

11241

47

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA.

Título:

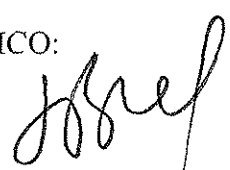
Percepción del Usuario de Psicofármacos Sobre la Actitud del Encargado de Farmacia al Expendir el Medicamento.

Tesis que se presenta para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría.

Alumno:

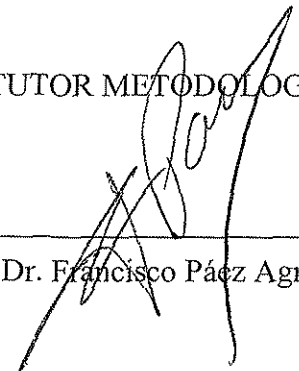
Dr. Gady Zabicky Sirot.

TUTOR TEORICO:



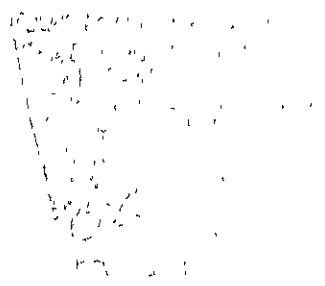
Dr. Héctor Pérez-Rincón García

TUTOR METODOLOGICO:



Dr. Francisco Páez Agraz.

8 de enero, 1999.
Ciudad de México.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



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.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis profesores por su paciencia,
a los pacientes por sus enseñanzas.

Instituciones Sede:

Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP).

Calzada México-Xochimilco N° 101, Tlalpan, Ciudad de México.

Director: Dr. Gerardo Heinze Martín.

Director Emérito: Dr. Ramón de la Fuente Muñiz.

De manera conjunta y conforme al programa de Postgrado de:

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica y Salud Mental.

Facultad de Medicina, Campus Ciudad Universitaria.

Jefatura de departamento: Dr. Alejandro Díaz Martínez.

Director: Dr. Alejandro Cravioto Quintana.

Rector: Dr. Francisco José Barnes de Castro.

Tutor Teórico:

Dr. Héctor Pérez-Rincón García.

Jefe del Departamento de Publicaciones del IMP. Editor de la revista Salud Mental.

Secretario del Comité de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica.

Profesor de Psicopatología en los cursos de postgrado en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM.

Vicepresidente de la Sociedad Internacional de Psicopatología de la Expresión, de la Fédération Internationale Francophone de Psychiatrie y de la Sociedad Franco-Mexicana de Psiquiatría y Salud Mental.

Miembro del Comité Internacional de las revistas “Annales Médico-Psychologiques” y “L’Evolution Psychiatrique” de Paris; “Santé Mentale” de Quebec; “Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina” de Buenos Aires, “Psicopatología” de Madrid.

Miembro de Sociedades Científicas de México, E.U.A., Francia, España e Italia.

Tutor Metodológico:

Dr. Francisco Páez Agraz.

Investigador asociado a la División de Neurociencias, Investigaciones Clínicas. IMP.

Sobre el autor:

Dr. Gady Zabicky Sirot.

Médico Cirujano por la Facultad de Medicina, Ciudad Universitaria, UNAM, 1996.

Actualmente cursando tercer año de la especialidad en Psiquiatría con sede en el IMP.

Tercer año del curso de Psiquiatría de la UNAM.

Índice:

I. Presentación.....	portada.
II. Título.....	portada.
III. Agradecimientos.....	1
IV. Instituciones sede.....	2
V. Tutores / Autor.....	2
VI. Índice.....	3
VII. Resumen.....	4
VIII. Introducción.....	6
IX. Antecedentes / Marco teórico.....	8
X. Justificación.....	30
XI. Planteamiento del problema.....	34
XII. Objetivos.....	35
XIII. Metodología.....	35
XIV. Resultados.....	45
XV. Discusión.....	51
XVI. Conclusiones.....	61
XVII. Anexos.....	65
XVIII. Glosario.....	67
XIX. Bibliografía.....	68

Resumen:

La ciencia y la medicina moderna permiten hoy día el manejo de ciertos padecimientos psiquiátricos con fármacos de manera exitosa. Para que los tratamientos farmacológicos funcionen apropiadamente, es indispensable el apego por parte del paciente a su tratamiento. El apego al tratamiento puede ser modificado o abandonado por los pacientes como resultado de su idiosincrasia, familia, sociedad, y mitos y estereotipos alrededor de los fármacos que se administra; los medios de comunicación y la cultura alientan y contribuyen con estas actitudes y conceptos. En nuestro país, las condiciones económicas y del sistema de salud en general, funcionan en parte mediante la prescripción de medicamentos, después de haberse estudiado y elaborado un diagnóstico en los distintos hospitales e instituciones y que han de adquirirse por cada paciente en establecimientos comerciales, comprando el medicamento. El paciente se pone en contacto con el encargado de la farmacia que le surte el producto, mismo que puede estar influenciado por muchos motivos con respecto al medicamento y obedeciendo a las necesidades del comercio. En ocasiones estos comentarios son negativos y desalientan al paciente, ya con prejuicios, y se vuelve proclive a abandonar el tratamiento. En muchos países de América Latina, se ha integrado al farmacéutico en farmacias hospitalarias para tratar de regir sobre su funcionamiento y normatividad y beneficiar al usuario y paciente, se han hecho seminarios y publicaciones al respecto. En nuestro país en cambio se ha detenido el estudio e integración al sistema de salud de estos individuos. Los establecimientos farmacéuticos, su personal, sus leyes y los productos que expenden, están sometidos a las leyes de la Ley General de Salud y otras afines, su carácter ante la ley es delicado. En México la cobertura de salud es todavía corta y existe una tendencia hacia la consulta de salud en medios alternativos al médico y a la automedicación. Por esto después de una amplia búsqueda bibliográfica, se elaboró un estudio transversal, descriptivo, para determinar prioritariamente la actitud que percibe el usuario de psicofármacos del encargado de la farmacia al expender el medicamento. Se elabora un cuestionario con preguntas abiertas y descripción sociodemográfica de los pacientes, así como de la actitud del encargado de farmacia al vender el medicamento. Se examina también el tipo de farmacia al que se acude y su ubicación. La muestra se compone de un censo de 150 pacientes localizados indiscriminadamente en la consulta externa del IMP y en el servicio de hospitalización, a los que se sometió por un solo el examinador, al cuestionario. Se escrutinaron las variables sociodemográficas de los pacientes, las relacionadas con la opinión del encargado de la farmacia, de las opiniones de los pacientes con respecto a la atención y actitud del encargado de farmacia, variables relacionadas con las características del paciente al momento de la compra y de la receta, así como las del tipo de farmacia y su localización en la Ciudad de México. Se analizaron también variables sobre los medicamentos prescritos y como todas estas variables se relacionan entre si. Se describieron las frecuencias y porcentajes para variables categóricas, con media y desviación standard para las continuas. Como prueba de hipótesis se utilizó X^2 con corrección de Fisher. como prueba de correlación ordinal se utilizó el coeficiente de *tau-b* de Kendall.

Se estableció que existe una relación entre el lugar de residencia de los pacientes y el lugar en donde se abastecen de medicamento. El 50.7% de los encargados de farmacia hicieron algún comentario al paciente, mientras que el resto se limitó a expender el

medicamento, al 14% de los que se les comentó algo en particular, se les exigió una receta completa, el 15% comentó primordialmente en el sentido de que la receta debía de permanecer en la farmacia, el 8% de los encargados de farmacia solicitó requisitos en la recetas no vigentes para su prescripción, el 11.3% no vendió el medicamento, 4.7% argumentó que el medicamento solicitado no estaba en existencia, a 2.7% se les ofreció un medicamento similar y finalmente, a un 4.7% se les hizo un comentario francamente negativo sobre el fármaco. Los pacientes tuvieron una opinión negativa del trato y de la actitud del EF en la misma medida en la que este intervino con algún comentario. Los pacientes a los que se les negó el medicamento opinaron negativamente de la actitud del farmacéutico, al igual que a los sujetos a los que se les hizo un comentario negativo. Las Benzodiazepinas fueron los medicamentos que mas provocaron respuestas en los encargados de farmacias y también fueron las que mas hicieron al encargado comentar que tenía que retener la receta. Las Benzodiazepinas también fueron el medicamento mas negado. A los pacientes que tenían una apariencia fuera de lo socialmente aceptado, es decir con un *habitus* externo bajo, se les negó el medicamento con mas frecuencia.

Palabras clave: Apego, actitud, encargado de farmacia, psicofármacos.

Introducción:

La elaboración del proyecto de tesis como la culminación de la formación de un psiquiatra, demanda de la aplicación de todos los conocimientos y habilidades adquiridos durante la residencia de especialización. El proyecto de tesis constituye de hecho un génesis de nuevo conocimiento y se coloca como eslabón para sostener conocimiento futuro; representa un gran reto epistemológico conformar un concepto y hacerlo operativo.

Este estudio requirió de suficiente experiencia y de trabajo clínico obtenido mediante el contacto con los enfermos y sus familias a lo largo de tres años. Fue necesario también aplicar información especializada con respecto a farmacología, a aspectos médico-legales, sistemas de clasificación, organización hospitalaria y sistemas cibernéticos especializados; se requirió de búsquedas bibliográficas y de conocimiento del entorno social en el que se desenvuelve el enfermo psiquiátrico en la Ciudad de México.

El proyecto fortifica nuestro enfoque científico para abordar distintos tipos de fenómenos y su análisis, se hace ciencia al utilizar información previa ya aceptada y al ajustar al método científico nuestras preguntas, y respuestas.

Para la maduración y crítica de la investigación, se ofrece por parte de la Universidad un ámbito de cercanía entre el alumnado y profesorado en el marco del curso universitario, lo que sin duda siempre reditúa en un enriquecimiento de ambas partes, mantiene vivas a las aulas universitarias y promueve el desarrollo intelectual y profesional, ético y humanístico de todos los involucrados. Concomitantemente se perfeccionan las habilidades técnicas y analíticas pertinentes en todo médico, poniendo al alcance el entendimiento de una gama virtualmente infinita de literatura científica.

Pero, como objetivo crucial del proyecto de tesis, considero se encuentra el de despertar la curiosidad científica y de conocimiento al apostar por el esclarecimiento de preguntas genuinas y de interés que se han gestado dentro de los médicos y los servidores de salud en general, como producto de la atención y servicio al que nos hemos dado.

La perfección metodológica en la investigación en psiquiatría es inalcanzable. Esto constituyó un elemento no fácil de dominar durante el presente, mantuvimos en toda

medida posible una claridad metodológica en aras de la confiabilidad del estudio, sin embargo, durante su realización detectamos aspectos perfectibles para estudios posteriores sobre estas mismas variables de percepciones actitudinales y, en el área de la farmacia y la farmacéutica, líneas de investigación sobre las cuales y como objetivo paralelo del estudio, se investigaron y conceptualizaron amplia y minuciosamente para dar un valor heurístico al trabajo de manera simultánea con lo que se obtuvo a través de los modelos bioestadísticos.

Antecedentes / Marco Teórico:

Esta última mitad de siglo ha presenciado avances sin precedentes históricos en lo que a medicina y farmacología se refiere, incluyendo evidentemente, al campo de la psicofarmacología. Los logros obtenidos en esta materia han ocurrido de manera paralela con muchos otros descubrimientos, invenciones e ideas innovadoras, que abarcan desde la tecnología mas sofisticadamente aplicada, hasta los paradigmas mentales de los individuos y las sociedades, que se transforman y se sintetizan.

El armamentario farmacoterapéutico con el que contamos hoy día los servidores de salud mental, específicamente los psiquiatras, es rico y diverso, se incluyen en el las sales en su forma casi natural, los derivados de sustancias del reino vegetal, animal y fungi, derivados semisintéticos y sintéticos puros, aplicaciones de terapia génica, moléculas diseñadas para requerimientos estrictos, e incluso tenemos otros tratamientos por medios eléctricos y magnéticos. Las aplicaciones teóricas imaginables de la farmacopea actual son realmente ilimitadas; podemos diseñar moléculas específicas derivadas de sustancias inertes y orgánicas, podemos manipular los sitios de acción de estas moléculas en distintas direcciones dentro de diversos sistemas en un organismo, es posible conjuntar sustancias para obtener reacciones sobre terceras, hemos identificado los distintos niveles de acción de un fármaco dentro de una cascada de sucesos y los lugares donde es posible incidir con objeto de prevención, diagnóstico, mantenimiento, paliatividad y cura.

El ejercicio y la investigación clínica nos han enseñado que los fármacos que utilizamos son eficaces para atender las necesidades de individuos que se presentan como pacientes psiquiátricos en los distintos lugares donde se brinda atención de salud mental. En gran medida los postulados teóricos coinciden con los resultados cuantificables en nuestros pacientes e investigaciones, no obstante, y acercándonos más al núcleo de este estudio, hemos de comentar que existen otros elementos involucrados en la administración de una sustancia específica a un organismo determinado que son capaces de modificar los resultados de un tratamiento psicofarmacológico Solo para mencionar algunos obvios: educación y escolarización (necesarias para comprender un mínimo de las indicaciones y de los efectos esperados de un fármaco, así como de sus posibles molestias y efectos

colaterales), el costo del medicamento, la cultura e idiosincrasia de cada individuo y, el actuar y la influencia de los personajes involucrados en la prescripción, producción, comercialización y venta de los medicamentos industrializados y finalmente expendidos en las farmacias y otros centros de venta.

Para obtener los resultados deseados en un régimen farmacoterapéutico, es indispensable que el sujeto de estudio o paciente en tratamiento siga las indicaciones dadas con respecto a tipo de medicamentos, dosis, duración de tratamiento, horarios de toma y demás. A este concepto de adherencia a las instrucciones e indicaciones terapéuticas se ha dado por llamarle “apego”(1). Es del conocimiento general que este apego es crucial para obtener la mejoría buscada bajo un tratamiento.

Si conceptualizamos al paciente psiquiátrico como participante individual en un sistema general(2), asumimos que este individuo interacciona con una diversidad de elementos que juegan un papel importante en su desarrollo vital y en la evolución dentro de su enfermedad. Por ejemplo, el paciente y sus seres allegados deben de distinguir entre su estado “patológico” y lo que marca su entorno sociocultural como “normal”, también ha de decidirse que tipo de atención solicitar de las existentes y accesibles, si es que se ha llegado a la conclusión de que existe algún problema. Es aquí un punto de convergencia entre las investigaciones de naturaleza psiquiátrico-epidemiológica y las de corte sociológico, demográfico, antropológico e incluso mercadotécnico. Es por tanto, menester del psiquiatra estudiar y contender con todos los elementos en los que el paciente esta inmerso fuera del consultorio y que pudiesen alterar sus estrategias terapéuticas.

Ya definida la problemática, si se decide que la ayuda a solicitar es de tipo psiquiátrico (léase neuropsiquiátrico, neurológico, psicoterapéutico, psicológico), este individuo y sus seres cercanos habrán de interactuar con un nuevo subsistema que denominaremos “opción psiquiátrica”. La persona se convierte en paciente, los familiares en familia de paciente; es necesario ajustarse a citas estrictas mismas que en ocasiones representan traslados largos y costosos, se presenta el sometimiento al escrutinio clínico y paraclínico, que en ocasiones es caro e intervencionista y, se introduce al sujeto y sus personas satélite al mercado farmacéutico, que implica a su vez gastos, traslados, recetas y

conocimiento de las mismas y el contacto con el elemento humano que atiende el lugar de abastecimiento del fármaco.

Es importante anotar que un sujeto o una familia que se dirigen a un hospital o consultorio psiquiátrico, generalmente llegan a este cargados con información obtenida de antemano y expectativas sobre lo que sucederá en una dinámica psiquiátrica, así como de los tratamientos y resultados a esperar. En ocasiones los enfermos y su red primaria acuden a consulta optimistas, confiados y con información mas o menos veraz, y, en otras en cambio, se presentan hostiles, reticentes y con prejuicios negativos de esta opción.

Las actitudes y estereotipos preconcebidos (tanto los que tienen una connotación positiva como negativa) provienen de diversos orígenes: los medios masivos de comunicación (gráficos, T.V., radio)(3,4), de los atributos inherentes a nuestra población mexicana (como el ser un pueblo religioso o, las profundas raíces que tenemos en terapéuticas herbolarias y medico - tradicionalistas). También se generan por características propias de los medicamentos que se utilizan en estas terapéuticas, fármacos que están rodeados de mitos y creencias irreales así como de limitaciones verdaderas tales como efectividad parcial, efectos secundarios importantes y capacidad de producir dependencia en algunas clases de ellos. Influyen también los fragmentos de información obtenidos por contacto con familiares o conocidos que han tenido a su vez, relación con psiquiatras y tratamientos psicofarmacológicos, narraciones que suelen ser ambivalentes e inconclusas. Otro factor importante que determina estas actitudes son las particularidades de cada sujeto o grupo familiar, como pueden ser religión, tintes “machistas”, pobreza, bajo nivel educativo y presiones (externas y/o superyóicas) para “salir adelante echándole ganas...” y “...con fuerza de voluntad”.

