistema nervioso central. Por otro lado, dentro de los **estabilizadores del estado de ánimo** también se encuentran las **sales de litio**. Estos compuestos **no tienen propiedades anticonvulsivas**, pero son igual de útiles en el tratamiento del **trastorno bipolar**, ya que **inhiben la transmisión del impulso nervioso**.

Los psicofármacos son el mejor tratamiento para los trastornos mentales

Los psicofármacos se emplean en el tratamiento de **diversas enfermedades mentales**. Aunque se desconoce el origen exacto de este tipo de patologías, el uso de **estos compuestos** ayuda a **mejorar los síntomas presentados** y **superar el cuadro clínico**.

El **empleo** y la **prescripción** pueden variar dependiendo de la **patología diagnosticada**, de la **severidad** de la situación y de los **posibles efectos adversos**. No obstante, el **consumo** debe hacerse bajo indicación médica y se debe consultar con el especialista ante cualquier duda.

Glosario Técnico

1. **AIRS:** Antagonista Inhibidor de la Receptación de Serotonina
2. **AN:** Anorexia Nerviosa
3. **APA:** Asociación Americana de Psicología
4. **ARBZ:** Antagonistas de Receptores de Benzodicepinas
5. **ART:** Ansiedad Resistente al Tratamiento
6. **ASRS:** Escala del Cribado por Déficit de Atención/Hiperactividad en Adultos
7. **ATC:** Antidepresivos Tricíclicos
8. **BZD:** Benzodicepinas
9. **DA:** Dopamina
10. **DAT:** Transportador de Dopamina
11. **PDD:** Psicoterapia Dinámica Deconstructiva
12. **DED:** Disfunción Ejecutiva Depresión
13. **DRT:** Depresión Resistente al Tratamiento
14. **DSM:** Manual del Estado y Diagnóstico de Desórdenes Mentales
15. **ECP:** Estimulación Cerebral Profunda
16. **EDM:** Episodio Depresivo Mayor
17. **EEG:** Electro Encefalograma
18. **EMGP:** Enfermedad Mental Grave y Persistente
19. **EPR:** Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta
20. **FDA:** Food and Drug Administration
21. **GABA:** Acido Gama Amino Butírico
22. **GOT:** Glutamato Oxalacetato Transaminasa
23. **HA:** Histamina
24. **HDRS:** Hamilton Drepesion Hamilton Scale
25. **IMAO:** Inhibidores Mono Amino Oxidasa
26. **IRDA:** inhibición de la recaptación de Dopamina
27. **IRNA:** inhibidor de la Recaptación de Noradrenalina
28. **IRS:** inhibidor de la Recaptación de Serotonina
29. **IRSN:** inhibidores de la Recaptación de SerotoninaNoradrenalina
30. **IRSG:** Inhibidor Selectivo de la Recaptación del Ácido Gama
31. Amino Butírico
32. **PFPT:** Psicofármaco-Psicoterapia
33. **PPD:** Psicoterapia Psicodinámica
34. **PT:** Psicoterapia Interpersonal
35. **SAOS:** Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño
36. **SDA:** Antagonista de la Serotonina Dopamina
37. **SERT:** Transportador de Serotonina
38. **SPARI:** Agonistas Parciales/Inhibidores de la Recaptación de Serotonina
39. **TAG:** Trastorno de Ansiedad Generalizada
40. **TCA:** Trastorno por Consumo de Alcohol
41. **TCC:** Terapia Cognitivo Conductual
42. **TDM:** Trastorno Depresivo Mayor
43. **TEA:** Trastorno del Espectro Autista
44. **TEPT:** Trastorno de Estrés Post Traumático
45. **TOD:** Trastorno Oposicional Desafiante
46. **TP:** Trastorno del Pánico
47. **TRCS:** Trastorno del Ritmo Circadiano del Sueño
48. **TUS:** Trastorno por Uso de Substancias
49. **TOC:** Trastorno Obsesivo Compulsivo

- 50. **TLP:** Trastorno Límite de la Personalidad
- 51. **TID:** Trastorno de Identidad Disociativo
- 52. **SIC:** Sialorrea Inducida por Clozapina
- 53. **SJS:** Síndrome de Steve Johnson

En función del desarrollo semanal de los temas:

1.1 Depresión menor

1.2 Depresión mayor

1.3 Psicosis

1.4 Ansiedad

1.4 Adicciones

➤ Historia Clínica

Caso No.1

DG: Paciente femenina de 25 años de edad, soltera, estudiante universitaria, originaria y residente ciudad capital.

