

11241

1

65

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"
SECRETARIA DE SALUD

LA RESPUESTA HIPNOTICA DE VALERIANA Y MELISSA COMO ALTERNATIVA
FARMACOLOGICA EN PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS QUE
PRESENTAN INSOMNIO

TESIS QUE PRESENTA LA:

DRA. NOEMI VARGAS BALDERAS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

TUTOR TEORICO:

DR. MARCO ANTONIO LOPEZ BUTRON
DIRECTOR
HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ". SS

TUTOR METODOLOGICO:

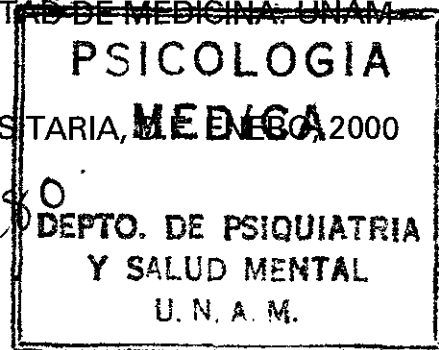
DR. J. MOISES ALVAREZ RUEDA
DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

Vo. Bo.

2000

CD. UNIVERSITARIA, MEXICO, 2000

276280





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

La práctica médica, en cualquiera de sus áreas, requiere de un ejercicio profesional de compromiso ético, humano y científico. El campo de la investigación es extenso con el fin de buscar la solución más gratificante a las múltiples molestias que presenta un individuo enfermo.

En el campo de la Psiquiatría, se han realizado múltiples investigaciones que han dado soluciones satisfactorias a las quejas de los pacientes psiquiátricos. Se ha mostrado interés por las posibilidades terapéuticas farmacológicas para los diversos trastornos.

Es muy gratificante observar cómo la terapia farmacológica resuelve en forma satisfactoria los síntomas que afectan a un paciente; pero a veces resulta incomodo observar que con el tiempo un tratamiento prolongado trae consecuencias desfavorables al estado general del paciente, como a veces sucede con el uso prolongado de las benzodiazepinas (BDZ) cuando se tiene como única alternativa en el tratamiento para el insomnio.

En el presente estudio, se realizó un ensayo clínico, con el objetivo de observar la respuesta clínica como hipnótico del fitofármaco que contiene extracto de Valeriana y Melissa (plantival® (VyM). Se describe en los antecedentes algunos aspectos sobre lo que es un fitofármaco, así como las generalidades de la botánica de la valeriana y la melissa, también se mencionan estudios científicos donde se ha puesto a prueba la calidad de éste fitofármaco, su eficacia, su tolerancia y su comparación con el efecto hipnótico de las BDZ.

En lo que respecta al problema en estudio, el objetivo fue observar en el paciente psiquiátrico hospitalizado, que en un momento dado llegó a presentar insomnio durante su estancia hospitalaria y que requirió de un fármaco para evitar este síntoma que inquieta al paciente, la utilidad de un fitofármaco como apoyo terapéutico y como una alternativa más en el tratamiento del insomnio con el fin de hacer menor uso de las BDZ y evitar algún efecto indeseable al utilizar estos medicamentos.

ANTECEDENTES

La medicina herbolaria forma parte de una terapéutica farmacológica racional dentro de la medicina científica (1). El interés por las posibilidades terapéuticas que ofrecen los fármacos de origen vegetal, ha estado creciendo desde hace años. La posición de los fitofármacos dentro del marco de la terapéutica, va tomando importancia, aunque todavía existe una falta de información dentro del ámbito científico, ya que los médicos aún reciben poca información respecto a los fármacos de origen vegetal. Por discusiones controvertidas, los fitofármacos se encuentran en un terreno intermedio entre la medicina científica y la medicina tradicional, lo que dentro del medio especializado provoca una cierta inseguridad en cuanto a este tipo de fármacos y su empleo racional dentro del marco de la terapia medicamentosa.(3) Una primera incógnita es en relación con lo que es un fitofármaco, tomando en cuenta el vocablo griego "fito" que significa planta, se entiende que esta sustancia es un fármaco obtenido exclusivamente de preparaciones obtenidas de las plantas (1,3). En sentido estricto, de acuerdo al Reglamento Sanitario Oficial Alemán (AMG II) se define que a diferencia de un fármaco químico, un fitofármaco tiene como sustancia activa, preparaciones vegetales, esencialmente extractos estandarizados, que se elaboran en presentaciones galénicas normales como gotas, tabletas, grageas, cápsulas, ampollitas, que se emplean en el campo de la medicina científica, cuyos efectos farmacológicos se prueban en experimentos y cuya terapéutica se comprueba en estudios clínicos y por medio de la práctica médica (3). Una característica de los fitofármacos modernos, es el contener extractos especiales optimizados, en donde se evidencia la estructura interna de las partes fitoquímicas en forma específica, para incrementar la eficacia, el efecto y la tolerancia de los extractos en cuestión (2,3).

El empleo de fitofármacos en la medicina hospitalaria es limitado, debido al tipo agudo de las enfermedades que requieren un tratamiento intensivo y los fitofármacos no son medicamentos para tratamientos agudos o de urgencia (1,3). Los fitofármacos usados en hospitales se indican esencialmente en el tratamiento de enfermedades o trastornos bien definidos, cuyos cuadros clínicos son leves y ambiguos (1,3).

Las investigaciones sobre fitofármacos han comprobado, por medio de reportes experimentales, o bien, ensayos clínicos controlados; su eficacia en la práctica médica y, por esta razón, su utilidad terapéutica es evidente. Aún cuando sólo existe una investigación sistemática limitada, su valor no se pone en tela de juicio (3). Los fitofármacos tienen sus indicaciones específicas, pero también sus contraindicaciones y sus efectos colaterales; pero la mayoría de los fitofármacos se caracterizan por un rango terapéutico amplio y eso permite una terapia con pocos efectos colaterales en general (3). Se ha señalado la conveniencia de realizar estudios científicos sobre su tolerancia, seguridad y acción terapéutica por medio de ensayos clínicos doble ciego, no solo contra placebo, sino también contra sustancias activas ya probadas. Hasta el momento los fitofármacos han resultado

efectivos en el tratamiento de las formas leves a moderadas de trastornos ansiosos, depresivos y demenciales, pero son necesario más estudios que investiguen su eficacia en las formas moderadas a severas de dichos trastornos. Una de las ventajas de los fitofármacos, es que hasta el momento, no se ha reportado que causen adicción, dependencia física o psicológica, ni síndrome de supresión. El mayor atractivo de los fitofármacos es que prácticamente, no tienen efectos secundarios, o éstos son más leves que los de los otros fármacos. Pero no se han estudiado sistemáticamente con interrogatorios a los pacientes sobre los efectos secundarios, sino que solo se han registrado las molestias que refiere espontáneamente el paciente (2).