Estudios europeos de escrutinio, como los realizados por Angermeyer(3) en 1993 en población alemana y por Benckert(4) sobre la misma muestra del primero, han expuesto muchas de las creencias que existen en diversas capas de la población alemana con respecto a los tratamientos psicofarmacológicos que son erróneas, muy generalizadas y conllevan a un mal apego a los tratamientos. Realizaron estudios de gran tamaño y con muestras amplias abarcando a pacientes, médicos, familiares de pacientes psiquiátricos y población común. Aparte de los resultados que obtienen en cumplimiento de sus objetivos, proponen

y retoman de lo ya realizado un modelo para conformar, muestrear y cuestionar sobre todos estos aspectos actitudinales y de contexto sociocultural y su repercusión en los tratamientos de los pacientes.

Angermayer(3), en la R.F. de Alemania en el año de 1990, condujo un estudio con 3,098 sujetos, estratificado polietápico, en colaboración con el *Center for Surveys, Methods and Analyses* (ZUMA). Presentó a estos sujetos con viñetas clínicas de a) un caso de esquizofrenia, b) un trastorno depresivo mayor y c) un trastorno por crisis de angustia (DSM-III-R). Posterior a la presentación de la viñeta se preguntó sobre métodos de elección para tratar a los problemas descritos, usando una escala de cinco puntos (desde “yo nunca recomendaría este tratamiento” hasta “yo recomendaría ampliamente este tratamiento”). Dentro de los métodos a elegir estaban “Psicoterapia”, “Psicofarmacoterapia”, “Psicoanálisis”, “Terapia conductual”, “Remedios naturales”, “Meditación”, “Yoga” y otros. Se cuestionó también en torno a los argumentos en favor y en contra de cada uno de los tratamientos postulados.

Aproximadamente 50% de los que terminaron la entrevista (69.6%) apoyaron a la psicoterapia como la mejor de las opciones y solo ocho sujetos se manifestaron en contra de esta forma. Solo 20% sostuvo que la farmacoterapia era la mejor opción para el manejo de estos problemas y 40% negó por completo a dicha elección. Se encontró también que existía una diferencia importante entre la opinión del público general y los que se consideraron expertos en el tema. Hallaron asimismo que se eligió por el público general al psicoanálisis para los problemas para los cuales los expertos consideraban que era totalmente desatinado, al parecer, los investigadores interpretan esto como un deseo de “arrancar el problema de raíz”, propiedad atribuible al psicoanálisis. En el rubro de la psicofarmacología se detectó que las Benzodiacepinas (BDZ) fueron objeto de un mayor rechazo y temor por la población general.

50% de los encuestados poseían la visión que los tratamientos medicamentosos para estos problemas solo tratan síntomas y no atacan el fondo del problema, que son sedantes y que los medicamentos solo colocaran un “lente color de rosa ante la vida” y no permitirán que se resuelva el supuesto conflicto subyacente. Dos tercios de los respondedores afirmaron que los pacientes que se medican corren un gran riesgo de convertirse en adictos

a las sustancias. Hallaron incluso que los sujetos preferían los métodos alternativos que los psicofarmacológicos.

El Autor asume que un individuo que padece de un trastorno mental comparte sus estereotipos con los de la generalidad de la población y que el contacto con los diversos tipos de tratamientos se pueden modificar por el contacto con cada uno de ellos, por ejemplo, los que han recibido psicoterapia tenderán a estar mas a favor de ella y en cambio los que han recibido psicofármacos tenderán a ser mas renuentes a tomarlos, posiblemente por haber en un pasado presentado complicaciones indeseables de los tratamientos, recuerda que durante el estudio realizado en 1990 la farmacopea se componía por una mayor proporción de Neurolépticos (NLP) que hoy día, básicamente por la novedosa presencia de antidepresivos diversos.

Benckert(4), en 1997 y siguiendo el modelo de Angermayer realizó un estudio de escrutinio también en Alemania, para investigar las opiniones públicas sobre los psicofármacos y un análisis de los factores que influyen sobre la aceptación o el rechazo de estos. Realizó una encuesta conjuntamente con el Departamento de Demoscopia en Allensbach de 2,176 sujetos representativos de la población alemana. Se aplicaron por expertos entrevistas estructuradas y se utilizaron viñetas clínicas para describir padecimientos psiquiátricos (DSM-III-R) y para averiguar cuales tratamientos se proponían para cada trastorno, se investigó la diferencia de opinión de los psicofármacos con relación a medicamentos cardiovasculares. Se indagó sobre los medios de información del público, las experiencias personales con psicopatología y con psicofarmacoterapia, sobre la disposición a hablar de psicopatología con la familia y/o con extraños y se valoró la información obtenida de los medios de información. El estudio incluyó también actitudes ideológicas y midieron elementos complejos aislados con cuasi-escalas (tales como “miedo a perder el control”). Para analizar las causas de rechazo/aceptación de los psicofármacos, se escrutinaron variables como “opiniones sobre la acción y los efectos de los psicofármacos” como factores predictores de “Aceptación de medicación para el tratamiento de psicopatología específica” y como producto de esto se aglutinaron tres grupos, “convencidos”, “opponentes convencidos” e “indecisos”; se efectuó una análisis para determinar que factores deciden sobre estas posiciones.

El 76% de los encuestados opinaron que la esquizofrenia debe de tratarse con psicoterapia y el 8% con medicamentos, la misma tendencia se observo al cuestionar sobre la depresión y la manía. De los casos clínicos cortos, mas de dos tercios se negó a medicar a pacientes con depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo y manía. Sobre el concepto abstracto de “enfermedad mental severa”, al no ofrecer otra opción, 42% estaba a favor, 22% en contra y 36% indecisos de medicar a los enfermos.

Al comparar fármacos psicoactivos contra cardioactivos, la población adjudicó efectos secundarios severos en un 36% para los primeros y 8% para los segundos. El 42% se manifestó con temor a “perder el control” con los primeros y el 8% con los segundos.

Detectaron por otra una gran desinformación sobre las características reales de los psicofármacos, la mayoría de ellos les considero “estimulantes” o “drogas adictivas” aunque no cumplieran con estas condiciones (34% y 28% respectivamente).

El 26% de los encuestados conocía a alguien con algún tipo de psicopatología (exceptuando toxicomanías) y el 72% a alguien con hipertensión arterial. Los sujetos se mostraron abiertamente mas dispuestos a hablar de enfermedades médicas como Diabetes Mellitus, artropatías o hipertensión y por otro lado las enfermedades mentales solo se discutirían con familiares y una buena proporción no lo comunicaría a nadie.

Muy pocas personas recordaban reportes en los medios de comunicación sobre esquizofrenia, depresión o manía, pero en cambio recordaban bien lo referente a las toxicomanías y SIDA. La información provenía de periódicos en un 54%, de revistas para mujeres 26%, otras revistas 49%, T V 48% y semanarios 21%.

Se descubrió la presencia de reportes con naturaleza negativa en cuanto a la “degeneración por el alcohol” 74%, efectos colaterales de psicofármacos 46%, uso inadecuado de psicofármacos 50%, crímenes de pacientes psiquiátricos 64%; los temas con naturaleza positiva fueron referidos en 20% por “fármacos novedosos en investigación” y 17% en los “fármacos que ayudan a recuperar una vida normal”.

Los “convencidos” y los “indecisos” se agregan en cuanto a “referencias de los medios de comunicación positivas y negativas sobre psicopatología y psicofármacos” y en cuanto a “referencias de los medios sobre enfermedad mental en general”. Los “convencidos” y los “opponentes convencidos” fueron distinguibles por “referencias de los

medios positivas y negativas sobre psicopatología y psicofármacos”, “conocimiento de los psicofármacos en general” y “creencias sobre acción y efectos colaterales de los psicofármacos”

Van Putten(5), ha sacado a la luz de los clínicos muchas de las creencias y conocimientos sobre psicofarmacología de la población general y de las personas involucradas de alguna manera con manejos psiquiátrico-farmacológicos, hace una amplia narración sobre una bastante evidente desinformación generalizada y la prevalencia de conceptos erróneos sobre los tratamientos en grandes grupos de la población general. El utiliza a pacientes primordialmente psicóticos y esquizofrénicos acercándose a la problemática de la consciencia de enfermedad en relación con el apego al tratamiento, tema importante pero distante de la materia de este estudio; es interesante también su planteamiento alrededor de cierta ambigüedad que existe por parte del gremio médico ante estas actitudes y conceptos sobre la medicación psicofarmacológica.

La misma experiencia se ha recogido en estudios análogos en nuestro país, concretamente en el IMP y que están hoy en vías de publicación.

Al solicitar atención psiquiátrica y recibir un abordaje medicamentoso, el paciente y su red primaria se interrelacionan con el comercio y la industria de medicamentos, que se extiende desde conglomerados industriales transnacionales, hasta el Encargado de Farmacia (EF) que al dialogar con el paciente (que en el momento de la compra es un cliente), vende el medicamento, entabla una relación con el y se ve influenciado por su opinión tanto explícita como implícita.

Es importante hacer hincapié en que el término que se ha elegido para esta investigación, es el de “Encargado de Farmacia” (o “EF”), y no denominaremos a este sujeto de estudio “Farmacéutico”, ya que esto implicaría un entrenamiento formal de tipo técnico con reconocimiento académico. Por otra parte y en relación a esto, en las farmacias del país se requiere por la Ley General de Salud (LGS)(6), que estas cuenten con un responsable legal y que se conoce jurídicamente también como EF, no se utiliza esta acepción y con EF se hace referencia a la persona que atiende al consumidor en el establecimiento, que como es de conocimiento popular puede ser un empleado sin

escolaridad y poca capacitación; por el momento no existe literatura para respaldar esta afirmación.

Con las disposiciones legales ya vigentes y las recientemente aceptadas como la Ley de Medicamentos Genéricos Intercambiables (LMGI)(7,8,9,10), los requerimientos de venta y las características de la prescripción, la situación de las farmacias y demás establecimientos así como la gente que allí trabaja expendiendo medicamentos deben de actuar bajo esquemas y normas claras y definidas, establecidas en miras de un control adecuado de medicamentos que pudiesen conllevar un riesgo y para proporcionar seguridad e información al consumidor - paciente. Las farmacias y sus empleados en los diversos quehaceres del establecimiento, están regidos por múltiples normas de la LGS, de la LMGI y por una farmacopea mexicana, sobre los añadidos meramente jurídico-legales y normativos se han apartado unos párrafos mas adelante.

Todo este contacto con el sistema de la farmacéutica ha provocado la creación de ideas dirigidas a controlar el efecto que el EF pudiera tener y, volviendo a la arena del sistema general(2), se introduce el concepto de la Farmacia Hospitalaria (FH). Según lo que ya se ha expuesto, la farmacia y el EF tienen un papel definido en el tratamiento de los pacientes y por este motivo han sido integrados en algunos esquemas integrales de servicios de atención a los pacientes, y, también han sido objeto de estudio tanto los funcionamientos de los centros físicos de suministro del medicamento como el de los integrantes humanos de estos servicios.

En Brasil, en octubre de 1982 se llevó al cabo un seminario internacional, en el que participaron numerosos países de América Latina, organizado por el Ministerio de Educación y la Secretaria de Educación Superior y teniendo como tópico central a la FH (Primer Seminario de Farmacia Hospitalaria)(11). La transcripción y análisis de los seminarios fueron publicados a su vez por estas mismas instancias en una serie de cuadernos(12), narramos a continuación extractos que consideramos de interés para este estudio, que se discutieron en este encuentro y en el texto producto de el.

Pereira(13) durante este seminario, expuso como el farmacéutico hospitalario puede colaborar para alcanzar un buen funcionamiento del hospital y repercutir en el bienestar de los pacientes. Ilustra los puntos de incidencia de un farmacéutico, el respeto a sus

habilidades profesionales conjuntamente con el delegarle ciertas actividades específicas. Habla también de lo conveniente de una formación profesional de estos trabajadores de salud, de su integración al laboratorio de análisis clínicos, de su adiestramiento en la farmacia clínica y de nociones de farmacología clínica, así como de intoxicaciones medicamentosas y plantas tóxicas.

Cunha(14) habla sobre un evento en particular, el “Alta Médica”. Se abunda sobre un sistema de orientación a los pacientes que se egresan de un internamiento psiquiátrico (*Instituto do Corao, no Estado de São Paulo-Brasil*). Su objetivo principal es la participación integral del farmacéutico y el resto del equipo de salud en el completo entendimiento de todo el proceso de la medicina socializante, que son la prevención, la cura y la rehabilitación. Presenta una propuesta de orientación farmacológica y la integración al organigrama del hospital de estas consideraciones, que incluyen entre otras la seguridad de el abastecimiento del paciente, la toma adecuada del medicamento, el no abuso, la resolución de dudas menores y la detección de posibles interacciones peligrosas importantes.

Pereira(15) trae a la discusión los aspectos de la formación y entrenamiento de los farmacéuticos, manifiesta su inquietud incluso por formar específicamente a farmacéuticos especialistas, haciendo hincapié en la necesidad de reformar desde sus conceptos y bases la formación de los farmacéuticos, dando cabida para el estudio mas profundo de los medicamentos que utilicen y sus características y que se conviertan por lo tanto en experto de psicofármacos o de otra especialidad en la que se desempeñe, ya que recordemos los farmacéuticos también están implicados en el manejo de antibióticos y resistencias bacterianas así como con otras particularidades de otras ramas de la medicina. Insta a formar farmacéuticos capaces de trabajar en comunidad y de entrenarles para la atención específica en farmacias públicas y hospitalarias.

Ya fuera del Seminario pero coincidente en el tiempo, Hidalgo y colaboradores(16) entre 1982 y 1983 el Hospital San Juan de Dios de la Plata en Buenos Aires, realizaron una experiencia piloto para integrar a los residentes farmacéuticos al equipo de salud en las salas de internamiento. Una vez asimilado al grupo de atención, el farmacéutico en formación se une a los pases de visita y a la programación y discusión de los tratamientos

junto con el cuerpo médico. Esta experiencia permite conocer a fondo todos los problemas relacionados con los medicamentos, la supervisión de la toma de los fármacos, y permite el control estricto del uso de psicofármacos e hipnoanalgésicos. Por su parte el médico recibe del farmacéutico información sobre la existencia e inventarios de medicamentos, de sus características y de su uso racional y otros aspectos que redundan en la calidad de la atención médica y disminución en los costos. Dentro de las tareas que se efectuaron, destaca la confección de referencias terapéuticas con un enfoque totalizador que abarca a la patología, el problema psicosocial y el costo del medicamento. Se investigó la farmacodinamia, farmacocinética, vía de administración y toxicidad de los medicamentos con el objeto de poder realizar una actividad clínica de rigor. Por último se recalca el beneficio del paciente como consecuencia de la vinculación del médico y el farmacéutico, y, el ahorro de los recursos hospitalarios que implica el control del consumo de medicamentos por parte del farmacéutico.

Otro tema de suma trascendencia en relación con lo que nos ocupa es lo referente a la automedicación. Badilla(17) retoma este tema y resalta la importancia de que la actitud del farmacéutico se oriente a fungir como un educador en el campo de la salud y como influir sobre las complicaciones que tiene la automedicación sobre la salud, ella incorpora a este rubro como importante para alcanzar las metas programadas por la Declaración de Alma-Ata avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su país, Costa Rica, lugar que ha dado marco a sus investigaciones.

Continuando con los antecedentes generados en nuestra América Latina, Quinteros(18) en El Salvador, hace un análisis y propuestas sobre la atención de la FH, implementando las funciones básicas del servicio con la participación de un farmacéutico y seis alumnos del último semestre de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de El Salvador. Considera que la dispensación del medicamento y la información que se le brinda es función del profesional y donde el auxiliar asume su papel de colaboración. Desarrollaron un sistema piloto de surtido de medicamentos por dosis unitaria y diseñaron un programa de computo para proporcionar información sobre los niveles de decisión en el suministro y uso de medicamentos. Propone también la formación de comités de farmacia para establecer el uso de la receta en el paciente hospitalizado

normas para la prescripción y adecuación del cuadro básico institucional. En Panamá, dentro del Hospital Nicolás A. Solano, implementó un servicio de dispensación de dosis unitarias en 16 camas de un hospital de 219, donde hay un EF de tiempo completo, mismo que suministra medicamentos e insumos médicos a 11 centros de salud de la región y para la atención de los pacientes que acuden al hospital, se cuenta con una farmacia comunitaria supervisada por el profesional del establecimiento.

En el foro de otro seminario, mas reciente, Jorge de Corral(19) expone cinco ponencias centrales presentadas con la finalidad de motivar la discusión en función del rol del farmacéutico en la salud pública, de su ejercicio profesional, de su formación y su educación, registro y control de calidad de medicamentos, crisis y sistema de suministros y la respectiva propuesta de solución para cada problema identificado de los aspectos presentados.

Olivares(20), se detiene a investigar un aspecto crucial para este estudio, la “receta retenida”. Para investigar el conocimiento que poseen los médicos y los químico-farmacéuticos sobre el uso de la receta retenida y la legalidad vigente, realizó un estudio descriptivo, prospectivo, que consistía en un estudio de simulación en farmacias del área oriente de Santiago y encuestó a químico-farmacéuticos y médicos durante un mes en 1990. Se concluyó que en mas de un tercio de las farmacias la receta retenida no se recibe conforme a la ley. Solo se rechazaron un 15.6% de las recetas incompletas presentadas. El 78.3 de los farmacéuticos desconocen los requisitos legales que debe de llevar la receta retenida, y no cumple con los objetivos de esta que es evitar la venta indiscriminada de ciertos medicamentos y la farmacodependencia.