MC: tristeza, muchos deseos de llorar, nada le interesa, ni le produce placer de 2 semanas de evolución.

HX: Paciente refiere que tras haber reprobado dos materias en el semestre que cursa, sintió una profunda tristeza, desconsuelo, nada le provoca alegría por el contrario la disminución del interés es absoluta, perdió el gusto por las cosas que anteriormente le agrada realizar, como ir al cine salir con sus amigas y pareja, derivado de esta situación ha finalizado la relación que sostenía con su pareja sentimental, dejado de comer, con la consiguiente pérdida de peso, por lo que se jefe, en el trabajo la remitió a la clínica de salud empresarial para que le determinen la razón por la cual está perdiendo peso, y se encuentra carente de voluntad y energía, irritable y tensa.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Mx: Sars 2 covid 19 hace 3 meses, **Tx:** luxación de codo 5 años, **menarquia:** 12 años, **Fur:** 30 de nov de 2022, **G:** 0, **P** 0, **AB:** 0, **CST:** 0, Sexualmente activa desde los 16 años, heterosexual, **Inmunizaciones:** todas menos las de covid

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre, con trastornos de ansiedad y angustia, fue medicada por esa patología.

Padre: alcohólico fallecido por aspiración de vómito. en estado de ebriedad.

Hermano: desempleado no estudia, ni amigos ni pareja, conductas extrañas.

ENFERMEDAD ACTUAL

Sintomatología: *abúlica*, *disforia*, *ahedónica*, *anorexia*, *pérdida de peso*, *insomnio*, *carencia de afectividad*.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente, orientado **auto y alopsíquicamente**, aspecto físico descuidado, evita contacto ocular. Abordable y colaborador. **Hipomanía**, lenguaje

enlentecido con tono de voz baja, ánimo depresivo con sentimientos de tristeza, que presenta **ritmo circadiano**, mejoría vespertina, vacío existencial, **energía, apatía, anhedonia**, Pérdida de ilusión e interés, **abulia**. Minusvalía y culpa. Baja tolerancia a la frustración. Impulsividad. Ideación suicida escasamente estructurada. No se aprecia alteración del curso ni del contenido del pensamiento de tipo delirante. Niega alteraciones senso perceptivas. **Hiporexia**, (falta de apetito adulto mayor) **Insomnio de conciliación. Despertar precoz**. Conciencia de enfermedad y de requerir ayuda. **Criterio de realidad conservado**

EVOLUCIÓN CONDUCTUAL:

Consciente, orientado auto y alopsíquicamente, Hipomanía, ritmo circadiano presente, anergia, anhedonia, Hiperoxia.

HISTORIAL DE MEDICACION:

No refiere

HISTORIAL DE PSICOTERAPIA:

Psicoterapia cognitivo conductual

TRATAMIENTO ACTUAL:

Ansiolíticos

Inductores del sueño

Estimulantes del apetito

IMPRESIÓN CLINICA:

A.- Despreciaron mayor

B.- Trastorno obsesivo compulsivo

C.- Crisis de angustia con o sin agorafobia (temor obsesivo ante los espacios abiertos que se pueden constituir en enfermedad)

D.- Trastornos de ansiedad generalizada

F.- Fobias

G.- Trastornarnos somatomorfos y dolor crónico

H.- Bulimia

I.- Depresión con ansiedad e insomnio

J.- Depresión atípica

Tratamiento sugerido

1.- Fluoxetina (vida media superior a las 24 horas) dosis 10-60 mgs c/24 hs

- 2.- Sertralina 50-300 mgs c/24 horas
- 3.- Citalopram 20-60 mgs c/24 horas
- 4.- Venlafaxina 75-225 mgs día cada 12 horas

PSICOTERAPIA: conductual, electro convulsiva o estimulación magnética transcraneal rápida que sobre aspectos del tratamiento actual.