Además de resultados de investigaciones innovadoras, que no son muy frecuentes en el ámbito de los fitofármacos, el objeto de la investigación es esencialmente el soporte científico de la eficacia de las plantas medicinales conocidas desde hace mucho tiempo (3). En los últimos 25 años se han logrado progresos importantes en el ámbito de la investigación de fitofármacos, por lo que actualmente tienen una posición notable dentro del marco de las terapias medicamentosas racionales (3). Como ejemplos de avances científicos se tiene el conocimiento de fármacos que son de gran utilidad y han sido aislados de plantas como la aspirina, la morfina, la reserpina, antibióticos, digital, agentes anticancerígenos. El descubrimiento e introducción de productos como curare, ouabaína, morfina, reserpina y digital son redescubrimientos de la medicina moderna, pues la mayoría de estos fármacos son remedios milenarios (2).

Las plantas medicinales psicoactivas han permitido descubrimientos impredecibles en las neurociencias, como los neurotransmisores, los receptores, los segundos mensajeros y los canales iónicos. Algunas de las sustancias derivadas de las plantas como curare, atropina, nicotina, digital, morfina, efedrina, fisostigmina, pilocarpina y muscarina, han comprobado su acción sobre el sistema nervioso central y periférico. Con el descubrimiento de fármacos sintéticos la popularidad del uso de plantas medicinales decayó, pero actualmente ha resurgido el interés por el estudio y uso de plantas medicinales. En occidente se ha intentado recuperar la medicina tradicional indígena con sus formas tradicionales y naturistas de curar, debido al desencanto y desilusión que ha producido la medicina moderna, sobretodo por su deshumanización y tecnificación.

En 1970, China ingresa a la OMS y pocos años después se publica el primer tratado de medicina herbolaria (1). En 1993, Eisenberg publicó un estudio en el que encontró que una tercera parte de adultos norteamericanos usaba tratamientos médicos no convencionales, en un deseo de "sentirse mejor" sin tomar productos químicos con posibles efectos secundarios (1). La OMS estima que un 80% de la población mundial depende de la medicina tradicional para el cuidado primario de su salud, por lo que las plantas medicinales son de gran importancia (1).

En Alemania, Francia y Japón se han hecho investigaciones en medicina herbolaria y se han regulado los procedimientos de aprobación para el uso de fitofármacos, por lo que estos ya forman parte del armamento terapéutico de la medicina. La farmacología intenta comprender el valor de las propiedades biológicas de las plantas medicinales (4,5). La investigación de los productos naturales depende de otras disciplinas, como la química, la etnobotánica, que estudia la relación entre el hombre y su medio ambiente vegetal, y la etnofarmacología que estudia el uso tanto tóxico como medicinal de las plantas y de los animales en las diferentes culturas (1,5). En marzo de 1992, la OMS elaboró unas guías para la fabricación de medicamentos herbolarios, estas guías representan el mayor avance en la estandarización de la forma en que, los países desarrollados, pueden incorporar los medicamentos tradicionales dentro de un sistema moderno de salud. La esencia de estas guías es la aceptación de que, el uso histórico de una sustancia es una forma válida de tratamiento seguro y eficaz, mientras no haya información científica de lo contrario (1). En EUA, país tradicionalmente poco interesado en las propiedades curativas de las plantas, el Congreso ha demostrado su interés en la práctica médica no convencional, estableciendo así la Oficina de Medicina Alternativa dentro del Instituto Nacional de Salud, con la esperanza de encontrar algún compuesto vegetal que alivie las enfermedades que hasta el día de hoy son incurables como el SIDA o el Cáncer (1).

Haciendo énfasis en el uso de las BDZ, por norma general, los síntomas que motivan la indicación médica de estas sustancias son: ansiedad, pánico, insomnio, estados depresivos, (se ha publicado que el alprazolam tiene efecto antidepressivo), y en síntomas somáticos. Los fármacos de elección son las BDZ, es frecuente usarse el clonazepam por ser el de menor riesgo para crear una dependencia, en los casos que se crea tolerancia se utiliza BDZ de mayor potencia como el alprazolam, lorazepam, bromazepam o flunitrazepam, incluso la suma de estas a una tercera molécula. La repercusión clínica es severa y lleva al desarrollo de cuadros crónicos y a la producción de agravamientos expresados en estados agudos con repercusión en los niveles cognitivos (10).

En muchos casos de trastornos psiquiátricos se ha utilizado el clonazepam como fármaco de apoyo. En el caso del insomnio, primeramente se debe buscar el origen de éste para posteriormente proceder al uso de psicofármacos siguiendo algunos esquemas de tratamiento, por ejemplo, el uso de monoterapia en donde se utiliza clonazepam desde 0.5 hasta 2 mg por dosis, o combinarse con otros fármacos como clonidina, antidepressivos con efecto hipnótico, incluso hasta el uso combinado de un neuroléptico sin manifestaciones de síntomas extrapiramidales. Con el mal uso o uso abusivo de las BDZ se tiene la información que puede culminarse en pseudodemencias y/o en lesiones cerebrales como atrofas corticales, sin olvidarse que se pueden presentar crisis convulsivas, conductas violentas, reacciones psicóticas, etc (10).

CARACTERISTICAS PARTICULARES DE VALERIANA Y MELISSA

VALERIANA

La valeriana (*Valeriana Officinalis*) (V) es la planta principal de la familia de las valerianas (*valerianaceae*). Es una planta perenne, fuerte, de 40 cm. a 2 m de altura. Tiene un tallo recto, alargado, verde mate o amarillento. Es nativa de Europa y Asia. La raíz de la V alcanza una longitud de 5 cm. y un grosor de 3 cm. Esta es la parte de la planta mayormente usada en el mundo por sus efectos sedantes y ansiolíticas.

La planta contiene de 0.3 a 0.8% de aceites esenciales y constituyentes que incluyen el sisquiterpeno, el beta-cariofileno, la valeranona y el valereno. La V se emplea como un sedante ligero que no causa somnolencia diurna. Al aceite esencial de valeriana se le atribuyó la eficacia medicinal. La eficacia de los preparados con valeriana no se debe a una sola sustancia activa, sino a una combinación de ingredientes en un extracto (1,2,8).

MELISSA

La Melissa (*Melissa Officinalis*) (M) pertenece a la familia de las labiadas (*lamiaceae*). Es una planta perenne, erguida, alcanza un tamaño de 90 cm. y al momento de la floración tiene flores labiadas que alcanzan un tamaño de hasta 1.5 cm, en forma ovalada o de corazón con orilla festonada y vellosas. En la parte inferior de las hojas tiene unas glándulas que contienen el aceite con olor a limón.