La propia OMS(21) ha dictado sus posiciones y normas con respecto a la FH y la función del farmacéutico, emitió un boletín donde citan muchas de las posturas y actualidades al respecto, mismas que no se citan de nueva cuenta para evitar redundar en nociones ya vertidas en párrafos arriba.

Acerca de México(22), la búsqueda minuciosa de información en estas esferas es mas bien infructuosa. En un manual emitido por la Secretaría de Salud (SS) en 1993, se toma a la farmacia como un vector de información médico-sanitaria dirigido a fomentar y difundir los programas prioritarios de salud, en especial a la planificación familiar. Dicho

documento tiene como sujetos blanco a los dueños y trabajadores de las farmacias. En este se contemplan los siguientes programas: 1. El farmacéutico en la atención primaria de salud. 2. Actualización y capacitación en aspectos legales de la farmacia. 3. Elementos básicos de farmacología. 4. Enfermedades diarreicas agudas y terapia de rehidratación oral. 5. Infecciones respiratorias agudas. 6. Esquema básico de vacunación. 7. Primeros auxilios. 8. Sexualidad humana. 9. Planificación familiar y salud reproductiva. 10. Orientación y consejería en métodos anticonceptivos. 11. Métodos anticonceptivos. 12. Enfermedades de transmisión sexual. 13. SIDA.

La LGS establece que existe una farmacopea mexicana que rige las cuestiones técnicas sobre medicamentos y por otro lado se deben de someter a los demás artículos de la misma LGS y de lo publicado en le DOF.

Con objeto de dar homogeneidad al lenguaje y aclarar puntos específicos de tipo normativo y jurídico-legal, mencionaremos algunos fragmentos de la LGS relacionados con el tema. Por encima de este código de leyes, solo se encuentra la Carta Magna del país por lo que se considera el parámetro mas adecuado. Algunos fragmentos se citan íntegros, otros sintetizados y otros resumidos con algunos comentarios añadidos, cuando esto suceda, se le hará saber al lector que esto es así mediante un entrecorillado. Los títulos, subtítulos y capítulos no fueron modificados.

Título Decimoprimer, Programas contra las adicciones.

Cap. IV, Programa contra la farmacodependencia:

En su Art.193 señala que los profesionales de salud que prescriban sustancias capaces de producir dependencia deben de atenerse a lo relativo de esta ley, comentado mas adelante.

Título Decimosegundo, Control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación.

Cap. I, Disposiciones comunes:

Art. 194 Bis: "Para los efectos de esta ley se considera insumo para la salud: Los medicamentos, sustancias psicotrópicas, estupefacientes y las materias primas y aditivos

que intervengan para su elaboración; así como los equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, material quirúrgico, de curación y productos higiénicos, estos últimos en los términos de la fracción sexta del Art. 262 de esta ley” (sic).

Art. 195: “La Secretaría de Salud emitirá las normas oficiales mexicanas a que deberá ajustarse el proceso y las especificaciones de los productos a que se refiere este título. Los medicamentos estarán normados por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

La Secretaría de Salud mantendrá permanentemente actualizada la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos para lo cual contará con un órgano asesor” (sic).

Art. 197.: “Para los efectos de esta ley se entiende por proceso el conjunto de actividades relativas con la obtención, elaboración, fabricación, preparación, conservación, mezclado, acondicionamiento, envasado, manipulado, transporte, distribución almacenamiento y expendio o suministro al público de los productos a que se refiere en el Art. 194 de esta ley” (sic).

Art. 204: “Los medicamentos y otros insumos para la salud, los estupefacientes, sustancias psicotrópicas y productos que los contengan así como los plaguicidas, nutrientes vegetales, sustancias tóxicas o peligrosas deberán contar con autorización sanitaria en los términos de esta ley y demás disposiciones aplicables”(sic).

Cap. IV, Medicamentos:

Art. 221: “Para los efectos de esta ley, se entiende por:

I. Medicamentos: Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutico y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas (...);

II. Fármaco: Toda sustancia natural, sintética o biosintética que tenga alguna actividad farmacológica y que se identifique por sus propiedades físicas, químicas o acciones biológicas, que no se presente en forma farmacéutica y que reúna condiciones para ser empleada como medicamento o integrante de un medicamento;

III. Materia Prima: Sustancia de cualquier origen que se use para la elaboración de medicamentos o farmacos naturales o sintéticos;

IV. Aditivo: Toda sustancia que se incluya en la formación de los medicamentos y que actúe como vehículo, conservador o modificador de algunas de sus características para favorecer su eficacia, seguridad, estabilidad, apariencia o aceptabilidad;

V. Materiales: Los insumos necesarios para el envase y empaque de los medicamentos”(sic).

Art. 222: “La Secretaria de Salud solo concederá la autorización correspondiente a los medicamentos, cuando se demuestre que las sustancias que contengan reúnan la características de seguridad y eficacia exigidas, y tomará en cuenta , en su caso, lo dispuesto en el Art. 428 de esta Ley”(sic).

Art. 224: “Los medicamentos se clasifican:

A) Por su forma de preparación en:

I. Magistrales: cuando sean preparados conforme a la fórmula prescrita por un médico;

II. Oficinales: Cuando la preparación se realice de acuerdo a las reglas de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos;

III: Especialidades farmacéuticas: Cuando sean preparados con fórmulas autorizadas por la Secretaría de Salud, en establecimientos de la industria químico-farmacéutica.

B) Por su naturaleza:

I. Alopático: Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas, y se encuentre registrado en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos para medicamentos alopáticos.

II: Homeopáticos: (...),

III: Herbolarios: (...)”(sic).

Art. 225: “Los medicamentos, para su uso y comercialización, serán identificados por sus denominaciones genérica y distintiva. La identificación genérica será obligatoria. En la denominación distintiva no podrá incluirse clara veladamente la composición del

medicamento o su acción terapéutica. Tampoco indicaciones en relación con enfermedades, síndromes, síntomas, ni aquellas que recuerden datos anatómicos o fenómenos fisiológicos, excepto en vacunas y productos biológicos. Las disposiciones reglamentarias determinarán la forma en la que las denominaciones señaladas deberán utilizarse en la prescripción, publicidad, etiquetado y en cualquier otra referencia”(sic).

Art. 226: “Los medicamentos, para su venta y suministro al público, se consideran:

I. Medicamentos que solo pueden adquirirse con receta o premiso especial, expedido por la Secretaría de Salud, de acuerdo a los términos señalados en el Cap. V.

II. Medicamentos que requieren para su adquisición receta médica que deberá retenerse en la farmacia que la surta y ser registrada en los libros de control que al efecto se lleven, de acuerdo con lo términos señalados en el Cap. VI de este Título. El médico tratante podrá prescribir dos presentaciones del mismo producto como máximo, especificando su contenido. Esta prescripción tendrá vigencia de 30 días a partir de la fecha de la elaboración de la misma.

III: Medicamentos que solamente pueden adquirirse con receta médica que se podrá surtir hasta tres veces, las cual debe de sellarse y registrarse cada vez en los libros de control que al efecto se lleven. Esta prescripción se debera retener en el establecimiento que la surta en la tercera ocasión; el médico tratante determinará, el número de presentaciones del mismo producto y contenido de las mismas que se podrán adquirir en cada ocasión. Se podrá otorgar por prescripción médica, en casos excepcionales, autorización a los pacientes para adquirir anticonvulsivos directamente en los laboratorios correspondientes cuando se requieran en cantidad superior a la que se pueda surtir en las farmacias;

IV. Medicamentos que para adquirirse requieren receta médica, pero que pueden resurtirse tantas veces como lo indique el médico que prescriba;

V. Medicamentos sin receta, autorizados para su venta exclusivamente en farmacias y,

VI. Medicamentos que para adquirirse no requieren receta médica y que pueden expendirse en otros establecimientos que no sean farmacias. No podrán venderse medicamentos u otros insumos para la salud en puestos semifijos, módulos móviles o

ambulantes. La Secretaría de Salud determinará los medicamentos que integren cada uno de los grupos a que se refiere en el Art. anterior.

El proceso de los medicamentos a que se refieren las fracciones I y II del mismo Art. quedará sujeto a lo que disponen los Cap. V y VI de este título”(sic).

Art. 227 Bis: “Los laboratorios y almacenes de depósito y distribución de medicamentos a que se refieren las fracciones I y II del Art. 226 de esta ley, solo podrán expenderlos a los establecimientos que cuenten con licencia sanitaria que los acredite como droguerías, farmacias o boticas autorizadas para suministrar al público medicamentos que contengan estupefacientes o sustancias psicotrópicas”(sic).

En el Cap. V, Estupefacientes, se enlistan las sustancias consideradas tal por la LGS, en su Art. 234.

Se presenta una larga relación de 109 sustancias, de las cuales la gran mayoría están sujetas a ambientes de experimentación y otros muy particulares. De lo que interesa a la clínica psiquiátrica y sus ramas afines, rescatamos unas cuantas sobre las que comentamos ya que son estos los que se pudiesen encontrar los psiquiatras en el manejo de pacientes con enfermedades terminales, dolor crónico, actos quirúrgicos, problemas de toxicomanías y algunos trastornos frecuentes del desarrollo infantil.

Recordemos que ante los ojos de la ley, estos son medicamentos, de alto riesgo y control estricto:

Buprenorfina

Cannabis sativa, índica y americana o mariguana, su resina, preparados y semillas.

Coca (hojas de) (*erythroxilon novogratense*).

Cocaína (éster metílico de benzoilecgonina).

Dextropropoxifeno (α -(+)-4 dimetilamino-1,2-difenil-3-metil-2 butanol propionato).

Fentanil (1-fenetil-4-n-propionil-anilino-piperidina).

Heroína (Diacetilmorfina)

Metadona (6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanona).

Metilfenidato (éster metálico del ácido alfafenil-2-piperidín acético).

Opio.

Pentazocina.

El Art. 238 menciona las situaciones especiales en que estas sustancias serán utilizadas para fines de investigación (con debida autorización del protocolo o para fines médicos con su respectivo registro de investigaciones, estudios y conclusiones).

El Art. 239 habla de la Buprenorfina y el Metilfenidato como sustancias en las cuales la SS tiene interés especial en cuanto a decomisos u otros particulares.

El Art. 240, señala que solo los médicos, veterinarios zootecnistas y odontólogos podrán prescribir estos medicamentos bajo las condiciones especiales que la ley marque.

Art. 241: “Las prescripciones de estupefacientes se harán en recetas especiales, que contendrán, para su control, un código de barras asignado por la SS, o por las autoridades sanitarias estatales, en los siguientes términos:

I. Las recetas especiales serán formuladas por los profesionales autorizados en los términos del Art. 240 de esta ley, para tratamientos no mayores de 30 días, y

II: La cantidad máxima de unidades prescrita por día deberá ajustarse a las indicaciones terapéuticas del producto”(sic).

Cap. VI, Sustancias psicotrópicas.

Art. 244: “Para los efectos de esta ley, se consideran sustancias psicotrópicas las señaladas en el Art. 245 de este ordenamiento y aquellas que determine específicamente el Consejo de Salubridad General o la Secretaría de Salud”(sic).

Art. 245: “En relación con las medidas de control y vigilancia que deberán adoptar las autoridades sanitarias, las sustancias psicotrópicas se clasifican en cinco grupos:

I. Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente para la salud pública”(sic).

En este Gpo. I existen 22 sustancias. De ellas, la mayoría están confinadas a su utilización en el ámbito de drogas de abuso o ilegales como se conocen comúnmente, entre ellas aparecen algunas que muy difícilmente se encuentren en nuestro país. Se recuperan las siguientes, que se consideran de interés: LSD, MDA, MDMA, Mezcalina (de las *lofoforas y anhalonium*), PCPY, Psilocina, Psilotsina, hongos alucinantes (*psylocybe, stopharia*), THC y diversos anfétaminoides como Brolamfetamina y Tenamfetamina.

II. “Las que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública y que son:

Amobarbital	Meclocualona
Anfetamina	Metacualona
Ciclobarbitol	Metanfetamina
Dextroanfetamina	Nalbufina
Fenetilina	Pentobarbital
Fenciclidina	Secobarbital”(sic).
Heptabarbitol	

III. “Las que tienen valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública”(sic).

En este Gpo. III se contienen 36 BDZ, muchas mas de las clinicamente útiles y también aparecen:

“Anfepramona	Glutetimida
Carisoprodol	Hidrato de cloral
Clobenzorex	Ketamina
Etclorvinol	Mefenorex
Fendimetrazina	Meprobamato
Fenfoporex	Trihexifenidilo” (sic).
Fentermina	

IV. “Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública”(sic).

Este Gpo. IV contiene 62 fármacos, incluyendo al Ácido Gamma Amino Butírico (GABA), a los Antidepresivos Tricíclicos (ADTC) (no todos los existentes en el mercado), algunos barbitúricos, algunas anfetaminas, la Buspirona, la Cafeína, la Carbamazepina (CBZ), NLP alifáticos y butirofenónicos, otros atípicos y de depósito (no todos los existentes en el mercado), la Fenelcina y la Isocarboxacida (Inhibidores de la Monoamino Oxidasa [IMAO]), Fenfluramina, la Levodopa, el Carbonato de Litio, la Naloxona, la Norpseudofedrina, el Tramadol, la Trazodona y los Valproatos.

Llama poderosamente la atención la no presencia de muchos otros medicamentos que pertenecen a este listado y que están ausentes, entre ellos, toda la gamma de Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS).

V. “Los que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria (...)”(sic).

Art. 246: “La Secretaría de Salud determinará cualquier otra sustancia no incluida en el artículo anterior y que deba ser considerada como psicotrópica para los efectos de esta ley, así como los productos, derivados y preparados que contengan. Las listas correspondientes se publicarán en el Diario Oficial de la Federación, precisando el grupo al que pertenece cada una de las sustancias”(sic).

Art. 251: “Las sustancias psicotrópicas incluidas en la fracción III del Art. 245 de esta ley, así como las que se prevean en las disposiciones aplicables o en las listas a que se refiere el Art. 246, cuando se trate del grupo al que se refiere la misma fracción, requerirán, para su venta o suministro al público, receta médica que contenga el número de la cédula profesional del médico que la expida, la que deberá surtirse por una sola vez y retenerse en la farmacia que la surta, de acuerdo las disposiciones de la Secretaría de Salud”(sic).

Art. 252: “Las sustancias psicotrópicas incluidas en la fracción IV del Art. 245 de esta ley, así como las que se provean en las disposiciones aplicables o en las listas en las que se refiere el Art. 264, cuando se trate del grupo a que se refiere la misma fracción, requerirán, para su venta o suministro al público, receta médica que contenga el número de la cédula profesional del médico que la expida, la que podrá surtirse hasta por tres veces, con una vigencia de seis meses, contados a partir de la fecha de su expedición y no requerirá de ser retenida en la farmacia que la surta las primeras dos veces”(sic).

Cap. VII, Establecimientos destinados al proceso de medicamentos.

Art. 257: “Los establecimientos que se destinen al proceso de los productos a que se refiere el Cap. IV de este título, incluyendo su importación y exportación se clasifican, para los efectos de esta ley, en:

I. Fábrica o laboratorio de materias primas para la elaboración de medicamentos o productos biológicos para uso humano;

II. Fabrica o laboratorio de medicamentos o productos biológicos para uso humano;

III. Fábrica o laboratorio de remedios herbolarios;

IV. Laboratorio de control químico, biológico, farmacéutico o de toxicología, para el estudio, experimentación de medicamentos y materias primas o auxiliar de la regulación sanitaria;

V. Almacén de acondicionamiento de medicamentos o productos biológicos y remedios herbolarios;

VI. Almacén de depósito y distribución de medicamentos o productos biológicos para uso humano y de remedios herbolarios;

VII. Almacén de depósito y distribución de materias primas para la elaboración de medicamentos para uso humano;

VIII. Droguería: El establecimiento que se dedica a la preparación y expendio de medicamentos oficinales y magistrales, además de la comercialización de especialidades farmacéuticas incluyendo a aquellas que contengan estupefacientes o psicotrópicos o demás insumos para la salud;

IX. Botica: El establecimiento que se dedica a la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquellas que contengan estupefacientes y psicotrópicos o demás insumos para la salud,

X. Farmacia: El establecimiento que se dedica a la comercialización de especialidades farmacéuticas incluyendo a aquellas que contengan estupefacientes y psicotrópicos, insumos para la salud en general y productos de perfumería, belleza y aseo;

XI. Establecimientos destinados al proceso de medicamentos para uso veterinario, y

XII. Los demás que determine el Consejo de Salubridad General”(sic).

Art. 258: “Los establecimientos a que se refieren las fracciones I, II, IV, y XI, del Art. anterior y los relativos a la demás fracciones cuando utilicen o suministren los productos señalados en la fracción I del Art. 198 de esta ley, señalados en la fracción I, (...) deberán contar licencia sanitaria correspondiente expedida por la Secretaría de Salud. Dichos establecimientos deberán poseer y utilizar la última edición de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y sus suplementos oficial elaborados por la propia Secretaría”(sic).

Art. 259: “Los establecimientos citados en el Art. 257 de esta Ley deberán contar con un responsable de identidad, pureza y seguridad de los productos.

