

Principios generales con el uso de Psicofarmacos

Dr. Carlos E. Zoch.*

Cuando el médico se dispone a recetar un psicofármaco a un paciente que presenta un componente emotivo importante en su cuadro clínico, con alguna frecuencia le surgen algunas dudas en cuanto a la elección del medicamento y la dosis a la cual prescribirlo.

En el presente trabajo, trataré de hacer algunos lineamientos generales para que puedan servir de orientación a aquellos colegas que deseen aclararse por sí mismos esas dudas.

Definición de psicofármaco:

Los psicofármacos, sustancias psicotrópicas o psicoactivas son medicamentos que actúan primariamente a nivel del sistema nervioso central induciendo cambios en los procesos de pensamiento, percepción, afecto, estado de vigilia y comportamiento tanto

normales como patológicos. Por lo tanto, en el momento actual, esas sustancias no son específicas para las alteraciones psicopatológicas y necesariamente van a verse afectadas funciones normales del aparato psíquico, hecho que amerita hacer un balance entre lo malo que se desea modificar y lo bueno que simultáneamente se alterará.

Existen otras sustancias que sin ser primariamente psicofármacos pueden modificar en forma secundaria el funcionamiento psíquico, tal es el caso de la digital, algunos antibióticos, hormonas etc. pero no se tomarán en cuenta para efecto de esta publicación.

Lo primero que hay que hacer:

Antes de pensar en recetar un psicofármaco debemos tener un diagnóstico presuntivo. Para lograr establecerlo se debe hacer una buena historia clínica incluyendo aspectos psicológicos tanto en los familiares del paciente como en el desarrollo de la personalidad del mismo. La historia clínica debe ser complementada con un examen físico completo y un buen examen neurológico. Todo esto lleva la finalidad de detectar padecimientos orgánicos que se nos presentan con un disfraz de enfermedad mental, siendo las manifestaciones psíquicas secundarias. Si estos padecimientos son tratados con psicofármacos, los resultados serán pobres y estaremos perdiendo el tiempo para instaurar una terapéutica específica que será la única que vendrá a resolverle las molestias al paciente.

* Becado por la OMS en psicofarmacología en McGill University, Montreal, Canadá.

Asistente especialista y Director del Servicio de Investigaciones Clínicas del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Instructor licenciado de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica.

Desde luego, el diagnóstico presuntivo debe corroborarse o descartarse con exámenes de laboratorio y gabinete.

Diagnóstico presuntivo en psicofarmacología:

El diagnóstico presuntivo tiene gran importancia para recetar el medicamento más adecuado.

Si el paciente tiene un diagnóstico presuntivo que implica cambios en el afecto, entonces tenemos que buscar medicamentos que vayan a tener una acción más específica sobre el afecto por ejemplo, los antidepresivos o el carbonato de litio. Si por el contrario, predominan los elementos ansiosos, lo más recomendable sería usar ansiolíticos. Si el diagnóstico presuntivo implica que hay elementos psicóticos, lo más adecuado es el uso de antipsicóticos. Si implica que existe un trastorno disrítmico del cerebro, el uso de anticonvulsivantes va a ser lo primero a que se debe recurrir antes de usar otros psicofármacos.

Tratamiento sintomático únicamente:

Las sustancias psicotrópicas únicamente brindan alivio sintomático, al igual que los antigripales, es decir, que no "curan" en el sentido médico de la palabra ya que cuando los niveles sanguíneos caen por debajo de cifras efectivas, las molestias nuevamente reaparecen. Esto es importante ya que debemos tener siempre presentes otras formas de tratamiento concomitante como psicoterapia individual, de grupo o de familia, modificaciones ambientales, tratamiento social, técnicas de modificación del comportamiento; otros tratamientos biológicos como electroshock, consejo religioso o legal, etc.

En otras palabras, el psicofármaco no va a modificar el proceso básico del trastorno mental y es por eso, que algunos pacientes que tienen enfermedades de larga evolución, se descompensarán nuevamente cuando

suspenden el tratamiento en forma voluntaria. Por eso es que no se debe dejar recaer sobre estos medicamentos, el peso completo de la mejoría del paciente. Debemos pensar en última instancia, que una persona más tranquila o menos deprimida, podrá afrontar mejor los problemas existenciales y esto le permitirá sentirse mejor.