En la parte superior de la planta se han descrito aproximadamente 250 sustancias de las cuales 190 son componentes de aceites esenciales. Los taninos labiados que constituyen un 5% de las hojas secas de melissa, se trata de ácido caféico y sus derivados. Otros ingredientes son cumarínicos, triptenos, flavonoides, heterósidos, carbohidratos, ácidos orgánicos, vitaminas y enzimas (2).

TOXICIDAD

La V y M, en las dosificaciones orales empleadas, no presentan toxicidad. En cuanto a la V, dosis de 460 hasta 3160 mg/kg. no fueron letales en experimentos en ratas. El aceite de V por os no es tóxico, y su uso durante 8 semanas no provocó ningún hallazgo patológico o anatómico. Algunos extractos de V fueron ensayados toxicológicamente y de manera aguda como subcrónica no son tóxicos. En el caso de M se utilizaron dosis de 0.7 mg/kg (2).

En la prueba de Ames, las concentraciones alcanzaron desde 78 hasta 5000 mg de fitofármaco por placa de prueba empleándose sepas de salmonella. El ensayo se llevó a cabo en presencia o ausencia de fracciones de hígado de rata activadas con aroclor. La prueba de Ames mostró en el ámbito de la concentración estudiada, una ausencia de indicios de un potencial mutagénico del fitofármaco (2). La confiabilidad del ensayo se estableció gracias a controles negativos y positivos adecuados. Para la farmacología de la V, contamos con numerosas investigaciones que fueron

realizadas con preparaciones de extractos diferentes, que solo pueden compararse de manera condicional (2).

Estudios preclínicos se realizaron en animales de prueba como roedores (ratón, rata, conejillo de indias) y mamíferos (conejos, gatos). Las vías más frecuentes de aplicación fueron vía oral y parenteral. El efecto blanco más frecuentemente ensayado fue la medición de la actividad del sistema nervioso central. Como parámetro de medición, se tomaron en consideración: la movilidad psicofísica (registrada por métodos de medición de desplazamiento), cambios neurofisiológicos (medidos en base al EEG, cromaximetría), influencias sobre la calidad y cantidad del sueño (medido en base al efecto de potencialización con sedantes conocidos) y correlaciones bioquímicas (medidas de concentraciones de neurotransmisores y receptores in vitro). También se ensayó el efecto sobre el sistema nervioso periférico (SNP) (prueba de espasmólisis en órganos viscerales). Las dosis parenteral y oral fueron de 10-16 mg/kg. y de 10-5000 mg/kg. respectivamente. Por vía subcutánea e intravenosa la dosis fue de 1-16 mg/kg (2).

Con base en estos estudios se desprende que el fitofármaco contiene sustancias, que en dosis empleadas para la terapia humana, tienen efecto sedante en el sistema nervioso central (SNC) y espasmolítico en SNP (2).

En un ensayo en doble ciego, aleatorio, contra placebo, se estudió la eficacia de la V y M en pacientes que presentaron trastornos de el sueño (2), recibieron tratamiento por 2 semanas con dosis de 2 grageas 2 veces al día, pero previamente tuvieron una fase de introducción de una semana, después de la fase de terapia hubo una fase de seguimiento de 1 semana. Se observó una superioridad estadística significativa en cuanto al efecto deseado (mejor calidad del sueño); los eventos colaterales observados fueron mínimos, de tipo leve y reversible, poniéndose en tela de juicio y sin podersele atribuir de manera indiscutible al fitofármaco, pues estos efectos también se presentaron en aquellos que recibieron placebo, sin observarse efectos de mareo o de rebote. Hubo muy buena tolerancia (2). En el tratamiento del insomnio se emplean BDZ, en tratamientos a largo plazo, se presentan efectos secundarios indeseables y una serie de riesgos. Se puede desarrollar tolerancia al hipnótico acompañada de una pérdida en la eficacia de este; además existe el riesgo de habituarse al medicamento y desarrollar dependencia. Existe un verdadero peligro al discontinuar el tratamiento, ya que puede presentarse efecto de rebote, principalmente con las BDZ de efecto a corto plazo, que son recomendadas con frecuencia. Cuando se utiliza BDZ con efecto a largo plazo, el paciente sufre de sedación durante el día, disminuyendo su capacidad de concentración o su rendimiento, provocan cambios en el EEG durante el sueño y son capaces de producir depresión respiratoria (11). En relación a esto se hizo un estudio en el que se utilizó un preparado de V y M que contenía 160 mg de V y 80 mg de M comparando la respuesta hipnótica tanto de un placebo como de una dosis de triazolam de 0.125 mg. El estudio se llevó a cabo en dos fases: la primera fue durante 5 noches y la segunda en 4 noches después de un intervalo de 1

semana. Se distribuyó en forma aleatoria tanto el placebo como la sustancia activa de fitofármaco o de BDZ. El resultado obtenido mostró que la preparación con fitofármaco presenta una alternativa segura similar a las BDZ (1,3,4).

En otro estudio multicéntrico donde se estudió síntomas psicovegetativos que con frecuencia son tratados con BDZ como tranquilizantes, también se comparó con un preparado de fitofármaco que contiene V y M que también tiene propiedades ansiolíticas y que no ponen en peligro la integridad del paciente. La dosis administrada fue de 1 o 2 grageas dos veces al día durante 4 semanas apreciándose la disminución completa de los síntomas psicósomáticos y mentales y en el peligro de efectos indeseables, habiendo buena tolerancia. Se ha reportado que la V ha mostrado muy buenos efectos sobre el insomnio tan efectivos como las BDZ, como el triazolam (7,9).

Extractos de V han demostrado numerosos efectos como la normalización del SNC (actuando como sedantes en estados de agitación y como estimulante en casos de fatiga extrema), disminuye la presión sanguínea, aumentando el flujo biliar (efecto colerético), relajante del músculo intestinal, además de actividad antitumoral y antibiótica (7).

En un estudio farmacológico reciente indicó que tanto los valepotriatos y los ácidos valerianicos son capaces de unirse a los mismos receptores cerebrales para el Valium y otras BDZ. Sin embargo la valeriana no parece actuar de manera similar en cuanto a los efectos colaterales como alteración en la función mental, resaca matutina, y dependencia (4).

Estudios clínicos recientes han comprobado las cualidades de la V para mejorar la calidad del sueño o aliviar el insomnio. En un estudio con pacientes con insomnio, los sujetos recibieron al azar una preparación de V o placebo. Comparada con el placebo, la V mostró un efecto significativo, 44% reportaron un sueño perfecto y 89% reportaron mejoría del sueño.