Los responsables deberán reunir los requisitos establecidos en las disposiciones aplicables y serán designados por los titulares de las licencias o propietarios (...)”(sic).

Art. 260: “Los responsables sanitarios de los establecimientos a que se refiere el Art. 257 de esta ley, deberán ser profesionales con título registrado por las autoridades educativas competentes de acuerdo con los siguientes requisitos:

I. En los establecimientos a que se refiere en las fracciones I, IV, V y VI, deberá ser farmacéutico, químico farmacéutico biólogo, químico farmacéutico industrial, o profesional cuya carrera se encuentre relacionada con la farmacia (...).

III. En los establecimientos señalados en las fracciones III y VIII además de los profesionales citados en la fracción I podrá ser el responsable un médico;

IV. En los establecimientos señalados en la fracción IX y X únicamente requieren dar aviso de responsable aquellas que expensan medicamentos que contengan estupefacientes o sustancias psicotrópicas (...)”(sic).

Título Decimotercero, Publicidad.

Cap. Único:

Los Art. 310, 311 y 312, tratan sobre la publicidad sobre medicamentos y sus otros elementos relacionados. Se divide básicamente en “I. Publicidad dirigida a profesionales de salud, y II. Publicidad dirigida a población en general” (sic).

Título Vigésimoprimer, Insumos médicos, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Cap. I. Insumos médicos.

Art. 1134: “Se considera como receta médica, el documento que contenga la prescripción de uno o varios medicamentos, simples o compuestos en cualquier forma farmacéutica y que haya sido suscrito por:

I. Médicos cirujanos;

II. Médicos odontólogos;

III. Médicos homeópatas;

IV. Médicos veterinarios, en el área de su competencia;

V. Pasantes de cualquiera de las carreras anteriores, en servicio social, y

VI. Enfermeras y parteras.

Todos ellos, deberán estar registrados o autorizados por las autoridades competentes y efectuar la prescripción en casos relacionados con su respectiva área de ejercicio profesional.

Los pasantes y las enfermeras y parteras podrán prescribir , ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría”(sic).

Art. 1135: “La venta o suministro de la prescripción médica contenida en una receta, deberá ajustarse precisamente al medicamento expresado en la misma; toda sustitución queda estrictamente prohibida a menos que autorice quién prescriba”(sic).

Art. 1139: “Las especialidades farmacéuticas que ostenten en sus etiquetas, envases o empaques, la leyenda en la que se indique que su venta o suministro requiere de receta médica, solo podrán ser surtidas bajo esa condición”(sic).

Los Art. 1143, 1144, 1145, hablan sobre regulaciones para los medicamentos de plantas medicinales. No se encuentra especificación alguna con respecto a los llamados fitofármacos en particular.

Cap. III, Estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Art. 1179: “La receta con que se prescriben medicamentos que contengan estupefacientes o sustancias psicotrópicas del Gpo. II del Art. 245 de la Ley, consignará los siguientes datos:

I. Nombre, domicilio, firma del profesional y número de registro del título expedido por la autoridad educativa correspondiente;

II. Fecha de la expedición de la receta;

III. Nombre, cantidad, presentación y dosificación del medicamento;

IV. Nombre y dirección del paciente, y

V. Diagnóstico”(sic).

Art. 1181: “Los establecimientos que cuenten con licencia sanitaria que los acredite como droguerías o farmacias, están autorizados para suministrar al público medicamentos que contengan estupefacientes o sustancias psicotrópicas y están obligados a surtir los permisos especiales y las recetas que reúnan los requisitos señalados”(sic).

El Art. 1182, establece los lineamientos para el libro de control de los medicamentos policitados y como deberá llevarse para medicamentos del Gpo. II y III, y el 1186 sobre los contenidos en la lista del Gpo. IV.

Art. 1196: “Para obtener permiso del libro de control de estupefacientes o sustancias psicotrópicas se deberá contar con un responsable, y, en su caso, con su auxiliar respectivo”(sic).

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la publicidad.

Cap. VI, Publicidad de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Art. 53: Los estupefacientes y sustancias psicotrópicas únicamente podrán ser objeto de publicidad a través de la información médica y la difusión científica (...)”(sic).

Justificación:

Se sabe entonces, que el apego es indispensable para el éxito de un tratamiento(1). Se sabe también que este apego puede ser influenciado por elementos externos al ámbito terapéutico y que el paciente muy bien puede encontrarse con motivos, reales o no, de desertar su toma adecuada del medicamento(3,4).

Se han planteado las tácticas de algunos gobiernos e instituciones de salud, mediante la FH, de como aprovechar a este recurso humano y hacerlo provechoso(12), se ha hecho una semblanza sobre las instancias que regulan e indican al procedimiento de las farmacias, sus empleados y sus objetivos en nuestro país.

Con las aportaciones de Medina-Mora y colegas(23), es de nuestro conocimiento asimismo, que los hospitales y consultorios psiquiátricos no son los únicos destinos de las personas que padecen de algún malestar emocional, conductual o del pensamiento y que buscan ayuda. Estudiaron el uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales en las poblaciones de bajos recursos, investigando instancias a las cuales los pacientes acuden fuera de la opción psiquiátrica, se tomaron en cuenta ministros y

El Art. 1182, establece los lineamientos para el libro de control de los medicamentos policitados y como deberá llevarse para medicamentos del Gpo. II y III, y el 1186 sobre los contenidos en la lista del Gpo. IV.

Art. 1196: “Para obtener permiso del libro de control de estupefacientes o sustancias psicotrópicas se deberá contar con un responsable, y, en su caso, con su auxiliar respectivo”(sic).

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la publicidad.

Cap. VI, Publicidad de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Art. 53: Los estupefacientes y sustancias psicotrópicas únicamente podrán ser objeto de publicidad a través de la información médica y la difusión científica (...)”(sic).

Justificación:

Se sabe entonces, que el apego es indispensable para el éxito de un tratamiento(1). Se sabe también que este apego puede ser influenciado por elementos externos al ámbito terapéutico y que el paciente muy bien puede encontrarse con motivos, reales o no, de desertar su toma adecuada del medicamento(3,4).

Se han planteado las tácticas de algunos gobiernos e instituciones de salud, mediante la FH, de como aprovechar a este recurso humano y hacerlo provechoso(12), se ha hecho una semblanza sobre las instancias que regulan e indican al procedimiento de las farmacias, sus empleados y sus objetivos en nuestro país.

Con las aportaciones de Medina-Mora y colegas(23), es de nuestro conocimiento asimismo, que los hospitales y consultorios psiquiátricos no son los únicos destinos de las personas que padecen de algún malestar emocional, conductual o del pensamiento y que buscan ayuda. Estudiaron el uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales en las poblaciones de bajos recursos, investigando instancias a las cuales los pacientes acuden fuera de la opción psiquiátrica, se tomaron en cuenta ministros y

sacerdotes, homeópatas, trabajadores sociales, enfermeras, curanderos y clínicas para toxicomanías; no se incluyó a los EF. En este mismo listado aparece en los resultados, el rubro “otros”, que significó un 32.3% en hombres y 35.4% en mujeres, que solicitaron ayuda en otras opciones, dentro de las cuales, se piensa desde la óptica de esta tesis, que es bien posible incluir a aquellos que se dirigieron directamente a la farmacia a solicitar ayuda o “consulta del EF” y que este les sugiriese algún manejo.

Lara(24) y colaboradores analizaron las características de utilización de la atención de salud mental en el país, y dentro de otros rubros encontraron que el 14.8% de la población se “automedica”, pensamos que en este rubro, evidentemente hay cierto grado de influencia ante lo que sucede en la farmacia y que parte de estos sujetos automedicados acaten las sugerencias del EF.

En parte de la cadena de sucesos implicados en un esquema psicofarmacológico, el EF, tiene influencia para alentar el apego a las indicaciones del especialista o en su defecto, reforzar prejuicios negativos para con los medicamentos y de esta forma contribuir a descabros en la evolución del paciente. Después de todo, pensemos que en nuestro medio, es mas accesible para el enfermo o para la familia consultar con el EF, cuyo domicilio posiblemente se encuentre dentro del mismo vecindario y la mayor parte del día y la semana disponible al público en general, en contraste con el especialista, generalmente lejano geográficamente y saturado con labores asistenciales, debido principalmente a rezagos en algunas áreas de la cobertura de salud en México y la inaccesibilidad al medio privado. Es así como en la cadena de sucesos que implican un tratamiento psiquiátrico, identificación del problema, búsqueda de ayuda, diagnóstico, diseño de tratamiento, toma del mismo y evolución, hay un punto donde el EF interviene claramente.

El mismo actuar de los EF obedece a condicionantes específicos, México tiene una particularidad que hace mas complejo este fenómeno.

Por un lado, tenemos en las ciudades del país cientos de establecimientos como farmacias y tiendas de autoservicio, que ofrecen un amplísimo catalogo de psicofármacos (subrayemos medio urbano, ya que la situación en el México rural es totalmente otra), lo que hace incrementar significativamente la oferta de estos.

Chetley(25) redacta y publica un volumen llamado "Medicamentos problema", elabora una discusión en torno a una serie de medicamentos y tópicos poniendo en evidencia que el problema no esta en unos pocos medicamentos peligrosos promocionados por una o dos compañías farmacéuticas descarradas, sino un resultado inevitable de la manera como está estructurado y opera el mercado farmacéutico, argumenta que existen diversos factores económicos y de intereses que actúan por encima de los que dicta la literatura científica y médica.

La tendencia de los vectores económicos en la industria quimico-farmacéutica y la etapa transicional que atraviesa México, hacen que el inventario de medicamentos sea basto, heterogéneo y ampliamente difundido, de hecho, existen medicamentos que se utilizan en nuestro país y no en otras naciones Europeas o en los E.U.A, y viceversa, independientemente de lo que se ha publicado en la bibliografía psiquiátrica actual. Esto no se puede entender si no como un efecto económico y de regulaciones legal-administrativas.

Los EF, por razones obvias responden también a las necesidades y políticas del comercio para el que trabajan y estas no son siempre compatibles con el mejor interés del paciente.

Como el elemento que desató el interés por el tema es el hecho, notado constantemente en la práctica clínica, que las influencias y actitudes de los encargados de las farmacias son con frecuencia tendientes a desalentar el tratamiento y desaprobando las indicaciones y prescripciones médicas. Es común, que un paciente acuda a la cita programada en este I.M.P. refiriendo situaciones como "...no he tomado el medicamento porque el señor de la farmacia me dijo que era una droga..." ó "me han dicho que la dosis es muy alta" o "me dijeron que me voy a volver adicto". Estos encuentros retrasan los tiempos del tratamiento en los pacientes que han requerido de un proceso de explicación amplia e incluso labor de convencimiento para intentar la farmacoterapia, si este paciente estaba en situación crítica, como cursando con ideación suicida o con inicios de un cuadro psicótico, dos o tres semanas pueden ser definitivas en cuanto a su pronóstico. Existe también el efecto negativo sobre costos de la institución y deterioro en general de la relación médico-paciente. Existen también aquellos, aparentemente los menos, que se

expresan positivamente ante lo prescrito: "...debe de tomarse conforme a las indicaciones del médico", estas reacciones y actitudes coadyuvan a una adherencia medicamentosa.

Se sostiene que incluso, el limitarse a expender el medicamento, sin emitir juicio alguno, constituye una actitud mas apropiada por parte del EF que emitir una opinión sin fundamentos y sin conocimiento de los alcances de un discurso erróneo y prejuicioso, dentro del marco en que laboran los EF hoy día en el expendio de medicamentos y, de allí el interés de citar a la FH como elemento siempre a favor y nunca en contra del tratamiento.

Es posible que el efecto de la opinión del EF sea mas influyente en las clases social-culturales medias y bajas y que en el caso contrario, prevalezca menos en las mas educadas y escolarizadas. Esto debe ser, posiblemente objeto de otras investigaciones, no obstante, por las características del I.M.P., lugar de donde se obtuvo nuestra población, podemos asumir que ésta es mas o menos heterogénea y representativa pero mas bien compuesta por los estratos que mencionamos como mas interesantes para observar este fenómeno.

Quede anotado también que esta investigación abordó a pacientes psiquiátricos que no pertenecen a instituciones gubernamentales (IMSS, ISSSTE, ISSFAM, Pemex, etc.), ya que en dichos organismos se pierde el efecto "encargado de farmacia" debido a que en estas instituciones los medicamentos son abastecidos en los mismos centros de salud y nosocomios por la misma institución y con una prescripción interna, mas a manera de las experiencias relatadas anteriormente con respecto a la FH, sin embargo se duda en llamarles a estas tal, ya que en las bases que las amparan, por lo menos en la ley del IMSS(26) no se tiene un *animus* de mejorar la atención al paciente en el aspecto relación médico-paciente y su evolución directamente, sino únicamente para facilitar el funcionamiento del Instituto de modos administrativos. En este instituto, poseen una norma técnica detallada interna de farmacia y se rigen también por la LGS y el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud (CBMSS)(27).

Es indispensable incluir, también, el aspecto de la preparación y capacitación, tanto como el del cumplimiento de los requisitos que deben llenar estos trabajadores de la salud que en México, como se había comentado con anterioridad, no es el idóneo, generalmente su escolaridad no es adecuada y no tienen mas formación que la experiencia cotidiana, que si bien es importante y les permite expender los tratamiento, no es suficiente para cumplir

con la labor que realizan; una vez mas, estas especulaciones, no dejarán de serlo, hasta que se revise formalmente al personal que labora en farmacias.

Queda entonces una semblanza, de como en este evento de adquisición del medicamento, tan circunscrito, pero tan obviamente involucrado, el EF, el que está en el mostrador del comercio, es un personaje que tiene un papel en el proceso de atención y recuperación del paciente tratado con psicofármacos, hasta hoy, nunca estudiado como tal, esto es, posiblemente, el mérito y objetivo general de esta investigación.

Pensamos justificado indagar sobre cuales son las actitudes mas frecuentemente encontradas en los EF, que relación tiene su actitud con respecto a las características del paciente, del medicamento que solicita y del tipo de establecimiento en el que labora, que opina el paciente y como reacciona ante los comentarios e influencias del EF. Es importante también averiguar si las actitudes del EF están impregnadas y bajo el entendimiento de las leyes a las que son sujetos, y finalmente es adecuado buscar sustento para apoyar a la noción de la FH como parte integral de la atención a los enfermos.

Mueve a la realización del estudio, la escueta información referente a lo que atañe al estudio en México, incluso al compararlo con países mucho menos desarrollados. Se efectuaron búsquedas en los siguientes bancos y bases de información:

EMBASE *Psychiatry*, Ed. Elsevier Science, 1991 - 1998.

Medline CD ROM, 1966 - octubre 1998.

LILACS (que incluye a PAHO y ADSALUD) (CD ROM-31º Ed. mayo, 1998).

[Http://www.insp.mx/salud/index.html](http://www.insp.mx/salud/index.html). (Instituto Nacional de Salud Pública).

Indice de la publicación *Salud Mental*, 1988-1997.(Volumen 21, supl. 1, 1998).

Por esto se utilizó como antecedente y para la propuesta de variables, el uso de una observación frecuentemente encontrada en la clínica y el consenso de los expertos.

Planteamiento del problema:

Las preguntas que se contestaron en esta investigación fueron:

con la labor que realizan; una vez mas, estas especulaciones, no dejarán de serlo, hasta que se revise formalmente al personal que labora en farmacias.

Queda entonces una semblanza, de como en este evento de adquisición del medicamento, tan circunscrito, pero tan obviamente involucrado, el EF, el que está en el mostrador del comercio, es un personaje que tiene un papel en el proceso de atención y recuperación del paciente tratado con psicofármacos, hasta hoy, nunca estudiado como tal, esto es, posiblemente, el mérito y objetivo general de esta investigación.

Pensamos justificado indagar sobre cuales son las actitudes mas frecuentemente encontradas en los EF, que relación tiene su actitud con respecto a las características del paciente, del medicamento que solicita y del tipo de establecimiento en el que labora, que opina el paciente y como reacciona ante los comentarios e influencias del EF. Es importante también averiguar si las actitudes del EF están impregnadas y bajo el entendimiento de las leyes a las que son sujetos, y finalmente es adecuado buscar sustento para apoyar a la noción de la FH como parte integral de la atención a los enfermos.

Mueve a la realización del estudio, la escueta información referente a lo que atañe al estudio en México, incluso al compararlo con países mucho menos desarrollados. Se efectuaron búsquedas en los siguientes bancos y bases de información:

EMBASE *Psychiatry*, Ed. Elsevier Science, 1991 - 1998.

Medline CD ROM, 1966 - octubre 1998.

LILACS (que incluye a PAHO y ADSALUD) (CD ROM-31º Ed. mayo, 1998).

[Http://www.insp.mx/salud/index.html](http://www.insp.mx/salud/index.html). (Instituto Nacional de Salud Pública).

Indice de la publicación Salud Mental, 1988-1997.(Volumen 21, supl. 1, 1998).

Por esto se utilizó como antecedente y para la propuesta de variables, el uso de una observación frecuentemente encontrada en la clínica y el consenso de los expertos.

Planteamiento del problema:

Las preguntas que se contestaron en esta investigación fueron:

¿Cuales son algunas de las actitudes y opiniones de los EF con respecto a la prescripción de psicofármacos?