EFFECTOS SECUNDARIOS

GASTROINTESTINALES: náuseas, flatulencia, diarrea.

Sistema nervioso central: Insomnio, inquietud, irritabilidad, agitación, temblores, cefalea.

Sexuales: eyaculación prolongada, anorgasmia

Hipertensión del sistema nervioso central: insomnio, sedación, cefalea, piernas inquietas, (dificultad para deambular, se incrementa el dolor al estar sentado o acostado)

Anticolinérgicos: resequead de la boca, retención urinaria, estreñimiento, sudoración

➤ Historia Clínica

DG Paciente masculino de 47 años de edad carpintero de oficio, viudo originario de Zacapa, residente municipio de Guatemala

MC. Empeoramiento de su estado de ánimo, con ideación suicida de varias semanas de evolución.

HX Paciente refiere que desde hace aproximadamente 4 semanas inicio cuadro de agravamiento en cuanto a su estado anímico a tal grado que tiene mucho trabajo retrasado derivado a su falta de emprendimiento a fin de cumplir los compromisos que tiene laborales, a pesar de que recibió una parte del total del trabajo por adelantado algunos clientes le han cancelado ya el mismo exigiendo a devolución del importe anticipado, lo que le incrementa la tensión pues ya invirtió el capital en material, por lo que ha fantaseado con quitarse la vida.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Es el mediano de tres hermanos, estudio hasta los 14 años, trabaja desde los 18 años como ebanista, primer matrimonio 1990 divorciado 2005, actualmente vive con su padres ambos de la tercera edad, frecuentemente visito las urgencias medias por problemas emocionales, **Mx:** problemas cognitivos de socialización y afectivos tratados, HIV positivo diagnosticado 1987, inicia el tratamiento con retrovirales en 2005 sintiéndose culpable de haber infectado a las parejas con las que estuvo íntimamente, seguimiento regular en hospital público. Gastroenterocolitis aguda por salmonella 2005, lo que lo motivo a iniciar tratamiento con antirretrovirales. Toxoplasmosis cerebral con buena evolución 2007, tratado con sulfadiacina y pre etamina. Retinopatía con pérdida parcial de la visión en ojo derecho. **Qx;** tonsilectomia y apendicetomía en la infancia resto de antecedentes no refiere.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Evidencia de trastornos depresivos, padre y hermana, tío paterno se suicidó.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Derivado de todos los elementos conductuales anteriormente mencionados el paciente ha presentado abusos en el consumo de cocaína, atendido en hospital nacional, que según referirlos consume con el afán de “autodestrucción”, luego de perder a su pareja “le da igual todo”, consumo de alcohol con patrón de abuso desde hace 7 años, pero desde hace seis meses ha empeorado, lo que interfiere en su relación con las personas que están a su alrededor, presenta signos galopantes de su abandono higiénico-nutricional, “ve morir a las personas en su entorno y considera que es la única forma de descansar”; por su condición consideran los profesionales de guardia que debe de ser ingresado para tratamiento de sus problemas mentales,

EVOLUCIÓN CONDUCTUAL:

Baja tolerancia a la frustración, impulsividad, ideas suicidas, no se percibe alteración del curso y contenido, de pensamiento delirante, no alteraciones senso-perceptivas, insomnio en su variante de conciliación, con prematuro despertar, aislamiento social. Dos intentos de suicidio fallidos.

HISTORIAL DE MEDICACIÓN:

Escitalopram 10 mgs cada 24/hs, pero abandona el tratamiento, con el cual había logrado una mejoría parcial

HISTORIAL DE PSICOTERAPIA:

Consiente, orientado en las esferas tiempo, espacio, persona, extremadamente descuidado su apariencia personal, abordable, poco colaborador, distraído, responde en voz baja entrecortado con tendencia al llanto, y posterior risa. Hipomanía, ánimo depresivo, apatía, anérgico, falta de concentración, pérdida de la ilusión e interés, aislamiento social absoluto, ideas de culpabilidad y suicidio, impulsivo, delirante, hiporexia, insomnio severo, consiente de su patología, pero no desea ayuda.