En otro estudio doble ciego, en 20 pacientes con insomnio, recibieron cada uno una combinación de 160 mg de raíz de V y 80 mg de M; contra 0.125 mg de triazolam o placebo. En el grupo de insomnio, la V mostró un efecto comparable al de las BDZ en cuanto a incremento del sueño profundo. Tampoco causó sedación en el día y no se reportó disminución en la concentración. Como sedante ligero, el extracto de V (0.8% de ácido valerico) se puede tomar de 30 a 45 minutos antes de acostarse y hasta una dosis de 150 a 300 mg. Para pacientes que presentan incremento de sueño por la mañana, se reduce la dosis y se elimina el problema (4,7,11).

Generalmente se considera a la V fuera de riesgos y esta aprobada para uso comestible por la Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos. Desde entonces la seguridad de los valepotriatos ha sido investigados, hasta hay mejor

información, los más elegidos para usarse en extractos solubles en agua estandarizados por el contenido de ácido valerico.

Los compuestos de V y M han sido utilizados como primera elección en pacientes que presentan: trastornos del sueño que no son por causa externa (ruido o luz) o producido por condiciones orgánicas (dolor); en quienes con trastorno del sueño requiere tratamiento por primera vez; en quienes padecen de condiciones psicoautonómicas o trastornos psicosomáticos; en quienes padecen enfermedades leves o moderadamente severas; en quienes no es necesario una sedación potente en corto tiempo y en a quienes limita o incluso pongan en peligro los efectos colaterales de los psicofármacos (4,11).

Las controversias también salen a flote, por ejemplo, en un estudio que pretendía mostrar el efecto de la V en el sueño se mostró que la V tiene un efecto significativo sobre el sueño de sujetos, los resultados indicaron una dependencia del efecto con relación a la dosis, la diferencia entre las dosis no fue significativa. El efecto hipnótico de la valeriana no parece estar limitado a la parte inicial del sueño, los efectos percibidos después de despertar también fueron disminuidos. Varios aspectos farmacológicos (farmacocinéticos y efectos colaterales) faltaron aclararse antes de aplicar la V en la farmacoterapia del insomnio que se pudieron considerar seriamente. Desafortunadamente tales estudios son amparados por el hecho que la actividad del componente no ha sido todavía identificado claramente. Los valepotriatos han sido considerados como una clase de sustancias hipnóticas, hasta se han dispuesto como drogas registradas en algunos países europeos. Sin embargo, otros estudios a favor, muestran la eficacia de la V, los efectos hipnóticos, anticonvulsivante e hipotensor de la V son atribuidos a los ácidos valerénicos, valeranona y sisqueterpenos. Aunque también cabe la duda de sí presentan efectos carcinogénicos. En cuanto a este riesgo se observó que en todos los modelos in vitro usados, a los valepotriatos se les pudo atribuir un efecto citotóxico limpio. La aplicación oral parece estar absolutamente fuera de peligro, pues como los valepotriatos son aparentemente degradados demasiado rápido en los compuestos no citotóxicos o los valepotriatos no transformados, son encontrados en el cuerpo en concentraciones, pues no se observaron efectos negativos, incluso en tejidos altamente sensibles.

JUSTIFICACION

En mi experiencia durante estos dos años de realizar la residencia en Psiquiatría, he observado que existe la tendencia a hacer un uso indiscriminado de los hipnóticos como las BDZ y de algunos neurolépticos como la levomepromazina, siendo conocido que el uso prolongado de estas sustancias causan dependencia al medicamento y la levomepromazina tiene sus usos específicos y no en todos los pacientes puede ser usado; así mismo se ha llegado a usar antiinflamatorios, antipiréticos o antiespasmódicos como placebos con un supuesto efecto hipnótico en pacientes con insomnio hospitalizados, que de alguna forma pueden causar daño agregado al paciente.

En la actualidad, se han descrito una serie de fitofármacos que pueden ser la alternativa para algunos padecimientos. Tal es el caso del Plantival® que tiene un compuesto del extracto de las plantas Valeriana y Melissa, que por la práctica de algunos naturistas y los estudios realizados por los laboratorios que los promueven, tienen un efecto hipnótico y no causan dependencia, la experiencia reportada por los laboratorios informan que son sustancias con prácticamente nula toxicidad.

El objetivo del presente estudio fue observar si estas sustancias pueden tener alguna ventaja en su uso en los pacientes hospitalizados con insomnio. El fin es hacer menos uso de BDZ, y comprobar si estas sustancias con efecto hipnótico pueden ser un medicamento alternativo para el insomnio, en lugar de usarse BDZ, en pacientes hospitalizados, además de que sin de menor costo que los psicofármacos.

PROBLEMA

Es frecuente que los pacientes psicóticos presenten insomnio como síntoma de los episodios agudo, esto hace necesaria, la mayoría de las veces, la administración de un hipnótico, medicamentos que generalmente pueden acarrear como consecuencia la tolerancia y en otros casos el abuso. La respuesta hipnótica de la V y M como alternativa farmacológica en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio, pudiera constituir una alternativa adecuada.

OBJETIVO

1. Observar la respuesta hipnótica de la V y M como alternativa farmacológica en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

1.1 Observar si el efecto hipnótico de V y M es efectivo en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

JUSTIFICACION

En mi experiencia durante estos dos años de realizar la residencia en Psiquiatría, he observado que existe la tendencia a hacer un uso indiscriminado de los hipnóticos como las BDZ y de algunos neurolépticos como la levomepromazina, siendo conocido que el uso prolongado de estas sustancias causan dependencia al medicamento y la levomepromazina tiene sus usos específicos y no en todos los pacientes puede ser usado; así mismo se ha llegado a usar antiinflamatorios, antipiréticos o antiespasmódicos como placebos con un supuesto efecto hipnótico en pacientes con insomnio hospitalizados, que de alguna forma pueden causar daño agregado al paciente.

En la actualidad, se han descrito una serie de fitofármacos que pueden ser la alternativa para algunos padecimientos. Tal es el caso del Plantival® que tiene un compuesto del extracto de las plantas Valeriana y Melissa, que por la práctica de algunos naturistas y los estudios realizados por los laboratorios que los promueven, tienen un efecto hipnótico y no causan dependencia, la experiencia reportada por los laboratorios informan que son sustancias con prácticamente nula toxicidad.

El objetivo del presente estudio fue observar si estas sustancias pueden tener alguna ventaja en su uso en los pacientes hospitalizados con insomnio. El fin es hacer menos uso de BDZ, y comprobar si estas sustancias con efecto hipnótico pueden ser un medicamento alternativo para el insomnio, en lugar de usarse BDZ, en pacientes hospitalizados, además de que sin de menor costo que los psicofármacos.