No poseen efecto mágicos:

Los efectos de un medicamento están en relación directa con los mecanismos de acción y la dosis a la cual se den, pero debemos cuidarnos de no sustituir con un psicofármaco otras necesidades básicas del organismo. Por ejemplo, una paciente desnutrida que se deprime, lo más lógico es enfocar primero su problema nutricional y luego se verá si amerita o no un antidepresivo. Un niño que tiene un retardo mental nunca mejorará su coeficiente de inteligencia con estas sustancias. Tampoco mejorará el cansancio de un hombre sobretrabajado, ya que lo más importante es que disminuya su intensidad de trabajo.

Una higiene mental adecuada siempre será mejor que una "pastillita para nervios" en los pacientes que no tienen una enfermedad mental seria.

Tratamiento individual:

Todas las personas sufran de enfermedad o sean sanos, responden en forma diferente a los psicofármacos al igual que otros fármacos en general.

Aquí se cumple nuevamente aquel principio de la medicina que dice que debemos de tratar a personas que tienen una enfermedad, o sea, que no vamos a tratar a un deprimido, sino a la señora tal, que tiene una depresión.

En esta respuesta individual intervienen factores genéticos que han sido determinados por nuestros antecesores, que determinarán el grado en que metabolizan los medicamentos y el tipo de respuesta a los mismos. El estudio de estos factores está adquiriendo mucho auge en la actualidad en lo que se ha llamado la farmacogenética.

Por otra parte existen factores constitucionales adquiridos como la estatura, el peso, la cantidad de tejido grasoso, etc. que hacen que los efectos sean diferentes.

Además, en el caso de los psicofármacos, ciertos hábitos de un sujeto van a modificar la respuesta. Por ejemplo, un individuo que consume bebidas alcohólicas con regularidad se va a ser más resistente a los efectos de los medicamentos sedantes ya que se desarrolla tolerancia cruzada. Una dieta mal balanceada puede predisponer a que se presenten reacciones adversas más severas como estreñimiento crónico.

No debemos perder de vista otros tratamientos que el paciente recibe concomitantemente para enfermedades somáticas, ya que se pueden presentar interacciones que pueden dar resultados impredecibles.

Estados fisiológicos especiales como el embarazo y la convalecencia, hacen que se modifique también la respuesta y que se tengan que observar medidas especiales.

La edad también es un factor importante ya que los niños toleran en general menos psicofármacos y deben recibirlos durante un tiempo generalmente menor que en el caso de adultos. Los pacientes seniles, por presentar con frecuencia alteraciones metabólicas en el cerebro tienden a dar más reacciones adversas y manejan mejor dosis pequeñas.

La intensidad del trastorno emocional también va a contribuir a variar la respuesta. Cuando un sujeto está sumamente ansioso va a necesitar dosis tres o cuatro veces mayores de tranquilizantes que cuando está calmado, por lo tanto debemos tener presente que existen tratamientos de inicio y tratamientos de mantenimiento con dosis mucho menores en el segundo caso. Si dejamos al sujeto con dosis iniciales lo más seguro es que se irá sobredosificando progresivamente conforme se vaya tranquilizando.

No usar polifarmacia:

Por polifarmacia se entiende el uso simultáneo de varios fármacos y en el caso

específico de psicofarmacología, consiste en la mezcla de ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos o antidepresivos como tratamiento diario a un paciente con trastornos psíquicos.

Esta forma de tratamiento ha sido muy utilizada en épocas anteriores y aún en la actualidad. Los psiquiatras no nos hemos excluido tanto en nuestro país como en todo el mundo.

Esta tendencia se originó en la creencia de que dos sustancias con buen efecto terapéutico eran más eficaces que una sola y si en lugar de dos, se utilizaban cuatro, el efecto era mucho mayor. Lo incorrecto de esta creencia se basa en que: a) no se toman en cuenta que existen asociaciones antagónicas, sinérgicas, tóxicas que pueden ser evitables ya que sus efectos son difíciles de cuantificar y b) la potencialización de reacciones adversas que sube en forma geométrica ya que además de la posibilidad de una reacción propia de un medicamento, se le suma la interacción con otra sustancia pudiendo aparecer efectos secundarios mucho más intensos y con mayor frecuencia.

Además, si un paciente que está en polifarmacia, desarrolla una reacción adversa, nunca se sabrá con exactitud cuál fue el o los productos responsables, teniendo que suspender a veces toda la medicación con el consiguiente riesgo de una exacerbación de los síntomas.