¿Cuales son algunas de las opiniones de los pacientes que acuden a las farmacias a surtir recetas de psicofármacos ante lo dicho por el EF?

¿Cuales factores están asociados con las opiniones y actitudes de EF y pacientes con respecto al surtido de psicofármacos en farmacias de la Ciudad de México?

Objetivos:

a) Describir los comentarios y respuestas de los EF, hechos al usuario de psicofármacos durante el momento de la compra-venta del medicamento.

b) Describir los patrones de compra de medicamentos de los pacientes del IMP en cuanto a sus características sociodemográficas, modo de acudir a la farmacia (solo o acompañado), presentación de receta, características físicas visibles para el EF, el tipo de medicamentos solicitados y las características de los establecimientos donde los pacientes y/o sus familiares se abastecen de medicinas.

c) Describir la opinión del paciente sobre la atención recibida y la actitud percibida en el momento de la compra-venta.

d) Comparar las opiniones del EF y del paciente de acuerdo a su género, *habitus*, tipo de medicamento y lugar de compra.

e) Establecer una relación entre lugar de residencia, localización del IMP y lugar de compra.

Metodología:

a) Diseño:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal.

¿Cuales son algunas de las actitudes y opiniones de los EF con respecto a la prescripción de psicofármacos?

¿Cuales son algunas de las opiniones de los pacientes que acuden a las farmacias a surtir recetas de psicofármacos ante lo dicho por el EF?

¿Cuales factores están asociados con las opiniones y actitudes de EF y pacientes con respecto al surtido de psicofármacos en farmacias de la Ciudad de México?

Objetivos:

a) Describir los comentarios y respuestas de los EF, hechos al usuario de psicofármacos durante el momento de la compra-venta del medicamento.

b) Describir los patrones de compra de medicamentos de los pacientes del IMP en cuanto a sus características sociodemográficas, modo de acudir a la farmacia (solo o acompañado), presentación de receta, características físicas visibles para el EF, el tipo de medicamentos solicitados y las características de los establecimientos donde los pacientes y/o sus familiares se abastecen de medicinas.

c) Describir la opinión del paciente sobre la atención recibida y la actitud percibida en el momento de la compra-venta.

d) Comparar las opiniones del EF y del paciente de acuerdo a su género, *habitus*, tipo de medicamento y lugar de compra.

e) Establecer una relación entre lugar de residencia, localización del IMP y lugar de compra.

Metodología:

a) Diseño:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal.

¿Cuales son algunas de las actitudes y opiniones de los EF con respecto a la prescripción de psicofármacos?

¿Cuales son algunas de las opiniones de los pacientes que acuden a las farmacias a surtir recetas de psicofármacos ante lo dicho por el EF?

¿Cuales factores están asociados con las opiniones y actitudes de EF y pacientes con respecto al surtido de psicofármacos en farmacias de la Ciudad de México?

Objetivos:

a) Describir los comentarios y respuestas de los EF, hechos al usuario de psicofármacos durante el momento de la compra-venta del medicamento.

b) Describir los patrones de compra de medicamentos de los pacientes del IMP en cuanto a sus características sociodemográficas, modo de acudir a la farmacia (solo o acompañado), presentación de receta, características físicas visibles para el EF, el tipo de medicamentos solicitados y las características de los establecimientos donde los pacientes y/o sus familiares se abastecen de medicinas.

c) Describir la opinión del paciente sobre la atención recibida y la actitud percibida en el momento de la compra-venta.

d) Comparar las opiniones del EF y del paciente de acuerdo a su género, *habitus*, tipo de medicamento y lugar de compra.

e) Establecer una relación entre lugar de residencia, localización del IMP y lugar de compra.

Metodología:

a) Diseño:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal.

b) Universo y muestra:

En una muestra tipo censo, se incluyeron al estudio pacientes que acudieron a la consulta externa y servicio de hospitalización del IMP, entre los meses de septiembre y diciembre de 1998, hasta conformar una población de 150 sujetos.

c) Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- * Cualquier edad, sexo, diagnóstico o tiempo en tratamiento.
- * Que pudiesen contestar a las preguntas del cuestionario.
- * Que hubieran recibido una prescripción psicofarmacéutica en el IMP.
- * Que acepten el llenado voluntario del cuestionario.

Criterios de no inclusión:

- * Que el medicamento fuera surtido en farmacias institucionales (IMSS, ISSSTE, Pemex, etc.)

d) Variables e Instrumentos:

A través de un cuestionario de preguntas abiertas (Ver anexo #1) se obtuvieron las siguientes variables con sus respectivas definiciones operacionales.

1. Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, lugar de residencia y escolaridad.

2. Variables relacionadas con la opinión y comentarios del EF:

Estas se desprenden de la pregunta #1 del cuestionario utilizado.

2.1. Iniciamos por señalar que casi la mitad de los encuestados se agruparon en la variable de “Sin Comentario”, en este grupo se incluyen todos los pacientes que contestaron que el EF no hizo ningún comentario; textualmente, se captaron en este las siguientes respuestas:

“No me dijo nada”

“No hizo ningún comentario”.

“Solo expendió el medicamento”.

“Me cobró y me dio la medicina”

“Solo surtió el medicamento”.

2.2. La segunda variable, se denomina “Exigencias no Vigentes” (en función de lo ya puntualizado por la LGS), e incluyó, los que textualmente comentaron:

“Requiere de dos fotocopias de la receta”.

“Necesita llevar el nombre del médico impreso”.

“Para el Rivotril® de 100 tabletas, necesita el R.F.C. del médico”.

“Necesita otros sellos...”.

“Necesito el nombre del médico y diagnóstico”.

“Necesita dirección, teléfono e identificación”.

“Se exigen mas sellos del hospital”.

“Necesita el sello de la S.S.A.”.

“El medicamento cambió de grupo y ahora es solo de un sello, no se puede surtir”.

Algunas de estas respuestas se presentaron en mas de una persona, en esta lista incluimos una sola vez todas las que conforman a esta variable.

2.3. Variable de “Exigencia de Receta”, conformada por individuos a los que se les dijo que era necesario presentar o mostrar la receta conforme a los reglamentos vigentes, textualmente:

“Exigió la receta”.

“Me pidió la receta completa”.

“Revisó la receta”.

“Vio que la receta estuviera completa”.

2.4. Variable “Retención de Receta”, que constituye las respuestas en donde el elemento mas destacado era que el EF debía de retener la receta:

“Me dijo que tenía que quedarse con la receta”.

“Recogió la receta”.

2.5. La siguiente variable se denominó “Negación del Medicamento” y se constituye por las siguientes respuestas:

“No recibió la receta”.

“Negaron el medicamento, se burlaron de mí”.

“Lo negó porque ya había yo comprado antes dos cajas de la misma medicina controlada”.

“Me negó el medicamento”.

Al igual que en el punto anterior, el número total de respuestas no equivale al número de sujetos en esta variable, ya que algunas de las respuestas fueron emitidas por más de un sujeto, esto es aplicable para las más de las variables, presentadas a continuación.

2.6. Otra variable se conforma por los EF que argumentaron la no existencia del mismo y lleva este mismo nombre, “No Existencia” y que agrupa:

“Esta escaso”.

“No lo tenemos”.

“No hay”.

“No está disponible”

2.7. Otra variable, es la llamada “Apego Estricto a Prescripción”, construida por:

“Todavía quedaba medicamento según la dosis y el último sello y no la surtió”

“Me dijo que tenía que surtir la receta exactamente”.

“No vendió el medicamento porque la receta ya no estaba vigente”.

“Para ese medicamento requería receta y como no llevaba, no lo surtió”.

2.8. La siguiente variable, de suma importancia para la investigación fue la de “Comentario Abiertamente Negativo”:

“Va a tener problemas con la ley y con la S.S.A. por este medicamento”.

“Se burlaron de mí”

“Esa medicina es una droga”.

“Es demasiada droga, le va a hacer daño”.

“Es una dosis demasiado alta”.

2.9. Variable de “Medicamentos Similares”, donde incluimos a los EF que ofrecieron la misma sal en distinta presentación comercial.

2.10. Finalmente agrupamos a los sobrantes en “Otros”:

“¿Para quién es?”

“Explico como tomarla con respecto a las indicaciones anotadas”

“Me dijo que no lo tenía pero que lo iba a conseguir”.

“¿Porque lo tomaba?”

“No necesita receta para el Paxil®”

Estas respuestas, completan el 100% de las respuestas de la muestra.

3. Variable con respecto a la condición en la que acude el paciente a la farmacia, Solo / acompañado.

4. Variables relacionadas con la opinión del paciente:

Se conforma por las siguientes: “Variable de Opinión Positiva del Paciente”, “Opinión Neutra” y “Opinión Negativa”.

4.1. Los que se integraron a la “Positiva”:

“Esta bien que recojan la receta”.

“Estoy de acuerdo con el control estricto”.

“El EF fue muy cordial y amable”.

“Estoy de acuerdo en que me prevengan de que la dosis es muy alta”.

“Es bueno que sean estrictos”.

“Ellos hacen su trabajo, no tienen la culpa de las restricciones”.

“Como conozco al farmacéutico, no me pide receta”.

“Estoy de acuerdo en que no vendan controlados repetidamente”.

4.2. Los que se integraron en la “Negativa”:

“Son muy estrictos”.

“No deben solicitar requisitos que no son”.

“Son muy cerrados”.

“Pienso que no me querían vender el medicamento”.

“Desconfían”.

“Me hizo esperar demasiado”.

“Fue muy cortante”.

“No dan suficiente información”.

“Me preocupó lo que dijo sobre la droga”.

“Suspica”.

“Esconden el medicamento”.

“Son reservados para el Clonacepan”.

“Son corruptos”.

“Fue muy impersonal”.

“Tienen muy mala actitud, yo necesito la medicina”.

“Me vieron como vicioso, como bicho raro”.

“Muy mala actitud”.

“Se tardan porque es controlado”.

4.3. “Neutral”:

“Nada”.

“Normal”.

“No tengo opinión”.

“Buena”.

5. Variable de “Presentación de la receta”.

Dicotómica, “Si”, “No”.

6. Variable sobre tipos de medicamentos prescritos:

BDZ y/o ADTC, y/o Anticomiales (ACC) y/o NLP, y/o Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), y/o Fitofármacos (FF), y/o otros, que abarcan al resto de los medicamentos prescritos.

7. Variable de Tipo de Farmacia:

Farmacia de “Barrio”, atribuida a las farmacias unitarias, no pertenecientes a una cadena de establecimientos.

Farmacia de “Cadena”, se llamó a las farmacias pertenecientes a una empresa con matriz y sucursales, p.e. Del Ahorro, San Isidro, París, San Pablo, ISSSTE Servicio, etc.

Supermercados, tiendas de autoservicio.

Farmacias con servicio a domicilio, por medio del teléfono y repartidor.

Laboratorios que venden sus productos directamente al público.

8. Variable de “Ubicación de la Farmacia”.

Se adjudicó un valor numérico a cada lugar de procedencia de los mencionados (ver procedimiento).

9. Variable de “Farmacia Cercana o no Cercana al IMP”

Como establecimientos cercanos al IMP se consideraron a dos farmacias que están en la misma manzana que el IMP y una tienda de autoservicio adyacente a estas, todas las demás se consideran “lejanas”.

10. Variable del “*Habitus Exterior*” (basada en como se muestra el paciente ante el encuestador y suponiendo que se presento aproximadamente en las mismas condiciones a la farmacia).

Habitus Adecuado: Se consideró como tal a las personas que se encontraban aseadas, con ropas de acuerdo a su persona y en buenas condiciones, aliñados, sin atuendos extravagantes, con una conducta por lo menos amable y cortés.

Habitus Moderado: Personas aseadas, con ropas en condiciones aceptables de higiene, sin artículos excéntricos, con un comportamiento aceptablemente educado.

Habitus Bajo: Personas con mal aliño, desaseados, ropas inadecuadas para su persona, con lenguaje agresivo, así como aquellos con vestimentas extravagantes, tintes de pelo exóticos, tatuajes o perforaciones con aretes visibles o con alguna otra condición que comúnmente se califique como inaceptable (heridas traumáticas recientes, hedor, etc.).

e) Procedimiento:

Se procedió a una extensa búsqueda bibliográfica sobre el tema, entrevistas con psiquiatras experimentados y consultorías con los asesores.

Inicialmente se identificaron cuales puntos relacionados con el tópico se habrían de tocar, se elaboró el cuestionario que se utilizó como instrumento y, se aplicó a diez sujetos aleatoriamente a manera de ensayo piloto, encontrándose que el cuestionario era elocuente sobre lo que interesaba, a estos sujetos no se les incluyó en la muestra final.

Con objeto de homogeneizar y estandarizar a los sujetos de estudio, se decidió que se abordaría solo a sujetos que utilizarán prescripciones del IMP (Ver anexo #2), y así se controlaría la variabilidad que podría haber entre distintas recetas institucionales y privadas.

Para eliminar al máximo la posibilidad de que los pacientes hablen sobre las actitudes comúnmente encontradas en el EF y por lo tanto hacer aún mas tórpida la operacionalización del estudio, se cuestionó, como se ilustra en el cuestionario, sobre la "Última vez que solicitó el medicamento", de esta forma mediríamos solo un encuentro con el EF.

Antes del inicio de la aplicación de los cuestionarios, se pensó en solicitar apoyo por parte de residentes de este IMP, sin embargo, debido a lo complejo que resulta el medir estas variables tan subjetivas, se decidió que los pacientes se someterían al cuestionario por un solo entrevistador, el que suscribe, y así eliminamos el sesgo de trabajar con múltiples observadores.

Habiendo ya elaborado el cuestionario, se prosiguió con los interrogatorios mediante una búsqueda de sujetos de forma indiscriminada

Se interrogaron pacientes que esperaban turno para su consulta en el servicio de Consulta Externa y recién ingresados al hospital, preguntando inicialmente si estaban bajo tratamiento medicamentoso (condición casi *sine qua non* de este IMP), a la respuesta positiva seguía la interrogante de si se contaba con la disposición de colaborar con la investigación. Conste que de la totalidad de los abordados, ninguno se negó a participar voluntariamente. Después del llenado de la ficha de identificación, algunos pacientes externaron que ellos recibían su medicamento en una farmacia institucional y a estos se les agradeció su tiempo y no se les incluyó en el estudio.

Se cuestionó a 150 pacientes en total. Dado que el presente estudio no requiere de una n determinada con fines estadísticos, se eligió este numero como una muestra suficiente *a priori*.

Del 2 de septiembre al 10 de diciembre de 1989 se completó la muestra.

Se continuó con la clasificación de las respuestas como se describe en Material y Métodos y se sometió la información a análisis estadístico, como también se indica mas adelante.

Para establecer la relación entre lugar de residencia y ubicación de la farmacia de compra, se asignó un numero consecutivo a cada Delegación política de la Cd. de México, a cada municipio del Estado de México que se citó y, a estados de la República que aparecieron por lo menos una vez en las respuestas, obteniendo 31 puntos geográficos y uno extra, que fue el laboratorio que produce el medicamento y que lo vende directamente, solo en el caso de la ubicación de la farmacia.

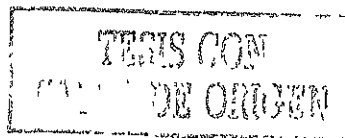
Para la captura de datos se utilizó *Microsoft Excel* 1995, Versión 7.0 y para el análisis del data el SPSS versión 6.0.

Se concluyó con el análisis de los resultados, su discusión, interpretación y conclusiones.

f) Análisis estadístico:

Se procedió en primer término a la descripción de variables con frecuencias y porcentajes para variables categóricas y Media y Desviación Standard para variables continuas. Como prueba de hipótesis se utilizó la X^2 cuadrada con corrección de Fisher cuando fué necesario.

Como prueba de correlación ordinal se utilizó el coeficiente de *tau-b* de Kendall(28).



Resultados:

Se estudiaron 150 pacientes, de los cuales 106 (70.7%) fueron del sexo femenino y 44 (29.3%) del masculino, con una edad promedio de 39.91 ± 14.7 años (rango 13 a 82). Solo cuatro de los sujetos fueron menores de edad. En la Tabla #1 se ilustran las principales variables demográficas de la muestra.

TABLA #1

Variable	Frecuencia	%
Masculino	44	29.3%
Femenino	106	70.7%
Soltero	69	46.0%
Casado	64	42.7%
Divorciado	5	3.3%
Viudo	5	3.3%
Unión Libre	2	1.3%
Separado	5	3.3%
Empleados en el hogar	55	36.7%
Empleados (Industria privada, gobierno)	9	6.0%
Desempleados	11	7.3%
Maestros	3	2.0%
Artistas	3	2.0%
Obreros	3	2.0%
Jubilado	3	2.0%
Secretaria	5	3.3%
Estudiantes	18	12.0%
Comerciantes	11	7.3%
Técnicos especializados	2	1.3%
Agropecuaria	2	1.3%
Oficios diversos	13	8.7%
Profesionistas	12	8.0%
Analfabeta	2	1.3%
Primaria	29	19.3%
Secundaria o equivalente	32	21.3%
Preparatoria o equivalente	39	26.0%
Licenciatura o equivalente	44	29.3%
Postgrado	2	1.3%
Alfabetizado	2	1.3%

* Tabla de variables sociodemográficas (género, estado civil, ocupación, escolaridad) expresadas en frecuencia y porcentaje.