PROBLEMA

Es frecuente que los pacientes psicóticos presenten insomnio como síntoma de los episodios agudo, esto hace necesaria, la mayoría de las veces, la administración de un hipnótico, medicamentos que generalmente pueden acarrear como consecuencia la tolerancia y en otros casos el abuso. La respuesta hipnótica de la V y M como alternativa farmacológica en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio, pudiera constituir una alternativa adecuada.

OBJETIVO

1. Observar la respuesta hipnótica de la V y M como alternativa farmacológica en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

1.1 Observar si el efecto hipnótico de V y M es efectivo en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

JUSTIFICACION

En mi experiencia durante estos dos años de realizar la residencia en Psiquiatría, he observado que existe la tendencia a hacer un uso indiscriminado de los hipnóticos como las BDZ y de algunos neurolépticos como la levomepromazina, siendo conocido que el uso prolongado de estas sustancias causan dependencia al medicamento y la levomepromazina tiene sus usos específicos y no en todos los pacientes puede ser usado; así mismo se ha llegado a usar antiinflamatorios, antipiréticos o antiespasmódicos como placebos con un supuesto efecto hipnótico en pacientes con insomnio hospitalizados, que de alguna forma pueden causar daño agregado al paciente.

En la actualidad, se han descrito una serie de fitofármacos que pueden ser la alternativa para algunos padecimientos. Tal es el caso del Plantival® que tiene un compuesto del extracto de las plantas Valeriana y Melissa, que por la práctica de algunos naturistas y los estudios realizados por los laboratorios que los promueven, tienen un efecto hipnótico y no causan dependencia, la experiencia reportada por los laboratorios informan que son sustancias con prácticamente nula toxicidad.

El objetivo del presente estudio fue observar si estas sustancias pueden tener alguna ventaja en su uso en los pacientes hospitalizados con insomnio. El fin es hacer menos uso de BDZ, y comprobar si estas sustancias con efecto hipnótico pueden ser un medicamento alternativo para el insomnio, en lugar de usarse BDZ, en pacientes hospitalizados, además de que sin de menor costo que los psicofármacos.

PROBLEMA

Es frecuente que los pacientes psicóticos presenten insomnio como síntoma de los episodios agudo, esto hace necesaria, la mayoría de las veces, la administración de un hipnótico, medicamentos que generalmente pueden acarrear como consecuencia la tolerancia y en otros casos el abuso. La respuesta hipnótica de la V y M como alternativa farmacológica en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio, pudiera constituir una alternativa adecuada.

OBJETIVO

1. Observar la respuesta hipnótica de la V y M como alternativa farmacológica en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

- 1.1 Observar si el efecto hipnótico de V y M es efectivo en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

HIPOTESIS

LA RESPUESTA HIPNOTICA DE LA VALERIANA Y MELISSA ES UNA ALTERNATIVA FARMACOLOGICA EN PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS CON INSOMNIO.

HIPOTESIS DE ASEVERACION.

La respuesta hipnótica de V y M es eficaz en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

HIPOTESIS DE NULIDAD.

La respuesta hipnótica de V y M no es eficaz en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION

Este estudio es un ensayo clínico de tercer nivel, simple, que se llevó a cabo durante un periodo de 3 meses, siendo ésta una investigación de tipo prospectivo, longitudinal, de causa a efecto y de tipo experimental y observacional.

Se realizó el estudio con pacientes psiquiátricos hospitalizados en el 3er piso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Ingresaron al estudio pacientes con edades entre 18 y 50 años, con cualquier diagnóstico psiquiátrico, que se encontraban hospitalizados y aceptaron participar en el estudio.

Se excluyó a aquellos pacientes que presentaron agitación psicomotriz y que requirieron de permanecer sedados la mayor parte del tiempo, mujeres en estado de gravidez o con alguna complicación física médica.

Se administró el fitofármaco a pacientes reportados con insomnio. La dosis administrada fue de 2 tabletas de 160 mg de V y 80 mg de M por tableta, por dosis.

RECOLECCION DE DATOS.

El instrumento de captación de datos fue una tarjeta de registro somnográfico de una escala de medición tipo Licker del cuestionario general de evaluación del sueño y sus trastornos de la clínica del sueño del I.M.P. evaluándose las variables: presencia o ausencia de insomnio, tipo de insomnio, presencia de alteraciones durante el mismo, observándose la respuesta hipnótica del fitofármaco, así mismo se captaron los datos personales del paciente, su diagnóstico, tratamiento, así como la presencia de efectos colaterales.

HIPOTESIS

LA RESPUESTA HIPNOTICA DE LA VALERIANA Y MELISSA ES UNA ALTERNATIVA FARMACOLOGICA EN PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS CON INSOMNIO.

HIPOTESIS DE ASEVERACION.

La respuesta hipnótica de V y M es eficaz en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

HIPOTESIS DE NULIDAD.

La respuesta hipnótica de V y M no es eficaz en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION

Este estudio es un ensayo clínico de tercer nivel, simple, que se llevó a cabo durante un periodo de 3 meses, siendo ésta una investigación de tipo prospectivo, longitudinal, de causa a efecto y de tipo experimental y observacional.

Se realizó el estudio con pacientes psiquiátricos hospitalizados en el 3er piso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Ingresaron al estudio pacientes con edades entre 18 y 50 años, con cualquier diagnóstico psiquiátrico, que se encontraban hospitalizados y aceptaron participar en el estudio.

Se excluyó a aquellos pacientes que presentaron agitación psicomotriz y que requirieron de permanecer sedados la mayor parte del tiempo, mujeres en estado de gravidez o con alguna complicación física médica.

Se administró el fitofármaco a pacientes reportados con insomnio. La dosis administrada fue de 2 tabletas de 160 mg de V y 80 mg de M por tableta, por dosis.

RECOLECCION DE DATOS.

El instrumento de captación de datos fue una tarjeta de registro somnográfico de una escala de medición tipo Licker del cuestionario general de evaluación del sueño y sus trastornos de la clínica del sueño del I.M.P. evaluándose las variables: presencia o ausencia de insomnio, tipo de insomnio, presencia de alteraciones durante el mismo, observándose la respuesta hipnótica del fitofármaco, así mismo se captaron los datos personales del paciente, su diagnóstico, tratamiento, así como la presencia de efectos colaterales.

HIPOTESIS

LA RESPUESTA HIPNOTICA DE LA VALERIANA Y MELISSA ES UNA ALTERNATIVA FARMACOLOGICA EN PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS CON INSOMNIO.

HIPOTESIS DE ASEVERACION.