Amerita reflexionar lo que puede pensar o sentir una persona cuando tiene que ingerir gran cantidad de pastillas de diferentes tamaños y colores. Podría pensar que está muy enfermo o que se puede intoxicar o que tal vez, su médico no está seguro de lo que le sucede y entonces le mandó un "tiro de escopeta": para tratar varias enfermedades simultáneamente. Estas dudas en el paciente, conducen a que modifique por sí mismo la dosis o suspenda todo el tratamiento habiendo fracasado el médico, sin percatarse, en su función de aliviar a los dolientes.

Siempre tomar en cuenta factores placebo:

Por factores placebo, se entienden circunstancias favorables o desfavorables que

rodean a la situación terapéutica y que van a afectar la respuesta al psicofármaco, sin tomar en cuenta el tipo o la dosis del mismo.

Estos efectos pueden ser responsables hasta del 40% de la mejoría de sujetos neuróticos y del 20% de psicóticos.

De estas circunstancias la más importante es la relación médico-paciente. Si el paciente percibe a su médico comprensivo, con actitud de escucha atenta; si siente que le ha entendido su enfermedad, entonces la respuesta al medicamento, sea cual sea la sustancia activa, será buena. Si por el contrario, si siente que el médico no lo ha entendido ni escuchado, la misma medicación no va a producir mejoría alguna o inclusive puede empeorar su cuadro.

Otras circunstancias es un consultorio apropiado, sin mucho ruido; la técnica con que se entreviste al paciente; la sensación de confidencialidad para los conflictos psíquicos; el aspecto físico de la medicación; el envase en el cual se le entregue y hasta la seguridad del médico mismo, en el manejo de los psicotrópicos que está recetando.

Debido a esto, es que se han tomado varias medidas en investigación clínica, para filtrar, hasta donde sea posible, el efecto placebo y dejar únicamente la respuesta pura al medicamento.

El médico que maneje bien estos factores, estará sumando a los efectos terapéuticos del medicamento, aspectos que favorecerán una buena respuesta clínica, que es en primera instancia lo que se desea.

Usar la menor dosis efectiva:

Debido a la gran cantidad de reacciones adversas que pueden dar los psicofármacos y a que la mayoría de estas están en relación directa con la dosis a la que se administran, lo más aconsejable es usar las menores dosis a las cuales el paciente se siente libre de síntomas.

Para lograr esto es conveniente iniciar los tratamientos con dosis bajas e ir las

incrementando progresivamente, hasta lograr la mejoría deseada. Si se comienza por dar dosis altas desde el principio, no se sabrá si el paciente podrá sentirse igual de bien con una dosis menor, consumiendo mayor cantidad de medicamento lo que va a repercutir en un mayor gasto económico o de tiempo institucional al tener que administrar más pastillas o más veces al día una misma medicina.

Este procedimiento de empezar con dosis bajas no se debe seguir cuando el paciente se considere una emergencia y haya que usar un tratamiento inicial más energético.

- 1.- "Advances in The Drug Therapy of Mental Illness", Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1976; páginas 11, 33, 61, 103 y 112.
- 2.- Ban, T.: "Psychopharmacology"; The Williams and Wilkins Company, Maryland, Estados Unidos, 1969, capítulo tercero.
- 3.- Clark, W.G. y del Giudice, J.: "Principios de Psicofarmacología", La Prensa Médica Mexicana, México, 1970, capítulos 25, 26, 27 y 28.
- 4.- Fischer, E. y Ciafardo, R.: "Farmacoterapia de las Enfermedades Nerviosas y Mentales"; Editorial Beta; Buenos Aires, Argentina, 1971, páginas 5 a 14.
- 5.- Fischer, E. et al: "Psicofarmacología", López Libretos Editores; Buenos Aires, Argentina; 1964, páginas 1 a 8.
- 6.- Llaveró, F. y Conde, V.: "Tratamientos Médicopsiquiátricos", Editorial Liade; Madrid, España, 1970, páginas 27 a 69.
- 7.- Masserman, J.: "Current Psychiatric Therapies" volumen 12, Grune and Stratton; Nueva York, Estados Unidos, 1972; páginas 89 a 97.
- 8.- Poldinger, W.: "Compendio de Psicofarmacoterapia", Servicio Científico Roche; Montevideo, Uruguay, 1968; páginas 27 a 31.
- 9.- Veitzman, V.: "Psicofarmacología Clínica Aplicada", López Libretos Editores; Buenos Aires, Argentina; 1970, capítulo primero.