

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Curso académico 2022/2023



El papel de enfermería en el uso de la psicofarmacología

The role of nursing in the use of psychopharmacology

Autor:

Gonzalo Gutiérrez Ruiz

Tutora:

Maite Santurtún Zarrabeitia

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	4
2. INTRODUCCIÓN	
2.1 Introducción y justificación del tema.....	5
2.2 Objetivos.....	6
2.3 Metodología, limitaciones y estrategias de búsqueda.....	6
2.4 Descripción de capítulos.....	7
3. CAPITULOS.....	7
3.1 CAPÍTULO 1. Historia y grupos de psicofármacos.....	7
3.1.1 Historia de la psicofarmacología.....	7
3.1.2 Grupos de psicofármacos.....	10
3.1.2.1 Antipsicóticos.....	10
3.1.2.2 Ansiolíticos/hipnóticos.....	12
3.1.2.3 Antidepresivos.....	12
3.1.2.4 Eutimizantes.....	14
3.2. CAPITULO 2 Uso de psicofármacos y educación para la salud	15
3.2.1. Magnitud de uso de psicofármacos. Abuso.....	15
3.2.2. Errores de medicación e intervención para reducir su incidencia.....	18
3.2.3. Educación para la salud en pacientes y familiares.....	21
4. CONCLUSIÓN/REFLEXIÓN FINAL.....	26
5. BIBLIOGRAFIA	27

1. RESUMEN/ABSTRACT

Resumen:

El consumo de psicofármacos se ha visto aumentado considerablemente en los últimos años debido a múltiples causas como el impacto de la pandemia covid-19, el uso de manera crónica de ansiolíticos o antidepresivos, la automedicación, etc.

El principal objetivo de este trabajo es identificar los grupos de psicofármacos y sus efectos terapéuticos y adversos, y analizar los motivos del aumento del consumo de los mismos, así como los principales errores en su administración desarrollando además pautas de educación para la salud en pacientes y sus familiares.

Para ello se han revisado diferentes bases de datos científicas dando respuesta a los objetivos planteados a través de artículos y evidencia científica.

Como conclusión se recoge que el papel enfermero se fundamenta en el uso combinado de sesiones educativas relacionadas sobre todo con medicación, signos y síntoma de recaídas e información de su diagnóstico/enfermedad tanto a pacientes como a sus familiares, así como otras intervenciones encaminadas a la educación para la salud, actuando de manera favorable ante la baja adherencia al tratamiento en personas con trastornos mentales, tales como entrevistas motivacionales y autogestión de medicamentos. Todo esto siempre teniendo en cuenta que las estrategias se deben llevar de manera individualizada, para así elaborar estrategias personales de afrontamiento.

Palabras clave: "psicofármaco", "enfermeras", "salud mental".

Abstract:

The consumption of psychotropic drugs has significantly increased in recent years due to multiple causes such as the impact of the COVID-19 pandemic, the chronic use of anxiolytics or antidepressants, self-medication, etc.

The main objective of this work is to analyze the reasons for the abusive consumption of psychotropic drugs and the administration of drugs in mental health, as well as to identify psychoactive drugs and the characteristics of their use, while also developing guidelines for health education in patients and their families.

For this, different scientific databases have been reviewed, responding to the objectives set through articles and scientific evidence.

In conclusion, it is recognized that the nursing role is based on the combined use of educational sessions primarily related to medication, relapses, and diagnosis for both patients and their families, as well as medication reminders when patients are discharged and other types of interventions are implemented, acting favorably in addressing low treatment adherence in individuals with mental disorders. These interventions may include motivational interviews and medication self-management. All this, always taking into account that the strategies must be carried out individually, in order to develop personal coping strategies.

Palabras clave: "psychotropic drugs", "nurses", "mental health".

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Introducción y justificación del tema

La salud mental supone una parte fundamental dentro del sistema sanitario, siendo esta una de las muchas especialidades que existen en la sanidad.

En nuestra sociedad actual, la ingesta de psicofármacos se encuentra a la orden del día, existiendo lo que se conoce como una sobreprescripción medicamentosa así como una falta de seguimiento en muchas ocasiones, actualmente siendo también utilizada como droga de abuso en nuestro país (9,10,17).

Los psicofármacos han ido evolucionando de manera favorable a lo largo de los años, siendo prácticamente hace un corto periodo de tiempo cuando verdaderamente han cogido un peso importante en nuestro país y a nivel internacional (1,2).

Existe una gran variedad de medicación en salud mental, dividiéndose de esta forma en varios grupos en base a su función y al tipo de paciente al que se dirigen, sean estos grupos los siguientes: antipsicóticos, ansiolíticos/hipnóticos, antidepresivos y eutimizantes o estabilizadores del ánimo, aunque estos grupos se pueden dividir en varios subgrupos, siendo además una clasificación flexible, ya que un solo fármaco puede tener varias funciones y pertenecer a la vez a dos clases distintas. Todos estos fármacos vienen en varias presentaciones, y además, como cualquier otro tipo de medicación, varios de ellos presentan efectos adversos graves, por lo que los pacientes deben ser sometidos a controles estrictos de los niveles de estos (3-8).

En la administración de este tipo de medicación entra en juego el papel enfermero y, como seres humanos, también existe la posibilidad de cometer fallos a la hora de realizar este tipo de actividad. Por ello, existen estudios que demuestran diferentes técnicas que se pueden llevar a cabo con el objetivo de reducir el número de fallos de manera efectiva (19-22, 24).

Además, el papel de la enfermería también tiene otro tipo de intervenciones con los pacientes pertenecientes al ámbito de la salud mental, como es la educación para la salud. Con esto, se dan también una serie de actividades en este ámbito, dirigidas tanto al paciente como a sus familiares, que les va a permitir una serie de beneficios, como pueden ser: mayor calidad de vida, reducción del índice de recaídas, mayor adherencia al tratamiento, reducción de ansiedad por el futuro de la enfermedad, mejora de conocimientos, reducción del estigma que tiene la sociedad sobre este modelo de paciente... (26-28, 30, 35)

Se ha decidido realizar este Trabajo de Fin de Grado acerca de la salud mental y los psicofármacos, porque considero que tiene especial interés y repercusión en los pacientes que cuidamos. Además, después de mi estancia de prácticas en diferentes unidades de salud mental, concretamente una de media y larga estancia, y la otra pacientes más agudos, me ha resultado un tema de lo más interesante, donde he observado las destrezas que deben desarrollar las enfermeras, que, en muchas ocasiones, difieren del resto de unidades.

2.2 Objetivos

El principal objetivo de mi Trabajo de Fin de Grado es:

Describir de manera sistemática la actuación de la enfermería en la salud mental en relación con la administración de psicofármacos, así como los principales fármacos empleados.

Se trata de una revisión sistemática que recoge los siguientes objetivos, recogidos estos de forma más específica:

- Analizar el contexto histórico de la psicofarmacología y su evolución desde los inicios de esta hasta el siglo XXI.
- Identificar los fármacos más característicos en salud mental, agrupándolos en base a sus efectos farmacológicos, definiendo el perfil de paciente psiquiátrico que los consume, así como los posibles efectos adversos.
- Describir el uso de psicofármacos, y la posible existencia de abuso de estos en la sociedad actual.
- Desarrollar las intervenciones enfermeras que ayuden al paciente y su familia a mejorar la administración de su medicación y detectar los posibles errores y solución a estos por parte de la enfermera a la hora de administrar la medicación.

2.3 Metodología, limitaciones y estrategias de búsqueda

Este Trabajo de Fin de Grado es una revisión bibliográfica, para la cual se ha llevado a cabo una serie de búsquedas y de análisis de datos con el fin de recoger la información más interesante hasta el momento.

Para realizar la búsqueda bibliográfica, se han seleccionado artículos a través de bases de datos, habiendo sido las más utilizadas PubMed, Google Scholar, SciElo y Dialnet principalmente, siendo el gestor bibliográfico empleado el programa informático "Mendeley".

Se ha escogido la búsqueda bibliográfica como principal fuente de recopilación de datos ya que, el tema a tratar en este trabajo requiere de una valoración de diferentes fuentes ya descritas con el fin de hacer una comparación y una recopilación de datos de interés, en este caso de enfermería en salud mental y psicofármacos.

El número total de artículos consultados en la realización de este trabajo han sido 43, aplicando como filtro el idioma español e inglés. La bibliografía ha sido citada en formato *Vancouver*.

Los principales criterios de inclusión seguidos a la hora de la búsqueda bibliográfica tienen su base en estudios realizados en el ámbito de la enfermería, y en especial de la enfermería en salud mental. Se han escogido los relacionados con el contexto histórico de la psicofarmacología, los psicofármacos y sus características más importantes, formas de administración, y la función enfermera en salud mental, así como de funciones enfermeras con carácter general. Por lo tanto, la mayor parte de los artículos se dirigen a la enfermería, aunque existen excepciones. Los artículos seleccionados se encuentran temporalmente entre 2017 y 2023 en su mayoría. Sin embargo, se han seleccionado además otro tipo de artículos con respecto a la psicofarmacología y funciones enfermeras en la salud mental que son anteriores a este periodo, debido en parte a una escasa cantidad de referencias encontradas.

Sobre los principales criterios de exclusión, se encuentran artículos anteriores al año 2017, aunque, como se ha mencionado, existen excepciones.

Los datos recopilados han sido comparados entre ellos con el fin de llegar a conclusiones más verídicas y cercanas al enfoque más realista posible.

En cuanto a las limitaciones más destacables a la hora de elaborar el trabajo se encuentra la escasa información estudiada existente sobre la enfermería en salud mental y la actuación de esta sobre los pacientes. Un problema que, según varios de los estudios seleccionados como referencias bibliográficas, requiere que en un futuro se descubra más en este ámbito de la investigación.

2.4 Descripción de capítulos

Este Trabajo de Fin de Grado consta de dos capítulos.

El primer capítulo se compone de dos partes bien diferenciadas. La primera parte contextualiza la psicofarmacología desde una perspectiva histórica, describiendo la evolución de los psicofármacos. Esta contextualización se lleva a cabo por etapas, cada una de ellas comenzando y terminando con un hito dentro de la psicofarmacología que delimita el fin de cada una de ellas. Posteriormente, el segundo apartado dentro de este capítulo define, en grandes rasgos, la clasificación de los psicofármacos en la actualidad en base a las funciones que presentan cada uno de ellos, dividiéndose en: antipsicóticos, ansiolíticos/hipnóticos, antidepresivos y eutimizantes. En cada uno de estos grupos se define la enfermedad que tratan y los posibles efectos adversos de estos psicofármacos.

