

+
-ES ES
TIG TI
MA MA

GUÍA

**Prevención
y actuación
farmacéutica
en salud mental
desde la farmacia
comunitaria**



Con la colaboración de:

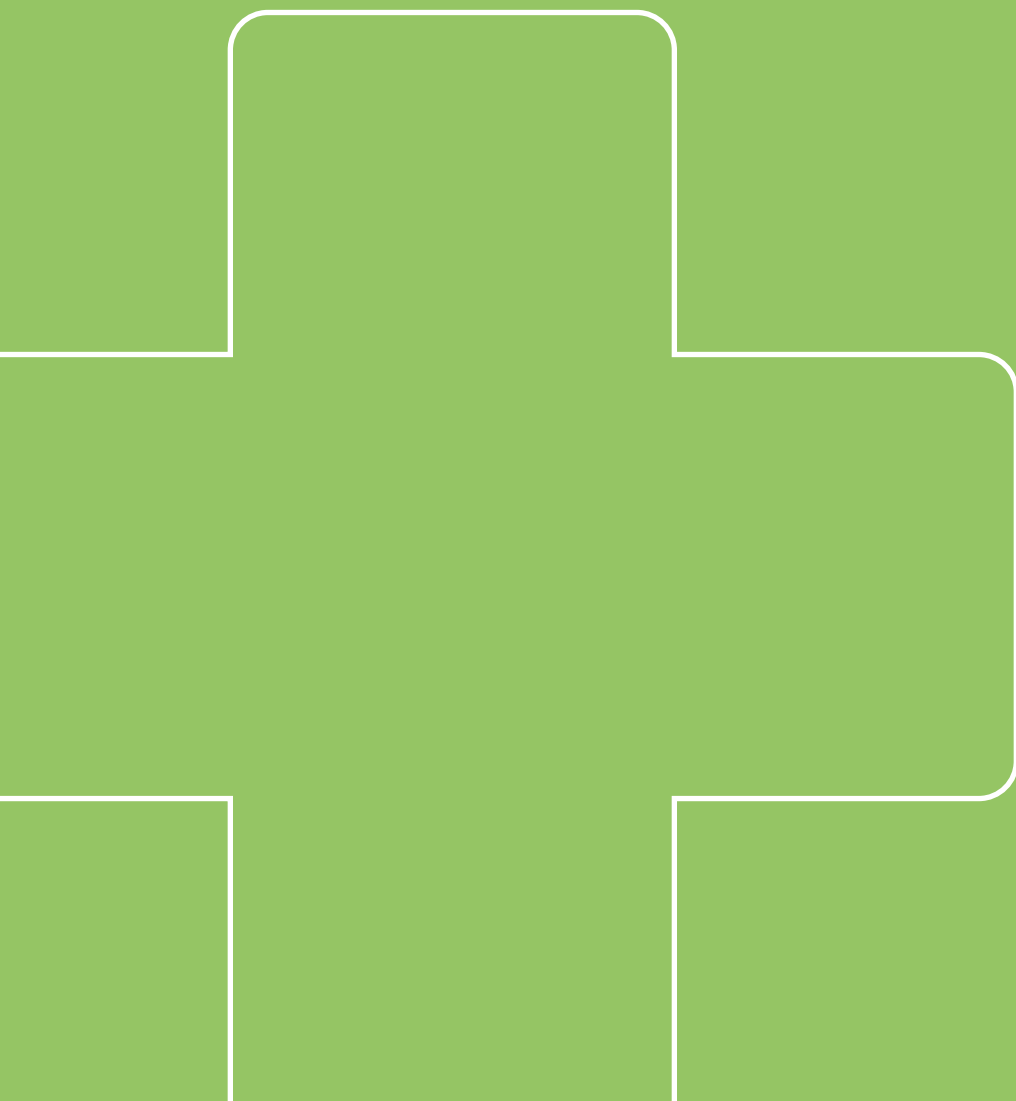
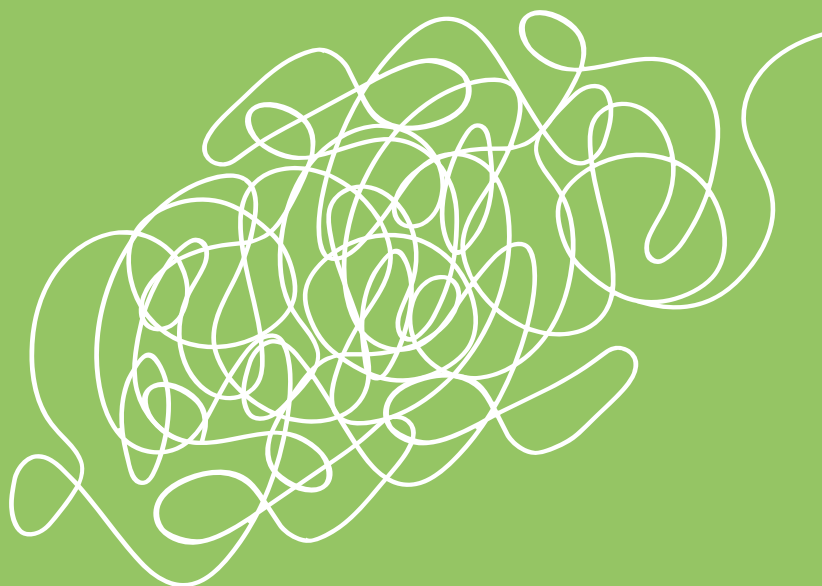


**Boehringer
Ingelheim**



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España



ÍNDICE

Introducción.....	4
Trastorno de Ansiedad	7
Signos y síntomas	7
Detección precoz desde la Farmacia Comunitaria	7
Abordaje de la patología desde la Farmacia Comunitaria	8
Comunicación farmacéutico-paciente	9
Depresión.....	10
Signos y síntomas	10
Detección precoz desde la Farmacia Comunitaria	10
Abordaje de la depresión desde la Farmacia Comunitaria.....	11
Comunicación farmacéutico-paciente	12
TRASTORNO MENTAL GRAVE: trastorno bipolar, esquizofrenia	13
Trastorno bipolar.....	13
Tipos de trastornos de bipolaridad	14
Signos y síntomas	15
Detección precoz desde la Farmacia Comunitaria	16
Abordaje desde la Farmacia Comunitaria	16
Comunicación farmacéutico-paciente	17
Esquizofrenia.....	19
Tipos de trastornos de la esquizofrenia.....	20
Signos y síntomas	20
Detección precoz desde la Farmacia Comunitaria.....	21
Abordaje de la esquizofrenia desde la Farmacia Comunitaria	22
Comunicación farmacéutico-paciente	23
Deterioro Cognitivo Leve.....	24
Signos y síntomas	24
Detección precoz desde la Farmacia Comunitaria.....	25
Abordaje desde la Farmacia Comunitaria	26
Comunicación farmacéutico-paciente	27
Bibliografía	28

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la **salud mental** es “el estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente e integrarse en el entorno”. La salud mental, por tanto, es más que la ausencia de trastornos mentales, ya que comprende varias dimensiones de la persona y de su entorno.

Es el bienestar emocional, psicológico y social

Hoy en día, todavía, no se han podido definir con exactitud cuáles son las causas por las que aparecen determinadas enfermedades mentales, ya que existen muchos factores que pueden afectar y desencadenar el desarrollo. La alteración de la salud mental es un **proceso individual**, cada persona lo puede experimentar de una forma diferente y en un grado distinto, convirtiéndolo en uno de los motivos por los cuales su abordaje multidisciplinar debe ser personalizado a cada paciente que padezca un problema de salud mental.

Sin embargo, sí se han podido observar ciertas características que afectan la salud mental de las personas y provocan una mayor vulnerabilidad y predisposición a padecer una enfermedad de salud mental.

Existen cuatro **determinantes principales** definidos por la OMS:

- **Biológicos:** como los factores genéticos
- **Individuales:** experiencias personales, creencias, etc
- **Familiares/sociales:** comprende el apoyo externo que recibe el paciente durante su vida
- **Económicos/medioambientales:** constituyen las condiciones de vida y el impacto generado en ella

Cabe destacar que las personas que se encuentran en **situaciones desfavorables** como pobreza, violencia, discapacidad y desigualdad tienen un riesgo más elevado de desarrollar una enfermedad mental.

Sin embargo, la exposición a estos factores de riesgo no implica que la persona se vea afectada y desarrolle un problema de salud mental o viceversa, la no exposición no exime de presentar en cualquier momento de la vida un problema de salud mental.



Existen muchos tipos de trastornos mentales, cada uno de ellos con sus signos y síntomas característicos y diferentes; pero todos poseen un factor común, el paciente presenta una distorsión en su forma natural de pensar, sentir, comportarse o interactuar con el resto.

En el espectro de problemas que afectan a la salud mental encontramos: trastornos mentales asociados a una angustia considerable, riesgo de conducta autolesiva o suicida, depresión, ideación delirante, alteraciones del ánimo, anorexia nerviosa o trastornos de la personalidad. En esta guía trataremos la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la ansiedad, la depresión y el deterioro cognitivo leve.

Según el informe anual del Sistema Nacional de Salud en el año 2023, el 34 % de la población padece algún problema de salud mental siendo los trastornos más prevalentes:

1. **Ansiedad** (10.65%) afectando el doble a mujeres (14%) que a hombres (7%)
2. **Insomnio** (8.16%)
3. **Depresión** (4.78%)

Además, la prevalencia va aumentando proporcionalmente según avanza la edad del paciente:

- 0-4 años: 9.48%
- 10-20 años: 15%
- 30-45 años: 30%
- <50 años: 40%
- <85 años: 50%



En cuanto a la diferencia en el género del paciente, la prevalencia de la depresión y la ansiedad es mayor en mujeres que en hombres en casi todas las edades. En los hombres son más prevalentes los trastornos psicóticos como la esquizofrenia y los trastornos por adicción.

Además España, a nivel europeo, se encuentra entre los países con un mayor consumo de ansiolíticos y antidepresivos, probablemente por la elevada demanda en atención primaria que aumenta las listas de espera para la atención especializada. Uno de los retos consiste en aumentar el número de psiquiatras y psicólogos para mejorar la atención. De esta manera se conseguirá una reducción del consumo de ansiolíticos y antidepresivos. El estudio nacional realizado a finales del año 2023 y principios del 2024, en el que se realizó una encuesta recopilando datos de consumo de ansiolíticos y antidepresivos reveló los siguientes resultados:

- El **9.3% de los españoles consumen ansiolíticos**, un 11.5% más que hace 10 años
- El **9.7% de los españoles consumen antidepresivos**, un 45.34% más que hace 10 años

Por estos motivos, la **Farmacia Comunitaria** es cada vez más visible a la hora formar parte del autocuidado y prevención de la salud mental y en la prestación de **Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA)** para enfermedades relacionadas con la salud mental. El farmacéutico comunitario es clave para reconocer signos de alarma que hagan sospechar de un trastorno de salud mental y así poder derivar al médico o especialista para fomentar un diagnóstico precoz. Además, el farmacéutico, tiene un papel importante en el seguimiento de la adherencia al tratamiento y junto con el resto de los profesionales sanitarios, debe seguir **luchando contra el estigma** que existe aún ante los trastornos de salud mental. Fundamentalmente los jóvenes perciben debilidad personal, falta de autoestima, fragilidad, culpabilidad, etc.

La labor asistencial parte de conocer en profundidad los determinantes que pueden afectar a la salud mental, las patologías, la posible evolución de los pacientes con sus correspondientes tratamientos y los efectos adversos que pueden ocasionar y, sobre todo, las recomendaciones sanitarias y medidas higiénico-dietéticas que los farmacéuticos comunitarios pueden transmitir a los pacientes, familiares y/o cuidadores.



Trastorno de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

Existen diferentes tipos de trastorno de ansiedad, entre ellos: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad social... cada uno con sus características. A continuación, se tratará especialmente el trastorno de ansiedad generalizada.



Signos y síntomas

Se puede expresar de muchas maneras y en cada persona puede ser una experiencia particular. Generalmente puede incluir los siguientes signos y síntomas:

- **Físicos:** tensión muscular, sudoración, palpitaciones, temblor y náuseas
- **Cognitivos:** preocupación persistente, dificultad de concentración y pánico
- **Emocionales:** irritabilidad, desapego, debilidad y cansancio
- **Comportamiento:** dificultad para la concentración o toma de decisiones, necesidad de evitar el foco del estrés

Detección precoz desde la Farmacia Comunitaria

Es esencial detectar a tiempo los **signos y síntomas de alarma** para poder realizar una derivación al profesional sanitario correspondiente y favorecer el diagnóstico temprano:

- Ansiedad que afecta significativamente las actividades cotidianas
- Ataques de pánico frecuentes o intensos
- Cambios en el comportamiento, como el aislamiento social o incapacidad laboral
- Síntomas físicos tales como palpitaciones o dolor en el pecho
- Si fracasa el tratamiento inicial pautado o si el paciente experimenta resistencia al tratamiento

En este caso, el farmacéutico deberá recomendar la derivación al médico de atención primaria para su posterior valoración por el especialista, en caso de ser necesario.

Abordaje de la patología desde la Farmacia Comunitaria

El manejo del trastorno de ansiedad puede incluir diversas vías de tratamiento, tales como:

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- **Intervención psicológica:** en ocasiones el contexto del paciente requiere de la implicación de un profesional de la salud mental con el que pueda obtener herramientas de gestión acerca de todo aquello que le genere el trastorno de ansiedad. Desde la Farmacia Comunitaria se debe informar y derivar a los pacientes susceptibles y complementar con medidas higiénico-dietéticas.
- **Medidas higiénico-sanitarias:** desde realizar técnicas de relajación, llevar un estilo de vida saludable que incluya ejercicio regular y buena higiene del sueño, hasta mantener una alimentación equilibrada.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento de elección son los medicamentos con **actividad farmacológica ansiolítica:**

- **Benzodiazepinas:** clobazam, clorazepam, clordiazepóxido, ketazolam, lorazepam, pinazepam y triazolam
- **Antidepresivos:** inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina
- **Otros:** hidroxizina, clorobutanol

En **pacientes ya diagnosticados** de ansiedad es especialmente necesario derivar al médico en las siguientes situaciones:

- No mejora tras la instauración del tratamiento farmacológico
- Presencia de síntomas depresivos y/o autolíticos
- Incapacidad para realizar actividades cotidianas
- Sospecha de tolerancia/dependencia a benzodiazepinas
- Pérdida y/o aumento de peso considerable
- Insomnio persistente

Comunicación farmacéutico-paciente

La Farmacia Comunitaria desempeña un papel crucial a la hora de comunicarse con el paciente y establecer las bases sobre cómo realizar el manejo del trastorno de ansiedad. Algunas recomendaciones de cara a mejorar esta comunicación son las siguientes:

- **Educación:** informar sobre efectos secundarios, interacciones medicamentosas y la importancia de la adherencia al tratamiento, de una forma clara y concisa; y resumiendo la información más relevante (utilización no más de 4 semanas, no dejar de utilizar ante la primera ausencia de síntomas o la posibilidad de experimentar síntomas de abstinencia si se interrumpe rápidamente el tratamiento).
- **Apoyo emocional:** proveer de un espacio seguro para que los pacientes expresen sus preocupaciones y dudas y facilitar la conexión con profesionales de salud mental si es necesario.
- **Eliminar prejuicios y estigmas sobre la ansiedad:** es importante destacar en el paciente que no se trata de un problema de salud nimio, es decir, que se trata de una patología que debe ser interpretada como tal, tomando conciencia tanto el propio paciente como su entorno.



Depresión

La OMS define la depresión como “un trastorno mental común, caracterizado por un estado de ánimo deprimido, acompañado de pérdida de placer o interés por realizar actividades durante largos periodos de tiempo”.

Afecta de manera negativa a la forma en que el paciente siente, piensa y maneja las actividades cotidianas, pudiendo afectar a todos los ámbitos de la vida: social, laboral y personal.



Signos y síntomas

Pudiendo variar de una persona a otra, comúnmente los pacientes con depresión presentan:

- › Estado de ánimo bajo/decaído, tristeza, angustia
- › Pérdida de interés por todo tipo de actividades, incluyendo las actividades cotidianas
- › Pérdida del apetito y cambios de peso
- › Sentimiento de culpabilidad, baja autoestima
- › Autolesiones o pensamientos acerca de la muerte o el suicidio
- › Alteraciones de sueño
- › Falta de energía y dificultad para concentrarse

Detección precoz desde la Farmacia Comunitaria

Desde la Farmacia Comunitaria hay que prestar especial atención a aquellos pacientes de riesgo como personas mayores o desfavorecidas, ya que pueden mostrar conductas como falta de adherencia al tratamiento o rechazar el autocuidado, motivadas por la propia anhedonia que les provoca la enfermedad.

En este caso los signos y los síntomas que identifican la necesidad de intervención médica son:

- › Cambios en el comportamiento o estados de ánimo
- › Aislamiento social
- › Irritabilidad
- › Sensación de encontrarse estancado, atrapado, angustiado o incluso deprimido
- › Manifestaciones de dolencias físicas o malestar sin motivos aparentes

Abordaje de la depresión desde la Farmacia Comunitaria

El tratamiento de la depresión se compone de tratamiento no farmacológico, con la indicación de medidas higiénico-dietéticas, y tratamiento farmacológico especialmente de antidepresivos como:

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:** citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina
- **Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina:** desvenlafaxina, venlafaxina y duloxetina
- **Agonista melatoninérgico y antagonista serotoninérgico 5-HT₂:** agomelatina
- **Antidepresivos clásicos:**
 - **Tricíclicos (Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas):** amitriptilina, clomipramina, doxepina, imipramina, maprotilina, melitraceno, nortriptilina y trimipramina
 - **IMAO:** moclobemida
- **Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina:** bupropión
- **Inhibidor de la recaptación de noradrenalina:** reboxetina
- **Antagonista del receptor NMDA:** esketamina
- **Antagonista adrenérgico α -2 presináptico:** mianserina
- **Antagonista adrenérgico α -2 presináptico y serotoninérgico:** mirtazapina
- **Antipsicóticos con actividad antidepresiva:** levomepromazina, carbonato de litio, quetiapina y sulpirida
- **Inhibidor de la liberación de ácido glutámico:** tianeptina
- **Antagonista serotoninérgico 5-HT₂:** trazodona
- **Antagonista serotoninérgico 5-HT_{1A}:** vortioxetina
- **Otros:** carbamazepina

Una vez que el paciente ha comenzado el tratamiento, también se debe **derivar al médico** en las siguientes situaciones:

- Riesgo de interacción o interacción entre medicamentos, plantas o complementos alimenticios/ alimentos que no puedan ser subsanados desde la farmacia
- Agravamiento de los síntomas
- Inicio de enfermedades médicas que puedan presentar comorbilidad
- Fracaso terapéutico, el paciente no nota mejoría significativa una vez transcurridas las primeras semanas de tratamiento, deja de hacerle efecto un medicamento que antes controlaba su depresión o deja de tomar la medicación prescrita
- Aparición de insomnio o ansiedad asociado



Comunicación farmacéutico-paciente

Es importante que desde la Farmacia Comunitaria se fomente un canal de comunicación abierto y seguro con el paciente. Para ello puede ser útil:

- **Educación:** informar sobre la patología (recurrencias a lo largo de la vida, combinación con estados de ansiedad o ideas de suicidio), efectos secundarios leves y transitorios sin crear adicción ni dependencia, interacciones y la importancia de la adherencia al tratamiento, de una forma clara y concisa; y resumiendo la información más relevante (mejoría progresiva a lo largo de semanas o meses, tiempo de latencia de 2-4 semanas, retirada progresiva).

Se considera que después de un primer tratamiento con un fármaco antidepresivo, entre un 60 y un 70% de los pacientes presenta respuesta al tratamiento, tras unas 6 a 8 semanas sin embargo solo el 30-40% consiguen la remisión de la enfermedad. De ahí que haya que informar sobre la necesidad de prolongar el tratamiento antidepresivo, optimizar el tratamiento actual o utilizar nuevos tratamientos, ya que ha demostrado que hasta un 70% de los pacientes alcanzará finalmente la remisión

- **Apoyo emocional:** proveer de un espacio seguro para que los pacientes expresen sus preocupaciones y dudas y facilitar la conexión con profesionales de salud mental si es necesario
- **Eliminar prejuicios y estigmas sobre la depresión:** no es una debilidad de la persona ni una exageración de atención. Si se intuyen ideas suicidas es importante hablar de ellas ya que están dentro del estigma de esta patología
- **Mostrar acompañamiento:** el sentimiento de soledad en el paciente con depresión es muy frecuente, por lo que es necesario ofrecer toda la ayuda posible desde la farmacia eliminando el sentimiento soledad en cuanto a lo que su patología refiere
- **Evitar recaídas:** es una patología con una acentuada tendencia a las recaídas y cada nuevo episodio aumenta el riesgo de que ocurran nuevos y que estos sean más frecuentes. Para prevenirlas se debe continuar el tratamiento durante periodos de tiempo largos, aun cuando el paciente ya no tiene síntomas, por ello será esencial informar de esta situación desde el principio como un elemento clave del proceso

TRASTORNO MENTAL GRAVE: trastorno bipolar, esquizofrenia

El trastorno mental grave (TMG), es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos que causa malestar o deficiencia funcional al encontrarse alterados el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida en la persona que la padece. El TMG puede provocar si no se trata: aislamiento social, inactividad, abulia, desorden del ritmo de vida y, en algunos casos, puede aparecer ideación suicida. Además, afecta a los procesos psicológicos básicos (emoción, motivación, cognición, conciencia, conducta, percepción, sensación...). La atención a la persona con TMG, debe ser multidisciplinar debiendo actuar tanto factores psiquiátricos como psicológicos y sociales de forma coordinada, siendo el tratamiento psiquiátrico (medicación) la base que proporciona estabilidad al paciente que le permite trabajar otros aspectos necesarios en su proceso rehabilitador.



En la actualidad, la familia juega un papel importante en el proceso de recuperación del paciente con enfermedad mental ya que tras un periodo de hospitalización motivado por una crisis el paciente pasa a vivir en el entorno familiar y será la familia quien se ocupe del seguimiento, al principio más estrecho y cada vez más laxo hasta que se incremente su autonomía personal.

Trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una alteración del estado anímico del paciente, constituyendo una enfermedad crónica y recurrente que se caracteriza fundamentalmente por episodios alternantes de síntomas depresivos (episodios depresivos) y periodos de exaltación tanto del humor como de la vitalidad (episodios maníacos o hipomaníacos).

Esta enfermedad debuta comúnmente a partir de la adolescencia con episodios maníacos aislados y un inicio en la edad adulta; mientras que los episodios depresivos son más predominantes en edades más avanzadas.

El trastorno bipolar afecta a casi un 4% de la población mundial, teniendo en cuenta los desarrollos de la enfermedad de menor gravedad. En España, más de un millón de personas presentan algún tipo de trastorno bipolar.

Los trastornos mentales sufren de **estigmas** por parte de la sociedad. En el caso del trastorno bipolar, el concepto de “bipolaridad” es usado indistintamente en diversos contextos, siendo terminología que no debe ser relacionada con el trastorno bipolar. El empleo de términos y prejuicios erróneos complementan el estigma social y, por ello se debe saber las diferentes aclaraciones para combatirlo:

- No es un problema de la salud mental exclusivo de la personalidad/carácter del paciente. El trastorno bipolar tiene su base fisiopatológica y no se considera incontrolable o de mal pronóstico, sino que existen tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos que permiten a los pacientes poder llevar una vida normal
- El trastorno bipolar no conlleva actuaciones violentas
- El trastorno bipolar requiere de cuidados y tratamientos de forma permanente, no es una patología ocasional ni temporal

Tipos de trastornos de bipolaridad

La clasificación del trastorno de bipolaridad es dinámica y, por tanto, los tipos pueden variar en función de la evolución de los síntomas que presente durante esta patología. Existen cuatro tipos de trastornos bipolares:

- **Trastorno bipolar tipo I:** caracterizado por presentar episodios maníacos esporádicos, de hipomanía y depresivos
- **Trastorno bipolar tipo II:** caracterizado por presentar hipomanía y depresión
- **Ciclotimia:** presenta alteraciones leves del estado anímico del paciente en el que ve disminuida su calidad de vida
- **Trastorno esquizoafectivo:** se asemeja al trastorno bipolar de tipo I pero con dos apreciaciones:
 - Presenta síntomas psicóticos como delirios y/o alucinaciones
 - Los síntomas psicóticos pueden darse tanto en fase maníaca, depresiva o en fase de eutimia, es decir, en periodos asintomáticos de la enfermedad

Actualmente, se desconocen las **causas** exactas por las cuales se desarrolla el trastorno bipolar. No obstante, se sugiere que la combinación de diversos factores puede contribuir a su desarrollo como pueden ser los factores genéticos. Además es frecuente que vaya precedida por una situación vital estresante, por la toma de sustancias (cannabis, cocaína, etc.), alteraciones hormonales (en el posparto) o toma de determinados fármacos (corticoides).

Signos y síntomas

La presencia de los síntomas se diferencia entre los dos tipos de episodios por los que transita el trastorno bipolar: episodio maníaco y depresivo. La diferenciación de estos síntomas es vital para abordar cada episodio:

EPISODIO MANÍACO:

- Tener la sensación de que los pensamientos van muy rápido
- Presentar ganas excesivas por actividades placenteras como comer, beber, entre otras
- Sentirse eufórico, muy animado, poderoso; o bien todo lo contrario, alterado, muy irritable, etc.
- Considerar el descanso como menos necesario
- Conversar sobre diversos temas con mucha velocidad, como “fuga de ideas”

EPISODIO DEPRESIVO:

- Encontrar dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Perder el interés en realizar diferentes actividades
- Tener problemas para conciliar el sueño, acompañado de despertarse muy temprano o, por el contrario, dormir demasiado
- Verse incapaz de realizar tareas, por muy sencillas que sean
- Conversar muy despacio con sensación de que no tiene que aportar mucho o de que se le olvidan las cosas
- Sentirse decaído, triste o ansioso. Este sentimiento puede evolucionar a no tener esperanzas y pensar en la muerte o en el suicidio

Detección precoz desde la Farmacia Comunitaria

Existen elementos que nos deben llevar a considerar que un episodio depresivo sea derivado del trastorno bipolar, aunque el paciente haya cursado hasta el momento sólo con episodios depresivos:

- Inicio precoz de episodios depresivos (antes de los 25 años)
- Irritabilidad o labilidad afectiva
- Síntomas psicóticos congruentes o incongruentes con el estado de ánimo
- Episodios de exaltación o con remisión sintomática extremadamente rápida (menos de una semana) coincidentes con el inicio de antidepresivos
- Antecedentes familiares de trastorno bipolar

Abordaje desde la Farmacia Comunitaria

En cuanto al tratamiento, existen diferentes opciones sobre las que se deberá informar al paciente que padece esta patología:

I NO FARMACOLÓGICO

- **Medidas higiénico-dietéticas:**
 - Evitar situaciones de estrés. Tras un periodo de síntomas significativo, es importante volver a la actividad de forma gradual para que la rutina no suponga un estrés excesivo. Recuperar rápidamente el nivel de trabajo suele ser un error
 - Practicar algún tipo de deporte o ejercicio
 - Aprender herramientas para minimizar las situaciones que generen ansiedad
 - Mantener una buena higiene del sueño evitando lo que no contribuya al mismo antes de acostarse. Al inicio de los síntomas de excitación se recomienda dormir mucho, al menos 10 horas y en los de depresión, como máximo 8 horas
 - Procurar alimentarse de una forma variada y saludable
 - Evitar el consumo de alcohol, ya que puede exacerbar los comportamientos asociados a la propia psicosis
 - Evitar el consumo de bebidas excitantes, como café o té, los complejos vitamínicos y las drogas
- **Psicoterapia:** permite al paciente poder afrontar las dificultades de su enfermedad mediante un acompañamiento especializado



FARMACOLÓGICO

El trastorno bipolar requiere un tratamiento a largo plazo, por lo que su abordaje terapéutico irá enfocado a superar los episodios depresivos, a limitar los maníacos y a reducir la frecuencia con la que se producen las recaídas. El fármaco más conocido indicado para esta patología es el litio, que actúa realizando un doble efecto antidepresivo y antimaniaco aunque existen muchos estabilizadores de ánimo disponibles. Es un medicamento capaz de contrarrestar la sintomatología maníaca y prevenir o reducir la intensidad de los episodios de la enfermedad. Se ha evidenciado que es más eficaz en los episodios maníacos que depresivos.

Caben destacar otros principios activos indicados para el tratamiento del trastorno bipolar tanto el grupo de los antipsicóticos: ziprasidona, aripiprazol, haloperidol, asenapina, loxapina, risperidona, olanzapina y quetiapina; como el grupo de antiepilépticos tales como carbamazepina, ácido valproico y lamotrigina.

Las recomendaciones específicas sobre el tratamiento con litio son:

- Informar sobre la monitorización de los niveles de litio, hormona tiroidea (ya que se asocian alteraciones tiroideas en pacientes que padecen este trastorno) y valores de función renal
- Evitar la interrupción del tratamiento
- No realizar cambios bruscos en la hidratación ni reducir la cantidad de sal en las comidas
- Notificar al profesional sanitario en caso de:
 - Padecer vómitos, fiebre, deshidratación, diarrea intensa, entre otra sintomatología grave
 - Tomar los siguientes tratamientos: AINE, analgésicos y diuréticos
- Tener en cuenta las principales interacciones con otros medicamentos tales como anti-depresivos, antipsicóticos y antiepilépticos

Comunicación farmacéutico-paciente

La comunicación será esencial con estos pacientes de cara a favorecer un correcto tratamiento. En muchos casos estos pacientes buscan predecir cuándo le aparecerán los episodios; a veces serán con una frecuencia típicamente anual, pero puede ser más frecuente, como en la denominada ciclación rápida (4 o más episodios al año), o menos frecuente. Cada paciente es diferente, pero suelen presentar frecuencias que tienden a repetirse en cada individuo, siendo muy típico el patrón estacional de episodio maniaco en primavera y depresivo en otoño.

En estos pacientes será necesario:

- Proporcionar información clara y concisa, especialmente en pacientes recién diagnosticados y a sus familiares
- Realizar preguntas abiertas para obtener más información por parte del paciente
- Practicar la escucha activa y validar cómo se siente
- No estigmatizar y eliminar miedos y/o preocupaciones. Conseguir que acepte su situación lo antes posible
- Comunicarte con su entorno y facilitarle la adaptación a este contexto
- Evitar acciones como: forzar a que converse, banalizar su problema de salud o utilizar un lenguaje demasiado complejo
- Incidir en la toma de los medicamentos, resumiendo y garantizando que asume el correcto proceso de uso de los medicamentos. Además, algunas terapias psicosociales pueden servir de complemento a la toma de la medicación para conseguir la estabilidad afectiva deseada
- En el caso de que el paciente manifieste deseo por optar por productos naturales será importante informarle de que solo han mostrado cierta eficacia los ácidos grasos omega-3 y siempre añadidos al adecuado tratamiento farmacológico
- Eliminar el miedo a que se presente como enfermedad discapacitante. Con el adecuado tratamiento se puede seguir una vida normal de estudios, trabajo, etc. y evitar la aparición de nuevos episodios
- Fomentar que se acudan a las citas con el especialista, ya que son la base del tratamiento para aprender herramientas de manejo diario del trastorno bipolar, detección de indicadores de una posible subida o bajada, o manejo de la ansiedad, entre otras cuestiones
- Recomendar asociaciones de pacientes ya que juegan un papel muy importante a la hora de ofrecer un lugar de encuentro con otras personas que llevan tiempo conviviendo con el trastorno
- Si se detecta que una mujer en edad fértil quisiera quedarse embarazada, hay que informar de que algunos de los fármacos utilizados en el tratamiento del trastorno bipolar se asocian con un riesgo aumentado de malformaciones en el feto, por tanto, si se desea un embarazo se deberá recomendar acudir al psiquiatra para valoración

Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental que se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones y empobrecimiento de la personalidad si no se tiene el tratamiento adecuado. El objetivo del tratamiento es la plena integración sociolaboral.

Según los estudios epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud un 1% de la población mundial presenta esta patología, independientemente del nivel socioeconómico, género o raza.

Las investigaciones apuntan a que se presenta mayor predisposición de padecerla en los hombres, poblaciones de áreas urbanas y consumidores de cannabis.

En cuanto a España, se estima que entre 450.000-500.000 de pacientes sufren esquizofrenia. El inicio de esta patología suele acontecer en la adolescencia, por lo que la padece normalmente población juvenil.

Es necesario poder establecer algunas de las aclaraciones sobre los pacientes que padecen esquizofrenia para poder comprender mejor la patología y evitar la estigmatización tan prevalente en la sociedad:

- Concepto de “doble personalidad”: los pacientes con esta patología no presentan dos versiones de sí mismo, siendo la versión “mala” la que pretende controlar al paciente a su voluntad
- Pacientes violentos: se ha dado por sentado que estos pacientes son agresivos y muestran actos violentos. Sin embargo, los momentos en los que puede llegar a mostrarse más agresivos son muy escasos
- No es una enfermedad con mal pronóstico ni es incurable
- No existen agentes culpables de la aparición de esta enfermedad
- Su causa no radica en un trauma psicológico que oculta el paciente ni significa que sea producto de una baja escolarización



Tipos de trastornos de la esquizofrenia

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia comprenden los siguientes trastornos:

- **Trastorno esquizotípico de la personalidad:** consiste en un patrón generalizado que se compone de distorsiones cognitivas y excéntricas que conforman la conducta del paciente
- **Trastorno delirante:** presencia de delirios sin otra afección psicótica durante al menos un mes
- **Trastorno psicótico breve:** duración de síntomas psicóticos con una duración de entre un día a un mes
- **Trastorno esquizofreniforme:** caracterizado por presentar síntomas típicos de la esquizofrenia durante un periodo de entre uno a seis meses (pudiendo presentarlo alguno de los síntomas en la situación actual del paciente)
- **Trastorno esquizoafectivo:** predominio de alteraciones afectivas, alteraciones del estado de ánimo, entre otras
- **Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos:** aparición de síntomas psicóticos, delirios o alucinaciones, tras el consumo de estas sustancias. Normalmente remite evitando el consumo de la sustancia o medicamento por completo
- **Trastorno psicótico debido a otra afección médica:** causada por efectos fisiopatológicos de una afección médica concreta

A pesar de la existencia de fenotipos identificables con esta patología antes del comienzo de la sintomatología, las **causas** asociadas a la esquizofrenia aún no son conocidas.

Signos y síntomas

La esquizofrenia presenta una gran variedad de síntomas asociados pero ninguno se considera específico de la misma, ya que puede encontrarse en otros problemas de salud mental. Además, la aparición de estos y su gravedad dependen únicamente del paciente que la padece, siendo lo suficientemente limitantes como para condicionar sus interacciones sociales, laborales y su propio autocuidado.

Por lo general, los síntomas de la esquizofrenia se dividen en cuatro tipos principales:

- **Síntomas negativos:** relacionados con la disminución o pérdida de las capacidades emocionales y sociales basales como, por ejemplo:
 - Pobreza a la hora de hablar, siendo breves y de simple lenguaje
 - Falta de sociabilización
 - Embotamiento afectivo, es decir, la expresión reducida de las emociones que se manifiesta con rostro inexpresivo, carencia de énfasis a la hora de conversar, ausencia de risa y/o llanto, entre otras

- › Anhedonia o disminución de experimentar placer vinculadas normalmente con muestra de desinterés en las actividades a realizar
- › **Síntomas positivos:** asociados a la distorsión de la realidad, tales como:
 - › Delirios: interpretación confusa y errónea sobre las experiencias y percepciones que acontecen en la realidad. Existen diferentes tipos de delirios como persecutorio, de referencia, de inserción de pensamiento (por ejemplo, de un robo), entre otros tipos
 - › Alucinaciones: experimentación de sensaciones tangenciales por parte del paciente (ruidos, visiones, sabores, contacto físico...) que únicamente son percibidas por el paciente. Las más habituales son las alucinaciones auditivas que suelen propiciar comentarios críticos y negativos sobre el comportamiento del paciente
- › **Desorganización:**
 - › Trastornos del pensamiento: al presentar sus pensamientos desorganizados el lenguaje se vuelve incoherente e incomprensible
 - › Comportamiento extravagante: acompañado de comportamientos extremistas e infantiles, pudiendo llegar incluso a la catatonía, siendo ésta una forma radical de comportamiento extravagante (posturas rígidas, movimientos aleatorios...)
- › **Deterioro cognitivo:** los pacientes con esquizofrenia presentan muchas dificultades para recordar, planificar, resolver problemas y para concentrarse. De esta manera, esta patología condiciona la atención en la información, el desarrollo de pensamientos complejos y la toma de decisiones pudiendo generar el aislamiento del paciente.

Detección precoz desde la Farmacia Comunitaria

Desde la Farmacia Comunitaria se puede identificar a pacientes que requieran de una posible derivación al médico ante la presencia de algún signo o síntoma de alarma. En general es importante:

- › Delirios
- › Alucinaciones
- › Lenguaje desorganizado
- › Comportamiento catatónico o desorganizado
- › Presencia de síntomas negativos (falta de motivación y expresividad principalmente)
- › Si durante la adolescencia muestra algún síntoma como, por ejemplo:
 - › Bajo rendimiento escolar
 - › Problemas para dormir
 - › Sensación de irritabilidad, depresión o frialdad

- › Falta de motivación
- › Distanciamiento de familiares y amigos
- › Aislamiento en sí mismo
- › Pensamientos autolesivos
- › Si es consumidor de sustancias psicotrópicas o psicoactivas durante periodos prolongados en el transcurso de su juventud
- › Si presenta antecedentes familiares de esquizofrenia

Abordaje de la esquizofrenia desde la Farmacia Comunitaria

Desde la Farmacia Comunitaria es fundamental realizar un correcto abordaje del paciente que presenta un diagnóstico de esquizofrenia. Con respecto al tratamiento farmacológico, este se encuentra centrado en la remisión de los síntomas psicóticos en su periodo agudo y en la prevención de nuevas recaídas. Los medicamentos que se disponen actualmente son seguros y efectivos, y son:

- › **Antipsicóticos:**
 - › **Clásicos:** amisulpirida, clorpromazina, haloperidol, perfenazina, levomepromazina, loxapina, periciazina, pimozida, sulpirida, tiaprida y zuclopentixol
 - › **Atípicos:** aripiprazol, asenapina, cariprazina, clotiapina, lurasidona, paliperidona, sertindol, clozapina, risperidona, olanzapina, ziprasidona o quetiapina; siendo estos últimos los que producen menos efectos adversos
- › **Fármacos correctores de los efectos secundarios de los antipsicóticos**
- › **Antidepresivos** (mencionados anteriormente)
- › **Ansiolíticos** (mencionados anteriormente)

Los efectos adversos derivados del consumo de estos medicamentos, tales como: temblores, mareos, ausencia de menstruación, somnolencia, disfunción sexual... pueden llevar al fracaso farmacoterapéutico por abandono por lo que será vital informar de ellos desde la primera dispensación.

Será fundamental además el abordaje de la adherencia terapéutica en este tipo de pacientes. Se estima que aproximadamente un 40% de los pacientes con esquizofrenia abandonan el tratamiento durante el primer año y el 75% durante el segundo. Las intervenciones irán dirigidas a proporcionar información concreta para que tomen conciencia de su enfermedad, reducir miedos y/o preocupaciones que manifiestan tras presentar efectos adversos y enfocarles en las necesidades reales del tratamiento que, en muchas ocasiones, el propio estado psicótico les impide comprender.



En cuanto al tratamiento no farmacológico, será de psicoeducación, terapias cognitivo-conductuales, rehabilitación cognitiva, etc. Además, el farmacéutico puede contribuir mediante las siguientes recomendaciones:

- Establecer alianza terapéutica: el farmacéutico es el profesional sanitario más accesible al paciente y, en muchas ocasiones, aquel en quien más confían.
- Informar al paciente recién diagnosticado y a su/s cuidador/es principalmente acerca de las características de la enfermedad, el nuevo contexto de vida al que se enfrentan, entre otras; en aras de aumentar la adaptabilidad del paciente y su entorno
- Evitar el consumo de sustancias psicoactivas debido al desarrollo de comorbilidades que pueden complicar su patología con un progresivo aumento del deterioro cognitivo
- Evitar el consumo de alcohol, ya que puede exacerbar los comportamientos agresivos asociados a la propia psicosis
- Recomendar hábitos alimenticios saludables
- Resumir por escrito y verbalmente las tomas de la medicación y la educación sanitaria proporcionada al paciente
- Realizar controles habituales de la glucemia, colesterolemia y triglicéridos en caso de que el paciente tenga algún medicamento que pueda generar alteraciones metabólicas como la olanzapina o la clozapina

Comunicación farmacéutico-paciente

La dificultad para comprender las perspectivas del paciente afectado por la esquizofrenia constituye una de las barreras a la hora de establecer una comunicación efectiva con dichos pacientes. De esta forma, existen recomendaciones para consolidar la comunicación en pacientes con esquizofrenia:

- Mantener la calma y permitir que el paciente acabe de todo lo que quiere comunicar; evaluar e intervenir sobre las deficiencias lingüísticas y comunicativas de las personas que sufren dicha enfermedad si fuera el caso. Derivar al logopeda en caso necesario
- Practicar la escucha activa, prestando atención al lenguaje corporal para poder entender en su conjunto sus necesidades
- Evitar acusarles, forzarles a la hora de comunicarse, invalidarles sus experiencias o ponerles en evidencia delante de terceras personas
- Repetir y resumir con frecuencia la información que se proporcione
- Expresar la información de forma clara y concisa, utilizar sistemas visuales será de gran ayuda con estos pacientes
- Realizar un trato afectivo y cálido para mostrar confianza
- Mantener una comunicación no verbal adecuada mirándole a los ojos de forma amigable y encontrarse dispuesto para ayudarle

Deterioro Cognitivo Leve

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) se define como “la alteración en uno o más dominios de la cognición superior/es a los esperados en una persona de la misma edad y nivel educativo, pero que no es de suficiente intensidad como para establecer el diagnóstico de demencia”.



El DCL, por tanto, se englobaría como una patología intermedia y en ocasiones previa, a la enfermedad de Alzheimer y la demencia. Progresivamente, se han ido incorporando criterios diagnósticos en relación con la enfermedad de Alzheimer y formas no típicas del DCL desde que en 1988 se introdujera el término.

La prevalencia de DCL varía entre el 3 y el 53%, aumentando progresivamente desde los 65 hasta los 85 años. Actualmente, se está avanzando en el reto de mejorar las redes sanitarias con el objetivo de una detección temprana de esta enfermedad, ya que a través de la detección de DCL se podrían identificar posibles pacientes que, en un futuro, pudieran desarrollar demencia o enfermedad de Alzheimer, siendo las farmacias comunitarias clave en la detección de posibles signos y síntomas de alerta.

Signos y síntomas

Existen diferentes tipos de DCL según la SEGG en función de los dominios en los que se vea afectado el paciente, explicando esto la diferente sintomatología que presentan los pacientes:

- **Amnésico:** afectando principalmente a la memoria (olvidarse de fechas importantes, citas médicas...)
- **Amnésico multidominio:** amnesia y afección a otros dominios como el lenguaje (dificultad para realizar frases largas y complejas, vocalización...)
- **No amnésico:** la alteración más frecuente es la ejecutiva (conjunto de capacidades de controlar y regular otras funciones cognitivas y resolución de problemas) y el lenguaje, pero sin afectación a la memoria
- **No amnésico multidominio:** afectando a dos o más dominios

La **causa principal** del DCL es el aumento de la edad, pero en ocasiones este DCL puede ocurrir en personas con otras enfermedades relacionadas con la salud mental como el Parkinson y la esquizofrenia. También existen factores de riesgo asociados como la ausencia de actividad física y problemas de salud concomitantes que pueden afectar a la función cognitiva como hipertensión arterial, diabetes mellitus y depresión.

En el caso de los pacientes con **esquizofrenia**, la aparición de DCL puede apreciarse conjuntamente en algunos casos. Esta variación en la función cognitiva en todos los ámbitos de la vida del paciente puede hacer necesario un mayor control de la enfermedad a través de la revisión de los medicamentos utilizados, además de la posible alta carga colinérgica en algunos pacientes. Actualmente, existen muchos estudios en activo con el objetivo de desarrollar tratamientos que sean efectivos en la cognición de los pacientes con esquizofrenia.

En relación a la **Enfermedad de Parkinson (EP)** muchos pacientes pueden presentar DCL, estimando algunos estudios una prevalencia del 25% en pacientes que no presentan demencia. La mayor disfunción de las neuronas dopaminérgicas podría explicar este aumento de prevalencia en los pacientes con EP.

Detección precoz desde la Farmacia Comunitaria

Desde la Farmacia Comunitaria es primordial realizar una detección precoz de posible DCL con el objetivo de derivar al médico para establecer un posible diagnóstico. La detección precoz de DCL sirve de ayuda para instaurar un posible tratamiento cuanto antes, especialmente basado en ejercicios cognitivos, alimentación y actividad física con el objetivo de mejorar la cognición de los pacientes.

En el caso de la **Enfermedad de Alzheimer (EA)**, la mayoría de los pacientes comienzan con un DCL donde en ocasiones hasta el 30% de los pacientes evolucionan hasta una EA diagnosticada. Es importante que se identifiquen los **siguientes síntomas y signos de alerta para la detección precoz del DCL**:

- Aparición de apatía o depresión
- Olvido de fechas o citas importante e incluso de nombres de familiares y/o amigos
- Dificultad para tomar la medicación, incluyendo olvidos importantes en el tratamiento
- Falta de comprensión sobre explicaciones sencillas
- Desorientación temporal
- Mayor presencia de impulsividad o pérdida de la vergüenza

Abordaje desde la Farmacia Comunitaria

Desde la Farmacia Comunitaria la atención al paciente diagnosticado de DCL es esencial para garantizar el correcto proceso de uso de los medicamentos, además de detectar posibles criterios de derivación al médico ante una posible evolución de la patología hacia la demencia o la EA.

En relación al tratamiento, se puede clasificar en tratamiento no farmacológico y farmacológico. Estos tratamientos van dirigidos especialmente al no empeoramiento de los pacientes y garantizar un grado cognitivo adecuado:

NO FARMACOLÓGICO

Destaca la realización de actividades que favorezcan la estimulación cognitiva además de medidas higiénico-dietéticas para los pacientes que garanticen el máximo rendimiento de sus capacidades cognitivas. Entre estas medidas no farmacológicas se encuentran:

- Apoyo y psicoterapia
- Entrenamiento cognitivo
- Estimulación cognitiva
- Realización de actividades físicas

La evidencia de los diferentes tratamientos no farmacológicos es objeto de estudio actualmente, necesitando de unos estudios más amplios para su comprensión, ya que la mejora de la capacidad cognitiva una vez establecido el diagnóstico es complicada.

FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico tiene como objetivo evitar el empeoramiento de los pacientes y reducir la sintomatología. Actualmente, la evidencia de estos tratamientos farmacológicos es limitada y se está estudiando la posible mejora cognitiva en relación con los siguientes tratamientos:

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) como donezepilo, rivastigmina y galantamina
- Memantina
- Ansiolíticos y antidepresivos (mencionados anteriormente)
- Neurolépticos (mencionados anteriormente)
- Control y tratamiento de factores de riesgo cardiovascular
- Citicolina
- Extracto de *Ginkgo biloba*



Además, es especialmente necesario prestar atención a la posible **carga anticolinérgica** que pueden presentar estos pacientes al ser muchos de ellos pacientes polimedicados. Es frecuente por tanto que presenten sequedad de boca, disminución de las secreciones, confusión y problemas de concentración, entre otros síntomas.

En pacientes que tengan olvidos frecuentes con su medicación, desde la Farmacia Comunitaria se puede prestar el **Servicio de Adherencia Terapéutica** con el objetivo de analizar las causas de una posible falta de adherencia y establecer estrategias que favorezcan que el paciente sea adherente a su tratamiento. En los pacientes diagnosticados de DCL y, especialmente los polimedicados, el **Servicio de Reacondicionamiento de medicamentos utilizando Sistemas Personalizados de Dosificación** (SPD) puede facilitar al paciente la toma de los medicamentos. Además, la educación sanitaria será esencial durante todo el transcurso de la enfermedad.

Entre los **criterios de derivación al médico en paciente diagnosticado** se encuentran:

- Empeoramiento del deterioro cognitivo
 - Aumento de la amnesia
 - Pérdida mayor del dominio ejecutivo
 - Problemas del lenguaje
- Alta carga anticolinérgica
- Valores alterados en las medidas de parámetros clínicos como tensión arterial, glucemia y colesterol
- Aparición de depresión o ansiedad
- Presencia de delirios

Comunicación farmacéutico-paciente

La comunicación con el paciente diagnosticado o con sospecha de DCL es esencial de cara a la obtención de información por parte del farmacéutico durante la entrevista y además fomenta que el paciente comprenda y asuma la información dada por el farmacéutico.

Para ello podemos pedirle al paciente que haga un resumen sobre lo que se ha hablado (por ejemplo, cómo utilizar la medicación, cuando la tiene que tomar, el manejo de dispositivos...):

- En ocasiones, por vergüenza, los pacientes no adherentes a su tratamiento pueden indicar que toman toda su medicación además de por los propios olvidos que causa la patología
- Será de utilidad emplear frases como: “La mayoría de los pacientes tienen problemas para tomar su medicación” para que el paciente sienta que es algo común y comparta su realidad
- En caso de ser necesario, se indicará la información sobre el correcto proceso de uso a su cuidador para cerciorarnos de que el paciente tome la medicación

Bibliografía

¹ Datos y hechos sobre benzodiacepinas y otros ansiolíticos e hipnosedantes. Ministerio de sanidad. Ágora sanitaria. 2023. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGP-NSD/2023/Agora16/231010_XVI_AGORA_Cristina_Teruel.pdf

² Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. Atención Primaria-BCAP. 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/est-Ministerio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

³ Manual para la mejora de la adherencia en salud mental. SEFH. 2022. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/manual_adherencia_saludmental/manualSMENTAL.pdf?ts=20230305195643

⁴ M. Garrido Picazo: Terapéutica en Atención Primaria: Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. 2008. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13127219>

⁵ Guías Clínicas Depresión. SEMERGEN.2023. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/2023/Agosto/GuiasClinicasDepresion.pdf>

⁶ El cuidado de la salud mental. National Institute of Mental Health. 2024. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental>

⁷ Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. OMS. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁸ Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf

⁹ Ortuño, F. Trastorno bipolar. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/trastorno-bipolar>

¹⁰ Trastorno bipolar. Instituto Nacional de la Salud Mental. 2022. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-bipolar/trastorno-bipolar.pdf>

¹¹ Trastorno bipolar. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>

¹² Retamal, P; Vandeputte, F; Massman, T. Revista médica de Chile. Factores de Protección en el Trastorno Afectivo Bipolar: una revisión narrativa de la literatura. 2023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872023000600764

¹³ Martínez, A.I; Hidalgo, D.A; Vieta, E; Comes, M. Portal Clínic: Información que te cuida. Clínic Barcelona. Universitat de Barcelona. Trastorno bipolar. 2018. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-bipolar>

¹⁴ Vieta, E. Portal Clínic: Información que te cuida. Clínic Barcelona. Universitat de Barcelona. La entrevista con el psiquiatra es el mejor método para el diagnóstico precoz del trastorno bipolar. 2023. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/la-entrevista-con-el-psiquiatra-es-el-mejor-metodo-para-el-diagnostico-precoz-del-trastorno-bipolar>

¹⁵ Usall, J; Rubio, E; Santos, A; et all. Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental. Guía práctica de actuación farmacéutica en pacientes con trastorno mental y uso de fármacos antipsicóticos. 2018. Disponible en: <https://www.cacof.es/wp-content/uploads/2019/07/GUIA-PRACTICA-PARA-FARMACEUTICOS-Andalucia.pdf>

¹⁶ Esquizofrenia. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

¹⁷ Esquizofrenia. Instituto Nacional de la Salud Mental. 2024. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/la-esquizofrenia-2024.pdf>

¹⁸ Tamminga, C. Manual MSD. Esquizofrenia. 2022. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

¹⁹ Parellada, E; Bernardo, M; Bioque, M. Portal Clínic: Información que te cuida. Clínic Barcelona. Universitat de Barcelona. Tratamiento de la esquizofrenia. 2022. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/esquizofrenia/tratamiento>

²⁰ La esquizofrenia y la farmacoterapia antipsicótica. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Punto farmacológico nº 174.2023. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2023/10/PF-174-La-esquizofrenia-y-la-farmacoterapia-antipsicotica.pdf>

²¹ Base de datos del medicamento. BOTPLUS. Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España. 2024. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/>

²² López, JA; Arriola, E; Carnero, C; Freire, A; et all. Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor: documento de consenso. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>

²³ McCutcheon, R; Keefe, R; McGuire, P. Molecular Psychiatry. Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. 2023. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41380-023-01949-9>

²⁴ Livingston G; Huntley, J; Sommerlad, A; et all. The Lancet Commissions. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commissions. 2020. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30367-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30367-6.pdf)

²⁵ Kasper, S; Bancher, C; Eckert, A; et all. The world journal biological psychiatry. Management of mild cognitive impairment (MCI): The need for national and international guidelines. 2020. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30367-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30367-6.pdf)

²⁶ Terapéutica de las demencias y otros trastornos neuropsiquiátricos. Panorama Actual del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. 2019. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/pam/temas/formacion-continuada/terapeutica-de-las-demencias-y-otros-trastornos-neuropsiquiatricos/>

²⁷ Carga anticolinérgica: ¿Cómo aligerarla? 2019. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2019/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_27_5_carga%20anticolinergica.pdf

²⁸ Aarsland D; Batzu, L; Halliday, G; et all. Nature Reviews Disease Primers. Parkinson disease-associated cognitive impairment. 2021. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41572-021-00280-3>

²⁹ Guía de Buena práctica clínica en psicoeducación en pacientes con depresión. OMC. Disponible en: [Guía-de-buena-práctica-clínica-en-Psicoeducación-en-pacientes-con-depresión.pdf](#)

³⁰ José Manuel Montes Rodríguez. Guía para familiares y pacientes con trastorno bipolar. Disponible en: [Lundbeck_GUIA-BIPOLAR_final.pdf](#)

GUÍA

Prevención y actuación farmacéutica en salud mental desde la farmacia comunitaria

Con la colaboración de:



Boehringer
Ingelheim



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