En la Tabla #2 que se ilustra a continuación se anota la residencia del paciente junto con la ubicación de la farmacia donde adquirió el psicofármaco. Al hacer una correlación de *tau-b* Kendall, con el fin de establecer la relación entre sitio de residencia con sitio de compra, se encontró que este fue de 0.40 ($P < 0.0001$).

TABLA #2

Nº	Ubicación (residencia/farmacia)	Fcia.*	%**	Fcia.**	%**
1	Alvaro Obregón	10	6.7	2	1.3
2	Azcapozalco	4	2.7	4	2.7
3	Benito Juárez	6	4.0	2	1.3
4	Coyoacán	13	8.7	22	4.7
5	Cuahutémoc	7	4.7	22	14.7
6	Gustavo A. Madero	6	4.0	14	9.3
7	Iztacalco	1	0.7	1	0.7
8	Iztapalapa	23	15.3	1	0.7
9	Magdalena Contreras	4	2.7	5	3.3
10	Miguel Hidalgo	1	0.7	0	0
11	Milpa Alta	1	0.7	1	0.7
12	Tlahuac	4	2.7	1	0.7
13	Tlalpan	18	12.0	51	34.0
14	Venustiano Carranza	7	4.7	2	1.3
15	Xochimilco	8	5.3	4	2.7
16	Atizapán	3	2.0	1	0.7
17	Chalco	1	0.7	1	0.7
18	Cuautitlán	3	2.0	2	0.3
19	Ecatepec	6	4.0	4	2.7
20	Guerrero (Estado de)	1	0.7	1	0.7
21	Hidalgo (Estado de)	0	0	0	0
22	Los Reyes, La Paz	2	1.3	1	0.7
23	Michoacán (Estado de)	1	0.7	0	0
24	Morelos (Estado de)	1	0.7	1	0.7
25	Naucalpan	6	4.0	1	0.7
26	Nezahualcoyotl	3	2.0	1	0.7
27	Oaxaca (Estado de)	1	0.7	1	0.7
28	Toluca - Tecamac	3	2.0	2	1.3
29	Tlanepantla	3	2.0	1	0.7
30	Tultitlán	1	0.7	0	0
31	Veracruz (Estado de)	2	1.3	1	0.7

* Residencia.

** Ubicación de la farmacia.

Incluye el 100% de lugares posibles de residencia y de las ubicaciones de las farmacias.

a) Opiniones y actitudes del empleado de farmacia.

Se encontró que en 76 de los casos (50.7%) el EF hizo algún tipo de comentario, lo que significa que el 49.3% restante de estos, se limitaron a llevar al cabo la venta del medicamento, este grupo fue el denominado “Sin Comentario” Sólo 21 de los casos (14%) reportaron que el comentario del EF fue en el sentido de exigir una receta completa, este grupo conformó a “Exigencia de Receta”. En el 15% de los casos (10 sujetos), el comentario que realizó el EF es que la receta debería de permanecer en la farmacia y a estos EF se les asignó “Retienen Receta” Esto contrasta con el número de sujetos que recibieron una prescripción que implica la retención de la receta (como aquellos donde se prescribió BDZ y/o ADTC), que se menciona en un apartado posterior. En 12 casos (8%), los pacientes refirieron que el EF hizo exigencias que no son obligatorias desde el punto de vista de la norma vigente, grupo de Exigencias no Vigentes”.

En 17 sujetos (11.3%), el comentario vertido por el EF fue en el sentido de finalmente no expender el medicamento por múltiples razones, esto pudo estar asociado, por ejemplo, a “Exigencias no Vigentes”, y es el denominado “Negación del Medicamento”.

Cinco pacientes (3.3%) comentaron que el EF habló de estar obligado a surtir exactamente lo que la receta indicaba (“Apego Estricto a Prescripción”).

En 4.7% del total (7 individuos) hubo una respuesta por parte del EF en el sentido de que el medicamento no estaba en existencia en la farmacia, grupo de “No Existencia”, que a su vez se pudo haber asociado por ejemplo a “negación del medicamento”. Sólo 4 (2.7%) pacientes refirieron que les fue sugerida la compra de un medicamento que contuviese la misma sal pero con otra denominación comercial. Esto sucedió tanto en el sentido del medicamento original sugiriendo un similar o viceversa (p.e. Talpramin® por Tofranil® o, Tegretol® por Carbazina®), para fines del estudio, esta variable se tomó como unidireccional. Para con 7 pacientes (4.7%), los EF hicieron un comentario claramente negativo con respecto al medicamento que se estaba prescribiendo este es quizás uno de los rubros más interesantes de la investigación y según la nomenclatura del estudio “Comentarios Abiertamente Negativos”.

Cinco pacientes (3.3%) refirieron otros comentarios (“Otros”) que por presentarse de manera única, no se analizaron en el estudio a manera de los demás.

b) Con respecto a la manera en que acuden los paciente a surtir el fármaco, tenemos que 40 pacientes (26.7%) acudieron solos a proveerse del medicamentos, mientras que el 73.3 restante (110 individuos), acudieron al establecimiento en compañía de sus padres, hermanos, cónyuges, amistades e incluso servidumbre.

c) Opiniones de los pacientes:

La opinión de los pacientes se presentó de la siguiente manera: 108 sujetos (72.0%) no manifestó opinión alguna (Opinión Neutra). 15 de ellos (10.0%) refirió lo que se consideró una Opinión Positiva, y, 27 (18%) con Opinión Negativa.

d) Presentación de receta:

129 pacientes (86.0%) se presentaron con la receta a surtir su medicamento, el resto (21 pacientes, 14.0%) no lo hizo.

e) Medicamentos:

Se presenta en la Tabla #3 la frecuencia y porcentaje de los medicamentos solicitados.

TABLA #3

	ADTC	ISRS	BDZ	ACC	NLP	Aditivos	OTR	Otros
Fcia.	42	46	76	30	39	7	2	19
%	28%	30.7%	50.7%	20.0%	26.0%	4.7%	1.3%	12.7%

Con el objeto de completar el panorama de los medicamentos involucrados en el estudio, enlistamos la totalidad de los medicamentos solicitados que fueron nombrados por los pacientes, ya sea en su nombre comercial o por su ingrediente activo. Se consigna también el número de veces totales que el medicamento se solicitó y se presentan a continuación:

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

Alprazolam. 6	Levomepromacina. 3
Amitriptilina. 3	Litio, carbonato. 6
Biperiden. 12	Loflazepato de Etilo. 1
Bromazepam. 5	Loracepan: 2
CBZ. 15	Maprotilina: 3
Citalopram. 1	Metilfenidato. 1
Clorimipramina. 9	Mianserina 7
Clonazepam. 53	Moclobemide. 1
Clorzepato Dipotásico. 1	Olanzapina. 2
Clozapina. 3	Oxicarbazepina. 1
DFH: 1	Paroxetina.15
Diazepam. 3	Penfluoridol. 1
Dimetiotiacina. 1	Perfenacina 6
Doxepina. 2	Pipotiacina 1
Fluoxetina. 26	Risperidona. 4
Flovoxamina. 4	Sertralina. 2
Gamma amino Butírico, Ácido. 1	Sulpiride. 5
Ginko-Biloba. 1	Tioridazina. 2
Haloperidol. 13	Trazodona. 1
Hipericum. 1	Trifluoperazina. 2
Imipramina. 24	Valproatos. 6
Lamotrigina. 1	Vit. E. 3

Combinaciones: (Amitriptilina + Diazepam + Perfenacina) 1

f) Tipo de Farmacia.

En la Tabla #4 ilustramos los tipos de establecimientos y la frecuencia así como el porcentaje en el que fueron visitados:

TABLA #4

Establecimiento	Frecuencia	%
Barrio	32	21.3%
Cadena	99	66.0%
Supermercado, autoservicio	11	7.3%
Telefónico	4	4.0%
Laboratorio	2	1.3%

*Los servicios de reparto telefónico incluyen a farmacias de Barrio y de Cadena

g) Cercanía al IMP:

Acudieron a “Farmacias cercanas” 20 sujetos (13.3%) y el resto (130 pacientes, 86.7%) a establecimientos en otras farmacias o comercios (ver Tabla #2). Sin embargo, es fundamental considerar, que este porcentaje, representa a un de los puntos de compra mas frecuentado de entre todos los posibles, las delegaciones que mas se nombraron fueron Tlalpan con 51 (en este delegación esta el IMP) y Coyoacán y Cuahutémoc con 22 cada una.

h) *Habitus* Exterior:

55 pacientes, el 36.7% de la muestra se presentó ante el entrevistador con un *habitus* adecuado. 86 pacientes (57.3%) con *habitus* moderado y 9 pacientes con *habitus* bajo (6.0%).

i) Contrastes significativos:

Aunque se hicieron contrastes entre todas las variables mas relevantes, a continuación solo se mencionan los que alcanzaron niveles de significancia con α de 0.05.

Con respecto a la opinión del paciente en función de la existencia de algún comentario / “Sin comentarios” por parte del EF, se encontró que los pacientes que emitieron una opinión negativa recibieron significativamente más frecuentemente una opinión del farmacéutico (Opinión negativa 21/27, 77.8%; Opinión positiva 8/15, 53.3 %; Opinión neutra 45/108, 41.7%; X^2 : 11.3, gl 2, $p=0.003$).

En este mismo sentido, los pacientes con opinión negativa de la atención en farmacia recibieron más frecuentemente la respuesta de “No existencia del medicamento” en forma significativa. (Opinión negativa 4/27, 14.8%; Opinión positiva 0/15, 0.0 %; Opinión neutra 3/108, 2.8%; X^2 : 7.8, gl 2, $p=0.01$). A estos mismos sujetos les fue respondido un “Comentario abiertamente negativo” con respecto al medicamento que estaban solicitando (Opinión negativa 4/27 14.88%, Opinión positiva 2/15 13.3 %, Opinión neutra 1/108 0.9%; X^2 : 12.1, gl 2, $p=0.002$).

Con respecto a la relación entre comentarios del EF y el tipo de medicamento pedido, se encontró que las BDZ fueron las que más frecuentemente provocaron entre los EF algún tipo de comentario (49/73, 67.1% vs 27/76 35.5%, X^2 : 14.8, gl 1, $p=0.0001$).

También con las BDZ se encontró que los pacientes que presentaban una prescripción solicitando estos medicamentos se expresaron más frecuentemente en el sentido que les fue retenida la receta (12/15, 80% vs 64/134, 47.8%, $X^2: 5.6$, gl 1, $p=0.01$)

La clase de medicamentos que mas frecuentemente se relacionó con el ofrecimiento de un producto “similar” fueron los ADTC, ya que de cuatro ofrecimientos tres fueron relacionados a prescripciones con ADTC (específicamente Imipramina), 75%.

La mayor parte de los pacientes a los que les fue negado el medicamento y que por lo tanto son los pertenecientes a la variable “Negación de tratamiento” presentaron una prescripción de BDZ (les negaron el tratamiento y pidieron BZD 14/17, 82% vs expendieron el medicamento y pidieron BZD. 62/132, 47%, $X^2: 7.5$, gl 1. $p=0.006$).

Resultó estadísticamente significativo que ninguno de los pacientes a los que se les prescribió ACC se les negó el tratamiento (0/17 vs “Sin comentario” 30/102. $X^2:4.8$, gl 1. $p=0.02$).

A los pacientes con *habitus* bajo se argumentó “No existencia” de medicamentos en 22.0% con respecto a los pacientes que tenían un *habitus* intermedio 2.3% y adecuado 5.5.% ($X^2:7.3$, gl 2. $p=0.02$)

Con respecto a la cercanía de la farmacia a la institución, que solo 1/15 pacientes que expresaron una opinión positiva se abastecieron de medicamentos en una farmacia “Cercana”, 6.7%. De los 27 sujetos que se mostraron con opiniones negativas 8 habían acudido a estas farmacias, 29.6%. De los 108 que poseían una opinión indiferente, 11 acudieron a estas farmacias cercanas, 10.2%. A pesar de que estos resultados no son significativos, se mencionan ya que actúan en función del planteamiento relativo a las FH y el postulado descrito en apartados anteriores.

Discusión:

Como se ilustra en la Tabla #1, la población que constituyó a nuestra muestra, no se distinguió particularmente de la población general de los pacientes psiquiátricos mexicanos en ninguna característica importante(29).

También con las BDZ se encontró que los pacientes que presentaban una prescripción solicitando estos medicamentos se expresaron más frecuentemente en el sentido que les fue retenida la receta (12/15, 80% vs 64/134, 47.8%, $X^2: 5.6$, gl 1, $p=0.01$)

La clase de medicamentos que mas frecuentemente se relacionó con el ofrecimiento de un producto “similar” fueron los ADTC, ya que de cuatro ofrecimientos tres fueron relacionados a prescripciones con ADTC (específicamente Imipramina), 75%.

La mayor parte de los pacientes a los que les fue negado el medicamento y que por lo tanto son los pertenecientes a la variable “Negación de tratamiento” presentaron una prescripción de BDZ (les negaron el tratamiento y pidieron BZD 14/17, 82% vs expendieron el medicamento y pidieron BZD. 62/132, 47%, $X^2: 7.5$, gl 1. $p=0.006$).

Resultó estadísticamente significativo que ninguno de los pacientes a los que se les prescribió ACC se les negó el tratamiento (0/17 vs “Sin comentario” 30/102. $X^2:4.8$, gl 1. $p=0.02$).

A los pacientes con *habitus* bajo se argumentó “No existencia” de medicamentos en 22.0% con respecto a los pacientes que tenían un *habitus* intermedio 2.3% y adecuado 5.5.% ($X^2:7.3$, gl 2. $p=0.02$)

Con respecto a la cercanía de la farmacia a la institución, que solo 1/15 pacientes que expresaron una opinión positiva se abastecieron de medicamentos en una farmacia “Cercana”, 6.7%. De los 27 sujetos que se mostraron con opiniones negativas 8 habían acudido a estas farmacias, 29.6%. De los 108 que poseían una opinión indiferente, 11 acudieron a estas farmacias cercanas, 10.2%. A pesar de que estos resultados no son significativos, se mencionan ya que actúan en función del planteamiento relativo a las FH y el postulado descrito en apartados anteriores.

Discusión:

Como se ilustra en la Tabla #1, la población que constituyó a nuestra muestra, no se distinguió particularmente de la población general de los pacientes psiquiátricos mexicanos en ninguna característica importante(29).

Ya descrita la correlación entre el lugar de compra del medicamento y la ubicación de la farmacia, se considera que existe por una parte una tendencia a adquirir el medicamento en los comercios cercanos al hogar de los pacientes, esto puede depender de que ellos tengan el conocimiento de precios especiales, EF ya conocidos y con lo que probablemente no encontrarán trabas y quizás también, para solicitar de alguna persona en la familia a que les acompañe a hacer la compra, recordemos que 110 pacientes de la muestra acudían con alguien más a esta actividad. La otra tendencia presente, es que otros 20 pacientes, acudieron a las farmacias “Cercanas” a adquirir el medicamento, este fue uno de los puntos de compra más socorridos en la Ciudad o fuera de ella, esto tiene importancia conforme a lo que se había planteado anteriormente con respecto a la FH, por algún motivo, no investigado en este estudio, los pacientes se comportan de esta manera, las explicaciones posibles serían la tener la seguridad de que en estos establecimientos, debido a su proximidad, seguramente tendrán el medicamento deseado y posiblemente, por el volumen de psicofármacos que venden (debido a esta misma cercanía con un hospital psiquiátrico) el precio sería más accesible, también, los pacientes podrían suponer que los EF que laboran en este establecimiento, conocen las prescripciones del IMP y estén más enterados en general de la norma y requerimientos para expender medicamentos controlados, por cierto, el término “controlado” es un vocablo frecuentemente utilizado en nuestro ambiente, pero como se hizo ver con anterioridad, no tiene cabida en terminología legal mexicana.

Más de la mitad de los EF, se involucran con algún comentario y actitud al momento de la compra. Existen ángulos distintos para observar esto. Si los EF cumplieran con los requisitos de capacitación, conociesen las leyes, y no solo opinaran bajo influencias de la cultura en general, se podría decir que esto es algo favorable, sin embargo estos atributos no son frecuentemente encontrados y podemos incluso suponer que en muchos casos la intervención es inoportuna y quizás en detrimento del tratamiento del paciente, es por esto también que bajo estas circunstancias el hecho de que el EF se reserve la intervención y solo haga la transacción por el medicamento y el pago, se considere más positiva y no deteriorante en cuanto al apego del paciente y las actitudes de los familiares incluso.

Un grupo de EF exigen la receta. A esto se considera una actitud favorable, es importante que el EF sea presentado con la prescripción, pues así se marca en la ley y se asegura un apego estricto.

Este grupo de “Exigencia de receta” tiene cierta similitud en cuanto a la conducta de los que retienen la receta. Para ambos aplica una cuestión llamativa. Se supondría que el 100% de los pacientes que solicitan BDZ o aquellos que surten por tercera vez un medicamento del grupo IV, que son muchos más que el total de retenedores de receta y exigidores de receta, deberían de cumplir con estos requisitos. Se supone que los pacientes que ya conocen los manejos de esta clase confrontaron al EF con la receta de primera intención y por esto no se les respondió de esta manera, o, los pacientes posiblemente no lo hallan comentado durante el llenado del cuestionario por pensar también que esto es algo inherente a la transacción de sus medicamentos y fueron negligentes al comentarlo en el interrogatorio sin darle relevancia.