TRATAMIENTO ACTUAL:

Paciente abandonó el tratamiento hace 4 meses, posteriormente presenta un cuadro clínico inicio insidioso, caracterizada por tristeza, pérdida de la ilusión, sentimientos de incapacidad para realizar proyectos, y desesperanza, según refiere en el contexto familiar.

IMPRESIÓN CLÍNICA:

- 1.- Trastorno depresivo mayor recurrente con sintomatología melancólica, según criterios DSM IV
- 2.- Trastornos somatomorfos y dolor crónico
- 3.- Depresión con ansiedad e insomnio

- 4.- Depresión atípica
- 5.- Depresión atípica
- 6.- Síndrome de inmunodeficiencia activo

PLAN TERAPEUTICO:

- a.- Esitalopram 20 mgs cada 24/ hs
- b.- Lorazepam 1mg c/12 hs
- c.- Ritonavir 100 mgs c/12 hs
- d.- Darunavir 600 mgs c/12 hs
- E.- Etravirina 400 mgs c/12
- F.- Hidroxil 1 c/8 hs

EFFECTOS SECUNDARIOS

- a.** Disminuye el apetito, ansiedad, agitación, sueños anormales, insomnio, temblor, diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de la boca, diaforesis, pensamientos suicidas, empeoramiento de la depresión, incremento de ansiedad.
- b.** Somnolencia, mareos, cansancio, debilidad, boca seca, diarrea, náusea cambios en el apetito.
- c.** Diarrea, náusea, pancreatitis, insuficiencia renal, fiebre, hemorragia, pérdida ósea.
- d.** Pancreatitis, trastornos del ritmo cardiaco, anafilaxia, trastornos hepáticos, interacciones medicamentosas.
- e.** Náusea, vómitos, dolor abdominal, diarrea, cefalea, hipertensión, dolor ardor hormigueo de región plantar de manos y pies.
- f.** Ninguno reportado.

➤ Historia Clínica

DG Paciente varón de 57 años de edad. Abogado. Originario de Quiche, residente capital

MC: Sensación de miedo y soledad los que se entrelazan con episodios de optimismo y bienestar de 1 año de evolución.

HX: Paciente refiere que, tras su divorcio, se siente muy solo que no obstante comparte con uno de sus hijos ya nada le satisface, se siente triste, con sentimiento de culpa, que todo lo que realiza es incorrecto en el ejercicio de su profesión, que ha tenido ideas de privarse de la vida, se mantiene muy nervioso y tenso a pesar de su experiencia en las audiencias judiciales

ANTECEDENTES PERSONALES:

Mx: Depresión desde los 20 años pues no lograba consolidar sus estudios, **Qx:** no refiere, **Tx:** no refiere.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Antecedentes familiares en primer grado de psicosis esquizofrénica y depresión. Familia compuesta por 3 miembros. Dos varones y una mujer, el paciente es el menor. Padres fallecidos. Madre con antecedentes melancólicos. Definida como fría, depresiva y poco tierna, pero a la vez sobreprotectora. Padre autoritario e invalidante, En el relato de paciente aparece una visión de sí mismo como incapaz. Considera que su familia de origen siempre lo ha sobreprotegido. Realiza realizar estudios universitarios hasta culminarlos 16 años después del inicio, Con aparente adaptación laboral, social y familiar.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Refiere trasfondo melancólico y paranoide junto con miedo profundo a la soledad, al vacío y al abandono, crisis conyugal en el año 2015 tras aparición de celos. Finalmente se produce el divorcio. Ante la pérdida del objeto de amor y otras pérdidas vitales aparece emerge el cortejo sintomático. Tristeza psicótica, culpa, detención del deseo, ideas de ruina, clínica autorreferencial, ideación suicida y conductas maniacas.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Siempre se ha considerado tímido, retraído y con baja autoestima, pero inteligente. Realiza unas oposiciones y accede al cuerpo de funcionarios de prisiones donde ha desarrollado su labor durante unos treinta años. Sin consultas en salud mental, Se producen varios intentos autolíticos, existe una pérdida total de funcionalidad en numerosos ámbitos. Tiene varios ingresos y ante la resistencia al tratamiento farmacológico comienza sesiones de TEC.