La respuesta hipnótica de V y M es eficaz en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

HIPOTESIS DE NULIDAD.

La respuesta hipnótica de V y M no es eficaz en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio.

DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION

Este estudio es un ensayo clínico de tercer nivel, simple, que se llevó a cabo durante un periodo de 3 meses, siendo ésta una investigación de tipo prospectivo, longitudinal, de causa a efecto y de tipo experimental y observacional.

Se realizó el estudio con pacientes psiquiátricos hospitalizados en el 3er piso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Ingresaron al estudio pacientes con edades entre 18 y 50 años, con cualquier diagnóstico psiquiátrico, que se encontraban hospitalizados y aceptaron participar en el estudio.

Se excluyó a aquellos pacientes que presentaron agitación psicomotriz y que requirieron de permanecer sedados la mayor parte del tiempo, mujeres en estado de gravidez o con alguna complicación física médica.

Se administró el fitofármaco a pacientes reportados con insomnio. La dosis administrada fue de 2 tabletas de 160 mg de V y 80 mg de M por tableta, por dosis.

RECOLECCION DE DATOS.

El instrumento de captación de datos fue una tarjeta de registro somnográfico de una escala de medición tipo Licker del cuestionario general de evaluación del sueño y sus trastornos de la clínica del sueño del I.M.P. evaluándose las variables: presencia o ausencia de insomnio, tipo de insomnio, presencia de alteraciones durante el mismo, observándose la respuesta hipnótica del fitofármaco, así mismo se captaron los datos personales del paciente, su diagnóstico, tratamiento, así como la presencia de efectos colaterales.

MANEJO ESTADISTICO.

Para el análisis se aplicó estadística descriptiva y se utilizó prueba "t" para comparar las calificaciones iniciales contra las calificaciones finales encontradas con el diario de sueño.

ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES.

Recursos materiales, humanos y financieros.

Se solicitó el apoyo del personal médico y de enfermería del 3er piso para la prescripción y administración del medicamento. Así mismo se tuvo el apoyo del Jefe del piso proporcionando todas las facilidades necesarias para la elaboración de la investigación.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Posterior a la revisión del proyecto de investigación, por el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, considerando lo expuesto en los antecedentes y la justificación del uso de fitofármacos, se elaboró esta investigación sin inconvenientes ni problemas éticos o legales.

RESULTADOS.

Participaron en el estudio 11 pacientes, 9 (81.81%) de ellos fueron de sexo femenino y 2 (18.18%) pertenecieron al sexo masculino. Tuvieron una edad (promedio±desviación estandar) de 31.27 ± 5.1 años. Los diagnósticos que se realizaron a los pacientes se observan en la tabla siguiente.

TABLA 1. DIAGNOSTICOS

PACIENTE	DIAGNOSTICO
1	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.
2	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.
3	BROTE PSICOTICO EN ESTUDIO.
4	TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO.
5	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
6	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
7	TRASTORNO AFECTIVO ORGÁNICO.
8	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
9	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
10	TRASTORNO BIPOLAR I EN FASE MANIACA.
11	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.

MANEJO ESTADISTICO.

Para el análisis se aplicó estadística descriptiva y se utilizó prueba "t" para comparar las calificaciones iniciales contra las calificaciones finales encontradas con el diario de sueño.

ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES.

Recursos materiales, humanos y financieros.

Se solicitó el apoyo del personal médico y de enfermería del 3er piso para la prescripción y administración del medicamento. Así mismo se tuvo el apoyo del Jefe del piso proporcionando todas las facilidades necesarias para la elaboración de la investigación.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Posterior a la revisión del proyecto de investigación, por el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, considerando lo expuesto en los antecedentes y la justificación del uso de fitofármacos, se elaboró esta investigación sin inconvenientes ni problemas éticos o legales.

RESULTADOS.

Participaron en el estudio 11 pacientes, 9 (81.81%) de ellos fueron de sexo femenino y 2 (18.18%) pertenecieron al sexo masculino. Tuvieron una edad (promedio \pm desviación estandar) de 31.27 \pm 5.1 años. Los diagnósticos que se realizaron a los pacientes se observan en la tabla siguiente.

TABLA 1. DIAGNOSTICOS

PACIENTE	DIAGNOSTICO
1	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.
2	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.
3	BROTE PSICOTICO EN ESTUDIO.
4	TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO.
5	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
6	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
7	TRASTORNO AFECTIVO ORGÁNICO.
8	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
9	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
10	TRASTORNO BIPOLAR I EN FASE MANIACA.
11	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.

MANEJO ESTADISTICO.

Para el análisis se aplicó estadística descriptiva y se utilizó prueba "t" para comparar las calificaciones iniciales contra las calificaciones finales encontradas con el diario de sueño.

ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES.

Recursos materiales, humanos y financieros.

Se solicitó el apoyo del personal médico y de enfermería del 3er piso para la prescripción y administración del medicamento. Así mismo se tuvo el apoyo del Jefe del piso proporcionando todas las facilidades necesarias para la elaboración de la investigación.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Posterior a la revisión del proyecto de investigación, por el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, considerando lo expuesto en los antecedentes y la justificación del uso de fitofármacos, se elaboró esta investigación sin inconvenientes ni problemas éticos o legales.

RESULTADOS.

Participaron en el estudio 11 pacientes, 9 (81.81%) de ellos fueron de sexo femenino y 2 (18.18%) pertenecieron al sexo masculino. Tuvieron una edad (promedio±desviación estandar) de 31.27 ± 5.1 años. Los diagnósticos que se realizaron a los pacientes se observan en la tabla siguiente.

TABLA 1. DIAGNOSTICOS

PACIENTE	DIAGNOSTICO
1	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.
2	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.
3	BROTE PSICOTICO EN ESTUDIO.
4	TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO.
5	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
6	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
7	TRASTORNO AFECTIVO ORGÁNICO.
8	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
9	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
10	TRASTORNO BIPOLAR I EN FASE MANIACA.
11	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.

MANEJO ESTADISTICO.

Para el análisis se aplicó estadística descriptiva y se utilizó prueba "t" para comparar las calificaciones iniciales contra las calificaciones finales encontradas con el diario de sueño.

ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES.

Recursos materiales, humanos y financieros.

Se solicitó el apoyo del personal médico y de enfermería del 3er piso para la prescripción y administración del medicamento. Así mismo se tuvo el apoyo del Jefe del piso proporcionando todas las facilidades necesarias para la elaboración de la investigación.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Posterior a la revisión del proyecto de investigación, por el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, considerando lo expuesto en los antecedentes y la justificación del uso de fitofármacos, se elaboró esta investigación sin inconvenientes ni problemas éticos o legales.

RESULTADOS.

Participaron en el estudio 11 pacientes, 9 (81.81%) de ellos fueron de sexo femenino y 2 (18.18%) pertenecieron al sexo masculino. Tuvieron una edad (promedio±desviación estandar) de 31.27 ± 5.1 años. Los diagnósticos que se realizaron a los pacientes se observan en la tabla siguiente.

TABLA 1. DIAGNOSTICOS

PACIENTE	DIAGNOSTICO
1	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.
2	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.
3	BROTE PSICOTICO EN ESTUDIO.
4	TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO.
5	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
6	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
7	TRASTORNO AFECTIVO ORGÁNICO.
8	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
9	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.
10	TRASTORNO BIPOLAR I EN FASE MANIACA.
11	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGÁNICO.

Los pacientes que participaron en el estudio recibieron tratamiento 2.18 ± 1.4 días en promedio, a todos se les administró la misma dosis durante cada noche que consistió en 320 mg de V y 160 mg de M por dosis, el total de dosis en promedio fue de 349 ± 235.3 mg de V y 174.5 ± 117.6 mg de M. El promedio de horas de sueño fue de 4.3 ± 2.5 horas. El número de despertares fue de 3.8 ± 2.1 por paciente. El tipo de insomnio que presentó el paciente se encuentra en la tabla 2.

TABLA 2. TIPO DE INSOMNIO REPORTADO POR LOS PACIENTES

TIPO DE INSOMNIO	PACIENTES (número)	PORCENTAJE
INICIAL	3	27.2%
INTERMITENTE	9	81.8%
FINAL	1	9
MIXTO	2	18%

*Representan más del 100% porque los pacientes sufrían de diferentes tipos de insomnio.

Los efectos colaterales que reportaron los pacientes fueron: 65% de ellos se quejaron de sueño inquieto, 65% presentaron somnolencia diurna, y 65% reportaron no dormir con el tratamiento prescrito.

Los motivos de suspensión del tratamiento fueron en 1(9%) de los pacientes la persistencia del insomnio, a 9(81.8%) se les administraron BDZ porque sufrieron de agitación psicomotriz y 1(9%) porque se egresó del servicio.

Al comparar las calificaciones iniciales de los pacientes con las finales mediante la prueba "t" se obtuvo como resultado $t=00.1$ con una $p=0.49$.

DISCUSIÓN

De acuerdo a la información obtenida se obtienen los siguientes datos: en primer lugar es preciso mencionar que se realizó la investigación con muy pocos pacientes reportados con insomnio y fueron pocos a quienes se les indicó el hipnótico en estudio, pues en éste tipo de pacientes psiquiátricos no ha sido posible mantenerles un tiempo suficiente para comprobar el efecto hipnótico, porque fácilmente caen en estado de agitación siendo necesario suspenderse el fitofármaco y continuarse con una BDZ o un neuroléptico sedante.

Cabe mencionar que a pesar de los antecedentes donde se mencionaba una respuesta favorable del fitofármaco en el insomnio, en pacientes no psiquiátricos, siendo su uso más útil en casos leves, no se tiene el mismo efecto en pacientes psiquiátricos hospitalizados teniendo entendido que estos pacientes presentan cuadros psicóticos agudizados en donde es necesario administrar una BDZ para mantenerlos sedados.

Los pacientes que participaron en el estudio recibieron tratamiento 2.18 ± 1.4 días en promedio, a todos se les administró la misma dosis durante cada noche que consistió en 320 mg de V y 160 mg de M por dosis, el total de dosis en promedio fue de 349 ± 235.3 mg de V y 174.5 ± 117.6 mg de M. El promedio de horas de sueño fue de 4.3 ± 2.5 horas. El número de despertares fue de 3.8 ± 2.1 por paciente. El tipo de insomnio que presentó el paciente se encuentra en la tabla 2.

TABLA 2. TIPO DE INSOMNIO REPORTADO POR LOS PACIENTES

TIPO DE INSOMNIO	PACIENTES (número)	PORCENTAJE
INICIAL	3	27.2%
INTERMITENTE	9	81.8%
FINAL	1	9
MIXTO	2	18%

*Representan más del 100% porque los pacientes sufrían de diferentes tipos de insomnio.

Los efectos colaterales que reportaron los pacientes fueron: 65% de ellos se quejaron de sueño inquieto, 65% presentaron somnolencia diurna, y 65% reportaron no dormir con el tratamiento prescrito.

Los motivos de suspensión del tratamiento fueron en 1(9%) de los pacientes la persistencia del insomnio, a 9(81.8%) se les administraron BDZ porque sufrieron de agitación psicomotriz y 1(9%) porque se egresó del servicio.

Al comparar las calificaciones iniciales de los pacientes con las finales mediante la prueba "t" se obtuvo como resultado $t=00.1$ con una $p=0.49$.

DISCUSIÓN

De acuerdo a la información obtenida se obtienen los siguientes datos: en primer lugar es preciso mencionar que se realizó la investigación con muy pocos pacientes reportados con insomnio y fueron pocos a quienes se les indicó el hipnótico en estudio, pues en éste tipo de pacientes psiquiátricos no ha sido posible mantenerles un tiempo suficiente para comprobar el efecto hipnótico, porque fácilmente caen en estado de agitación siendo necesario suspenderse el fitofármaco y continuarse con una BDZ o un neuroléptico sedante.

Cabe mencionar que a pesar de los antecedentes donde se mencionaba una respuesta favorable del fitofármaco en el insomnio, en pacientes no psiquiátricos, siendo su uso más útil en casos leves, no se tiene el mismo efecto en pacientes psiquiátricos hospitalizados teniendo entendido que estos pacientes presentan cuadros psicóticos agudizados en donde es necesario administrar una BDZ para mantenerlos sedados.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos se llega finalmente a la conclusión que este tipo de fármaco no es de utilidad en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio. Pero queda considerar que si hay estudios que indican su utilidad en pacientes no psicóticos, esto da pauta a realizar estudios desde el punto de vista psiquiátrico, en pacientes neuróticos o posiblemente psicóticos controlados, esto es con el fin de buscar alternativas de tratamiento para no dar motivo al abuso en el uso de BDZ.

CONCLUSIONES

Los fitofármacos deben ser considerados como una alternativa de tratamiento para el insomnio, pero debe tomarse con cautela su administración en pacientes con episodios psicóticos agudos, ya que no se encuentran antecedentes de su utilización en este tipo de trastornos. Es necesario realizar ensayos clínicos, controlados rigurosamente para obtener información acerca de la aplicación de los fitofármacos en el caso de las psicosis.

BIBLIOGRAFIA

1. HEINZE G, ONTIVEROS M: La Fitofarmacología como tratamiento alterno en Psiquiatría. *Salud Mental*, 21(6), 1998.
2. TRUNZLER G: Tratamiento del insomnio con una combinación de extracto de valeriana y melissa. Laboratorios Farmasa Schwabe. Alemania, 1997.
3. HÄNZEL R: Información básica sobre los fitofármacos. Laboratorios Farmasa, Schwabe. Alemania, 1997.
4. DREBING M: Insomnio ¿Es la combinación de valeriana-melissa de un valor equivalente a las benzodiazepinas?. Laboratorios Farmasa, Schwabe. Alemania, 1992.
5. LOZOYA X, GOMEZ E, BRUNNER MAM: Neurofitofármacos. *Mundo Médico*, Julio:13-21, 1998.
6. EDITORIAL. Fitofármacos: grandes potenciales, pocos fondos. *The Lancet*, 343:8912, 1994.
7. ANONIMO: Halcion vs Valerian in the treatment of insomnia. *Jornadas Americanas de Medicina Natural*, 2(4):7-9, 1995.
8. MORAZZONI P. Valeriana *Officinalis*: uso tradicional y evaluación reciente de su actividad. *Fitoterapia*. 66(2), 1995.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos se llega finalmente a la conclusión que este tipo de fármaco no es de utilidad en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio. Pero queda considerar que si hay estudios que indican su utilidad en pacientes no psicóticos, esto da pauta a realizar estudios desde el punto de vista psiquiátrico, en pacientes neuróticos o posiblemente psicóticos controlados, esto es con el fin de buscar alternativas de tratamiento para no dar motivo al abuso en el uso de BDZ.

CONCLUSIONES

Los fitofármacos deben ser considerados como una alternativa de tratamiento para el insomnio, pero debe tomarse con cautela su administración en pacientes con episodios psicóticos agudos, ya que no se encuentran antecedentes de su utilización en este tipo de trastornos. Es necesario realizar ensayos clínicos, controlados rigurosamente para obtener información acerca de la aplicación de los fitofármacos en el caso de las psicosis.

BIBLIOGRAFIA

1. HEINZE G, ONTIVEROS M: La Fitofarmacología como tratamiento alterno en Psiquiatría. Salud Mental, 21(6), 1998.
2. TRUNZLER G: Tratamiento del insomnio con una combinación de extracto de valeriana y melissa. Laboratorios Farmasa Schwabe. Alemania, 1997.
3. HÄNZEL R: Información básica sobre los fitofármacos. Laboratorios Farmasa, Schwabe. Alemania, 1997.
4. DREBING M: Insomnio ¿Es la combinación de valeriana-melissa de un valor equivalente a las benzodiazepinas?. Laboratorios Farmasa, Schwabe. Alemania, 1992.
5. LOZOYA X, GOMEZ E, BRUNNER MAM: Neurofitofármacos. Mundo Médico, Julio:13-21, 1998.
6. EDITORIAL. Fitofármacos: grandes potenciales, pocos fondos. The Lancet, 343:8912, 1994.
7. ANONIMO: Halcion vs Valerian in the treatment of insomnia. Jornadas Americanas de Medicina Natural, 2(4):7-9, 1995.
8. MORAZZONI P. Valeriana Officinalis: uso tradicional y evaluación reciente de su actividad. Fitoterapia. 66(2), 1995.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos se llega finalmente a la conclusión que este tipo de fármaco no es de utilidad en pacientes psiquiátricos hospitalizados con insomnio. Pero queda considerar que si hay estudios que indican su utilidad en pacientes no psicóticos, esto da pauta a realizar estudios desde el punto de vista psiquiátrico, en pacientes neuróticos o posiblemente psicóticos controlados, esto es con el fin de buscar alternativas de tratamiento para no dar motivo al abuso en el uso de BDZ.

CONCLUSIONES

Los fitofármacos deben ser considerados como una alternativa de tratamiento para el insomnio, pero debe tomarse con cautela su administración en pacientes con episodios psicóticos agudos, ya que no se encuentran antecedentes de su utilización en este tipo de trastornos. Es necesario realizar ensayos clínicos, controlados rigurosamente para obtener información acerca de la aplicación de los fitofármacos en el caso de las psicosis.

BIBLIOGRAFIA

1. HEINZE G, ONTIVEROS M: La Fitofarmacología como tratamiento alterno en Psiquiatría. *Salud Mental*, 21(6), 1998.
2. TRUNZLER G: Tratamiento del insomnio con una combinación de extracto de valeriana y melissa. Laboratorios Farmasa Schwabe. Alemania, 1997.
3. HÄNZEL R: Información básica sobre los fitofármacos. Laboratorios Farmasa, Schwabe. Alemania, 1997.
4. DREBING M: Insomnio ¿Es la combinación de valeriana-melissa de un valor equivalente a las benzodiazepinas?. Laboratorios Farmasa, Schwabe. Alemania, 1992.
5. LOZOYA X, GOMEZ E, BRUNNER MAM: Neurofitofármacos. *Mundo Médico*, Julio:13-21, 1998.
6. EDITORIAL. Fitofármacos: grandes potenciales, pocos fondos. *The Lancet*, 343:8912, 1994.
7. ANONIMO: Halcion vs Valerian in the treatment of insomnia. *Jornadas Americanas de Medicina Natural*, 2(4):7-9, 1995.
8. MORAZZONI P. Valeriana Officinalis: uso tradicional y evaluación reciente de su actividad. *Fitoterapia*. 66(2), 1995.

9. SCHMIDT U, KRIEGER W, FRERICK H, SCHENK N: Alteraciones psicosomáticas y psicológicas. Valeriana y Melissa en lugar de fármacos sintéticos. Práctica para el médico familiar. *El médico general*, 14:15-19, 1992.
10. KALINA E: Clínica y farmacoterapéutica del mal uso o uso abusivo de benzodiazepinas. *Neuropsicofarmacología clínica*, 3(21):5-14, 1998.
11. WILLMAR SCHWABE. Valeriana y Melissa como alternativa en el tratamiento del insomnio contra benzodiazepinas. *Terapia herbolaria*, 42, 1992.
12. BALDERER G, BORBELY AA: Effect of valerian on human sleep. *Psychopharmacology*, 87:406-409, 1985.
13. FRERICK H, KUHN U: Low-risk therapy in psychoautonomic symptoms. *Jornadas de medicina naturista*. 9:410-415, 1990.
14. MENDEZ RAMIREZ. El protocolo de Investigación. Editorial Trillas. 2ª Edición. México 1991.
15. LOPEZ MUNGUÍA F: Tesis Recepcional. H.P.F.B.A. México, 1979.