Comentando de lleno sobre los objetivos del estudio, se tocará el punto de los que aplican exigencias no vigentes. Esta actitud y conducta, son interpretados como un acto deliberado del EF de esconder el medicamento de un paciente, que requiere de medicarse y que conforme a la ley e indicación médica se presenta en un establecimiento a adquirir su medicamento. Estos EF al reaccionar de esta manera caen en el grupo de los negadores de tratamiento a su vez y el resultado final es que el paciente (en el caso de este estudio 17 sujetos) detuvieron su tratamiento y posiblemente lo abandonaron.

Esta actitud es tanto inapropiada ética y profesionalmente como ilegal y acreedora de sanción (tanto por la LGS como por otras instancias tales con la Procuraduría Federal del Consumidor).

Se desconoce que sea lo que propicie estas actitudes en los EF, dudosamente obedece a simple maldad de los empleados. La falta de capacidad técnica debe de ser determinante en esto y posiblemente también el hecho de que estos comparten con la población general estereotipos de tipo negativo con respecto a los psicofármacos.

Las políticas de las empresas comercializadoras de los medicamentos, de cualquier clase, debe de ser encaminada al bienestar de los pacientes (o sus clientes) y apegada en toda medida posible a lo que rige la SS.

Solicitar exigencias no vigentes provoca suspicacia en los paciente y sobre el tratamiento en general, refuerza los mitos existentes e incrementa los gastos de los pacientes y las instituciones.

Surtir una prescripción estrictamente se interpreta de una manera ambivalente. Puede ser una medida en favor del paciente al controlar su medicamento y la existencia que tenga de el y por procurar apegarse a los lineamientos legales, sin embargo, se puede entender también como desconfianza del EF, una actitud amedrentadora o, inclusive, como una insinuación poco ética sobre condiciones o tratos adicionales para surtir la medicina.

El grupo de “No existencia”, que automáticamente se vuelve también de negadores de tratamiento, es un grupo algo ambiguo, también con respecto a la interpretación de este. Por un lado existe la posibilidad genuina de que el medicamento no este en el inventario del establecimiento en ese momento, pero, puede ser al mismo tiempo una actitud similar a la del que exige requisitos no vigentes como medida auto-atribuida de negar el fármaco.

Con respecto al ofrecimiento de un fármaco similar, se encontró que esto es por una parte alentador en el sentido de que los médicos podemos intuir que los EF están al tanto de las nuevas disposiciones en la materia y esto siempre sería de beneficio en el trato con los pacientes, especialmente en aspectos económicos, sin embargo esto debe de estar presente de manera paralela con un conocimiento cabal y aplicación clara de estas medidas y no solo estar actuando por cuestiones tales como existencias de la farmacia, o alguna promoción u oferta del medicamento exclusivamente actuando conforma a un interés económico del establecimiento. Para que el EF pueda servir al usuario con información de similares, es de suma importancia que este tenga nociones básicas de farmacología.

Uno de los comentarios mas puros, digamos, del estudio, es el obtenido de los pacientes que manifestaron una respuesta indudablemente nociva, desinformada e ignorante con respecto a la prescripción de un supuesto experto en la materia. Tenemos a siete individuos que escucharon sobre riesgos y peligros de un medicamento, de posibilidades de adicción (aún con un apego adecuado) y de problemas incluso con la ley. Individualizando sobre estos pacientes, comentaremos que algunos de ellos se dijeron a favor con lo dicho por este EF y esta creencia prevalece hasta por encima del criterio médico, se puede

presuponer un peor pronóstico para este paciente, el cual tiene indicaciones para medicarse y al que se le han reforzado sus creencias negativas, conllevando a un mal apego.

Para un comentario sobre las respuestas aislados, no agrupados como variables categóricas, se abre un comentario al término de este apartado.

El acudir acompañado a la farmacia es posiblemente una hábito similar al observado en otros centros de atención del país, en el que las familias, todavía tienen la característica de acompañar a sus integrantes a recibir atención en hospitales y consultorios. Los familiares sirven como apoyo para recibir instrucciones y advertencias y están con frecuencia involucrados también en el desembolso económico para el medicamento. Según el estudio, el EF no reacciona de manera distinta ante un usuario solitario, o el acompañado.

La opinión de los pacientes no se pudo agrupar a la manera de las de los EF, esto en parte porque una gran mayoría de los pacientes no expresaron opinión alguna y simplemente se mostraron indiferentes y porque las respuestas fueron demasiado dispersas. Resulta complicado definir si la opinión del paciente es ante una actitud apropiada o inapropiada para el en particular y, esto puede ser no del todo apropiado, ya que la subjetividad del paciente no conoce las normas del todo y posiblemente esta respondiendo negativamente ante una buena actitud del farmacéutico o viceversa. Muchas de las referencias obtenidas durante el cuestionario estaban relacionadas con el trato que se les dio como consumidores a los pacientes y no tanto en función de lo que interesa a esta investigación. Otros en cambios parecen entender que el farmacéutico o EF debe de jugar un papel mas activo de lo que normalmente lo hace. Algunos pacientes en cambios se notaron realmente disgustados por actitudes negativas de los EF, con razón. Es importante decir que en este estudio no se pretende cuantificar el impacto de la actitud del EF en el apego y tratamiento, posiblemente no sea tan directamente proporcional como se pudiese pensar. Comparando a los pacientes con opinión positiva, los insatisfechos o con una opinión negativa son el doble de los contrarios.

El 14% de los pacientes no presentó su prescripción. Según la ley, el 100% del listado que se incluye en los resultados con el total de los medicamentos prescritos, requiere cuando menos de la presentación de la receta. Es una actitud inadecuada por parte del paciente el no mostrar su receta y el no portarla cuando sea necesario; la presentación de la

receta facilita al EF su labor, incluso con respecto a la posibilidad de ofrecer similares si la prescripción del médico así lo permite. De haberse incluido la variable de tiempo de tratamiento, que implicaría un mayor o menor conocimiento de las regulaciones o mas bien de las respuestas de los EF ante la solicitud de ciertos medicamentos, probablemente se hubiese observado que los pacientes con mas tiempo de tratamiento tienden a mostrar menos su prescripción, dependiendo también de si el tipo de fármaco así lo permite.

Relacionado con los medicamentos, se encontró que mas de la mitad de la muestra, el 50.7% solicitó algún tipo de BDZ. Esto habla de la necesidad de una capacitación adecuada de los EF, ya que estos se encargan de manejar medicamentos de riesgo y sujetos a controles estrictos. En segundo término, tenemos que los ISRS se solicitaron por un 30.7% de la muestra. En tercer lugar se encuentran los ADTC, que se pidieron en un 28.0% de los pacientes, posteriormente se encuentran los NLP con un 26.0%, los ACC en 20.0%, ADotros y 1.3% EF. Otros medicamentos se solicitaron en un 12.7% de la muestra.

Dentro de un apartado ulterior, se mencionan algunos casos en particular referentes a los tipo de medicamentos, que no fueron sujetos a estudio estadístico.

Fue muy llamativo el observar las tendencias de prescripción de los médicos del IMP, sin embargo esto no es un objetivo de la presente investigación y nos limitaremos a comentar que el conjunto de medicamentos utilizados es diverso y abarcando una gamma bastante amplia, también es de notarse que solo un paciente reportó estar administrándose un medicamento combinado. Se notó también la presencia de los FF, fármacos muy novedosos y no del todo aceptados todavía por la generalidad de los médicos. Los fármacos prescritos a su vez, se traducen en una gran cantidad de diagnósticos y manejos.

Las farmacias mas concurridas fueron las llamadas de “cadena”, a estas acudieron 66.0% de los compradores. En segundo término se presentaron las farmacias de “Barrio” con un porcentaje de 21.3%. Con respecto a esta relación podemos comentar que las farmacias de cadena son mas recientes en comparación con las de barrio, pero esto está definitivamente asociado a los cambios en las políticas económicas del país y los cambios sociodemográficos de la nación. En México pareciera que existe todavía una tradición de “boticario”, que no se aborda tampoco en los objetivos de este estudio, pero que se antoja como un elemento comunitario de interés para los involucrados en la atención a la salud, al

mismo tiempo, las modernas farmacias de cadena, que son grandes comercializadoras con múltiples sucursales, debieran de tener empleados con conocimientos técnicos adecuados, para manejar grandes volúmenes y clases de medicamentos, aunque posiblemente con una e más fría, distante y desinteresada atención. El mismo caso se aplica a los supermercados y tiendas de autoservicio, donde para empezar, el cobro lo realiza una cajera y la transacción en general es mucho más de tipo comercial e impersonal. Los establecimientos que se dedican al expendio de medicamentos deben de cumplir con exigencias legales claras y no pueden venderse como otros productos ordinarios, por lo que la venta en estos establecimientos debe de ser monitorizada y concomitantemente con esto, recordemos que la publicidad de los medicamentos está detenidamente legislada y el inducir o promocionar la toma de un medicamento es menester de profesionales exclusivamente.

En esta misma dirección, el 4.0% de los pacientes que solicitaron su medicamento, entraron en contacto con un repartidor, que solo cobró el efectivo y se retiró, evidentemente sin dejar oportunidad de plantear alguna pregunta o aclarar dudas, es muy posible también que el repartidor no tenga la mínima capacidad de realizar estas actividades y también deben de ser más laxos en cuanto al llenado del libro de control, del sellado de las prescripciones y demás.

Al conocer la farmacopea psiquiátrica actual, los psiquiatras están familiarizados con la necesidad de algunos pacientes de llevar un control estricto sobre parámetros como por ejemplo biometrías hemáticas, en el caso de la Clozapina, y, por este motivo algunos laboratorios farmacéuticos que producen esta sal expenden el medicamento de manera paralela con el control del estudio paraclínico citado y esto es definitivamente en beneficio del paciente. Por otra parte, los laboratorios tienen la capacidad de vender el medicamento a costos más bajos por ser los productores, pero debemos de recordar que según se ha plasmado en los pasajes legales anteriores, la actividad de la venta de medicamentos por parte de los laboratorios al público está permitida exclusivamente para los ACC, y en el estudio, esto sucedió en el caso de NLP, es muy importante el que las leyes y normas, puedan ser aplicadas conforme a la realidad de los pacientes y que estas sean cumplidas por todos los involucrados, uno de los resultados de este estudio es el de haber planteado la necesidad de estudiar el apego de los EF a lo que la ley dicta al surtir los medicamentos y

toda una serie de procedimientos importantes. El costo, como ya se comentará mas adelante, aparece como una variable mas, de harto peso, para determinar el apego a un tratamiento.

Con respecto al *habitus*, ya descrito en los resultados, solo diremos en este punto, que como era de esperarse, las damas acudían mas aliñadas que los hombres.

Los pacientes responden negativamente a la intervención, sea cual sea. Posiblemente porque es del conocimiento de la población que los EF no están lo suficientemente educados para emitir opiniones o negar el medicamento y por otra parte muchos expresan su inconformidad como consumidores, al percibir que se les niega el medicamento o se argumenta que no hay en existencia, a expensas de un juicio del EF, era asimismo de esperarse, que los pacientes a los que se les hizo un comentario amenazante o preocupante, se vieran mas afectados por la opinión negativa, al igual que a los que les fue negado. Aparentemente, los EF que no hicieron comentario alguno, condicionaron menos respuestas de los pacientes.

Como también es de conocimiento popular que las BDZ son usadas como sustancias de abuso y por ser también un medicamento ampliamente controlado y solicitado, estas fueron las que al ser prescritas, mas hicieron reaccionar al EF y emitir una opinión. Esto tiene una connotación positiva si pensamos que en todos los sujetos que solicitaran BDZ fueran requeridos de cumplir con lo dictado por la norma y esto se confirma parcialmente al encontrar que estos medicamentos con mas alta frecuencia provocaron la actitud de retener la receta. Sin embargo, estos medicamentos también invitan a emitir comentarios abiertamente negativos entrando en juego los estereotipos que comparten el EF y la población general.

Tomando en cuenta la cantidad de productos a elegir en los comercios farmacéuticos conteniendo el mismo fármaco y, las nuevas disposiciones legales(6,7,8,9), es llamativo que el sugerir similares se haya limitado a tan escaso número de pacientes. Esto debe ser resultado de lo novedoso de las nuevas leyes en la materia y la reciente difusión que se ha dado por ejemplo a la LMGI.

Es muy elocuente de como intervienen las creencias populares sobre los medicamentos, al encontrar que las BDZ fueron las que mas veces fueron negadas,

vinculado seguramente a los riesgos de dependencia y abuso y, en los ACC, que no producen dependencia que no por eso son menos peligrosos necesariamente, no se negaron nunca, incluso sin receta. Los ACC, son pertenecientes al Gpo. IV.

Se adecua al planteamiento del estudio, lo encontrado con referencia al *habitus* al constatar que los pacientes que impresionaban visiblemente como personas “inaceptables” para el surtimiento de ciertos medicamentos, despertaron en el EF precisamente la actitud de negarles el medicamento, pero es importante recordar que estos pacientes presentaban recetas vigentes y completas que les indicaban tomar cierto tratamiento por ordenes de un especialista, perteneciente a una institución pública de salud y el EF no debería de contraponerse a esta venta.

Se esperaba antes de la elaboración del estudio, que la cercanía de la farmacia sería determinante en la buena respuesta de los pacientes y de los EF, sin embargo esto no fue así. Este argumento en general debería de sostener a la noción de la FH como programa promisorio para las farmacias y hospitales donde se manejen medicamentos psiquiátricos. No se nota que los medicamentos fueran expedidos con menos quejas, con mas apego a las normas o manteniendo mas satisfechos a los compradores.

Otros resultados no estadísticos:

Durante la realización del estudio y el análisis del mismo, encontramos algunos pacientes en los que es conveniente particularizar así como el hacer otras tantas acotaciones.

Emma, paciente de 79 años, solicitó telefónicamente un medicamento que la LGS considera estupefaciente y de gran riesgo, el Ritalin® o Metilfenidato, se le llevó a casa y solo se le recogió la prescripción, sin cubrir ni las exigencias de receta y llenado del libro de control y otras exigencias conforme a lo señalado. Los psiquiatras utilizan frecuentemente este medicamento y ameritaría una adecuación de la ley a la práctica.

Obdulia, paciente de 32 años, comentaba que ella esperaba mas información del EF con respecto a su medicamento y opinó que la farmacia debería de funcionar como punto de apoyo a los pacientes.

Rebeca, paciente de 26 años, adquirió el Haloperidol de su tratamiento sin la presencia de la receta.

Cristina, de 57 años, se mostró preocupada por los comentarios en alusión a la “droga” que tomaba y estaba pensando seriamente abandonar el tratamiento.

Roberto de 39 años, requiere de Clozapina y el laboratorio que surte el medicamento, no le exige la prescripción para cada compra, esto deja lugar a que los posibles cambios de dosis que el médico indicará pasen por alto y se incurra en mal apego al tratamiento. La prescripción debiese de presentarse cada vez que se adquiriera el medicamento, junto con los controles sanguíneos.

Martha, al igual que otros pacientes argumentaron que los EF “ya eran conocidos de ellos” y esto mostró ser de influencia en la opinión del paciente de la atención recibida e incluso de la exigencia de receta.

A Justina, una paciente oaxaqueña de 39 años, le negaron en una farmacia de cadena de su estado una BDZ porque “ya la había comprado en esa farmacia en dos ocasiones y era una droga...”. La paciente se dice de acuerdo con esta noción, porque “es mucha droga”. Ejemplo claro de reforzamiento de un estereotipo muy difundido, que seguramente conlleva a la falla en el apego.

Otra paciente comentó, “no tuve oportunidad de ver a l farmacéutico, solo vi al empleado”, dejando entrever que conoce posiblemente de la función real del farmacéutico o boticario.

Se hizo notar también que muchos de los pacientes que no presentaron prescripción lo hicieron al solicitar un ISRS, de hecho en una paciente se presentó la indicación clara de que “para ese medicamento, Paxil® no necesita receta”. Si bien los ISRS son medicamentos benignos y con bajo perfil de efectos colaterales y complicaciones, es importante el hacer notar que estos son fármacos delicados y que no deben de ser utilizados o expendidos arbitrariamente.

Otro punto llamativo, es que 16 pacientes, mas del 10% de la muestra, se surte en la Farmacia “París” en el centro histórico de la Ciudad de México independientemente de su procedencia. Esto se explica, muy seguramente por el costo del medicamento.

El desembolso que requieren hacer los pacientes para la compra del medicamento es nada despreciable. La economía mundial y nacional pasa por un momento muy difícil y esto definitivamente repercute tajantemente en todo el sistema estudiado en este trabajo. Los comentarios referentes a los precios de los fármacos fueron encontrados con una muy alta frecuencia.

El equipo de trabajo social de este I.M.P. realizó un estudio para determinar los factores asociados a la deserción de los tratamientos que aquí se imparten. En 100 pacientes control, no desertores, se enumeró a el costo de los tratamientos como la principal causa posible por la cual se decidiría a abandonar el tratamiento (14%) y del grupo de los pacientes que abandonaron (15%) lo hicieron por el costo de los medicamentos, siendo esta razón también la primeras en orden de aparición (30).