A continuación, el segundo capítulo presenta varios apartados. En un primer apartado, se trata sobre el uso de la psicofarmacología en nuestra sociedad actual y el posible abuso de estas sustancias. Después, los siguientes apartados tienen en común la intervención enfermera. En el primero de ellos, se comentan los principales errores de medicación de la enfermera, después se continúa con la enfermera como responsable de la educación para la salud sobre los pacientes y los familiares con enfermedades mentales y su intervención y los posibles métodos para mejorar la adherencia a la medicación y los conocimientos sobre su enfermedad, medicación... culminando con los diferentes protocolos de seguridad sobre los distintos fármacos más usado en salud mental.

3. CAPITULO 1. Historia y psicofármacos

3.1.1 Historia de la psicofarmacología

El comienzo de lo que se conoce como la “era de la psicofarmacología” tiene su inicio a principios de 1950, describiéndose cuatro eras fundamentales en ella, pero no siempre ha sido como hoy en día, ya que aunque ahora haya un mayor cuidado a las personas con enfermedades/trastornos mentales, hace 50 años se tenía una visión de ello totalmente diferente y distorsionada. (1)

La primera era del desarrollo de la psicofarmacología toma como referencia mediados del siglo XX, donde, principalmente, los medicamentos más utilizados para tratar a los pacientes de salud mental eran fundamentalmente sedantes e hipnóticos, pautados de manera indiscriminada,

entre los cuales se encontraban varios de ellos, siendo estos bromuros, hioscina, paraldehído y narcóticos entre otros. Uno de los medicamentos por excelencia en esta época era la hioscina (actualmente conocida como Buscapina), sobre la cual Drapes escribió en 1889: *“Es incomparablemente superior a los sedantes más antiguos, como la morfina y el cloral, y ninguno de los más nuevos, en mi opinión, se le acerca en valor como remedio para controlar los paroxismos de excitación furiosa y los brotes maníacos turbulentos”*. Para lo cual posteriormente 7 años más tarde (1895), Henry Maudsley, psiquiatra británico, habló de que este medicamento, no servía para tratar la enfermedad mental como tal del paciente, es decir, no se trata de medicamentos con capacidad curativa, sino de fármacos con capacidad de abolición de los síntomas provenientes de estas, y no como fármacos que actúen mejorando la enfermedad como tal. (1)

Además, durante esta primera era empezaron a descubrirse los barbitúricos, depresores del Sistema Nervioso Central, sintetizados por primera vez en 1863 por Adolf Von Bayer, pero fueron Emil Fischer y Joseph Von Mering en 1903, químico y médico alemán respectivamente, responsables del descubrimiento del barbital, siendo este el primer somnífero de la clase de barbitúricos, que enseguida se empezó a utilizar como tratamiento paliativo de los síntomas, no como curativo. (1)

La segunda era de la psicofarmacología abarca desde 1950 a 1964, con la síntesis de la clorpromazina (antipsicótico) por parte de Paul Charpentier, siendo esta etapa posiblemente en la que mayores descubrimientos se hicieron en la época. (1)

Todo comienza entre 1930 y 1940 cuando Charpentier empezó a probar ciertas propiedades de la fenotiazina, siendo la prometazina el primer triunfo, utilizado en 1949 por primera vez con intención preventiva del shock, produciendo lo que Henri Laborit definió como *“quietud eufórica”*. (1)

Más tarde, en la década de los 50, Charpentier continuó con sus investigaciones, sintetizando lo que se conoció como RP 4560, un derivado procedente del núcleo de la fenotiazina (hoy día clorpromazina), probado en distintos hospitales de París, donde se comprobó que sus efectos *“calmaban a los pacientes ansiosos sin demasiada sedación”*, siendo después presentada a los psiquiatras estadounidenses en 1954, a la que denominaron *Torazina*, pasando a ser dentro del ámbito psicofarmacológico, el compuesto más utilizado por sus propiedades, usándose además para otro tipo de síntomas tales como vómitos, náuseas y prurito. Hasta 1956, aproximadamente cuatro millones de estadounidenses habían ingerido clorpromazina, generando 75 millones de dólares solo en ese año. (1)

A partir de 1962, se comenzó a clasificar de manera diferente lo que hoy conocemos como antipsicóticos: los tranquilizantes mayores y menores; los primeros se caracterizan por dar *“calma emocional”* y no producir dependencia o producirlo en poca medida (lo que hoy se conoce como *neurolépticos/antipsicóticos*), mientras que los tranquilizantes menores (actualmente *ansiolíticos*) producen relajación menos severa y están condicionados por la posibilidad de que exista habituación/dependencia. En base a varios estudios realizados en esa época, consideraron la clorpromazina como un tratamiento que ayudaba en la mayoría de los tratamientos, pero no sustitutivo. Gracias a ella, se consiguió reducir la administración de TEC (terapia electroconvulsiva) y lobotomías, usadas en su mayor parte en pacientes con sintomatología agresiva y comportamientos heterodestructivos, conocida por ello como la *“lobotomía química”*. (5, 1)

Durante este periodo también surgieron otros fármacos como los antidepresivos tricíclicos, originados en 1955 y probados por primera vez por Kuhn, con nombre de Imipramina, con un notable efecto sobre el estado de ánimo de los pacientes con tristeza aguda o crónica, definiendo así una nueva entidad patológica, la depresión. También aparecen los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), la iproniazida, lanzada al mismo tiempo que los antidepresivos tricíclicos, aunque no alcanzaron la misma influencia. Se descubrió su efecto como mejora colateral de la tuberculosis, la iproniazida se usaba junto con la isoniazida, ya que mejoraba el estado emocional de los pacientes. Y por último, el meprobamato, sintetizado en 1951, utilizado para “ansiedad, tensión y estrés mental”, del cual surgieron posteriormente las primeras benzodiazepinas, el clordiazepóxido. (1)

La siguiente etapa cubre de la década de los 60 hasta finales de los 80, donde no aparecieron nuevos fármacos como tal, sino que la mayor parte de los avances que se hicieron fueron en la neurobiología, el estudio de las distintas moléculas por las cuales funciona el cerebro humano, cuya deficiencia o exceso por múltiples factores es la causante en sí de las enfermedades mentales, es decir, entendieron en parte cómo funcionaban muchas de las enfermedades mentales, como depresión o esquizofrenia. También estos estudios les llevaron a sacar una serie de conclusiones, que en parte algunas de ellas ya eran conocidas años atrás, como puede ser el carácter no curativo, sino únicamente sintomatológico de los psicofármacos. Además, estos también están marcados por una gran variedad de efectos secundarios, siendo en su mayor parte la discinesia tardía, movimientos involuntarios anormales que aparecen sobre todo en pacientes consumidores de psicofármacos a largo plazo que afecta principalmente a la cara, el tronco y las extremidades. Algunos de los fármacos que pueden causarlo pueden ser ISRS, litio, ansiolíticos o anticonvulsivantes, así como otros del tipo antihistamínicos o antieméticos. (1 2)

Anticholinergic agents (13)
Lithium (14)
Antidepressants - trazadone, clomipramine, doxepin, amitriptyline (15, 16)
SSRI -SSRI - fluoxetine and sertraline (17,18)
MAOI (19)
Antiemetics - metoclopramide, prochlorperazine (20, 21)
Anticonvulsants - carbamazepine and lamotrigine (22)
Antihistamine – hydroxyzine (23)
Antimalarial - chloroquine, amodiaquine (24)
Anxiolytics- GABA agonist and barbiturates (25)

Ilustración 1 <https://link.springer.com/article/10.1007/s11910-019-0976-1/figures/1>

La cuarta y última etapa comprende desde finales de la década de los 80 hasta el presente, donde en ese momento, llevaban casi unos 20 años sin un nuevo fármaco. Anteriormente, en la época de los 60, se había sintetizado a clozapina como antipsicótico, siendo a partir de 1984 cuando la compañía farmacéutica Sandoz, realizó un estudio demostrando la superioridad de esta con respecto a la clorpromazina, además de instaurar el control de analíticas sanguíneas en los pacientes que tomaban clozapina, debido a su alto riesgo de producir agranulocitosis, de lo cual 8 pacientes murieron en 1975. En 1984 se llevó a cabo la síntesis de la risperidona. Más tarde, Eli Lilly introdujo la olanzapina en el 1996, en el 1997 se sintetizó la quetiapina y a partir del 2000, se introdujeron nuevos fármacos tales como el aripiprazol o la paliperidona. También se dieron avances en cuanto a los antidepresivos, siendo también Eli Lilly quien en 1974 desarrolló una molécula cuya función era bloquear de manera selectiva y dirigida la recaptación de serotonina, la cual funciona de neurotransmisor, y al disminuir la recaptación de esta lo que se conseguía era

aumentar la concentración de serotonina en los pacientes, a este ISRS se le denominó fluoxetina, siguiendo a esta otros como sertralina o citalopram. (1)

En definitiva, la creación de los distintos psicofármacos a lo largo de los años ha tenido avances y baches, intentando además hacer ver al paciente durante este tiempo que es posible vivir una vida “normal” y mejorando la calidad de vida de la persona psiquiátrica. Lo que indican la mayor parte de los autores es la conciencia de que en la salud mental, aunque los medicamentos sean de ayuda para tratar los síntomas, lo más importante es ver a la persona como lo que es, trabajando con ella y usando la medicación como terapia de ayuda. (1)

3.1.2 Grupos de psicofármacos

3.1.2.1 Antipsicóticos

También conocidos como neurolepticos, los antipsicóticos se pueden dividir en dos grupos, típicos (AT) y atípicos (AA). Ambos presentan mecanismos de acción similares, bloqueando los receptores dopaminérgicos D2, principalmente, aunque también bloquean, en menor nivel, receptores de serotonina, así como otros subtipos tales como los noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, por lo que también tienen otro tipo de funciones en enfermedades que no sean de origen mental, aunque sean utilizados en su mayoría para ello.

En general, estos medicamentos interaccionan con fármacos depresores del sistema nervioso central, dentro de lo que también se incluye el alcohol, así como la producción de un incremento del efecto anticolinérgico cuando se juntan con antidepresivos. También interaccionan con la metoclopramida, produciendo un incremento del efecto antidopaminérgico.

Además de la esquizofrenia, estos fármacos tratan otro tipo de trastornos como ansiedad, agitación, psicosis, delirios y manías.

En base a diversos estudios, algunas guías como la *National Institute for Clinical Excellence* apuntan por un uso de los AA como primera línea, mientras que otras guías recomiendan a los AA y los AT de alta potencia como primera opción en la instauración de un tratamiento.

Antipsicóticos típicos

Dentro de los antipsicóticos, son los más antiguos, con una alta eficacia en la resolución de delirios y alucinaciones, pensamiento, comportamiento y lenguaje desorganizado, lo que se conoce como síntomas positivos; y por otra parte, poca eficacia en los síntomas negativos, tales como falta de interés, apatía, poca respuesta emocional o aislamiento total, los cuales tienen peor pronóstico que los primeros, ya que en la mayor parte de las ocasiones, están asociados a una ya implantada cronicidad de la enfermedad. Además, también causan reacciones extrapiramidales con mayor frecuencia. (3)

Los antipsicóticos típicos tienen varias formas de clasificación, entre ellas en base a su estructura química, o en función de su “potencia”. Dentro de esta clasificación encontramos de baja potencia, como pueden ser por ejemplo la clorpromazina; y los de alta potencia, tales como el haloperidol, los cuales necesitan menos cantidad del compuesto activo para llevar a cabo su función. La diferencia fundamental radica en el nivel de sedación y de la posibilidad de reacciones extrapiramidales. En los de baja potencia, hay más sedación. (3)

En función de su estructura, presentan reacciones adversas a diferentes niveles: dentro de las fenotiazinas (clorpromazina, levomepromazina...) presentan reacciones adversas de todo tipo, como sedación, efectos anticolinérgicos o hipotensión ortostática; por otra parte las butirofenonas (haloperidol) van a primar por la posibilidad de provocar SEP, así como los tioxantenos (zucopentixol), a los que se les añade también un alto nivel de sedación; y por último, dentro del grupo de las ortopiridinas (amisulpirida, sulpirida) las reacciones adversas son similares a las anteriores, aunque en menor intensidad y probabilidad. Todos estos psicofármacos también son capaces de producir otros efectos como el síndrome neuroléptico maligno (también encontrado en pacientes tratados con AA), una patología rara, pero que tiene un carácter mortal si no se trata de manera adecuada, por la cual el paciente comienza con hipertermia, rigidez muscular y alteración del estado neurológico entre otras. El tratamiento consiste en cortar la administración del neuroléptico que lo haya causado, reducción de la intensidad de la sintomatología y estabilización hemodinámica si precisase. (3,4). Por último, el tratamiento a largo plazo de los AT puede producir discinesia tardía, por lo que en esos casos se puede considerar el cambio de tratamiento a clozapina, que reduce los síntomas. (3)

Antipsicóticos atípicos

Son los medicamentos más seguros dentro del grupo de antipsicóticos, con menos probabilidad de generar reacciones extrapiramidales, caracterizados por bloquear tanto los receptores dopaminérgicos como los serotoninérgicos. A diferencia de los AT tienen más eficacia en los síntomas negativos. (3)

Los fármacos que encontramos en este grupo son la quetiapina y olanzapina (usados también como estabilizadores del ánimo) (7), clozapina, risperidona y aripiprazol como los más usados, y otros como la ziprasidona y el sertindol, y al igual que ocurre en los AT, también se pueden clasificar en función de su estructura química y las reacciones adversas que presentan. (3)

Cada fármaco presenta ciertas características, fundamentales a la hora de establecer un plan terapéutico, como por ejemplo la clozapina, la cual se utiliza en su mayor parte de las veces en esquizofrenias que hayan generado resistencia a otros psicofármacos, actuando sobre sus síntomas negativos, o la risperidona, la cual se usa en las alteraciones del comportamiento en pacientes que presenten demencia. (3)

En cuanto a sus reacciones adversas, aunque presentan menos que los AT, también pueden desencadenar convulsiones o un aumento de peso secundario al incremento del hambre, lo que les lleva a muchos de ellos a la mala adherencia al tratamiento (en cuanto a esto, en una media de 10 semanas de tratamiento, algunos fármacos como la clozapina producen hasta 4,45kg de aumento de peso). La clozapina además, presenta como complicación la agranulocitosis en los 6 primeros meses de tratamiento (hasta en el 1,3% de los pacientes), siendo posiblemente la que más reacciones adversas tenga. (3, 41, 43)

Este último fármaco, utilizado en el tratamiento de las esquizofrenias resistentes a otros antipsicóticos (lo que ocurre entre el 18% y el 30% de los pacientes tratados con antipsicóticos), como se ha comentado, no está exento de riesgo, ya que además de la agranulocitosis puede producir otro tipo de efectos adversos tales como cetoacidosis diabética, hipomotilidad gastrointestinal o neutropenia. Por tanto, en España se llevan a cabo protocolos de revisión hematológica estricta para la ingesta de este antipsicótico, así como la toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y ECG si hubiese cambios en la dosis (41,42,43).

3.1.2.2 Ansiolíticos/hipnóticos

Los ansiolíticos son capaces de reducir los niveles de ansiedad en pacientes con trastornos de este estilo, influyendo de manera directa en el sistema nervioso central, actuando al igual que el alcohol, aunque este con un efecto transitorio. Además del efecto ansiolítico, también tienen efectos de otro tipo como anticonvulsionante, miorelajante o hipnótico, por lo que también se usan en otras patologías como discinesias, status epilépticos, convulsiones febriles (estas dos últimas fundamentalmente el diazepam). En el caso de trastornos de ansiedad, aunque los ansiolíticos eliminan el componente ansioso, los antidepresivos, en especial los que presentan acción serotoninérgica, tienen efectos más potentes a larga duración.

En cuanto a la clasificación de estos, se organizan también en función de su estructura química y de su forma de interactuar con el SNC. En primer lugar, se encuentra las benzodiazepinas, provenientes de los barbitúricos, cuya diferencia entre ambos radica en el punto en el que tiene lugar la acción. En los barbitúricos, la acción cae sobre los canales de Cl de los receptores tipo GABA-a, mientras que en las benzodiazepinas aumentan el efecto del aminoácido GABA (5). Dentro de este grupo, se encuentran varios subtipos, clasificados en función de su latencia de actuación: benzodiazepinas de acción corta, donde se sitúan principalmente el loracepam, alprazolam, oxazepam y bentazepam como más relevantes; además, también existen de acción intermedia, siendo estos el clonazepam, bromazepam o alprazolam de liberación prolongada; y por último, de acción larga, tales como diazepam, clorazepato dipotásico o ketazolam entre otros (5). Son usados principalmente en estados de ansiedad, insomnio, trastornos psicósomáticos, síndromes de abstinencia o espasmos musculares.

Dentro de sus efectos adversos, está el deterioro de las funciones cognitivas si se usan a largo plazo. (5) También pueden producir amnesia anterógrada, amnesia global transitoria y déficit en el razonamiento verbal y en el procesamiento sensorial, teniendo además un potencial efecto de dependencia más elevado que en el caso de otros ansiolíticos, estando presente en el 30% de los pacientes después de 8 semanas de tratamiento. Por otra parte, si se consumen a dosis altas pueden provocar depresiones respiratorias, más propensas en pacientes ancianos. (6)

Por otra parte, otro tipo de ansiolíticos que también encontramos son los fármacos agonistas parcial de receptores 5-HT, conocidos como buspirona y sus análogos. Dentro de los efectos adversos que presenta se encuentran mareos, náuseas y cefaleas, incluso discinesias. (7)

Por último, también se pueden utilizar como ansiolíticos otro tipo de medicamentos tales como antidepresivos, antihistamínicos H1 o bloqueantes β -adrenérgicos.

3.1.2.3 Antidepresivos

Los fármacos de esta clase son utilizados para cuadros depresivos, donde entre los síntomas principales se encuentran, tristeza, apatía, enlentecimiento del pensamiento y falta de concentración, ideas autolíticas... Es de suma relevancia retirar el tratamiento de manera paulatina para evitar el efecto rebote. (8)

Los antidepresivos se pueden clasificar de muchas formas, en este caso, según su latencia en la acción se ordenan de la siguiente forma:

- Antidepresivos tricíclicos (ATC).

Utilizados principalmente para el trastorno depresivo mayor, distimia, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), trastorno de pánico, entre otros.

Presentan también efecto sedativo. Como efectos adversos, los más frecuentes son temblores, confusión sobre todo en pacientes ancianos, episodios psicóticos en pacientes esquizofrénicos, hipotensión ortostática (en el 20% de pacientes) y aumento de peso secundario a mayor apetito. Las reacciones extrapiramidales son poco frecuentes. A este grupo pertenecen: clomipramina, Imipramina, amitriptilina, desipramina y nortriptilina. Dentro de los fármacos que inhiben la recaptación y bloquean receptores también se encuentra la trazodona, cuyos efectos adversos más comunes son la sedación y mareos. (8)

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram y fluvoxamina.

Se usan principalmente en trastornos depresivos como episodios depresivos mayores unipolares o la distimia, así como en trastornos alimentarios o incluso en dolor crónico. Dentro de sus efectos adversos, están náuseas y vómitos (entre el 15-20% de los pacientes), diarrea, alteraciones de peso (principalmente pérdida de peso en pacientes con fluoxetina y fluvoxamina, llegando incluso a desarrollar anorexia), sedación, fatiga (aproximadamente 15%), el síndrome extrapiramidal y ansiedad y nerviosismo como los más frecuentes (8).

- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRNA)

Pertenecen a este grupo la reboxetina y la atomoxetina. La primera está indicada para la depresión, mientras que la segunda se utiliza en el tratamiento del TDAH, no como antidepressivo. Sus efectos adversos son: náuseas, mareo, pérdida de peso, insomnio... (8)

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSNA)

Pertenecen a este grupo la venlafaxina, desvenlafaxina, milnacipram y la duloxetina como más importantes. Presentan como efectos adversos más frecuentes: vértigos, sudoración por parte del milnacipram, y en cuanto a la desvenlafaxina y la venlafaxina el más habitual es la hipertensión arterial, aunque también aparecen náuseas, sudoración, fatiga... (8)

- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y dopamina

De este grupo es exclusivo el bupropion. Dentro de sus reacciones adversas más frecuentes están: insomnio (>10%), fiebre taquicardia, temblor... (8)

- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Indicados cuando se produce fracaso de los ISRS o los ATC. También presenta acción ansiolítica. Dentro de sus efectos adversos más frecuentes están: hipotensión ortostática (el más frecuente), insomnio, temblor o lo que se conoce como "síndrome del queso", produciéndose una crisis hipertensiva en pacientes tratados con IMAOs cuando ingieren alimentos que son ricos en el aminoácido tiramina. Los fármacos de este grupo son: moclobemida (selectivo de la MAO A), selegilina (selectivo de la MAO B), tranilcipromina.(no selectivo). (8)

- Estimulantes de la recaptación de serotonina

A este grupo solo pertenece la tianeptina. Utilizada principalmente en el tratamiento de la depresión con o sin ansiedad y en pacientes alcohólicos cuando ocurren episodios de abstinencia. Sus efectos adversos son muy poco frecuentes: sequedad bucal, náuseas y vómitos insomnio... (8)

- Bloqueantes de receptores 5-HT

A este grupo pertenecen: agomelatina, mianserina y mirtazapina. Todas ellas presentan como principal efecto adverso la sedación, el aumento del apetito y de acorde a ello ganancia ponderal. (8)

3.1.2.4 Eutimizantes (estabilizadores del ánimo)

Se consideran fármacos estabilizadores del ánimo a aquellos que han demostrado reducir la sintomatología de dos de las tres fases del trastorno bipolar: profilaxis de la manía o de la depresión, manía aguda y depresión aguda (8).

Dentro de este grupo, están algunos que son exclusivos, como las sales de litio, otros pertenecientes al grupo de anticonvulsionantes como el ácido valproico, la carbamazepina o la lamotrigina y algunos incluidos dentro de los neurolépticos atípicos como son la olanzapina o la quetiapina (8)

El más relevante dentro de este grupo, exclusivo de los estabilizadores del ánimo, son las sales de litio. Es pautaado como tratamiento principal en personas que presentan trastorno bipolar, siendo eficaz en todas las fases de este, pero usado en especial en pacientes con un trastorno bipolar estable, con el objetivo de mantener dicha estabilidad y disminuir la frecuencia y la probabilidad de aparición de fases maníacas o depresivas. Al igual que otros psicofármacos, la retirada de su tratamiento se debe realizar de manera paulatina, ya que puede causar un “efecto rebote” y desencadenar al paciente un estado depresivo. Además, el litio es usado, en menos medida, en pacientes con depresión resistentes a los antidepresivos (8).

Este fármaco cuenta con una alta facilidad para la intoxicación. Para detectarlo, los pacientes comienzan con tres síntomas propios de una intoxicación por litio: temblor de alta intensidad, ataxia y disartria. Si la intoxicación es grave, puede provocar convulsiones e insuficiencia renal aguda, e incluso el fallecimiento del paciente, así como diabetes insípida nefrogénica, por lo que el control de este fármacos se debe realizar de manera estricta (8, 39).

Para que los niveles de litio sean eficaces, se debe mantener en sangre una litemia entre 0,5 mEq/L, aunque los niveles más recomendados porque actúan de manera más eficaz en el control de los síntomas maníacos oscilan entre 0,8 y 1,2 mEq/L (40).

Por todo ello, es de importancia realizar un seguimiento crónico en estos pacientes. Este seguimiento va a variar en función de la referencia que tengamos. En nuestro país, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), establece como protocolo la realización de litemias como mínimo cada 1-2 meses, así como también monitorizar tanto la función renal como la tiroidea cada 6-12 meses, mediante la medición de los niveles de Creatinina y TSH (40).

3.2. CAPITULO 2. Uso de psicofármacos y educación para la salud

3.2.1. Magnitud de uso de psicofármacos. Abuso.

Epidemiología

En la sociedad actual, en pleno siglo XXI, el consumo de psicofármacos, especialmente en España ha incrementado de manera abrumadora en los últimos años. Se hace un mal uso en su prescripción, ya que los psicofármacos se han comenzado a utilizar como primera línea contra las enfermedades mentales, y no como un tratamiento adyuvante.

Por ejemplo, en un estudio realizado en Barcelona en una unidad de Urgencias, se quiso comprobar el porcentaje de pacientes que hacían uso de psicofármacos, y su nivel de abuso. Los resultados fueron: de un total de 745 pacientes, el 57% nunca habían consumido psicofármacos, el 35,5% son consumidores habituales y el 7% declaraba haber consumido. Algo más de la mitad de los consumidores, en torno al 58% presentaban un patrón de abuso. También se detectó con este estudio que existe una asociación entre el consumo de psicofármacos y la concomitancia con el sexo (más consumo en mujeres), estado civil (más en viudedad) y consumo de alcohol, el cual, aunque suene discordante, las personas que beben alcohol son menos propensas a abusar de psicofármacos. (9)

Múltiples estudios como este marcan un gran consumo de psicofármacos con tratamiento mantenido y abuso de ello en muchos casos. En un estudio llevado a cabo en un centro de Atención Primaria (AP), también en Cataluña, se afirma que la mayor parte del consumo de psicofármacos es procedente de pacientes de mediana edad, y, al igual que en el anterior estudio, continúa una mayor prevalencia en mujeres. Además de ello, en AP se produce un incremento en la duración del tratamiento, sobre todo de ansiolíticos e hipnóticos, ya que en muchos pacientes, la prescripción de estos continúa vigente con más de un año de tratamiento (más del 50%). Muchos de estos fármacos, se prescriben de forma que el tratamiento sea combinado con otros psicofármacos. (10)

Es importante destacar que, la prevalencia actual de enfermedades psiquiátricas en la población española es de, aproximadamente el 30%, siendo la mayor parte de pacientes diagnosticados de depresión, ansiedad e insomnio como las patologías más importantes. (9)

Actualmente, los psicofármacos son la cuarta droga de prevalencia en nuestro país, solo siendo superados por, en orden descendente, alcohol, tabaco y cannabis. En quince años (2000-2015) ha aumentado un 10% el abuso de psicofármacos sin prescripción médica, tanto en población adulta como en adolescentes, lo cual supone un problema social determinante, ya que consecuentemente a esto se ha incrementado la tasa de mortalidad, casi el triple desde 1999 al 2016. (17)

Factores de riesgo

Como factores de riesgo para el abuso de estas sustancias están: consumo previo de otro tipo de sustancias psicoactivas y tener una baja percepción del riesgo del consumo de estas sustancias, como los más importantes. Luego hay más factores de riesgo como presencia de algún trastorno psicopatológico, la población inmigrante, adultos jóvenes como grupo de edad y un bajo rendimiento académico. (17)

A continuación, se desarrollan los grupos de edad con más detalle y la influencia del sexo para la prescripción y consumo de psicofármacos:

- Grupos de edad

Haciendo una distribución por edades se puede ver mejor cómo ha aumentado el uso de psicofármacos en grupos de edad más extremos:

- En primer lugar, la población pediátrica. Un estudio del 2019 que analiza el consumo en pediatría de psicofármacos en Europa, obtuvo como resultado que los psicoestimulantes fueron los fármacos más consumidos por los pacientes, seguido por los fármacos ansiolíticos e hipnóticos (siendo más usados por varones), después los antidepresivos, y los que menor uso tienen son los antipsicóticos.

Se comprobó que, aunque de manera general se incrementó en las últimas décadas el consumo de psicofármacos, es actualmente en los países nórdicos donde se puede observar el incremento más exponencial del consumo de estos fármacos, especialmente en Suecia, el país de Europa donde mayor porcentaje hay de pacientes que consumen psicofármacos, frente a España, el país en el que menos se consumen.

Otra cosa que se puede sacar como conclusión en este estudio, es que el consumo se incrementa con la edad, hasta los 16 años, donde más se consumen.

En nuestro país, los más utilizados son risperidona como antipsicótico (más del 60%), diazepam como ansiolítico/hipnótico (59%) y sertralina como antidepresivo. (14)

- En la población anciana, también existe una alta prevalencia de uso de psicofármacos, ya que en este tipo de población se da una situación de polimedicación, dentro de la cual se incluyen también los psicofármacos. (15)

Además, en este grupo de edad aparecen otros problemas a los que conlleva el envejecimiento, como puede ser la demencia y otros síntomas, lo que supone una mayor necesidad de prescripción de medicación para la salud mental.

Un estudio realizado en Zaragoza sobre la prevalencia del consumo de psicofármacos en el anciano en una residencia geriátrica, indica el porcentaje de ancianos que toman medicación psicofarmacológica. En cuanto a los antipsicóticos, aproximadamente el 25% de los ancianos los consumían, marcado también con porcentajes parecidos en otros estudios (entre el 25% y el 37%). Los antidepresivos en cambio son más consumidos, casi el 48% de los ancianos los consumían (en otros estudios varía entre el 39% y el 48%). Sobre las benzodiazepinas, la prevalencia es del 47%, siendo en otros estudios variable entre el 49,3% y 53%, siendo el grupo de psicofármacos más consumido en este grupo de edad, aunque hay otros estudios que indican un porcentaje poco superior al 20%, ya que la prescripción de benzodiazepinas varía en función de si los pacientes presentan demencia, ya que no están indicadas si existe este tipo de enfermedad. Y por último, los estabilizadores del ánimo presentan una prevalencia del 7,4%.

Uno de los efectos adversos más frecuentes en los ancianos por el consumo de estos medicamentos es el temblor, o incluso estreñimiento. También puede provocar la aparición del síndrome metabólico secundario, que incluye la hipercolesterolemia y diabetes mellitus II (DM2). (16)

- Sexo:

Un factor más que define la prescripción y el consumo de psicofármacos es el género. En España, la prevalencia del consumo de estos fármacos, principalmente, ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos, es el doble en mujeres que en hombres, en todos los rangos de edad. Así, las mujeres

presentan una posibilidad mayor (2.1 veces en el caso de ansiolíticos y 2,7 y 3 veces más probabilidad en hipnóticos y antidepresivos). (18)

En el caso de los ansiolíticos, según varios estudios realizados aquí en España, ser mayor de 65 años y presentar un dolor crónico, indiferentemente de ser discapacitante o no serlo, incrementa la posibilidad de consumo de estos. En el caso de los hombres, el aumento de su consumo se da al estar jubilado o vivir solo entre otras. En el caso de las mujeres, un factor de riesgo que aumenta la posibilidad es tener estudios secundarios. (18)

Por otra parte, acerca de la prevalencia del uso de hipnóticos, no existen diferencias significativas entre ambos géneros, aunque en ambos existen factores de riesgo que podrían actuar como desencadenantes de su consumo, como pueden ser tener una edad superior a 45 años o padecer dolor crónico discapacitante o no, al igual que en los ansiolíticos. Sí que los estudios encuentran que las mujeres con trabajos domésticos no remunerados y los hombres viudos son más tendentes al consumo de estos. (18)

Y por último, en el consumo de antidepresivos, actúan como factores de riesgo el dolor crónico discapacitante o no discapacitante y la jubilación. En el grupo de las mujeres, se suman factores de riesgo añadidos como tener más de 45 años y no tener estudios superiores, mientras que en hombres el factor de riesgo que más destaca es encontrarse activo. (18)

Todas estas diferencias, y la mayor prevalencia del uso de medicación en mujeres, podría explicarse mediante una diferencia potencialmente existente entre la expresión de los síntomas en hombres y en mujeres, lo que podría obstaculizar el diagnóstico y la prescripción de psicofármacos. (18)

Pandemia e impacto en salud mental

Otro punto importante para tener en cuenta es la pandemia del Covid-19 y su impacto sobre la salud mental de la población. Un gran número de estudios demuestran que la pandemia ha reducido significativamente la salud mental media de la población, lo que, en consecuencia, ha supuesto a nivel mundial, un incremento de las prescripciones de antidepresivos y benzodiazepinas, aunque este presunto incremento también depende del impacto de las olas consecutivas. Si contemplamos de forma general el incremento de prescripción de psicofármacos, también hay que observar otros factores como los biopsicosociales y geográficos. Por ejemplo, durante la primera ola del Covid-19, en Asturias hubo un porcentaje menor de contagios y muertes, lo que supuso un descenso menos marcado en la salud mental de esta comunidad autónoma, pese a que también se objetivó que, con carácter general, se incrementó la prescripción de benzodiazepinas a pacientes de más de 60 años. (11)

Prescripción indiscriminada

Otro punto de vista contemplado por otros estudios, coinciden en que, en parte, el incremento de toma de psicofármacos (principalmente antidepresivos), se debe a un aumento del diagnóstico, en ocasiones de forma indiscriminada, de patologías psiquiátricas, en particular patologías depresivas. (12) A menudo todas estas pautas no se ajustan a las recomendaciones óptimas acerca del uso y prescripción de este tipo de medicamentos, ya que, como repiten gran cantidad de estudios, el tratamiento farmacológico para trastornos mentales es de segunda línea o se usa de manera sinérgica junto con el tratamiento psicológico. (13)

Cronicidad de ciertos psicofármacos

Otro problema añadido que conlleva a que la población haga un mal uso de estos medicamentos recae en que la prescripción de ansiolíticos y antidepresivos (estos dos tipos de manera especial) de manera crónica tiene un impacto negativo en la salud de las personas, y de esta manera, sería conveniente realizar revisiones cada cierto tiempo, además de concienciar a los prescriptores acerca de los posibles riesgos asociados al uso de manera crónica. El seguimiento anual sería una opción recomendada para ello. (12)

Queda clara la importancia del uso de psicofármacos en nuestra sociedad, ya que la tecnología ha avanzado de manera desmesurada, lo que ha llevado a mejoras en todos los aspectos de la salud, dentro de los que encontramos a los medicamentos de salud mental. Aunque todas las intervenciones medicamentosas en momentos más agudos de las enfermedades mentales dan beneficios a los pacientes, es importante saber que, antes de comenzar a utilizarlos, es mucho más recomendable una intervención psicológica, ya que de esta forma se evita efectos adversos, posibles dependencias o mal uso, y aporta mayor calidad de vida respecto a los pacientes que usan medicación, aunque en casos especiales se pueden usar ambas terapias de manera sinérgica.

En muchas ocasiones vemos como se recetan psicofármacos para tratar la ansiedad o antidepresivos e incluso hipnóticos para tratar procesos personales de los pacientes, los cuales no sería recomendable que fueran tratados con medicación.

3.2.2. Errores de medicación e intervención para reducir su incidencia

Al igual que en otras unidades o especialidades dentro de la salud, ya sean AP, unidades hospitalarias u otro tipo de estancias, uno de los problemas más importantes a la hora del trabajo enfermero son los errores en la administración de la medicación, en este caso, en el entorno de la salud mental.

Estos errores, la mayor parte de las veces, son leves, pero dañan de manera importante la imagen de los profesionales de salud e instituciones sanitarias. (20)

Muchos factores influyen de manera importante en los errores que la Enfermería comete. Una parte fundamental de estos errores deriva de factores externos al profesional, que influyen en él de manera negativa y que le impiden realizar el trabajo correctamente (21,22).

Según una serie de estudios realizados en torno a los profesionales de salud de Pamplona (22), los factores externos que más influyen en la Enfermería a la hora de administrar la medicación son los siguientes:

En primer lugar, influyen de manera importante las distracciones e interrupciones a la hora de trabajar. En 5 estudios de 8 estudios realizados, las interrupciones son la causa más frecuente de errores en la medicación. Algunos ejemplos que aparecían en los estudios que fueron causas de distracciones fueron llamadas telefónicas o llamadas por parte de los pacientes, siendo estas de las que más se quejaban los profesionales y las que más distracciones dieron lugar, seguido posteriormente por falta de medicación o de materiales en el momento en el que se llevaba a cabo la administración de medicación, aunque no tan importantes como las primeras (22).

Aunque no haya demasiados estudios, a la hora de eliminar las distracciones e interrupciones, existen una serie de propuestas para evitar estos factores: áreas de silencio durante la

administración y preparación de medicación, con el objetivo de evitar interrupciones o distracciones que puedan dar lugar a fallos en su preparación; colocación de carteles en las zonas de trabajo, fundamentalmente donde se lleve a cabo la preparación, que indiquen silencio.

Otro punto importante que influye de manera negativa en los profesionales es la sobrecarga de trabajo que se da en muchas de las unidades y servicios, siendo este punto incluso más para tener en cuenta que las distracciones e interrupciones. Varios estudios coinciden en que la sobrecarga de trabajo actúa de manera negativa y directamente sobre el profesional, ya que esto aumenta factores estresantes o de cansancio acumulado que van a incrementar el porcentaje de posibilidad de errar por parte de dichos profesionales (22), lo que por otra parte podría desembocar en algo que conocemos con el nombre de *Burnout*, definido por Maslach en 1974 como “una respuesta al estrés excesivo en el trabajo, que se caracteriza por sentimientos de agotamiento emocional y falta de recursos emocionales” (23). Además, esta sobrecarga de trabajo conlleva a una violación de los protocolos de administración segura de la medicación (22,24).

Para disminuir que se produzca este efecto, se proponen diversas actividades como: estandarización en los horarios de administración, individualización de la preparación para no acumular medicación de varios pacientes y la implicación del paciente en su medicación, lo cual requiere educar previamente al paciente. (22)

Sin embargo, todas estas posibles intervenciones, de una u otra manera ya probadas, dan resultados dispares, que no indican con certeza si estas intervenciones ayudan o empeoran la situación actual, ya que han sido probadas en contextos muy distintos, por lo que existen resultados contradictorios. Además, como todos estos estudios ha sido llevados a cabo fuera de España, resulta muy difícil implementarlo en nuestros hospitales y zonas de trabajo. Por otra parte, la incorporación de nuevas tecnologías ha ayudado a reducir estos errores, pero tampoco están implicadas en muchas zonas de España, ya que requieren una gran inversión económica. (22)

El diseño de las unidades de trabajo también puede actuar como factor predisponente, con ejemplos como la iluminación o la disposición de los diferentes materiales. Y por último, la característica del material, como pueden ser el etiquetado o nombre similares entre los medicamentos, lo que puede generar confusión a la hora de administrar el tratamiento (22).

Realizar cambios en el diseño del envoltorio de los medicamentos, especificación en el etiquetado de todas las características del fármaco (cómo disolver, cómo conservar, nombre del compuesto activo, nombre genérico, vía de administración, tiempo de perfusión...), creación de listas con fármacos que entre ellos puedan dar lugar a errores son algunos de los puntos propuestos a la hora de evitar errores referentes al diseño de las unidades de trabajo y características del material (22).

Actualmente, los errores, no solo en el área de salud mental, sino en la enfermería en general, relacionados con la administración de fármacos, tienen que ver con la administración de una dosis menor, dosis mayores a las prescritas o dosis duplicadas. Dentro de esto, influyen una serie de factores, tanto de la enfermera, como del ambiente de trabajo y factores ajenos a esto que pueden influir a la hora de administrar medicación o realizar cualquier otra actividad enfermera. (19)

De todos los errores que se producen a la hora de tratar con el paciente, la mayor parte de ellos residen en el diagnóstico, prescripción y en la administración de fármacos, siendo este último

una de las principales causas de lesiones o de daños completamente evitables. Según varios estudios se calcula que en torno a 42.000 millones de dólares (38.450 millones de euros aproximadamente) es el coste producido anualmente por errores de medicación a nivel mundial (19).

Según la “National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention”, se reconoce como error de medicación a “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente/consumidor” (20). Con esta definición, se entiende además que los errores producidos por los propios pacientes a la hora de gestionar el tratamiento también se reconocen como errores de medicación.

En las fases de preparación y administración son en las que enfermería acumula la gran parte de los errores; y el seguimiento, en este último actúan no solo la Enfermería sino todos los profesionales sanitarios, incluso el propio paciente y los familiares. Además de esto, existen otras fases, pero en las cuales la Enfermería no presenta errores, ya que no forman parte de su trabajo, como son las fases de: selección de la medicación y gestión de esta, prescripción y validación, fases llevadas a cabo principalmente por el personal médico. (20)

Una vez conocidas las fases donde la Enfermería acumula los errores en mayor medida se establece una regla conocida como la “regla de los 10 correctos” (20). Consiste básicamente en asegurarse de una serie de factores que influyen directamente en el paciente, para, antes de administrar la medicación, tener asegurado qué es lo que estamos administrando, a quién se lo estamos administrando, etc. Lo más aconsejable sobre esta regla es mantener el orden de la siguiente lista a la hora de la comprobación, o establecer un orden diferente que coincida con la forma de trabajar de cada uno, pero no cambiarlo cada vez que se vaya a realizar, porque existe la posibilidad de saltarse pasos.

Así, la regla de los 10 correctos se basa en lo siguiente (20):

- “Medicamento correcto”: una de las que más se debe tener en cuenta a la hora de administrar la medicación. Se trata de comprobar el medicamento y la prescripción médica para no errar a la hora de elegir el fármaco administrado.
- “Reconstitución y dilución”: aquí se incluye la comprobación de la fecha de caducidad, cómo se debe conservar (nevera, temperatura ambiente, alejado de la luz...), el volumen de la reconstitución total... Este punto también es importante, sobre todo a la hora de reconstituir, ya que, en algunos servicios específicos, existen medicamentos que tienen una forma muy concreta de ser diluidos, por esta misma razón, hay que estar atento a cómo realizarlo, y en caso de que existiese alguna duda se debe contactar con la farmacia que nos suministró ese fármaco.
- “Indicación y dosis”: comprobar la dosis prescrita. En el caso de que haya que calcularla dosis a administrar tener en cuenta el paciente y medicación.
- “Vía de administración correcta”: de especial relevancia comprobar la vía de administración, ya que normalmente este tipo de errores tienen consecuencias muy graves.
- “Hora correcta”: también relevante, sobre todo en algunos medicamentos como antimicrobianos e inmunosupresores, para así intentar mantener constantes los niveles en sangre. O en unidades más específicas, del tipo UCI o Urgencias, donde la vida del paciente depende, en gran parte de las ocasiones, de mantener los niveles plasmáticos de estos medicamentos en sangre.

- “Paciente correcto”: revisar siempre el nombre y apellidos. En ocasiones también se revisa la fecha de nacimiento, ya que se puede repetir el nombre y apellidos de los pacientes. Siempre preguntar el nombre antes de la administración, sino es al propio paciente, también se puede preguntar a la familia.
- “Información al paciente”: antes de la administración, explicar qué es lo que vamos a administrar, para que así el paciente conozca la medicación, lo que nos servirá para detectar efectos secundarios de la medicación que él nos comente y además para que así sea conocedor del tratamiento pautado.
- “Velocidad de administración”: respetar los tiempos de administración para evitar efectos secundarios, en el caso de que la medicación sea endovenosa.
- “Registro”: apuntar de manera adecuada la hora, el paciente, el tratamiento, la dosis... de lo que acabamos de administrar, para que quede constancia de ello.
- “Seguimiento de la respuesta”: comprobar la respuesta del paciente a esa medicación, si ha mejorado su estado o si ha causado efectos no deseados.

Existe una versión simplificada, conocida como “regla de los 5 correctos”, cuyo propósito final es el mismo que la “regla de los 10 correctos”, pero de manera más generalizada. Sus puntos son: “paciente correcto”, “medicamento correcto”, “dosis correcta”, “vía correcta” y “horario correcto” (21), pero la anterior regla es más actual y completa, por lo que es la más recomendada.

En cuanto a los psicofármacos, los errores son parecidos al resto de medicamentos, aunque las consecuencias de los fallos en la medicación pueden ser más graves, llegando a descompensar a un paciente psiquiátrico que estaba compensado en el momento actual, o provocar toxicidad por acumulación de fármacos a nivel plasmático, como el litio o la clozapina. Además, en el ámbito de la salud mental, la prescripción de psicofármacos recae a veces en la teoría del “ensayo y error”, es decir, al principio los psiquiatras comienzan con una dosis, y en función de los efectos que se consigan, se aumenta o se reduce medicación.

Al igual que en el resto de las unidades, en los servicios de salud mental también son comunes los errores de administración (24), siendo uno de los errores de los que más se informa. La mayoría de los errores en estas áreas son unidos a: paciente incorrecto, medicación o dosis incorrectas. También existen errores relacionados con falta de conocimiento, los cuales se relacionan con la falta de experiencia de enfermeros nuevos, que también influye en negativo a la hora de contabilizar errores. Asimismo se describen errores que provienen de confusiones entre nombres de medicamentos, al igual que ocurre en otras áreas de la salud, o errores provenientes de administrar la medicación de manera consecutiva a todos los pacientes (24).

Así, se debe entender que los errores relacionados con la administración de medicamentos, tanto en salud mental como en el resto de los servicios van a depender en definitiva de factores tales como el equipo de profesionales, el entorno laboral, la enfermera de manera individual, los medicamentos involucrados, y factores más dirigidos a la sobrecarga de trabajo, interrupciones o la disposición del lugar de trabajo, así como la experiencia de los trabajadores (22,24)

3.2.3. Educación para la salud en pacientes y familiares

La adherencia al tratamiento es fundamental para que el paciente evolucione de manera favorable, ya que con un cumplimiento de la prescripción pobre o una automedicación, no se resuelven los problemas de salud del paciente, o incluso en gran parte de los casos, empeora.

Además de esto, los profesionales de salud tienen que influir también en las personas cercanas al entorno del paciente, para ayudarlo también cuando él no sea capaz de hacerlo y que se sienta y se vea apoyado durante todo el proceso (28).

Por ello, es importante la educación para la salud (EpS) en el paciente y sus cuidadores o familiares con los que conviva para poder sacarle el máximo beneficio al sistema, profesionales sanitarios y medicación.

En cuanto a las formas de administración de los psicofármacos, en la mayoría de ocasiones la vía de administración más utilizada es la vía oral. Pero existen diversos fármacos, sobre todo de acción más prolongada, cuya vía más común de administración es la vía intramuscular. En este caso, la rama de psicofármacos que se utiliza en mayor medida por esta vía son los antipsicóticos tanto atípicos como típicos, ya mencionados en el primer capítulo, cuya función se dirige fundamentalmente a pacientes con esquizofrenia, o también con trastornos bipolares (3,36).

Estos fármacos inyectables han sido más utilizados conforme han avanzado los años, siendo en estos momentos un componente esencial en pacientes esquizofrénicos para mejorar la adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de recaídas del paciente (37).

Aunque normalmente son utilizados en sinergia con el tratamiento oral, pueden ser utilizados en otro contexto, como son las descompensaciones psicóticas mientras los pacientes se encuentran hospitalizados. El objetivo de los inyectables es estabilizar la situación aguda de descompensación que presentan y que, en muchas ocasiones, les influye a la hora de tomar la medicación oral. Estas descompensaciones surgen de forma reiterada por abandono del tratamiento farmacológico por diversos motivos, entre ellos la no conciencia de enfermedad (33,37).

Los antipsicóticos de larga duración son esenciales en pacientes con esquizofrenia que no presentan una buena adherencia al tratamiento, siendo una opción de manejo viable de esta enfermedad, lo que facilita además la reducción de recaídas por abandono de medicación (38).

Con estas ventajas, los antipsicóticos inyectables continúan siendo infrautilizados, y algunos de los factores que afectan a su uso son: experiencia previa de los pacientes con otros antipsicóticos, fase clínica de la enfermedad, tipo de información que se le ofrece al paciente, mayor coste de la medicación, consideración por parte del paciente relacionada con pérdida de autonomía sobre el control de la medicación... (38)

Los antipsicóticos inyectables más utilizados son: paliperidona, haloperidol, aripripazol, risperidona y olanzapina entre los más importantes.

Factores que influyen en la EpS en salud mental: menor alfabetización de la salud, peor adherencia al tratamiento y no conciencia de enfermedad.

En primer lugar, los factores que influyen en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, en este caso psiquiátricos, son en su mayoría individuales y complejos (28), por lo que, en función del paciente, unos factores van a influir más que otros ya que cada uno experimenta el proceso de enfermedad de manera distinta.

Uno de los factores más asociados a la falta de adherencia al tratamiento psiquiátrico se basa en el estigma que tiene interiorizado el paciente acerca de su enfermedad, y de cómo le ven los demás, lo que reduce la adherencia al tratamiento de forma relevante. Esta falta de adherencia es uno de los factores que más los llevan a la precipitación en recaídas (35).

Un estudio realizado en Perú, en pacientes que acudían a consultas psiquiátricas por trastornos mentales, indica unos resultados bastante interesantes: los pacientes asintomáticos y con estigma internalizado se asociaron a una peor adherencia al tratamiento (hasta 2,6 y cuatro veces peor adherencia, respectivamente) (25), por lo que el estigma que siente cada uno de los pacientes psiquiátricos es uno de los factores que presentan mayor relevancia a la hora del consumo del tratamiento habitual.

Un grupo que, en especial, resulta más resistente a la hora de la toma de medicación, son los adultos mayores. Para las enfermeras, estas actitudes resistentes de los ancianos a la ingesta de medicación resultan una complicación bastante importante. Un alto porcentaje de las veces, esa resistencia es consecuencia de una disminución de la capacidad cognitiva, diagnosticada o no, asociada a la edad, por lo que la alfabetización en salud se encuentra reducida de manera más prominente que en otros grupos de edad (29).

Otro punto que se puede desarrollar también acerca de que pueda existir una mala adherencia al tratamiento es la relación jerárquica entre paciente y profesional. Es decir, por explicarlo de manera más coloquial, tomar las decisiones del paciente por nuestra propia mano, o lo que es lo mismo, una relación paternalista. En muchas ocasiones, los profesionales de la salud creemos tener la potestad de poder ordenar a los pacientes, e incluso tomar decisiones por ellos, pero realmente, los problemas de salud vienen del paciente, por lo que nosotros tenemos que ser un apoyo a la hora de que tome decisiones, es decir, los profesionales sanitarios tienen el deber de ayudar en la toma de decisiones, siempre que beneficie a la salud del paciente, construyendo así una relación terapéutica con responsabilidad compartida (29).

Por otra parte, también es de especial relevancia, el nivel de alfabetización en salud que presenta el paciente, en el cual influyen de manera especial el profesional de la salud (30).

Además, en el caso de pacientes psiquiátricos, existe una condición extra que empeora la adherencia al tratamiento, como es la no conciencia de enfermedad o nulo insight, que puede ser observable de manera más acentuada en pacientes psicóticos o con trastorno bipolar, más característica incluso en los primeros. Esta falta de insight afecta entre el 50% y el 80% de los pacientes esquizofrénicos, llegando a presentarlo en distintos niveles hasta el 97% de los pacientes. Además, esta nula conciencia de enfermedad aumenta cuanto más tiempo está la persona sin ser tratada, y posterior a ello hasta el 30% de los pacientes mejoran si se mantiene la medicación (33).

Factores que mejoran la EpS: alfabetización de la salud y mejora de la adherencia al tratamiento

Un aspecto importante a la hora de ayudar a los pacientes a mejorar su adherencia al tratamiento y para la promoción de EpS, es que el profesional sanitario, en nuestro caso la enfermería, sea consciente del uso terapéutico del propio yo, el cual consiste en “la capacidad de utilizar el propio yo, de manera consciente y con conciencia completa, para estructurar las intervenciones de enfermería” (26). En otras palabras más sencillas, el profesional de enfermería

debe conocerse antes a sí mismo para poder aportar la disponibilidad y ayuda que demanda la profesión. Este uso terapéutico del yo se consigue además, cuando el profesional realiza una retroalimentación constructiva, con el objetivo de averiguar en qué aspectos y con cuánta intensidad debe mejorar (27).

Siguiendo esto, también entran en juego los estudiantes de enfermería, quienes deben ser guiados por los enfermeros de salud mental más experimentados, lo que les va a servir también a ellos para mejorar indirectamente con más cantidad de conocimientos acerca de estrategias para enseñanza y aprendizaje, que luego también pueden ser aplicables a los pacientes psiquiátricos (31).

Una vez que el profesional es consciente de sí mismo, se pueden llevar a cabo una serie de factores y desarrollar así puntos donde el profesional pueda ejercer la EpS y ayudar al paciente a mejorar:

Uno de los puntos a tratar para potenciar la EpS en los pacientes es considerar desde un primer momento que el paciente no presenta los conocimientos suficientes respecto a su enfermedad, al desarrollo de esta, a llevar una vida saludable, a la toma de medicación y conocimiento de los fármacos... Si se tiene en cuenta esto, se parte desde un punto en el que todos los pacientes, a priori, presentan conocimientos escasos. De esta forma, los profesionales de la salud se deben encargar de proporcionar ese grado de conocimiento que sería óptimo para que el paciente lleve a cabo de manera correcta el manejo de su enfermedad/salud (30).

Puede ser que, desde un primer momento, comprobemos que el paciente no tiene los conocimientos suficientes, se encuentra nervioso o evita preguntar dudas simplemente por timidez. En este caso, el profesional debe crear un ambiente en el que el paciente se sienta cómodo, para poder aprender y mejorar sus conocimientos (30).

La alfabetización y enseñanza hacia los pacientes es un punto fundamental de la enfermería, tratándose de un proceso llevado a cabo de manera continua, ya que los conocimientos en el ámbito de la salud se están continuamente formando y mejorando. Así, la enfermería debe desarrollar una evaluación del nivel de alfabetización de los pacientes, para posteriormente y con un lenguaje que pueda ser comprendido, faciliten a los pacientes la información necesaria (30).

Se sabe que la primera incidencia de las enfermedades mentales se da en la juventud, por lo que también, por lo que la alfabetización de estas enfermedades mentales debería empezar durante esta etapa. Si esto se cumple, el identificar señales de alarma de manera temprana llevaría a la familia y al paciente a acudir a los centros de salud, lo que llevaría a una atención más temprana y un mejor pronóstico (34,35).

Por otra parte, en cuanto a la adherencia del tratamiento, se pueden desarrollar varios puntos para mejorarla: en primera instancia, es de especial importancia, al igual que en el caso de la alfabetización ya comentado, que el paciente sea participativo en la toma de decisiones y en sus propias necesidades. Para conseguir esto, se pueden llevar a cabo una serie de puntos, tales como enfatizar la importancia de la medicación y escuchar las opiniones y experiencias de los propios pacientes y los efectos que producen los fármacos en ellos con el objetivo de hacer que el paciente mejore la disposición a la adherencia, creando un clima de respeto y comprensión (28).

Además de esto, una rutina diaria les puede ayudar a esos pacientes más despistados, a crear un hábito y eliminar problemas relacionados con el olvido de la medicación (28).

Por otra parte, debiendo ser utilizado esto tanto en enfermedades mentales como en otro tipo de enfermedades, está otorgar información a la familia, acerca del tratamiento y su relevancia en el paciente psiquiátrico, así como de los posibles riesgos de suspender la medicación y de sus efectos no deseados. Un estudio llevado a cabo en Bélgica, indica que, aunque el aportar información a los familiares supone una mejora en la adherencia al tratamiento, supone una mayor carga de trabajo que en ocasiones actúa como efecto contrario, por lo que aporte de información tales como dar folletos informativos o realizar reuniones con ellos, en algunas ocasiones es difícil de implementar en la práctica diaria (32).

En este mismo estudio, también se probó a que fueran los propios pacientes los que preparasen su propia medicación durante su estancia en el hospital, aunque esta intervención solo se llevó a cabo durante un mes, por lo que los resultados no fueron muy significativos. Lo que sí que demostró fue que, debido a que los problemas de adherencia son muy comunes, se deben realizar sesiones de refuerzo que permitan mantener la adherencia al tratamiento (32).

Tanto en intervenciones a corto plazo como a largo plazo, la mejora en la adherencia al tratamiento es favorable (32).

En cuanto a la falta de conciencia de enfermedad, el método óptimo para tratar con el paciente y mejorar su adherencia es la entrevista motivacional, no mediante intentos de convicción de que está enfermo, ya que esto no suele funcionar con pacientes con nulo insight. Para una mejor entrevista motivacional, se pueden llevar a cabo una serie de normas para que el paciente colabore. Dentro de esas normas, se encuentran: hacer que el paciente se sienta seguro para ganarnos su credibilidad, conocer sus miedos, aunque estos vengan en consecuencia a alucinaciones de su enfermedad o dejarlo estar, sin imponernos, entre otras (33).

En definitiva, respecto a la adherencia al tratamiento, no se puede utilizar un único método sobre el paciente, ya que hay factores de gran relevancia, como los descuidos con la medicación o, en enfermedades mentales más graves, ya sean la esquizofrenia o trastorno bipolar, la no conciencia de la enfermedad, sino que se deben utilizar varios métodos, combinando estrategias tanto educativas como conductuales (32).

De esta forma y, aunque no existan demasiados estudios al respecto, se recoge que el uso combinado de sesiones educativas relacionadas sobre todo con medicación, recaídas y diagnóstico tanto a pacientes como a sus familiares, así como recordatorios de medicación cuando los pacientes estén dados de alta y otro tipo de métodos actúan de manera favorable antes la baja adherencia al tratamiento en personas con trastornos mentales, tales como entrevistas motivacionales y autogestión de medicamentos. Todo esto siempre teniendo en cuenta que las estrategias se deben llevar de manera individualizada, para así elaborar estrategias personales de afrontamiento (32,35).

Además, todas estas intervenciones psicoeducativas van a reducir los sentimientos de incapacidad y van a favorecer una mayor descarga emocional, así como la reintegración del individuo en la sociedad, y eliminar la posible ansiedad que presente tanto el paciente como su familia en cuanto al futuro de la enfermedad (35).

4. CONCLUSION/REFLEXIÓN FINAL

Los artículos seleccionados durante esta revisión bibliográfica comienzan en definitiva, en la recogida de manera generalizada de los distintos grupos de psicofármacos, con ejemplos de los más importantes, efectos tanto terapéuticos como adversos, contextualizando esto en la historia de la psicofarmacología, cuyo desarrollo se divide en cuatro etapas, comenzando a mediados del siglo XX y cogiendo más relevancia a medida que avanza el tiempo hasta la llegada del siglo XXI.

Durante este siglo, se ha incrementado el nivel de consumo de psicofármacos en gran medida debido a múltiples factores causales, como puede ser la prescripción indiscriminada que en muchas ocasiones se da en nuestro país o el impacto psicológico que tuvo la pandemia del Covid-19, y siendo más prevalente en grupos específicos de la población, que se van a definir en función del sexo y de la edad, principalmente. Asimismo, el uso de manera crónica de ciertos tipos de psicofármacos especialmente antidepresivos y ansiolíticos conlleva a una normalización del tratamiento, que en muchas ocasiones no se revisa, por lo tanto es un factor a añadir dentro de las causas del incremento de consumo de estos.

En relación a los psicofármacos, la enfermería tiene la función principal a la hora de su administración, y como en cualquier profesión ya sea sanitaria o no, se pueden producir errores no intencionados que conlleven a una disminución, a distinta escala dependiendo de la incidencia cometida, de la calidad de vida del paciente. Estos errores se van a acumular en el caso del profesional enfermero, en la preparación y administración de manera especial. Los errores más comunes debidos a factores externos en la administración son los siguientes: distracciones e interrupciones, sobrecarga de trabajo, el diseño de las unidad de trabajo y las características del material con el que se trabaja. Para disminuir estos errores existen estudios que reflejan posibles soluciones, siendo algunas de ellas: áreas de silencio a la hora de preparación y administración de medicación, colocación de carteles en zonas de trabajo, individualización de la preparación para evitar administrar medicación al paciente erróneo, seguir la regla de los 10 correctos... En cuanto a los errores más contemplados que tienen que ver con el profesional y no con su entorno se encuentran algunos relacionados con la falta de conocimientos, confusiones de nombres entre medicamentos, etc.

Siguiendo con la función enfermera en el ámbito de la salud mental, se encuentra la educación para la salud, tanto en el paciente como en su familia. La falta de alfabetización sanitaria, la adherencia al tratamiento y la no conciencia de enfermedad (esta última más arraigada al paciente psiquiátrico), son en definitiva los asuntos donde la enfermería debe incidir de manera más puntillosa.

Las cuestiones en los que el profesional debe hacer más hincapié para mejorar lo anteriormente comentado pasan primero por conocerse a ellos mismos para poder ofrecer ayuda a los demás. De manera posterior, se pueden llevar a cabo intervenciones tales como: considerar que el paciente no tiene los conocimientos adecuados para de esta forma darle la información que necesita, siendo importante esto tanto en familiares como en pacientes; ayudar al paciente para que sea participativo en la toma de decisiones sobre su salud, evitando la relación jerárquica entre profesional y paciente; ayudarle a crear un hábito con el objetivo de evitar despistes con la medicación... En el caso de la no conciencia de la enfermedad, en especial en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, es recomendable realizar entrevistas motivacionales, donde le demostremos nuestro interés por él y conocer sus miedos.

Esta revisión bibliográfica también recoge las distintas vías de administración de psicofármacos, y cuáles son los principales antipsicóticos inyectables, utilizados, aparte de en tratamiento

adyuvante con antipsicóticos orales, en situaciones agudas de la enfermedad. Estos inyectables han supuesto un avance en los pacientes esquizofrénicos con mala adherencia al tratamiento, aunque todavía no son demasiado utilizados por su elevado coste y otros factores.

Otro aspecto que se abarca son los dos tipos de psicofármacos cuyos efectos adversos deben ser bien controlados, ya que pueden generar toxicidad y enfermedades en el paciente si no se sigue un control, como son los antipsicóticos atípicos (en especial la clozapina), y el carbonato de litio, usado como eutimizante en pacientes con trastorno bipolar.

Para concluir considero desde mi punto de vista que la administración de psicofármacos por enfermeras y la educación para la salud contempla en el momento actual pocos estudios con una base sólida referentes a esto, ya que son experimentales en su mayoría y que por lo tanto, es necesario que en un futuro se describan funciones e intervenciones de manera más estructurada y objetiva, que den la certeza de que, tras su puesta en práctica, la calidad del paciente psiquiátrico y de sus familiares mejore de manera adecuada.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Braslow JT, Marder SR. Historia de la psicofarmacología. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2019;15(1):25–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095514>
2. Arya D, Khan T, Margolius AJ, Fernandez HH. Tardive dyskinesia: Treatment update. *Curr Neurol Neurosci Rep* [Internet]. 2019;19(9):69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11910-019-0976-1>
3. Cloudfront.net. [citado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38917850/antipsicoticos-libre.pdf?1443457824=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DNo_No_No_No_No_Efectos_extrapiramidales.pdf&Expires=1683133634&Signature=BrCWFR0r6c1xQfil0m9R1fOj~0P2GYS70BMjX5q6FrrvK50JmmdGdMbHxMJHgJmg78Im8RkPROvIP3SujTV7VJSLpQrzpkeDsreaKASphQtLEci31HmToIXK6S9-cskHt~wcMxuzh6sOfNvy2XVGLvA28Q8OGvclRoTbI~cZEzapy4IzgDEQ0-KSIwuJoD-2TG9YM4qiKdn~GqfhzAW6tZVO5ZYV8zdeh8FDYuzQboAMACx90t3xYMaXqpFb7ou9M8Rti2-mDgdPDtDDz~R5WIp1Vos7XEf5~RP-25IfIMVKYgec7PwtD3nBs2NOaB-

4. Síndrome neuroléptico maligno. Síndrome neuroléptico maligno [Internet]. Org.mx. [citado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v17n3/1870-7203-amga-17-03-282>.
5. de Legaria MGF. Ansiolíticos e hipnóticos [Internet]. Manuelgurpegui.es. [citado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://manuelgurpegui.es/wp-content/uploads/2008/09/Profesor-Manuel-Gurpegui-Ansioliticos-e-hipnoticos.pdf>
6. Gutiérrez JLA. ¿Está justificado el tratamiento prolongado con benzodicepinas? [Internet]. Org.mx. 2008 [citado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n6/v31n6a1.pdf>
7. Garakani A, Murrough JW, Freire RC, Thom RP, Larkin K, Buono FD, et al. Farmacoterapia de los trastornos de ansiedad: opciones de tratamiento actuales y emergentes. Frente a la Psiquiatría [Internet]. 2020;11:595584. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2020.595584>
8. NEUROPSICOFARMACOLOGÍA. CONCEPTOS BÁSICOS [Internet]. Uba.ar. [citado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2021-08/Daray%20y%20Rebok.%20Neuropsicofarmacolog%C3%ADa.%20Conceptos%20b%C3%A1sicos.%20Ed.%20Salerno.pdf#page=221>
9. Marín MJN. Consumo abusivo de psicofármacos entre la población que acude a un servicio de urgencias. Universidad de Alcalá; 2017.
10. Vedia Urgell C, Bonet Monne S, Forcada Vega C, Parellada Esquius N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2005 [citado el 27 de junio de 2023];36(5):239–45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1282832>
11. García Díez S, De Nicolás Valdés M, Diéguez Varela C, Fernández Martínez P, Suárez Gil P, Navarro Rodríguez Y. Impacto del confinamiento por COVID-19 en la prescripción de benzodicepinas. Aten Primaria [Internet]. 2023 [citado el 27 de junio de 2023];55(3):102552. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-impacto-del-confinamiento-por-covid-19-S0212656722002724>
12. Alduhishy M. La prescripción excesiva de antidepresivos y su impacto en los ancianos en Australia. Trends Psychiatry Psychother [Internet]. 2018 [citado el 27 de junio de 2023];40(3):241–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30156645/>
13. Magnée T, de Beurs DP, Schellevis FG, Verhaak PF. Prescripciones de antidepresivos y enfermeras de salud mental: un estudio observacional en la práctica general holandesa de 2011 a 2015. Scand J Prim Health Care [Internet]. 2018 [citado el 27 de junio de 2023];36(1):47–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29338537/>
14. Gatell Carbó A, García Sangenis A, Vedia Urgell C, Bruna Pérez X, Morales Hidalgo V, Gómez Lumbreras A. Uso de psicofármacos en población pediátrica europea. Pediatría Aten Primaria [Internet]. 2020 [citado el 27 de junio de 2023];22:46–46. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322020000200046&script=sci_arttext&tlng=pt
15. Ana Margarita SF, Esperanza CA, Yinet RM. Uso de psicofármacos en adultos mayores del Policlínico Mártires del 4 de agosto/2019. En: jorcienciapdcl 2022.

16. Belarre JCA, Belarre SA, García BP, Usán PB, Labena SA, Iguaz AG. Prevalencia de consumo de psicofármacos en población anciana y efectos secundarios observados: Estudio piloto. *Nuberos científica* [Internet]. 2017 [citado el 27 de junio de 2023];3(22):22–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7491283>
17. De prescripción PF. se sitúan como [Internet]. *Proyectohombre.es*. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: <https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2022/10/TFM-NADIA-BEN-PDF.pdf>
18. García EG, Matos RC, Claudel BN, Zambrano AG, Vázquez-Santiago S, León AC, et al. Consumo de psicofármacos en Andalucía. Un análisis de la Encuesta Andaluza de Salud desde la perspectiva de género. *Rev Esp Drogodepend* [Internet]. 2020 [citado el 27 de junio de 2023];(45):52–68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7350864>
19. Jiménez LC. Medication administration errors in nursing Errores de administración de medicamentos en enfermería [Internet]. *Bvsalud.org*. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349249/articulo-7-58-65.pdf>
20. González Marrero J, Hernández Pérez M. ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO [Internet]. *Ull.es*. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15120/Errores%20de%20medicacion%20en%20el%20ambito%20hospitalario..pdf?sequence=1>
21. Martínez A. ERRORES, FACTORES INFLUYENTES Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN FRENTE A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS FIYEDEPFALAA. ELABORADO POR: [Internet]. *Edu.co*. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/923/FINAL%20Correcciones%20Mono%20grafica%20Angelica%20Martinez.%20%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Ambrosio L, Pumar-Méndez MJ. MÉTODOS 79 [Internet]. *Iscii.es*. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v36n1/revision2.pdf>
23. Dall’Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health* [Internet]. 2020 [citado el 27 de junio de 2023];18(1):41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
24. Keers RN, Plácido M, Bennett K, Clayton K, Brown P, Ashcroft DM. What causes medication administration errors in a mental health hospital? A qualitative study with nursing staff. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(10):e0206233. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0206233>
25. *Edu.pe*. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/5316/1/REP_MED.HUMA_GUADALUPE.AVALOS_ESTIGMA.INTERNALIZADO.FACTOR.ASOCIADO.NO.ADHERENCIA.TRATAMIENTO.PACIENTES.CONSULTA.PSIQUI%3%81TRICA.pdf
26. Sarahy B, Guerrero C, Guadalupe Y, Salinas M, Contreras MN, Melissa J, et al. Enfermería psiquiátrica [Internet]. *Uacj.mx*. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: <http://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/8166/2666-11333-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. León JV, Cirineu CT, Hernández NN. Uso del yo como herramienta terapéutica: una experiencia formativa de terapia ocupacional en pregrado. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet].

- 2022;30. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/7N4dMSJ353KPVfvZ9M6XWbN/?format=pdf&lang=es>
28. Kauppi K, Hätönen H, Adams CE, Välimäki M. Perceptions of treatment adherence among people with mental health problems and health care professionals. *J Adv Nurs* [Internet]. 2015 [citado el 27 de junio de 2023];71(4):777–88. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25394750/>
29. Kim MY, Oh S. Nurses' perspectives on health education and health literacy of older patients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado el 27 de junio de 2023];17(18):6455. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/18/6455>
30. Wittenberg E, Ferrell B, Kanter E, Buller H. Health literacy: Exploring nursing challenges to providing support and understanding. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2018 [citado el 27 de junio de 2023];22(1):53–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1188/18.CJON.53-61>
31. Benny J, Porter JE, Joseph B. A systematic review of preceptor's experience in supervising undergraduate nursing students: Lessons learned for mental health nursing. *Nurs Open* [Internet]. 2023 [citado el 27 de junio de 2023];10(4):2003–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.1470>
32. Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 27 de junio de 2023];18(19):10213. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10213>
33. Moreno FE. La no conciencia de enfermedad (insight) desde el trabajo social con enfermos mentales. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social* [Internet]. 2011 [citado el 27 de junio de 2023];(49):262–9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111520>
34. Vista de Alfabetización en salud mental, estigma e imaginarios sociales [Internet]. *Edu.co*. [citado el 27 de junio de 2023]. Disponible en: <https://revistas.usc.edu.co/index.php/imagonautas/article/view/20/16>
35. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2020;31(2):169–73. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300195>
36. Llopis E, Trabajo G. Antipsicóticos inyectables de liberación prolongada: Análisis de la eficacia en pacientes con enfermedades mentales [Internet]. *Ucv.es*. 2020 [citado el 28 de junio de 2023]. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1856/TFG%20ELISA%20LLOPIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Arango C, Baeza I, Bernardo M, Cañas F, de Dios C, Díaz-Marsá M, et al. Long-acting injectable antipsychotics for the treatment of schizophrenia in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)* [Internet]. 2019;12(2):92–105. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173505019300160>
38. Tordera-Tordera V. Unidad de Agudos: tratamientos antipsicóticos y de larga duración y criterios de calidad para la reducción de riesgos y mortalidad. *Revis Psicofarmacol* [Internet]. 2019;5(1). Disponible en:

https://web.archive.org/web/20200507145639id_/http://www.revisionesenpsicofarmacologia.com/files/rpf_19_5_1_025-033.pdf

39. Crucio López M, Iglesias Lamas E, Ferreiro Álvarez B, Rivera L, Novoa E, Camba M, et al. Litio. Eutimizante y potencial nefrotóxico. *Nefrología* [Internet]. 2019 [citado el 28 de junio de 2023];39(3):319–20. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-litio-eutimizante-potencial-nefrotoxico-articulo-S0211699518302157>

40. Cervera JJT, Velázquez CC, Flores CNH, Huidobro MFM, Fleta JLH. Hábitos clínicos en la monitorización de las litemias y funciones renal y tiroidea en gran canaria [Internet]. *Psiquiatría.com*. [citado el 28 de junio de 2023]. Disponible en: https://psiquiatria.com/trabajos/usr_5569978389581.pdf

41. Sanz-Fuentenebro FJ, Uriarte JJU, Bonet Dalmau P, Molina Rodríguez V, Bernardo Arroyo M. Patrón de uso de clozapina en España. Variabilidad e infraprescripción. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)* [Internet]. 2019;12(3):151–62. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989118300156>

42. Riojasalud.es. [citado el 28 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/servicios/farmacia/profesionales/boletinfarmacovigilancia%2022-2.pdf>

43. Ortiz LA. Documento De La Sociedad Española De Psicogeriatría Sobre El Uso De Antipsicóticos En Personas De Edad Avanzada [Internet]. *Viguera.com*. [citado el 28 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.viguera.com/sep/sep/pdf/revista/07S01/PSICOGERIATRIA_07_S01.pdf