-19-

EVOLUCIÓN CONDUCTUAL:

Psicopatología de la melancolía, duelo, pérdida del objeto de amor, mundo se ha vuelto vacío, inhibición doliente, **identificación histriónica**. Recordemos que según Freud existen 3 premisas de la melancolía **La pérdida Ambivalencia. La regresión al yo**

HISTORIAL DE MEDICACIÓN:

Tratamiento farmacológico fallido, por abandono al mismo

HISTORIAL DE PSICOTERAPIA:

Inicia sesiones de terapia electro convulsiva.

TRATAMIENTO ACTUAL:

- 1.- Tiotixeno 50 mg p.o. c/24 horas.
- 2.- Copiapina 20-320 mg p.o. C/8 horas.
- 3.- Clozapina 25-900 mgs p.o. c/8hs.

IMPRESIÓN CLINICA:

- a.- Psicosis maniaco depresiva
- b.- Psicosis esquizoafectiva

- c.- Psicosis esquizofrénica
- d.- Psicosis esquizofreniforme

TRATAMIENTO SUGERIDO:

La estrategia de elección del fármaco se fundamenta en su perfil de acción clínica y de efectos adversos en la historia de respuesta previa del sujeto y la respuesta subjetiva al inicio de la terapia. No existe una dosis establecida para ningún antipsicótico, sin embargo, es razonable comenzar con dosis bajas, e ir las incrementando en función de la evolución del paciente. Se debe administrar los fármacos en forma fraccionada para minimizar los efectos secundarios. Se debe tener en cuenta que si durante 2 a 4 semanas no se obtiene el efecto terapéutico se debe cambiar a otro neuroléptico.

- 1.- **Haloperidol** 15 a 40 mgs existen tres formas de presentación comprimidos de 10 mgs. Gotas 0.1 mg por gota, cada 8-12 hs. Parenteral ampollas de 5 mgs.
- 2.- **Olanzapina** 5-20 mg po c/12-24 hs
- 3.- **Quetiapina** 150-750 mgs po C/8 -12 hs
- 4.- **Cisperidona** 40-160 mgs po c/12 hs o bien por vía parenteral I.M.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

Los efectos adversos más comunes de los antipsicóticos constituyen **Distonías agudas, Acatisia, Parkinsonismo Hipotensión, Efectos colinérgicos tardíos**

1.- **Haloperidol:** Efectos extra piramidales, **Psuedoparkinsonismo. Acatisia. Distonías agudas Dicinecias tardías. Sedación, somnolencia, hipotermia, síndrome neuroléptico maligno Tensión arterial inestable. Frecuencia respiratoria rápida. Frecuencia cardiaca acelerada. Alteración del estado de conciencia). Cambios en EKG. (Trastornos endocrinológicos). Dermatitis.**

2.- **Olanzapina:** sedación, incremento de peso, hipotensión, cambios anticolinérgicos, alteración del metabolismo de la glucosa y las pruebas hepáticas.

3.- **Quetiapina:** hipotensión sedación, sequedad de la boca, constipación, vértigo, aumento de peso corporal, alteración T3, T4, **Posibilidad de la opacidad del cristalino).**

4.- **Cisperidona:** **Gastralgia (náusea, mareo, somnolencia, alteración del EKG**

➤ Historia Clínica

DG: Paciente femenina de 45 años de edad, maestra. Originaria y residente Petén. Casada. Católica.

MC: Sensación de miedo y temor de 3 semanas de evolución.

HX: Paciente refiere: que “empiezo a tener miedo, a querer salir corriendo, no puedo respirar bien, me pongo fría, empiezo a sudar, me duele el pecho y mi presión se sube, también empiezo a temblar, siento como si me fuera a dar un infarto, como si me fuera a caer muerta en ese momento; esto se siente más

fuerte en unos minutos y luego poco a poco comienza a desaparecer, hasta que ya me siento bien, pero me queda una sensación rara, como que me va a suceder otra vez en cualquier momento.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Mx: sarampión, varicela hepatitis, **Ox:** Colecistectomía abierta hace 14 años

Tx: fractura de tobillo derecho a los 6 años. **Obstétricos:** Menarquia 13 años, fur 12 de noviembre de 2022, G-1, P-1, Ab-0

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Tía materna con demencia senil. Padre adicto al alcohol consume diazepam desde los 25 años. La relación tanto con su padre ha sido poco fluida, su comunicación es pobre y se limita a temas en concreto. No tienen en familia momentos para el esparcimiento en grupo ni ocasiones en que se sientan a conversar todos, suelen reunirse sólo para comer a la hora del almuerzo por imposición del padre, pero no porque ella desee hacerlo realmente, la evaluada pertenece a una familia disfuncional donde las normas y reglas están establecidas de manera inadecuada, priorizándolos las imposiciones vertidas se le sigue por temor

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con historia d demencia senil en familiares consanguíneos, y abuso en el consumo de alcohol, y la paciente que abusa de los fármacos

benzodiazepínicos, refiere crisis de miedo, con los síntomas comunes dificultad

a la respirar, diaforética, dolor precordial, síntomas que son momentáneos, no goza de esparcimiento ni distracción, familia parental, patriarcal, disfuncional, en las que la conducta familiar es eminentemente impositivas vertidas eminentemente por temor.

HISTORIAL DE MEDICACION:

Sertralina 50mg/día y Alprazolam 2mg/día.

HISTORIAL DE PSICOTERAPIA:

1.- Terapia cognitiva

a.- Psi coeducación

b.- Dialogo expositivo

TRATAMIENTO ACTUAL:

1.- **Clonacepan** .5 a 10 mgs 2 a 3 veces al día

2.- **Flumacemil** .01 a 2mg vía endovenosa

IMPRESIÓN CLINICA:

- a.- Trastorno de ansiedad y angustia
- b.- Trastorno de ansiedad generalizada
- c.- Agorafobia
- d.- Trastornos obsesivo compulsivos

TRATAMIENTO SUGERIDO

- 1.- Medacepam 5 a 15 mg día por vía oral c/24 Hs.
- 2.- Zolpidem 5 a 10 mg día vía oral c/24 hs.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

En términos generales los efectos secundarios de las ansiolíticos e hipnóticos son pocos que desaparecen al ajustar la dosis, efectos sedantes **reacciones paradójicas**, e intoxicación al aumentar la dosis. El incremento de la tolerancia y dependencia son de los efectos secundarios más importantes en la administración de la benzodiacepinas.

La dependencia se manifiesta cuando se hace un consumo continuado por 3 a 4 meses, las consecuencias dependen de la dosis y las características del paciente, se produce un síndrome de abstinencia si se reduce bruscamente, puede inducir al consumo de alcohol y opiáceos.

- 1.- **Medacepam** somnolencia, fatiga, debilidad, confusión, nistagmo, disartria, cefalea. Amnesia retrógrada. reacciones paradójicas, disfunción sexual, paro respiratorio, efectos anticolinérgicos.
- 2.- Zolpidem sedación diurna dependiendo de la dosis y de la vida media.
Insomnio de rebote al suprimirlas

➤ Historia Clínica

Caso 4

DG: Paciente mujer de 47 años de edad, casada, secretaria ejecutiva, originaria y residente san Miguel Petapa.

MC: Separación de pareja sentimental, y no logra encontrarse bien, de 4 semanas de evolución.

HX: No duerme bien, le cuesta mucho conciliar el sueño, no tiene ganas de hacer nada, no disfruta con las cosas, come menos y ha perdido algún kilo de peso; piensa que ella no sirve para nada, pasa mucho tiempo llorando y con mucha frecuencia piensa en la muerte, aunque nunca ha ideado suicidarse porque tiene dos hijas adolescentes que la necesitan. La separación se produjo a iniciativa del marido porque había establecido una nueva relación de pareja, hecho que ella no logra aceptar. No ha establecido nuevas relaciones amistosas y todo el tiempo de ocio lo pasa en casa o con su familia de origen. Ha solicitado ayuda a petición de sus hijas.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Es la pequeña de una familia de cuatro hermanos y siempre se ha sentido muy protegida por sus padres y hermanos. Es sociable, seria y responsable, pero nunca ha tenido mucha iniciativa. Siempre le ha preocupado mucho el orden; su marido le decía que era una maniática de la limpieza. No había tenido otra relación afectiva estable que la que tuvo con su marido, al que conoció a los 15 años. Fuera del trabajo todo su mundo de amistades ha estado ligado a su matrimonio.

Mx: no refiere, **Qx:** ninguno **Tx:** contusiones menores en la infancia

Obstétricos: Menarquia 12 años, **G:** 2, **P:** 2, **Ab** 0,

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres y hermanos le han brindado sobre protección, siempre ha sido la hija más sobreprotegida de la familia, por lo que la ruptura con el marido le causó estrés, insomnio, ansiedad y problemas endocrinológicos menstruales pues has presentado irregularidades con el periodo a tal grado que tiene 3 meses de no ver la regla.

HISTORIAL DE PSICOTERAPIA:

No tiene enfermedades somáticas de interés, Inició el consumo de cannabis a los 15 años. Durante el primer año se mantuvo con un patrón de abuso (8-10 porros a la semana), para posteriormente incrementar la intensidad hasta llegar a un patrón de dependencia (10-15 porros diarios), aunque modifica el ritmo de consumo en función del dinero que tenía (invertía todo el dinero obtenía del trabajo). El máximo periodo que estuvo sin fumar fue de 2 días, con la aparición de sintomatología de abstinencia.

Asociaba un consumo de alcohol esporádico (5-6 unidades de bebida estándar los fines de semana), sin llegar a cumplir criterios de abuso/dependencia.

HISTORIAL DE MEDICACION:

1.- Clonidina: 0.25 mgs C/24 hs

2.- Buprenorfina: de 0.2 mgs C/8horas.

TRATAMIENTO ACTUAL:

1.- Olanzapina 10 mg cada 24 horas

2.- Atomoxetina 60 mg cada 24 horas

3.- Sugerido psicoterapia cognitivo conductual

IMPRESIÓN CLINICA:

a.- Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia

- b.-** Dependencia de cannabis.
- c.-** Déficit de: trastorno por atención tipo combinado
- d.-** Alcoholismo y cannabis dependiente

TRATAMIENTO SUGERIDO:

1.- Naltrexona: 25mgs para efectos secundarios los pacientes

dependientes de opiáceos seguida de la dosis habitual de un comprimido al día 50 mgs de hidrocloreto de naltrexona

2.- Naloxona: 0.4-0.8 mgs cada 2-3 minutos hasta la mejoría del nivel de conciencia o haber alcanzado una dosis total 2-4

3.- La puntuación del Índice de Gravedad de la Adicción para Adultos en la evaluación

clínica (T-ASI) era de 3 (problema considerable); tratamiento necesario en la Escala de

Severidad para el entrevistador) (se utiliza en urgencias no se le proporciona al paciente para que se lo administre)

Actualmente el paciente realiza una crítica correcta del episodio psicótico, mostrando una adecuada conciencia de su enfermedad y manteniendo un elevado compromiso terapéutico.

En relación con el consumo de cannabis, se aprecia un abandono del mismo con controles semanales de drogas en orina negativos.

La relación familiar ha recuperado una dinámica de normalidad, así como su rendimiento escolar.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

1.- Náuseas, vómitos, gastralgia, dolor tipo o cólico, evacuaciones diarreicas, Constipación, anorexia, cefalea, mareos. Ansiedad, confusión, alucinaciones, visión borrosa nerviosismo, irritabilidad, tendencia a llorar por cualquier cosa, dificultad para dormirse o permanecer dormido, aumento o disminución de su energía, somnolencia, mialgias y artralgias, rash alérgico.

2.- Dolor, ardor o enrojecimiento en el sitio de la inyección, sudoración, olas de calor o rubor

Bibliografía

1. Azanza, J. R. (2001). Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central. Madrid: Pfizer Neurociencias
2. Beitman, B. D. y Klerman, G. L. (1991). Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
3. Bueno, J.A.; Sabanés, E; Salvador, L. y Gascón, J. (1985). Psicofarmacología Clínica. Barcelona: Salvat.
4. Lozano, M. y Ramos Brieva, J. (2002). Utilización de los psicofármacos en Psiquiatría de enlace. Madrid: Masson.
5. Gelder, M.; Mayou, R. y Geddes, J. (2000). Oxford Psiquiatría. Oxford Core Text, 2.'ed. Madrid: Marban.