Conclusiones:

Esta investigación ha contribuido para aclarar el panorama de lo que sucede mas allá de los consultorios y los hospitales psiquiátricos, en lo que se refiere a la adquisición del medicamento. Ha sido interesante descubrir que del otro lado del mostrador de las farmacias existe un elemento humano al cual se había ignorado en nuestro país y que cumple múltiples funciones, en la atención del paciente y en el cumplimiento de las normas que regulan y monitorizan la distribución de medicamentos que conllevan cierto riesgo.

En diversos países, ateniéndose a una visión integradora, han decidido reclutar a los farmacéuticos dentro de sus sistemas de salud, se les capacita y se aprovecha al máximo su presencia en la atención al paciente. Si el EF, o el farmacéutico, que es quién debería de fungir como tal, se vuelve un personaje homogéneo, con capacitación adecuada, con un entendimiento de cual es la totalidad de su función en el sistema de salud, seguramente se avanzaría en el cumplimiento del apego a las indicaciones, se evitaría que el paciente se viese sujeto a escuchar comentarios negativos e irreales en torno a su manejo y esto no sería mas un comentario escuchado en los consultorios psiquiátricos.

El desembolso que requieren hacer los pacientes para la compra del medicamento es nada despreciable. La economía mundial y nacional pasa por un momento muy difícil y esto definitivamente repercute tajantemente en todo el sistema estudiado en este trabajo. Los comentarios referentes a los precios de los fármacos fueron encontrados con una muy alta frecuencia.

El equipo de trabajo social de este I.M.P. realizó un estudio para determinar los factores asociados a la deserción de los tratamientos que aquí se imparten. En 100 pacientes control, no desertores, se enumeró a el costo de los tratamientos como la principal causa posible por la cual se decidiría a abandonar el tratamiento (14%) y del grupo de los pacientes que abandonaron (15%) lo hicieron por el costo de los medicamentos, siendo esta razón también la primeras en orden de aparición (30).

Conclusiones:

Esta investigación ha contribuido para aclarar el panorama de lo que sucede mas allá de los consultorios y los hospitales psiquiátricos, en lo que se refiere a la adquisición del medicamento. Ha sido interesante descubrir que del otro lado del mostrador de las farmacias existe un elemento humano al cual se había ignorado en nuestro país y que cumple múltiples funciones, en la atención del paciente y en el cumplimiento de las normas que regulan y monitorizan la distribución de medicamentos que conllevan cierto riesgo.

En diversos países, ateniéndose a una visión integradora, han decidido reclutar a los farmacéuticos dentro de sus sistemas de salud, se les capacita y se aprovecha al máximo su presencia en la atención al paciente. Si el EF, o el farmacéutico, que es quién debería de fungir como tal, se vuelve un personaje homogéneo, con capacitación adecuada, con un entendimiento de cual es la totalidad de su función en el sistema de salud, seguramente se avanzaría en el cumplimiento del apego a las indicaciones, se evitaría que el paciente se viese sujeto a escuchar comentarios negativos e irreales en torno a su manejo y esto no sería mas un comentario escuchado en los consultorios psiquiátricos.

La existencia de una FH, es otro planteamiento que se desprende de y se sustenta en este estudio. En el caso del IMP, que recibe pacientes de toda la república, representa en primera instancia, la seguridad para el paciente foráneo, que encontrará el medicamento que se le prescriba sin problemas mayores y que posiblemente se le pueda abastecer sin trabas de un reserva suficiente para no esperar hasta que se agote el medicamento y se vea obligado a regresar a la ciudad o, en su defecto, interrumpir el tratamiento.

En la FH, la línea técnica y teórica sobre la que se funciona hace que las opiniones de los EF no sean arbitrarias y desinformadas, ya que para ser parte de esta se debería de revisar la formación de estos sujetos y otros perfiles para asegurar sobre su buen funcionamiento y no solo por el hecho de que se les pueda emplear con facilidad para los interesados en los locales meramente comerciales. Es de recordarse que el estudio evidenció la presencia de opiniones y comentarios muy inadecuados y frecuentes, en relación a los medicamentos y algunas características del paciente, al presentar una receta a un EF de una FH, este está cabalmente seguro de la autenticidad de la misma, de que tipo de medicamento se solicita y su posología exacta y dosificación y más difícilmente será objeto de prejuicios y realizará su trabajo más adecuadamente.

La mera presencia de nuevas leyes y otras ya añejas y continuamente en ajuste, hace indispensable el evaluar en un futuro próximo cuáles han sido los resultados de estas políticas y si han beneficiado a los usuarios y, porque no, también a la industria de las farmacias y similares. La industria farmacéutica no debe de quedar al margen de las necesidades de la sociedad en su totalidad y debe de sujetarse al bienestar común mientras cumplen con su función de negocio para los que las patrocinan y manejan. Es trascendental el acotar el alcance de los laboratorios en cuanto a su publicidad de medicamentos, la manera en que los distribuyen y sus programas de venta especiales, que incluyen mensajeros-repartidores, publicidad y de una forma un mercado cautivo, que obedece cada vez más a las necesidades de su bolsillo y se puede alejar de las indicaciones médicas.

Los pacientes deben de contar con la certeza que si un medicamento les es negado, esto se debe a un incumplimiento por parte de los requisitos legales o porque realmente no se encuentra en existencia, pero es inadecuado que se haga peregrinar a los sujetos que ya

de por si se encuentran abatidos e inmersos en una situación de minusvalía ante la sociedad y que ya les ha etiquetado como pacientes psiquiátricos.

Al prescribir medicamentos que ya se han descrito como sensibles a todo este respecto, los médicos han de estar alertas ante la existencia de estos problemas en algún momento para los pacientes y prevenirles de estos posibles malentendidos y así evitar el abandono y las resistencias a los medicamentos, es papel del médico también el hacer ver al paciente que el portar una prescripción de ciertos medicamentos o incluso los fármacos mismos, conlleva una situación delicada y no de tomarse con ligereza, se debe de explicar el concepto de receta retenida y los motivos de esto.

Insistiendo en la FH, el aspecto económico de los medicamentos mencionados con anterioridad es crucial de desarrollar. El poder contar con un trato directo con los laboratorios y el manejo de grandes volúmenes de medicamentos por parte de un hospital, permite abatir importantemente los costos, no hay intermediarios y es posible incluso mantener los precios de los productos por mas tiempo que lo que sucedería en un local comercial común, se puede incluso elaborar un sistema de apoyo para pacientes con condiciones económicas muy crudas y así poder brindar un mínimo de atención a pacientes económicamente desamparados. Como las maniobras de inventarios y compra-venta de medicamentos u otros insumos se realizan de manera burocrática y mas estrictamente controlada, el destino y procedencia de medicamentos delicados se puede hacer mas propiamente y así se abate el riesgo de consumo inadecuado de los mismos incluso, con una prescripción interna, se hace posible una relajación de las normas de la misma, si se cuenta con un registro y acceso a información de ser necesario.

Las farmacias como generalidad, deben de agruparse en tal modo que cuenten con algún sistema de autenticación de recetas y así poder sortear el problema de las recetas apócrifas u otros malos usos de los medicamentos y sus prescripciones, pero se debe de evitar al máximo el negar el medicamento a alguien que lo necesita auténticamente y que ha cumplido con los requisitos de su solicitud.

El aspecto legal que se asocia a toda la investigación es merecedor de estudios posteriores, ya que el apego a las normas y el conocimiento de las mismas por los involucrados es el primer paso para avanzar en el sentido que se ha estado proponiendo.

México es un país con legislaciones inteligentes y prudentes, pero el problema, al igual que en otras áreas es la aplicación de las mismas. Los facultados para la elaboración de las leyes que atañen a este ámbito deben de procurar no ser rebasados por sustancias novedosas y estrategias mercadotécnicas.

Hablando de manera mas general, este esfuerzo de incurrir en la descripción y medición de actitudes y comportamientos ha sido importante para seguir perfeccionando estos medios y poder integrar toda esta serie de facetas tan humanas y tan difíciles de manipular para la ciencia, en el quehacer médico-psiquiátrico de cada día.

Mas allá de lo relacionado con los medicamentos psiquiátricos, recordemos que hay otros apartados sensibles en donde se involucra el EF, como los antibióticos novedosos, la atención de clases desfavorecidas y la implementación de los programas prioritarios de salud de la SS.

Anexos:**Anexo #1** (Cuestionario):**CUESTIONARIO****Ficha de identificación:**

Nombre (nombre de pila):

Edad (años cumplidos):

Sexo:

Estado civil (Soltero/casado/divorciado/viudo/unión libre/separado/menor de edad):

Ocupación:

Lugar de residencia (Colonia, delegación):

Escolaridad (analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria o equivalente, profesionista, posgraduado):


1. La última vez que acudió a la farmacia a comprar su medicamento, ¿Que dijo el encargado de farmacia? (a usted o a su familiar).
2. ¿Que opina usted de lo dicho por el encargado de farmacia?
3. ¿Presentó usted la receta?
4. ¿Que medicamento solicitó?
5. ¿Quién solicitó el medicamento, usted o alguien mas?
6. ¿A que tipo de farmacia acudió? (de cadena, del barrio, autoservicio, tienda comercial)
7. ¿En donde está localizada?

Observación del *habitus* externo:Adecuado Moderado Bajo

Fecha:

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

Anexo #2 (Receta IMP):***

 INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA
Calzada Xocmilco 101, Tlalpan México, D.F. 655 71 20
655 03 11 655 73 52 655 71 01 655 79 99

SERVICIOS CLINICOS

Prescripción


JULIANA GUZMÁN. 186691

IMIPRAMINA.
(TOFRANIL 25mg)

TOMAR: 1 - 0 - 2 V.O.

SURTIR 1 CAJA C/20 GRAGEAS.
3 SELLOS.

[Handwritten Signature]

 INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

DR. SEBASTIÁN RUIZ ZAPATA. 2-X-98

Medico _____ Fecha 2-X-98

Reg SSA Ced Prof 51238.

***. Documento de tamaño real, llenado para su ejemplificación a la manera mas común en la institución

Glosario:

ACC: Anticomociale / s.
 ADotros: Otros Antidepresivos.
 ADSALUD: Administración de Servicios de Salud (base de datos)
 ADTC: Antidepresivo / s Tricíclico / s.
 Art.: Artículo, en contexto de leyes.
 BDZ: Benzodiazepina / s.
 Cap.: Capítulo en contexto de leyes.
 CBZ: Carbamazepina.
 CBMSS: Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud.
 DOF: Diario Oficial de la Federación.
 DSM-III-R: *Diagnostic and Statistical Manual III Revised*.
 EF: Encargado de Farmacia.
 FF: Fitofármacos.
 FH: Farmacia Hospitalaria.
 GABA: Ácido Gamma amino butírico.
 Gpo.: Grupo en contexto de leyes.
 IMAO: Inhibidor / es Selectivo / os de la Recaptura de Serotonina.
 IMP: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
 IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.
 ISSFAM: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México.
 ISSSTE: Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.
 ISRS: Inhibidor / es Selectivo / s de la Recaptura de Serotonina.
 LGMI: Ley General de Medicamentos Intercambiables.
 LGS: Ley General de Salud.
 LILACS: Literatura de Latino América y el Caribe en Salud (base de datos).
 LSD: Dietilamida del ácido lisérgico.
 MDA: 3,4-metilenodioxianfetamina.
 MDMA: dl-3,4-metilendioxi-n,dimetilfeniletilamina (“éxtasis”).
 NLP: Neuroléptico / s.
 OMS: Organización Mundial de la Salud.
 OPS: Organización Panamericana de la Salud.
 PAHO: *Panamerican Health Organization*.
 SS: Secretaría de Salud.
 SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences* (paquete estadístico)
 THC: 9- Δ -Tetrahidrocannabinol.
 UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.

Bibliografía:

1. J. Fawcett: *Compliance: Definitions and key issues*. Journal of Clinical Psychiatry. 56 supl. 1, p.p. 3-8. 1995.
2. L. V. Bertalanfy: (1968 Edición en inglés, traducción al español 1976) *The General System Theory* (Teoría General de los Sistemas: fundamentos, desarrollo y aplicaciones) México D.F.. Fondo de Cultura Económica.
3. M. C. Angermayer: *Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: Results of a survey in the Federal Republic of Germany*. Pharmacopsychiatry. 26: p.p:114-120. 1993.
4. O. Benkert: *A public opinion on psychotropic drugs: An analysis of the factors influencing acceptance and rejection*. The Journal of Mental and Nervous Disease. 185: p.p.151-158. 1997.
5. T. V. Putten: *Response to antipsychotic medication: The doctor's and the consumer's view*. American Journal of Psychiatry. 141: p.p.16-19. 1984.
6. Ley General de Salud y Ley de Salud para el Distrito Federal y Disposiciones Complementarias. Colección de Leyes y Códigos de México, Decimocuarta edición actualizada. Ed. Porrúa, México, 1997.
7. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se relacionan las especialidades farmacéuticas susceptibles a incorporarse al catálogo de medicamentos genéricos intercambiables y se determinan las pruebas que deberán de aplicarse. Diario Oficial de la Federación (DOF), 19 de marzo, México, 1998, p.p.:46.
8. Secretaría de Salud. Catálogo de medicamentos genéricos. DOF, 17 de agosto, México, 1998, p.p.:34.
9. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de Emergencia (NOM-EM-003-SSA1-1998). Medicamentos Genéricos Intercambiables. Criterios y requisitos de las pruebas para demostrar la intercambiabilidad y requisitos a que deben sujetarse los terceros autorizados. DOF, 25 de septiembre, México, 1998, p.p.:82.
10. Secretaría de Salud. Primera actualización del catálogo de medicamentos genéricos intercambiables. DOF, 12 de octubre, México, 1998, p.p.:29.
11. Ministerio de Educación, Secretaría de Educación Superior. Primer Seminario Sobre Farmacia Hospitalaria. Octubre 25-27, Brasil, 1982.
12. Ministerio de Educación, Secretaría de Educación Superior. *Seminary on Hospital Pharmacy*. Del Primer Seminario de Farmacia Hospitalaria, octubre 25-27. Cadernos de Ciências da Saúde, 8. 175 pags. Tablas. . Brasil. 1985.
13. N. Pereira: *The professional pharmacist in the good performance of a university hospital*. Cadernos de Ciências da Saúde. 8. p.p.:36-44. Brasil. 1985.
14. G. W. Cunha: *Orientation in patient discharge for a correct use of prescribed drugs*. Cadernos de Ciências da Saúde, 8. p.p.:135-41. Brasil. 1985.
15. M. Pererira: *Educational requirements for professional qualification for hospital pharmacies*. Cadernos de Ciências da Saúde, 8. p.p.:152-4. Brasil. 1985.
16. M. Hidalgo: El farmacéutico como miembro del equipo de atención médica en salas de internación. Boletín de la Oficina Sanitaria. 99: p.p.:395-9, Panamá. 1985.

17. B. Badilla: Automedicación y sus riesgos: la educación al paciente. Revista Costarricense de Ciencias Médicas. 7: p.p.:123-5. 1986. Presentado en el Congreso de Ciencias Médicas. Liberia, 1984.
18. J. Quinteros: Experiencia de una consultoría en farmacia asistencial en Centroamérica y Panamá. Revista Médica de Honduras. 57: p.p.:150-2. 1989.
19. M. Jorge de Corral: Memorias del primer seminario nacional farmacéutico y salud pública. Sociedad Dominicana de Farmacéuticos de Hospitales, Sto. Domingo. 144 pags.. 1990. Presentado en el Seminario Nacional Farmacéutico y Salud Pública, 1, Sto. Domingo, 5-7 de diciembre. 1990.
20. D. Olivares: La receta retenida: un problema médico-legal. Revista Hospitalaria y Clínica de la Universidad de Chile. 3: p.p.:14-6, 1992.
21. Grupo de consulta de la OMS sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención a la salud: El papel del farmacéutico en el sistema de atención a la salud, Organización Panamericana de Salud (OPS). 41pags.. E.U.A. 1990. Presentado en el Grupo de Consulta de la OMS sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Nueva Delhi, 13-16 de diciembre, 1988.
22. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar: Manual del curso de planificación familiar y atención primaria de salud para empleados y propietarios de farmacias. Secretaría de Salud. 171pags. México. 1993,
23. M. Medina-Mora: El uso de los servicios de salud en los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. Salud Mental. 20 supl. p.p.: 32-38, julio. 1997.
24. M. Lara: Patrones de utilización de los servicios de salud mental. Salud Mental. 19, supl. p.p.:14-18, abril. 1996.
25. A. Chatley: *Problem Drugs* Acción internacional por la salud. 419 pags. Ilustradas. E.U.A.. 1995.
26. Ley del IMSS. Colección de Códigos y Leyes de México. Decimotercera edición, Ed. Porrúa, México. 1990.
27. Consejo de Salubridad General. Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud, México, 1989.
28. B. Dawson-Saunders: Bioestadística médica. Ed. Manual Moderno, 403 pags. p.p.:171-192, Colombia. 1997.
29. J. Caraveo: Encuesta nacional de pacientes Psiquiátricos hospitalizados. Salud Mental, 18(4), p.p.:1-9. 1995.
30. M. Saucedo: Frecuencia y causas de deserción de los pacientes que asisten a consulta subsecuente de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud Mental. 20 supl. p.p.:13-18, octubre 1997

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA