

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS  
AMÉRICAS**

**CARRERA DE FARMACIA**

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE APLICACIÓN EN  
FARMACIA COMUNITARIA EN EL ABORDAJE DE  
PACIENTES DEPRESIVOS Y SU TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGICO A TRAVÉS DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA  
COMO ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN**

**LINDSAY MELISSA RODRÍGUEZ CARRANZA**

**TUTOR: MAURO MARTÍNEZ**

**SAN JOSE, COSTA RICA, MAYO 2020**

## Tabla de contenido

<b><i>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</i></b> .....	<b>13</b>
<b><i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i></b> .....	<b>13</b>
<b><i>OBJETIVOS</i></b> .....	<b>15</b>
Objetivo General .....	15
Objetivos Específicos .....	15
<b><i>JUSTIFICACIÓN</i></b> .....	<b>16</b>
<b><i>ANTECEDENTES</i></b> .....	<b>19</b>
Históricos.....	19
Internacionales.....	20
Nacionales .....	25
<b><i>PROYECCIONES</i></b> .....	<b>27</b>
<b><i>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</i></b> .....	<b>28</b>
<b>DEPRESIÓN</b> .....	<b>28</b>
Definición .....	28
Epidemiología .....	28
Factores que favorecen la depresión.....	29
Factores Biológicos .....	30
Factores Psicológicos y Sociales .....	30
Fisiopatología.....	31
Tipos de Depresión.....	33
Criterios para el diagnóstico médico .....	34
Tratamiento .....	37
Tratamiento no Farmacológico .....	37
Tratamiento Psicoterapéutico .....	37
Tratamiento farmacológico .....	39
Alternativas antidepresivas .....	39
Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS).....	40

Medicamentos que pertenecen a esta clasificación .....	40
Medicamento más representativo de esta clasificación.....	40
Fluoxetina .....	40
Farmacocinética.....	41
Farmacodinámica .....	41
Indicaciones, dosis y presentación .....	41
<b>Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN)</b> .....	41
<b>Medicamentos que pertenecen a esta clasificación</b> .....	42
<b>Medicamento más representativo</b> .....	42
<b>Venlafaxina</b> .....	42
Farmacocinética.....	42
Farmacodinámica .....	43
Indicaciones, dosis y presentación .....	43
<b>Antidepresivos tricíclicos</b> .....	43
<b>Medicamentos que pertenecen a esta clasificación</b> .....	44
<b>Medicamento más representativo de esta clasificación</b> .....	44
Imipramina .....	44
Farmacocinética.....	44
Farmacodinámica .....	45
Indicación, dosis y presentación.....	45
Amitriptilina .....	45
Farmacocinética.....	45
Farmacodinámica .....	45
Indicación, dosis y presentación.....	45
<b>Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO)</b> .....	45
<b>Farmacocinética</b> .....	46
<b>Farmacodinámica</b> .....	46
FARMACODINÁMICA DE LOS IMAO .....	46
<b>Medicamentos que pertenecen a esta clasificación</b> .....	47
<b>Abordaje de pacientes con diagnóstico antidepresivo</b> .....	47
<b>Adherencia al tratamiento farmacológico antidepresivo</b> .....	52

<b>Seguimiento farmacológico</b> .....	53
<b>Farmacia Comunitaria</b> .....	<b>58</b>
Definición .....	58
Farmacia Comunitaria en Costa Rica.....	58
Atención farmacéutica en Farmacias de Comunidad .....	58
<b>Rol del farmacéutico de comunidad</b> .....	59
<b>Metodología de seguimiento farmacoterapéutico: Dáder</b> .....	60
<b>Procedimiento de la metodología Dáder</b> .....	60
<b>PROCOLOS</b> .....	<b>63</b>
Definición .....	63
<b>Alcances del uso de los protocolos en ciencias de la Salud</b> .....	63
<b>Tipos de Protocolos</b> .....	64
<b>Protocolos de Investigación</b> .....	<b>64</b>
<b>Protocolos basados en evidencia</b> .....	65
<b>Protocolos Clínicos</b> .....	65
<b>Uso de protocolos clínicos en Ciencias de Salud</b> .....	65
<b>Estructura del desarrollo de un protocolo</b> .....	67
<b>SIMULACIÓN CLÍNICA</b> .....	<b>68</b>
Definición .....	68
Simulación clínica como mediación pedagógica .....	68
<b>Simulación como método de enseñanza en Ciencias de la Salud</b> .....	69
<b>Etapas de la simulación</b> .....	71
<b>Prebriefing o Briefing (Introducción)</b> .....	71
<b>Escenario</b> .....	71
<b>Debriefing (Análisis)</b> .....	72
<b>Simulación como destreza de enseñanza en Farmacia</b> .....	72
<b>Tipos de Simulación</b> .....	<b>72</b>
<b>Ventajas del aprendizaje a través de la simulación</b> .....	<b>73</b>
<b>Alcances de la simulación clínica en la carrera de Farmacia</b> .....	<b>74</b>
<b>Alcances del docente</b> .....	74

Alcances del estudiante .....	74
<b><i>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</i></b> .....	<b>75</b>
<b><i>ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN</i></b> .....	<b>75</b>
<b><i>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</i></b> .....	<b>76</b>
<b>Tabla de investigación con enfoque cualitativo</b> .....	<b>77</b>
Tabla de investigación con enfoque cuantitativo .....	78
<b><i>Instrumento</i></b> .....	<b>80</b>
Población .....	82
Muestra .....	82
Proceso de Recolección de Datos.....	83
<b><i>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS</i></b> .....	<b>84</b>
<b>Resultados para objetivo I</b> .....	<b>84</b>
<b>Resultados para objetivo II</b> .....	<b>95</b>
<b>Resultados para objetivo III</b> .....	<b>99</b>
<b>Resultados para objetivo IV</b> .....	<b>109</b>
<b>Unidad de Análisis I</b> .....	<b>117</b>
Identificar los criterios técnicos utilizados por los farmacéuticos en el abordaje de la farmacoterapia de pacientes depresivos para el desarrollo de los casos clínicos en el Centro de Simulación de la Universidad Internacional de Las Américas.....	117
<b>Unidad de Análisis II</b> .....	<b>121</b>
Desarrollar guía con posibles escenarios de simulación clínica, en relación con la farmacoterapia de los pacientes depresivos, para su ejecución por parte de los estudiantes de Farmacia de la Universidad Internacional de Las Américas.....	121
<b>Unidad de Análisis III</b> .....	<b>123</b>
Validar el diseño del protocolo propuesto en el Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de Las Américas para su uso en farmacias de comunidad por parte de los profesionales en Farmacia .....	123
<b>Unidad de Análisis IV</b> .....	<b>129</b>

Evaluar el desarrollo de habilidades cognitivas y metacognitivas de los estudiantes de la carrera de Farmacia en el progreso del escenario de simulación utilizando el protocolo propuesto para el abordaje de pacientes con sintomatología depresiva o con terapia farmacológica depresiva.....	129
<b><i>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i></b> .....	<b>135</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>135</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>136</b>
<b><i>REFERENCIAS</i></b> .....	<b>139</b>
<b><i>ANEXOS</i></b> .....	<b>149</b>
<b>Anexo 1. Instrumento de entrevista para profesionales en salud para conocer los criterios de abordaje de pacientes depresivos.....</b>	<b>149</b>
<b>Anexo 2. Guía para los escenarios clínicos a utilizarse en el momento de la validación del protocolo .....</b>	<b>153</b>
<b>Anexo 3. Encuesta de satisfacción para la validación del protocolo.....</b>	<b>172</b>
<b>Anexo 4. Escala evaluativa de habilidades cognitivas y metacognitivas .....</b>	<b>175</b>
<b>Anexo 5. Primera propuesta de protocolo para validación .....</b>	<b>177</b>
<b>Anexo 6. Resultado del protocolo final luego de validación .....</b>	<b>188</b>

## Contenido de Figuras

<b>Figura 1. Fisiopatología de la Depresión (Teoría de la hipótesis de la depresión de las monoaminas).....</b>	<b>32</b>
<b>Figura 2. Algoritmo para el diagnóstico del tratamiento de personas con depresión</b>	<b>36</b>
<b>Figura 3. Modelo escalonado en el manejo de la depresión.....</b>	<b>50</b>
<b>Figura 4. Algoritmo para el Abordaje de Pacientes con diagnóstico depresivo .....</b>	<b>51</b>
<b>Figura 5. Diagrama de flujo del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico .....</b>	<b>57</b>
<b>Figura 6. Resumen esquematizado de las 7 etapas del método Dáder .....</b>	<b>62</b>
<b>Figura 7. Guía básica para la Creación de un Protocolo .....</b>	<b>67</b>
<b>Figura 8. Pasos que siguen las doctoras entrevistadas para despacho de medicamento antidepresivo en farmacia de comunidad. ....</b>	<b>90</b>
<b>Figura 9. Relación del farmacéutico de comunidad con el paciente con terapia antidepresiva.....</b>	<b>91</b>
<b>Figura 10. Factores que influyen en la falta de adherencia a tratamientos antidepresivos .....</b>	<b>93</b>
<b>Figura 11. ¿Cómo calificaría usted el protocolo? .....</b>	<b>99</b>
<b>Figura 12. ¿Cómo calificaría su experiencia completa utilizando el protocolo en su ejercicio profesional? .....</b>	<b>100</b>
<b>Figura 13.¿Cómo calificaría usted la intervención del farmacéutico utilizando dicho protocolo?.....</b>	<b>100</b>
<b>Figura 14. ¿Considera el protocolo una herramienta necesaria para las farmacias de comunidad?.....</b>	<b>101</b>
<b>Figura 15 .¿Considera que es un protocolo de fácil uso?.....</b>	<b>102</b>
<b>Figura 16. ¿Considera que habrá un mejor abordaje de pacientes depresivos si se aplica dicho protocolo en farmacias de comunidad? .....</b>	<b>102</b>
<b>Figura 17. ¿Recomendaría usted el protocolo a otros colegas?.....</b>	<b>103</b>
<b>Figura 18. ¿Considera usted que al utilizar el protocolo mejoraría sus habilidades para el abordaje de dichos pacientes? .....</b>	<b>104</b>
<b>Figura 19. ¿Considera usted que el protocolo le da un aporte positivo al rol como farmacéutico de comunidad? .....</b>	<b>105</b>

<b>Figura 20. ¿Considera altas las posibilidades para aplicar el protocolo en su diario vivir como farmacéutico? .....</b>	<b>106</b>
<b>Figura 21. Resultados del criterio I de la escala de validación del protocolo .....</b>	<b>107</b>
<b>Figura 22. Resultados del criterio II de la escala de validación del protocolo.....</b>	<b>108</b>
<b>Figura 23. Resultados sobre los criterios cognitivos .....</b>	<b>109</b>
<b>Figura 24. Resultados sobre segundo criterio cognitivo evaluado .....</b>	<b>110</b>
<b>Figura 25. Resultados sobre tercer criterio cognitivo evaluado .....</b>	<b>111</b>
<b>Figura 26. Resultados sobre cuarto criterio cognitivo evaluado .....</b>	<b>112</b>
<b>Figura 27. Resultados sobre el quinto criterio cognitivo evaluado .....</b>	<b>113</b>
<b>Figura 28. Resultados generales de la evaluación cognitiva .....</b>	<b>114</b>
<b>Figura 29. Resultados sobre evaluación metacognitiva .....</b>	<b>115</b>
<b>Figura 30. Resultados sobre la evaluación de los escenarios clínicos .....</b>	<b>116</b>
<b>Figura 31. Gráfica de resultados de la evaluación global del escenario clínico para la validación del protocolo .....</b>	<b>116</b>

#### Contenido de Tablas

<b>Tabla 1. Medicamentos ISRS .....</b>	<b>40</b>
<b>Tabla 2. Medicamentos ISRN.....</b>	<b>42</b>
<b>Tabla 3. Principales efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 4. Medicamentos antidepresivos tricíclicos .....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 5. Farmacodinámica de los IMAO en cada generación .....</b>	<b>46</b>
<b>Tabla 6. Medicamentos antidepresivos IMAO .....</b>	<b>47</b>
<b>Tabla 7. PRM y RNM más comunes.....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 8. Tipos de metodologías de simulación.....</b>	<b>70</b>
<b>Tabla 9. Resultados de cantidad de pacientes con sintomatología depresiva que se atiende en el centro.....</b>	<b>85</b>
<b>Tabla 10. Sintomatología considerada por las farmacéuticas para sospecha de paciente depresivo, en las farmacias de comunidad consultadas.....</b>	<b>86</b>
<b>Tabla 11. Medicamentos antidepresivos más vendidos en las tres farmacias consultadas.....</b>	<b>89</b>

<b>Tabla 12. Resultados de los escenarios clínicos creados para la validación del protocolo propuesto.....</b>	<b>96</b>
<b>Tabla 13. Resultados de la ejecución de escenarios clínicos .....</b>	<b>98</b>

## Agradecimientos

Indudablemente, mi primer agradecimiento es para mi creador, a ti, mi Dios, gracias por ser ese compañero de batallas, ese amigo perfecto y fiel, quien nunca me abandona, quien es el centro de mi vida, el que mueve montañas para mí, y el que hace que todo lo que parece imposible sea posible. Gracias por cumplirme todas tus promesas y aquí estoy, siendo testimonio de una más de ellas...

A mis padres, mis principales admiradores, mis fans enamorados que día a día me hacen sentir su apoyo, los que siempre están en primera fila aplaudiéndome todos mis éxitos, mis metas, mis logros, a ustedes les digo ¡GRACIAS!, y si existiera una palabra más allá de gracias, se las diría, porque el agradecimiento que tengo no se expresa en palabras, y en mi corazón no cabe más que amor hacia ustedes.

Mi ángel en el cielo, mi abuela, quien fue parte importante cuando tomé la iniciativa de sacar una segunda carrera de Salud, quien me cuida desde allá en el paraíso, a quien, estoy segura, no le cabe la admiración hacia a mí al ver mis triunfos. Mami, sé que estás feliz, que intercedes por mí y que me aplaudes desde la casa de nuestro Dios. GRACIAS, MAMI, nos vemos en el más allá...

La universidad es una de las etapas más bonitas de la vida; he pasado por dos procesos y grandes personas he conocido; he sido bendecida doblemente en conservar aún amistades de mi primera carrera, y no tengo duda de que así será en esta segunda vuelta... Me llevo en el corazón a dos personas que sin yo pedirlo me han demostrado su apoyo, su admiración y su lealtad. Andrea y Dannia, ustedes conocen el significado de amistad, a ustedes gracias, porque no han dudado un minuto en brindarme su mano amiga, despojarse de lo de ustedes para ayudarme sin pedir nada a cambio... Para ustedes los mejores deseos, mi agradecimiento es infinito...

A esa persona especial que también me deja la universidad, ese amigo que no ha dudado en remar conmigo en la misma barca, nos hemos hundido una y mil veces, nos hemos reído, y

hemos llorado también, cómo no decirle gracias, gracias por ser parte de esto y simplemente,  
gracias por existir...

Al Dr. Mauro, un tutor de gran calibre y parte fundamental para la creación de este  
proyecto. ¡Gracias por todo!

## Dedicatoria

Este proyecto se lo dedico a los tres pilares de mi vida, Dios, mis padres y mi abuela en el cielo, por ser esas personas incondicionales e imbatibles, dándome fuerza y sabiduría para no decaer.

**“Todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a soñar”**

*Eugene Fitch Ware*

...Esto es para ustedes

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día, el profesional en Farmacia está tomando impulso con un rol protagónico, en lo que respecta a la Atención Farmacéutica. La misma es implementada para la orientación del paciente en sus diferentes patologías (tanto crónicas como agudas); además, para otorgarle una respuesta a posibles complicaciones con el tratamiento a los pacientes, así como mostrarle posibles efectos adversos por el no seguimiento o adherencia a su tratamiento.

Como define Gaitán (2016), en su propuesta: “Modelo de atención farmacéutica en pacientes con diagnóstico de patología mental”, la atención farmacéutica es “la contribución del químico farmacéutico en la atención de personas, con el fin de optimizar el uso de medicamentos y así encontrar resultados que mejoren el estado de salud” (p. 62). Lo anterior va relacionado con la necesidad de ejecutar o mejorar programas que le brinden, al paciente depresivo, mayor seguridad y facilidad, al dirigirse a un establecimiento donde se cuente con un profesional en Farmacia.

Según Honorato (2015), en su publicación Adherencia al tratamiento farmacológico, hace mención, de la necesidad e importancia que el paciente conozca su tratamiento; es decir, su dosis, su vía de administración, sus efectos secundarios y su duración. Es aquí donde el farmacéutico debe intervenir y mostrar habilidad y capacidad para darle al paciente seguridad, y así garantizar una adherencia completa.

Gómez (2019) define los protocolos como una herramienta de actuación específica para sintomatologías, con lo cual puede indicar un medicamento de venta libre, o derivar el médico especialista según sea la patología; así mismo, menciona la importancia de seguir pautas o guías para las actuaciones del profesional, para llegar a tener un descenso en los errores o posibles olvidos, para llegar a alcanzar resultados óptimos en un tiempo menor, y con dosis y cantidades mínimas de medicamentos.

En la actualidad, se han visto modificadas las funciones del farmacéutico. Si bien es cierto no es de generalizar, existen muchas carencias en el conocimiento de los ejercicios que puede desempeñar, así como una deficiencia en la relación del farmacéutico-médicos-paciente. Lo anterior, enfocado principalmente en el problema de adherencia al tratamiento farmacológico en

pacientes depresivos, según define Honorato (2015): “se entiende por adherencia el grado, hasta el cual, los pacientes siguen, o cumplen exactamente el tratamiento prescrito por el médico” (p. 47), la mayoría de veces por el desconocimiento, o la falta de atención o de seguimiento del profesional en Farmacia, el paciente depresivo no cumple y recae o no llega a su beneficio médico.

Por las razones anteriores, es que surge la necesidad de crear un protocolo específico dirigido a farmacias de comunidad para pacientes con depresión, ya que existe un desconocimiento, por parte del paciente ante el farmacéutico, y del farmacéutico frente el paciente, en saber que el farmacéutico está capacitado para poder otorgarle ayuda profesional para seguir su terapia farmacológica, tal y como el médico lo indique, y no solo ser el despachador de su receta. Además, con la investigación se llegaría a llenar el vacío que actualmente se está observando, que, al existir tantas personas con un mal manejo de la terapia farmacológica para la depresión, terminan en enlaces no deseados. Así mismo, al existir esa debilidad en la relación, también del médico-farmacéutico, esta se vendría a fortalecer con la creación del protocolo.

Por consiguiente, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles aspectos debe incluir un protocolo de atención a pacientes depresivos que sea útil y fácil de utilizar en farmacias de comunidad por profesionales farmacéuticos para el abordaje de pacientes con terapias farmacológicas antidepresivas?

## OBJETIVOS

### Objetivo General

- Diseñar un protocolo de aplicación en farmacia comunitaria para el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento farmacológico a través de la simulación clínica como estrategia de investigación.

### Objetivos Específicos

- Identificar los criterios técnicos utilizados por los farmacéuticos en el abordaje de la farmacoterapia de pacientes depresivos para el desarrollo de los casos clínicos en el Centro de Simulación de la Universidad Internacional de Las Américas.
- Desarrollar una guía con posibles escenarios de simulación clínica, en relación con la farmacoterapia de los pacientes depresivos, para su ejecución por parte de los estudiantes de Farmacia de la Universidad Internacional de Las Américas.
- Validar el diseño del protocolo propuesto en el Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de Las Américas para su uso en farmacias de comunidad por parte de los profesionales en Farmacia.
- Evaluar el desarrollo de habilidades cognitivas y metacognitivas de los estudiantes de la carrera de Farmacia en el progreso del escenario de simulación, utilizando el protocolo propuesto para el abordaje de pacientes con sintomatología depresiva o con terapia farmacológica depresiva.

## JUSTIFICACIÓN

El tema del uso de simulación clínica como medida pedagógica, ha estado tomando fuerza en el país. Si bien es cierto se conoce desde tiempo atrás, en el país es una herramienta muy actual. Como mencionan Alfonso y Martínez (2015):

La educación basada en simulación médica tiene características que mejoran la práctica clínica estas son: retroalimentación, práctica deliberada, integración curricular, medición de resultados, adquisición y mantenimiento de habilidades, el dominio del aprendizaje, transferencia a la práctica, formación del equipo, formación de instructores en contexto educativo y profesional. (p. 71).

El uso de la simulación viene a darle un valor agregado a la educación universitaria, tanto al estudiante como al docente, ya que con dicha modalidad se espera conocer si realmente existe una mejora de habilidades y conocimientos, y con ellos crear un fortalecimiento en la calidad del aprendizaje. Lo anterior es respaldado en la publicación llamada “Uso de simulación clínica como estrategia de aprendizaje para el desarrollo de habilidades comunicacionales en estudiantes de medicina”, donde sus autores mencionan, que las habilidades demostradas por el estudiante en la simulación son específicas, observables y evaluables, otorgando un alto mejoramiento en habilidades comunicacionales en un corto plazo por parte del estudiante. (Fernández, Yèvenes, Gòmez y Villaroel, 2017).

La correcta educación a nivel de Ciencias de la Salud es primordial en el estudiantado, ya que se tiene en las manos la vida de un ser humano; si bien es cierto se toman varios años de estudio, no todas las habilidades cognitivas o metacognitivas (como las sociales, de memoria, atención, resolución de problemas) se llegan a obtener mediante el uso monótono de cursos impartidos en clases didácticas, haciendo uso de bibliografías, exposiciones o evaluaciones escritas, ya que el estudiante necesita explorar sus áreas de mejora o sus áreas fuertes, esto es lo que se busca con la simulación clínica; donde se busca estimular y favorecer escenarios clínicos que posicionen al estudiante en posibles resoluciones de conflictos, otorgándole seguridad, y la conversión de conocimientos teóricos en prácticos. (Carreño *et al.*, 2017).

La simulación clínica como herramienta de aprendizaje o mediación pedagógica, definitivamente viene a dar aportes importantes a la sociedad, ya que crea un vínculo primordial entre el ser estudiante, al ser ya propiamente dicho, profesional en Salud. La simulación clínica tiene como su principal objetivo la autoconfianza, a través de la cual el estudiante puede lograr destrezas que no conocía, obtener un juicio profesional y responder de forma adecuada, dando con todo ello una base sólida de conocimiento para el actuar profesional, además del desarrollo, en el estudiante, de habilidades, técnicas, de razonamiento y de comunicación. (Martínez y Matus, 2015).

Varias publicaciones internacionales, así como la tesis doctoral: “El uso de la simulación clínica como mediación pedagógica para el desarrollo de competencias en el ejercicio de la atención farmacéutica con pacientes en tratamiento oncológico”, mencionan el éxito que se tiene al hacer uso de simulaciones clínicas, tanto para el desarrollo de habilidades para el estudiante en formación, como para el docente, ya que fomenta la seguridad, aumenta el conocimiento, y denota destrezas que quizás el estudiante no conocía de sí mismo. Es por esto que realizar un protocolo con ambientes simulados, crea la expectativa de buenos y certeros resultados. (Hernández, 2020).

La farmacia comunitaria es un centro de salud de atención primaria, donde generalmente recurren las personas a adquirir sus medicamentos ante un diagnóstico realizado por parte del médico. Gracias a la existencia de innumerables farmacias en cada provincia del país, los ciudadanos logran tener acceso en igualdad de condiciones y de primera mano. No obstante, muchas veces, en distintas poblaciones, el farmacéutico comunitario es el único profesional existente, y es a raíz de esto que, hoy en día, el farmacéutico de comunidad ha tomado protagonismo en la dispensación y recomendación de medicamentos, así como en el abordaje de pacientes. (Baixauli, Rodríguez, Calle, Vailo y Barral, 2010).

A pesar de ello, existe una debilidad en la atención farmacéutica o relación médico-farmacéutico para pacientes depresivos, ya que no se cuenta con un protocolo o guía específico para estos pacientes visto desde la farmacia de comunidad, por lo cual el favorecer la adherencia al tratamiento y el seguimiento del mismo está debilitado, y generalmente resulta difícil, provocando que los pacientes suspendan su tratamiento, y no vean los resultados deseados provocando recaídas. (Baixauli *et al.*, 2010).

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación pretende desarrollar un protocolo que pueda ser utilizado desde la farmacia de comunidad, para favorecer el abordaje de los pacientes depresivos en su terapia farmacológica. La relevancia social se justifica en tanto que aportará elementos nuevos y novedosos a través del instrumento a desarrollarse, beneficiando así a los farmacéuticos que ejerzan su profesión desde la farmacia de comunidad; al mismo tiempo aportará seguridad, tanto al profesional de farmacia como al estudiante, ya que al ponerlo en práctica, a través de la simulación clínica (para los estudiantes) o en la propia farmacia comunitaria (para el profesional), dará una ampliación al conocimiento actual, y lo más relevante, beneficios positivos y satisfactorios al conocer cómo abordar a dichos pacientes, otorgándoles una mejora de su patología al adherirse a su tratamiento, y con un correcto seguimiento farmacológico por parte del profesional en Farmacia.

## ANTECEDENTES

### **Históricos**

En la historia de la humanidad, existen desde siempre patologías que han surgido por la calidad y/o estilo de vida; una de ellas es la depresión y su alta incidencia a causa del abandono de su tratamiento farmacológico. En la publicación *La Depresión: retos y conflictos en el siglo XXI*, se menciona cómo las enfermedades mentales giraban alrededor de la interacción de los cuatro humores del cuerpo humano (sangre, bilis negra, bilis amarilla, flema). Así mismo, en los tiempos prehistóricos, los trastornos mentales eran considerados que surgían a raíz de espíritus o fenómenos naturales, así como creencias religiosas. (Agudín, De la Osa, Marot y Zarragoitia, 2018).

Los antiguos griegos, llegan a denominar el término “melancolía”, para definir a las personas sumidas en tristeza y actos temperamentales, pero no es hasta el siglo XVI que el término “melancolía” ya es aceptado como una enfermedad mental, y de ahí comienzan a aparecer trabajos, como lo son los del psicólogo Sigmund Freud, quien publica “Duelo y Melancolía”, en el cual establece las diferencias entre ambos, y a partir de aquí comienzan a pasar los años y generarse más teorías y/o patologías, como el trastorno bipolar incluido en el DSM-III. Ya para el siglo XXI la depresión es vista como una patología, y genera la necesidad de tratamiento farmacológico. Hoy en día la depresión tiene una alta incidencia en la población, provocando una necesidad mayor de primera mano de la relación médico-farmacéutico, para el correcto seguimiento en adherencia farmacológica. (Agudín. *et al.*, (2018).

La simulación clínica es hoy en día una herramienta que está en crecimiento, y se está impulsando para el aprendizaje universitario; la misma le brinda una serie de competencias a los alumnos y futuros profesionales de salud, con el fin de otorgar mayores habilidades para el ejercicio de su profesión; si bien es cierto es un tema de actualidad, no se puede dejar de lado que la misma existe desde tiempos memorables.

Una primera línea, en el uso de la simulación clínica, se dio en el área de Salud para los profesionales en Enfermería; uno de los primeros pasos, en esta área, fue la creación de maniqués de paja, con los cuales los estudiantes ponían en práctica sus conocimientos técnicos y profesionales; sin embargo, fue para inicios del siglo XX donde se realizó el primer cambio de estos maniqués de paja por unos con un material de gran durabilidad, realismo, y características

propias de un humano; los mismos fueron llamados como “Mr., Chase”; luego fueron implementados los “Baby Chase”, los cuales eran niños y niñas desde la edades en lactancia, con características propias, por ejemplo: fosas nasales, peso y masa corporal de un niño real. (Quirós, y Vargas, 2014).

Estas creaciones, vinieron a marcar una nueva era en el aprendizaje, ya que con diferentes demostraciones, al poner en práctica el uso de la herramienta de simulación, la Organización Mundial de la Salud dio el apoyo para la extensión de esta nueva modalidad hacia países del norte de América, así como hacia América Latina, siendo una luz verde para su amplificación, con lo cual al día de hoy se ha llegado a lograr que los centros de simulaciones cuenten con equipos, y modelos con tecnologías de punta, así como guías clínicas, protocolos de aprendizaje, que permiten impactar en el desarrollo del profesional de manera positiva. (Quirós *et al.*, 2014).

Como mencionan Gaicedo, Hermosa, y Pérez (2019), en su monografía titulada: “Importancia de la simulación clínica en las Ciencias de la Salud período 2007-2018”, citados por General Medical Council (1993) y Association of American Medical Colleges (1999), citados por Aguirre Dávila (2012): “la Simulación para la enseñanza de las Ciencias de la Salud se estableció en 1958, y se consolidó como una herramienta para la calidad de la educación a finales del siglo XX” (p. 11), lo cual lleva a analizar que desde aquellos tiempos la simulación ha venido aportando en el aprendizaje de cada uno de los estudiantes; se menciona que en la década de los noventa ha tenido un impulso grande, con el cual se han reformado con ellos las buenas prácticas y seguridad ante casos clínicos y, por ende, la relación paciente-profesional.

### **Internacionales**

En el Artículo “Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis”, se señala como principal objetivo el evaluar la efectividad del seguimiento y adherencia farmacoterapéutico en pacientes depresivos. Bajo una revisión bibliográfica exhaustiva de seis ensayos clínicos y un total de 887 pacientes, se analizó el impacto de la intervención farmacéutica para pacientes ya con un diagnóstico clínico depresivo. Los estudios tomados fueron de años entre 1998 y el 2005; así mismo, la edad osciló entre 38 y 54 años, y un rango aproximado de entre el 57-85% eran mujeres. (Rubio, Serrano y Magdalena, 2011, p. 43).

Los resultados indicaron que el 74% de pacientes estaban iniciando un tratamiento para depresión moderada o severa. De ellos, el 51.74% recibió una intervención farmacéutica, y el 48.25% inició su tratamiento sin intervención o seguimiento farmacéutico, llegando a la conclusión de que las intervenciones farmacéuticas son eficaces para mejorar la adherencia al tratamiento para pacientes con antidepresivos. Sin embargo, son claros que los datos fueron muy limitados y no fueron más allá de Estados Unidos de América. (Rubio *et al.*, 2011, pp. 39-46).

Según Chong, Aslani y Chen (2013), en su artículo llamado “Adherence to antidepressant medications: an evaluation of community pharmacists counseling practices”, detallan que el farmacéutico tiene un rol actualmente en la no adherencia al tratamiento antidepresivo, ya que no existen estudios que exploren directamente un asesoramiento de los farmacéuticos de comunidad, por lo cual realizaron este estudio para evaluar las prácticas del farmacéutico en respuesta a los problemas de pacientes depresivos, por lo cual lo que se llevó a cabo fue una simulación con tres distintos escenarios: uno con un paciente que recibió la receta del tratamiento por primera vez y dudaba iniciarlo, el segundo de un paciente que dudaba de la eficacia del uso del tratamiento farmacológico, y un tercer escenario de un paciente que deseaba no continuar con el tratamiento, después de tres meses de usarlo y no ver mejoría.

En los escenarios, los resultados proyectaron que solo en dos de los tres escenarios el farmacéutico incluyó preguntas para evaluar el uso de los medicamentos, y la principal respuesta del profesional en Farmacia fue remitir al médico que prescribió. Se llega a concluir, en la publicación, que el farmacéutico brinda información sobre riesgos y beneficios, pero se queda corto en manejar un seguimiento, o promover la adherencia al tratamiento.

En una primera publicación para la revista de investigación en Salud, de la Universidad de Boyacá, autoría de Ninfa Ruda (2014), titulada: “Simulación clínica en la mediación pedagógica y su relación con la práctica clínica”, en la cual la autora pretende realizar una revisión sobre la simulación clínica en la educación en Ciencias de la Salud como innovación pedagógica. Ella realiza dicha investigación bajo la búsqueda de bibliografía, que le permita obtener resultados que refuten la teoría sobre cómo se debe realizar el abordaje para la enseñanza, y el establecer una relación docente-estudiante en ambientes de simulación.

La misma llega a fundamentar, en su investigación, cómo es el desarrollo de las sesiones en cuanto a su metodología, estructura, evaluación y análisis, y la importancia que brinda la simulación como herramienta metodológica-pedagógica como plus en la educación de Ciencias de la Salud. La autora llega a su principal conclusión, en que la implementación de la simulación clínica, con el uso de laboratorios y ambientes adaptados a simulaciones clínicas, es beneficiosa para el aprendizaje otorgándole al estudiante habilidades valiosas para el desempeño profesional futuro.

En una siguiente revisión, la Revista Elsevier, en una publicación del 2014, llamada: “Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo”, señala como su principal objetivo la necesidad de conocer la adherencia al tratamiento antidepresivo y reconocer posibles factores asociados al incumplimiento, señalando como posibles razones tanto clínicas como sociodemográficas. (Del Campo del Campoc, *et al.*, 2014).

El estudio se realizó mediante un estudio observacional longitudinal prospectivo, el cual contó con la participación de 185 pacientes mayores de edad, quienes tenían el tratamiento farmacológico; se realizaron distintos métodos de recolección de datos, como el cuestionario de Morisky Green y el Test Haynes Sackett (breve cuestionario de la medicación de incumplimiento farmacoterapéutico), recuento de comprimidos, modelo de riesgos proporcionales de Cox. (Párraga *et al.*, 2015)

Los resultados fueron bastante interesantes, denotando, entre sus principales, que un alto porcentaje de pacientes manifestaban efectos secundarios durante la ingesta, nivel de instrucción vaga, pocas visitas al médico especialista antes y durante el tratamiento, concluyendo, así, que el incumplimiento del tratamiento farmacológico antidepresivo es elevado en la atención primaria, llámese farmacéutico, médico, psicólogo o psiquiatra. (Párraga *et al.*, 2015).

En el artículo de investigación denominado “Impact of pharmacist intervention on adherence and measurable patient outcomes among depressed patients: a randomised controlled study”, de los autores Aljumah y Hassali, publicado en el 2015, mencionan que lo esencial para el tratamiento antidepresivo siempre será una adherencia al tratamiento, realizado en este caso por el farmacéutico, con lo cual mencionan que la efectividad de la intervención farmacéutica se basa en el SDM, denominada por los autores como “intercambio bidireccional de información, consulta y

toma de decisiones, donde la deliberación y las decisiones las toman tanto el profesional de la salud como el paciente” (p. 2); para la investigación se tomó un grupo de 18 a 60 años, diagnosticado con depresión, sin diagnóstico de psicosis o desorden bipolar, y que no tuviera dependencia de alguna droga.

Para el estudio de estos pacientes, se utilizaron diversas herramientas y diversas escalas; por ejemplo, evaluaciones de la calidad de vida relacionada con la salud, evaluaciones sobre las creencias de la medicina, evaluaciones sobre la satisfacción del tratamiento, todo esto con ayuda de cuestionarios, preguntas abiertas, instrumentos o escalas de medidas a las respuestas. Para el inicio de estudio no hubo mayor significancia en la adherencia al tratamiento antidepresivo en los grupos; sin embargo, con el pasar el tiempo, sí se demostró un incremento significativo en la adherencia al tratamiento con la intervención del profesional en Farmacia; empero, no todo fue positivo, ya que existió una correlación negativa entre la adherencia y los efectos secundarios, en las personas que utilizaron sus antidepresivos al pie de la letra. El estudio llevó a concluir en el importante papel del farmacéutico en pacientes con terapias depresivas, por lo cual los autores señalan que el farmacéutico le podría brindar una atención más directa, al paciente, en su ejercicio diario. (Aljumah *et al.*, 2015)

Bajo la misma línea, según la publicación: “Impacto de una intervención farmacéutica en la prevención de recaídas en depresión en atención primaria”, del año 2016, publicada en la revista Elsevier, tuvo como finalidad evaluar la importancia que puede tener la intervención del profesional en Farmacia respecto a la atención en el día a día en la prevención de recaídas, en el trastorno de depresión. (Aznar *et al.*, 2016)

Se realizó un ensayo clínico aleatorio, llamado estudio PRODEFAR, en el cual participaron 179 pacientes; se contó con un grupo de intervención y un grupo de control; se realizaron distintas mediciones de seguimiento, entre los tres y seis meses de iniciado; se revisaron las historias clínicas en los siguientes doce meses ( para analizar las recaídas), dando los principales resultados a través del grupo de intervención (ya que en este grupo se tenía una intervención por parte del farmacéutico para promover la adherencia al tratamiento), llegando a concluir que cuanto mayor sea la intervención del profesional en Farmacia ante el tratamiento farmacológico, mayor es el éxito en la terapia, tanto a nivel de prevención de recaídas como para dar de alta al paciente. (Aznar *et al.*, pp 309-313).

En el 2018, en la Revista *Farmacéuticos Comunitarios*, de la Universidad de Salamanca, los autores Codesal *et al.*, en su publicación titulada: “Práctica de simulación de servicios profesionales en farmacia comunitaria”, tenían como objetivo el aplicar conocimientos que se habían impartido en diferentes materias universitarias, aplicando casos clínicos en un ambiente simulado; la misma se llevó a cabo con la creación de una farmacia comunitaria, con todos sus respectivos componentes; en una primera sesión de duración de 4hrs, a ocho estudiantes se les otorgaron casos clínicos, los cuales debían resolver en parejas; se les brindó un tiempo determinado para la búsqueda de información; luego se hizo una representación actoral entre alumnos y docentes, y finalmente se hizo la resolución de los casos con los farmacéuticos comunitarios.

Con base en lo anterior, los principales resultados indicaron que los estudiantes que fueron incluidos en el proyecto les recomendarían las prácticas a sus compañeros, llevando a concluir, en el estudio, que el uso de simulaciones sí es una herramienta que integra los conocimientos, desarrolla habilidades y da más seguridad al estudiante al otorgarle seguridad, por ser una primera aproximación a su ejercicio profesional. (Codesal *et al.*, 2018).

Según Díaz y Ruiz (2019), en su publicación “Relationship among mental models, theories of change, and metacognition: structured clinical simulation”, en la Revista Colombiana de Anestesiología, pretendían conocer la relación del pensamiento cognitivo con respecto al aprendizaje a través de la simulación. En el mismo, realizaron una investigación bibliográfica, donde señalaron que las personas deben basar su educación con pensamientos que perduren en el tiempo; con base en lo anterior, indican que los conceptos educativos deben estar basados en el conductismo; de esta manera, aseguran que en el proceso de aprendizaje y enseñanza deben incorporar estos modelos mentales, mediante la psicología cognitiva-conductual, aplicada en la simulación.

Con esta modalidad de aprendizaje, lo que se intenta es recrear una realidad sin poner en riesgo al paciente, así como darle seguridad al estudiante, y logrando que el aprendizaje perdure en el tiempo, concluyendo, así, en su publicación, que a través de un aprendizaje basado en estrategias metacognitivas en simulación, estas le permitan, al estudiante, en el momento del debriefing, expresar sus sentimientos, sensaciones, y/o emociones, con lo cual este modelo mental vendría a aportar un mejor desempeño en escenarios futuros, así como en el ejercicio profesional. (Díaz *et al.*, 2019)

## Nacionales

En una revisión del Instituto de Investigaciones Farmacéuticas de la Facultad de Farmacia, en la Universidad de Costa Rica (UCR), sobre “La Consulta farmacéutica en farmacias de comunidad de Costa Rica, un servicio basado en Atención Primaria”, publicado en el 2017, hace mención a la necesidad de caracterizar los servicios de atención farmacéutica en farmacias de comunidad, de manera tal que el profesional en Farmacia tenga protagonismo en la atención primaria de salud.

Los autores realizaron un estudio piloto, descriptivo, en un total de 30 farmacias de comunidad del país, con el cual obtuvieron un total de 26.387 consultas farmacéuticas, donde el 55.13% de las consultas eran farmacoterapéuticas, el 24.41% no farmacoterapéuticas, y un 20.46% de temas administrativos. En este estudio se refleja que la labor del farmacéutico de comunidad se concentra en la necesidad del paciente, no solo en la parte de medicamentos, sino de otros temas de salud, y que el paciente, en su primera necesidad, siempre acude a la farmacia de comunidad. (Pereira, Lizano y Hernández, 2017).

Además, se deduce que el paciente prefiere la farmacia de comunidad independiente en frente a la farmacia de cadena, ya que así se muestra en resultados del estudio; sin embargo, aclaran que son solo supuestos, que deben ser confirmados con una muestra más amplia en cuanto a establecimientos farmacéuticos del país. Pero lo que sí es seguro es que, según la publicación expuesta, los pacientes en su gran mayoría sí acuden al centro de salud farmacéutico para todo tipo de consultas, llegando a concluir que la farmacia debe renovarse para contextualizar nuevas políticas de atención primaria en Salud, y fomentar la adherencia y seguimiento a tratamientos. (Pereira, Lizano y Hernández, 2017).

En la revista costarricense Ciencia y Salud integrando conocimientos, se encuentra el artículo del 2019 llamado: “Un cambio de paradigma a nivel asistencial en el que se brinda atención farmacéutica directa a los usuarios de medicamentos”, del autor Monge Bogantes, hace énfasis en la reinención que está tomando la farmacia en el ámbito de comunidad, hospitalaria y clínica, en el país, con lo cual pretende brindar beneficios a los pacientes. Menciona la forma en cómo la profesión de farmacéutico ha tomado una mayor fuerza en los diferentes ambientes, pasando de ser un preparador de medicamentos y despachador de recetas, a fomentar un rol protagónico en

orientarse a brindar distintos servicios, que optimizan los resultados en adherencias terapéuticas, para las diferentes patologías.

La publicación concluye con la propuesta de la Universidad de las Ciencias Médicas (UCIMED), que está siendo puesta en práctica, con la cual están implementando un consultorio farmacéutico privado, que tenga como fin brindar un seguimiento de manera privada y personalizado en temas de dosificación, adherencias, intervención y abordaje de casos clínicos, con lo cual se pretende individualizar la farmacoterapia y adaptarla a necesidades específicas de los pacientes. (Monge, 2019).

En la tesis de la Universidad Internacional de Las Américas (UIA), llamada: “El uso de la simulación clínica como mediación pedagógica para el desarrollo de competencias en el ejercicio de la atención farmacéutica con pacientes en tratamiento oncológico, del año 2020”, su autora realiza un investigación minuciosa acerca la simulación clínica; la misma realiza sesiones simuladas a lo largo de cinco semanas en el centro de simulación de la Universidad Internacional de Las Américas, con pacientes en diferentes escenarios clínicos. Con dichas sesiones pretende conocer y/o desarrollar competencias en el estudiante para el aprendizaje profesional, en el tratamiento oncológico, llegando a concluir que la simulación clínica es una herramienta conveniente y eficaz para el aprendizaje, y contribuye de manera efectiva en el desarrollo de las competencias y en el aumento de interés educacional. (Hernández, 2020).

## PROYECCIONES

- Se quiere evidenciar la efectividad de diseñar un protocolo de aplicación en farmacias de comunidad para el abordaje de pacientes depresivos con tratamiento farmacológico, a través del uso de la simulación clínica como estrategia de investigación en los estudiantes de la carrera de Farmacia de la Universidad Internacional de Las Américas.
- Se pretende brindar nuevas herramientas de abordaje a pacientes depresivos para los futuros farmacéuticos de comunidad, a través de escenarios simulados, con lo cual el estudiante puede conocer su rol para generar una mejor adherencia, y seguimiento a pacientes con terapia farmacológica antidepressiva.
- Se propondrán opciones de mejora en la atención farmacéutica de los pacientes con terapia antidepressiva, conociendo previamente, a través del uso de simulación clínica y entrevistas a actuales profesionales en Farmacia, cuáles son los criterios técnicos utilizados hoy en día para dichos pacientes.
- Se espera que los estudiantes de la carrera de Farmacia obtengan, mediante los escenarios simulados, a lo largo del periodo establecido, habilidades para el manejo de un protocolo de pacientes con diagnóstico de depresión.
- Se obtendrá un protocolo para que se llegue a implementar en las farmacias de comunidad, así como para ponerlo en práctica con los estudiantes de la carrera de Farmacia, como parte de la metodología de los programas de estudio de la Universidad Internacional de Las Américas, en cursos del último año de carrera universitaria.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### DEPRESIÓN

#### Definición

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019, la depresión es la cuarta enfermedad que genera mayor carga a nivel mundial, que está marcada por distintos factores sociales, económicos, familiares, personales entre otros. El trastorno de la depresión es definido por National Institute of Mental Health (2016), como: “Trastorno del estado de ánimo que causa síntomas de angustia, que afectan cómo se siente, piensa y coordina actividades diarias, como dormir, comer o trabajar”. (p. 2).

Así mismo, Chéry y Mitchell (2010), mencionan el trastorno de la depresión como la caracterización en cambio de humor, conducta, algunos sentimientos de culpa, o desesperanza profunda. Los autores hacen hincapié en la diferencia que existe entre la tristeza normal y la tristeza profunda y constante; a esta tristeza profunda y constante es a la que se le denomina “depresión”, a la cual se le adjudican sentimientos de desesperación, de soledad, pérdida de la concentración, agitación y autodesprecio.

#### Epidemiología

Como parte del desarrollo epidémico y de la incidencia del trastorno de la depresión, la OMS menciona que es una enfermedad muy frecuente; se calcula que más de 300 millones de personas alrededor del mundo, sufren o han sufrido de depresión, así como 260 millones de personas sufren de trastornos de ansiedad a causa de depresión. Se dice que, a pesar de que existen diversos tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, más de la mitad de estas personas no recibe ninguno de ellos, siendo esto un obstáculo a la recuperación y un factor importante al aumentar las cifras de suicidios, llegando cerca de las 800 mil personas, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en edades de 15 a 29 años. (OMS, 2017).

Si bien es cierto que la depresión está presente en todos los países a nivel mundial, los datos son diferentes para cada uno de los países, con variaciones significativas, ya que esto va a depender del nivel y calidad de vida, del estrés diario, del manejo del trastorno a tiempo, entre otros. Para

Costa Rica, según datos del Ministerio de Salud, para el 2018 alrededor de 2 082 personas presentaron un caso relacionado con la depresión, lo que representó un 41.6% por cada 100 mil habitantes; así mismo, para este mismo año el rango de edades entre los 15 y 19 años fue la población que más solicitó atención. Costa Rica cuenta con datos de depresión mayor en mujeres que en hombres, lo cual se asocia a la alta influencia de violencia intrafamiliar, y el vivir en una sociedad machista. (El mundo CR, 2019).

Según publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (2006), en su página oficial menciona las proyecciones que se tenían anteriormente para este 2020, mencionando lo siguiente:

La cuota de discapacidad debida a trastornos mentales aumentará casi 5% desde el 10.5% en 1990 a 14.7% en 2020. Para el año 2020, la depresión se habrá convertido en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial. En los países desarrollados, la depresión ocupará el tercer lugar en días de discapacidad, y en los países en desarrollo ocupará el primer lugar. (p. 8).

Los datos, a pesar de que se podían ver poco alentadores, resultaron ser ciertos; para este 2020, el incremento epidemiológico de la depresión ha sido acelerado, a causa de la pandemia por el COVID-19 (SARS-CoV-2). Este fenómeno ha dejado a su paso un impacto mental importante, dejando muchas pérdidas de seres queridos, de empleos, estabilidad económica, estabilidad social, entre otras. Es por lo que, en Costa Rica, al poseer datos epidemiológicos altos en depresión, para este 2020 el Colegio de Psicólogos de Costa Rica, con apoyo de los distintos entes de salud, ha creado un sistema de apoyo y acompañamiento mental para el que lo requiera.

### **Factores que favorecen la depresión**

Como cualquier otra patología o trastorno, existen diversos factores que pueden influir a que una persona desencadene en una depresión; los mismos son desde todos los aspectos psicosociales, pero de carácter individualizado, ya que cada ser humano posee diferentes situaciones, estilos de vida y personalidades. Para hablar un poco más a detalle, los factores se van a dividir en tres grandes grupos, como lo son: biológicos, psicológicos y sociales.

### **Factores Biológicos**

Los factores biológicos son los que ejercen una influencia sobre la conducta de la persona, los cuales están relacionados con alteraciones a nivel genético, estructural y hormonal. Entre ellos se puede mencionar:

- Relación o efecto de fármacos utilizados por la persona.
- Consumo de Drogas.
- Enfermedades previas.
- Abuso del Alcohol.
- Herencia.

Al hablar de alteraciones a nivel genético, se hace referencia a la herencia, ya que existe cierta vulnerabilidad cuando en el núcleo familiar ha existido algún caso de depresión, por lo cual se establece una relación entre depresión y herencia; sin embargo, es solo una posibilidad, pues no tiene una alta probabilidad, ya que muchas veces, aun teniendo predisposición genética, no habría por qué padecer depresión si el ambiente en el cual se desarrolla es saludable. Otra teoría que aún se encuentra en estudio es la alteración de las disfunciones en la neurotransmisión cerebral; es decir, problemas en la recepción o alteraciones en los transportadores de serotonina y dopamina. (Marco y Andrés. 2018).

### **Factores Psicológicos y Sociales**

Hoy en día los factores psicosociales están en un constante aumento, ya que el mundo está girando alrededor de muchos factores de cambio, que llegan a generar un peso grande hacia las personas, forjando en ellos ciertas características como pesimismo, baja autoestima, falta de control y preocupación excesiva, siendo factores psicológicos que avivan el riesgo de sufrir una depresión. Estos factores son los referidos del entorno en el cual se desarrolla la persona, todas las circunstancias externas que son productoras de trastornos afectivos, así como todo acontecimiento no deseado, no controlable, inesperado, que sospecha una amenaza. (Frenk *et al.*, 2002).

Entre los factores psicológicos más comunes se pueden mencionar:

- Situaciones de estrés.
- La crianza.
- Patrones de pensamiento.
- Bullying -acoso-.
- Convivencia familiar.
- Pobreza.
- Desintegración familiar.
- Abusos físicos.
- Duelos.
- Postparto.
- Soledad.
- Relaciones interpersonales.
- Tener una personalidad con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones.

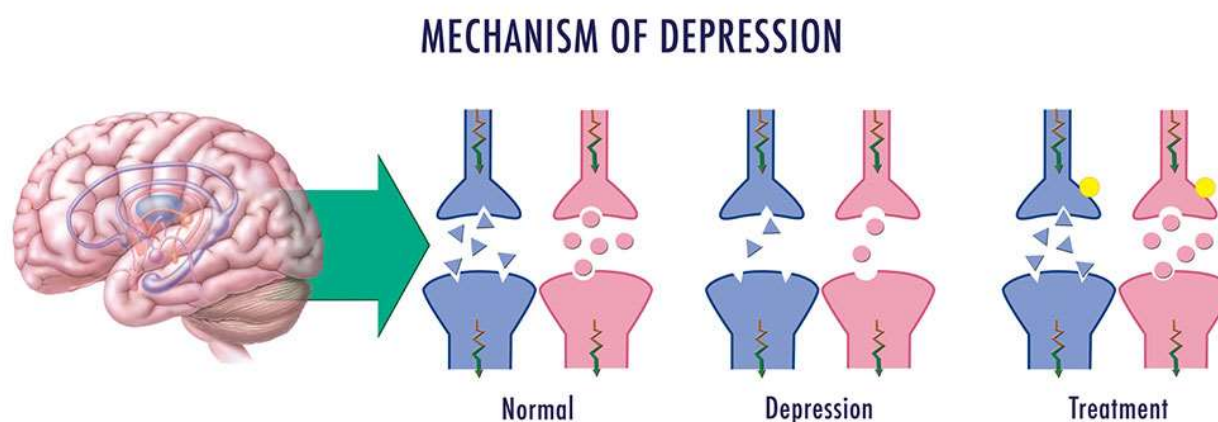
### **Fisiopatología**

La fisiopatología en estudios clínicos y preclínicos señala como factor determinante la alteración de la actividad de la serotonina (5-HT), así como los neurotransmisores de noradrenalina (NA) y dopamina (DA). Se dio una primera hipótesis hace unos 30 años atrás, donde se propuso que los principales síntomas de la depresión tenían causa en deficiencias del funcionamiento de los transmisores monoaminérgicos cerebrales antes mencionados. Estos estudios se basaron en observaciones clínicas experimentales con animales. Uno de los principales estudios fue el realizado con el antihipertensivo reserpina, el cual causaba un descenso o agotamiento de las reservas de NA, DA, y 5-HT, provocando efectos depresivos; por otro lado, se sometió a experimentación a pacientes que consumían iproniazida (compuesto sintetizado para el tratamiento de la tuberculosis), el cual dio resultados completamente contrarios, aumentando la euforia y el comportamiento hiperactivo; es decir, un aumento notable de NA, DA y 5-HT, por lo cual, al tomar en cuenta estos dos escenarios, es donde se llega a concluir que, al existir un descenso de las

concentraciones de serotonina en el Sistema Nervioso Central ( SNC), se da la existencia de la depresión. (Brigitta, 2002).

A pesar de lo anterior descrito como posibles razones para tener un diagnóstico de depresión, se dice que no son hipótesis completamente confirmadas. Según menciona Hasler (2010), las teorías de la fisiopatología se basan en los neurotransmisores anteriormente mencionados, agregando el glutamato y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), neurocircuitos, factores neurotróficos y ritmos circadianos. El sistema de secreción hormonal trabaja en conjunto con el sistema nervioso; en la depresión se encuentran alteraciones del funcionamiento hipotalámico-hipofisiario suprarrenal; al estar estas tres glándulas sincronizadas, la hormona segregada por el hipotálamo viene a estimular la hipófisis a que produzca otra hormona, que a su vez también estimula las glándulas suprarrenales a producir cortisol. Lo anterior se ejemplifica de la siguiente manera: el estrés es una respuesta a la percepción psicológica del paciente, donde se libera la hormona corticotropina (ACTH), la cual se libera desde el hipotálamo; esta hormona induce a la secreción de ACTH pituitaria, estimulando la glándula suprarrenal para liberar cortisol al plasma, siendo el cortisol en altas cantidades una hormona neurotóxica que destruye serotonina, por lo cual provocaría su disminución.

**Figura 1. Fisiopatología de la Depresión (Teoría de la hipótesis de la depresión de las monoaminas)**



**Fuente: García-Arocena, D. (2015).**

## Tipos de Depresión

Según la última actualización realizada en el 2013 del DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), se mencionan los siguientes tipos de depresión:

- **Trastorno de depresión mayor:** la persona debe presentar cinco o más de los síntomas depresivos intensos, los cuales aparecen en un periodo de dos semanas, y representan un cambio en el funcionamiento.
- **Trastorno depresivo persistente (distimia):** aquí se llegan a unir el trastorno de depresión crónico y el distímico (descrito en el DSM-IV); los síntomas son menos intensos, pero normalmente son incapacitantes, por tener un grado de cronicidad.
- **Trastorno disfórico premenstrual:** se cita que, en la mayoría de las mujeres con ciclos menstruales, cinco síntomas (al menos) están presentes en la última semana antes de iniciar la menstruación; los mismos comienzan a mejorar conforme avanza el inicio de la menstruación, y llegan a minimizarse o desaparecer en la semana después de la menstruación.
- **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:** en este apartado se da una alteración notable y constante del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico del paciente, caracterizado por un estado de ánimo decaído, falta de interés o placer por algunas o casi todas las actividades.
- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** su descripción es basada en el apartado anterior, solamente que ya existe alguna prueba a partir de la historia clínica, en exámenes de laboratorio, donde se halla una evidencia de que el trastorno es consecuencia fisiopatológica directa de otra afectación médica.
- **Otro trastorno depresivo especificado:** en esta categoría se describe cuando existen síntomas característicos de un trastorno depresivo, que es causante de malestares significativos en deterioro de la parte social, laboral u otras. (ejemplo: familiar o relación de pareja).
- **Otro trastorno depresivo no especificado:** esta categoría se basa en situaciones donde el médico no especifica el motivo del incumplimiento de los criterios del trastorno depresivo específico, por lo cual no existe suficiente información para poder catalogar al paciente en alguna de las categorías antes mencionadas (las

especificaciones incluyen si el paciente presenta ansiedad, con características melancólicas, características atípicas, psicóticas, catatonía, patrón estacional).

### **Criterios para el diagnóstico médico**

No existe una pauta completamente establecida o algoritmo como cualquier otra patología; el diagnóstico se realiza basado en el historial clínico objetivo que realice el médico, tomando en cuenta primeramente al paciente, así como a sus allegados o familiares si fuera el caso. Sin embargo, la comunidad médica ha reunido criterios de diagnóstico en el DSM. En este caso, va a depender del tipo de depresión para establecer un criterio. A Continuación, se mencionan los criterios vigentes, basados en el DSM-V (2013), en su última actualización.

### **Criterios para Depresión Mayor: cinco o más de los siguientes síntomas**

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día o casi cada día.
- Pérdida de peso importante, o pérdida o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o somnolencia (sueño excesivo).
- Inquietud o lentitud.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Sentimientos de inutilidad.
- Disminución de la capacidad de concentración, indecisión.
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte, ideas suicidas.

Importantes, de los anteriormente mencionados, son los primeros criterios, pero los síntomas deben ir “acompañados” de malestares clínicos significativos; es decir, al tener alguno de los síntomas anteriores, hay más deterioro en la parte social, laboral u otras áreas de funcionamiento. Así mismo, las circunstancias o criterios no se pueden atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

**Depresivo persistente (distimia):** estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, propiamente dicho por el sujeto u observado por sus allegados, con la presencia, mientras está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida de peso o aumento notorio de apetito.
- Sueño excesivo o insomnio.
- Autoestima baja.
- Dificultad en concentración o para toma de decisiones.

Es importante: durante un período de dos años, el sujeto no ha estado sin síntomas de los antes mencionados en dos meses seguidos.

**Trastorno Disfórico premenstrual:** aquí se toma en cuenta, en el momento en que presente síntomas, si es antes del período, durante o después, así como la prevalencia. Los síntomas descritos en el DSM-V (2013) se describen a continuación:

- Cambios de humor de repente (triste o llorosa, aumento de sensibilidad).
- Irritabilidad intensa.
- Estado de ánimo intensamente deprimido.
- Ansiedad o tensión.
- Disminución de interés por actividades habituales.
- Dificultad subjetiva de concentración.
- Letargo.
- Cambios importantes en hábitos alimenticios.
- Hipersomnia o insomnio.
- Sensación de agobio sin control.
- Síntomas físicos (tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, hinchazón).

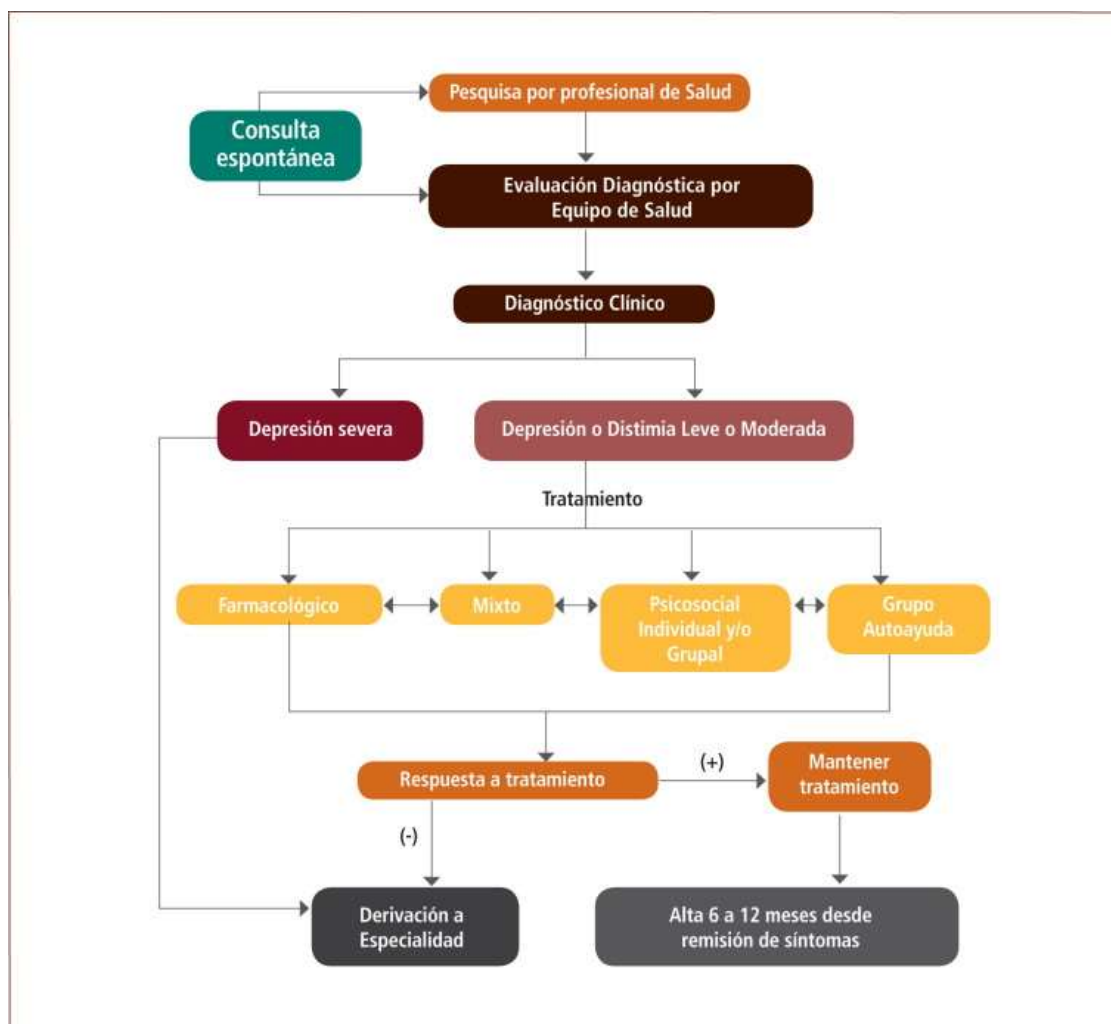
**Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos:** el diagnóstico de este tipo de depresión va a basarse netamente en el historial clínico realizado por el médico, con exploraciones físicas, exámenes de laboratorio (para valoración de una posible o no intoxicación).

**Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** diagnóstico con historia clínica previa de la afectación que pueda padecer.

**Trastorno depresivo especificado:** algunos ejemplos para el diagnóstico de una persona con este tipo de trastorno serían los siguientes:

- **Depresión breve recurrente:** duración de 2-13 días por lo menos una vez al mes durante un mínimo de 12 meses
- **Episodio depresivo de corta duración (4-13 días):** de 4-8 síntomas de episodios de depresión mayor, y dura alrededor de 4 días, pero menos de 14 días.
- **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** duración de mínimo de dos semanas.

**Figura 2. Algoritmo para el diagnóstico del tratamiento de personas con depresión**



Fuente: Seijas (2014).

## **Tratamiento**

Un tratamiento para la depresión tiene como objetivo, como cualquier otra enfermedad, la remisión de los síntomas, así como el evacuar a tiempo cualquier otro síntoma asociado a otra patología resultado de la depresión; además, tiene propósitos de carácter preventivo para evitar recaídas. Uno de los principales intereses, a nivel de tratamiento, es reconocer la severidad del caso para denotar cuál es el de elección; se inicia con modalidades de psicoterapia, farmacológica, o una combinación de ambas. (Calvo *et al.*, 2014).

### **Tratamiento no Farmacológico**

El principal tratamiento no farmacológico es el psicoterapéutico, el cual, por excelencia, es el tratamiento inicial de elección en una depresión moderada; es decir, cuando hay existencia de estresores psicosociales, intrapsíquicos y dificultades interpersonales. Para denominar una depresión moderada, se toma en consideración el diagnóstico médico, así como la valoración psicológica del paciente. (Calvo *et al.*, 2014).

### **Tratamiento Psicoterapéutico**

El tratamiento psicológico tiene varios enfoques, con el cual se pueden reducir significativamente los síntomas, y la prevención de recaídas. Entre las terapias disponibles, la cognitivo-conductual es fundamental, ya que es aquí donde se basa en el cambio del estilo de visión o interpretación del mundo por parte del paciente depresivo. Con este tipo de terapia, el profesional intenta cambiar creencias, y pensamientos irracionales, por pensamientos lógicos y racionales. (Calvo *et al.*, 2014).

Para la terapia cognitivo-conductual, Overholser (2003), citado por Carrasco (2017), propone en este modelo un seguimiento en etapas: la primera indica la evaluación y el involucramiento; en la segunda una terapia más activa de parte del paciente, y la tercera es la etapa con la cual se pretenden evitar las recaídas.

Para un segundo modelo se propone la psicoterapia interpersonal, la cual está objetivamente basada en la parte clínica-empírica, en la que se pretenden resolver los problemas depresivos mediante su propio entorno; el terapeuta trabajará con el paciente en entrenamientos de sus

habilidades sociales, dándole herramientas propias para que las aplique por sí mismo en su entorno familiar, laboral y social, creando un vínculo de seguridad en el paciente, en las cuales (dependiendo de la depresión que tiene y el motivo de consulta) el paciente desarrolla seguridad y capacidad de enfrentarse a sus debilidades.

Las terapias van a estar estructuradas por fases programadas semanalmente; para una fase inicial se revisan las carencias del paciente, los problemas que le atribuyen dificultades; el objetivo de esta fase es focalizar la atención de uno o dos problemas en el individuo, que le estén causando la depresión. Para una fase intermedia, el terapeuta promueve las estrategias específicas para los problemas focalizados en la etapa inicial; en este caso, el terapeuta ayuda al paciente, facilitándole catarsis; se maneja una terapia de roles, en el cual se le ayuda al paciente a reconocer los aspectos positivos y negativos y cómo enfrentarlos; en esta etapa, básicamente, se le dan al paciente nuevas relaciones, herramientas y/o destrezas interpersonales para enfrentar la depresión. Finalmente, la etapa culmina en la independencia renovada del paciente y el desarrollo de competencias; el terapeuta estabiliza la autoestima, subraya los logros obtenidos y le ayuda al paciente a anticipar situaciones futuras que pueden afectarle, para que así tenga sus formas de responder ante las primeras señales depresivas, que puedan, eventualmente, surgir en el futuro, por una recaída. (Carrasco, 2017).

Otro tipo de intervención psicoterapéutica es la psicodinámica, que comprende terapias breves y menos exploratorias, y son más concentradas a objetivos concretos. Está basada en el cambio de personalidad mediante el entendimiento de los conflictos de la infancia no resueltos; más que una terapia de intervención primaria en pacientes depresivos, es una herramienta que se aplica más a un “plan de tratamiento”; es decir, es un método que se le puede integrar a la atención psiquiátrica y a cualquier otro tratamiento, farmacológico y no farmacológico. (Zarragoitia, 2011).

Terapia electro-convulsiva: es una terapia en la cual se somete al paciente a estimulación eléctrica del sistema nervioso central; se realiza una aplicación unilateral en el hemisferio no dominante, con el fin de obtener la reducción de efectos adversos de tipo cognitivo (delirios, o síntomas psicóticos); normalmente es utilizada en pacientes con depresión catalogada como severa; la misma se aplica cuando otras terapias no han dado resultados. Este choque eléctrico actúa sobre

las sustancias químicas del cerebro de manera similar al funcionamiento de los medicamentos. No se han encontrado nuevos estudios de dicha terapia, por lo cual sus principales resultados siguen siendo de estudios del 2004, resumiéndose, en sus principales alcances como tratamiento efectivo en la depresión mayor grave del adulto, que presenta riesgo de aparición a corto plazo de efectos secundarios, y es más efectiva a corto plazo que un tratamiento farmacológico. (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, 2014).

### **Tratamiento farmacológico**

Mucho se ha investigado y estudiado acerca de la depresión, con lo cual se ha llegado a diversas conclusiones y teorías, donde se ha descubierto un amplio número de fármacos que contribuyen a las terapias antidepresivas, con una eficacia elevada; muchos de ellos con escasos efectos secundarios y de uso fácil para el paciente. A pesar de que existen numerosas terapias farmacológicas, la naturaleza y severidad del trastorno depresivo es el que determinará cuál de las opciones de tratamiento es la apropiada. (Gastón y Navarro, 2017).

En la terapia farmacológica, como en cualquier otra patología, es necesaria la valoración por medio de una relación médico-paciente; esta relación fortalecerá la adherencia al tratamiento que se le vaya a prescribir; de una forma general, el médico puede informarle acerca de efectos terapéuticos, forma de administración, duración del tratamiento, así como los efectos adversos; todas estas son variables que fortalecen la adherencia al tratamiento, ya que al médico da una buena información, el paciente siente confianza, y en la mayoría de casos cumple con lo prescrito. (Calvo *et al.*, 2014).

### **Alternativas antidepresivas**

Las alternativas antidepresivas normalmente están destinadas para pacientes con trastorno depresivo moderado a severo, y según sea el caso para pacientes con depresión leve, pero esta última es una minoría. Hoy en día, los fármacos para tratar la depresión cuentan con un común denominador, y es el ejercer su acción terapéutica sobre el sistema monoaminérgico; independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final siempre será la regulación de los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina). El incremento de la disponibilidad

de los neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación que se anda buscando con los antidepresivos. (Pérez, 2017).

### **Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)**

Los fármacos pertenecientes a esta clasificación tienen historia que se remonta a la década de los ochenta, donde se dio la aparición del primer ISRS, que llegaría a revolucionar el tratamiento farmacológico de la depresión mayor. Su mecanismo de acción se basa en la recaptación de la serotonina en la célula presináptica, para llegar a aumentar los niveles de 5-HT en la hendidura sináptica. Estos inhibidores bloquean la reabsorción (recaptación) en las neuronas, y de esta forma hay más serotonina disponible para mejorar la transmisión de mensajes entre las neuronas. La palabra “selectivos” se debe a que afectan principalmente a la serotonina, y no a los otros neurotransmisores. (Pérez, 2017).

### **Medicamentos que pertenecen a esta clasificación**

**Tabla 1.**

#### **Medicamentos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.**

<b>Medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS)</b>			
<b>Fármacos</b>	<b>Dosis</b>	<b>Indicaciones</b>	<b>Acciones</b>
Fluoxetina	20-80mg/día	Depresión, trastorno obsesivo compulsivo y angustia.	Estos fármacos no suponen una ventaja sobre los antidepresivos tricíclicos, pero sí representan una mejor tolerancia para el paciente, ya que poseen menos efectos secundarios, especialmente la relacionada con cardiotoxicidad. (Iglesias, 2019).
Paroxetina	20-50mg/día		
Sertralina	50-200mg/día		
Citalopram	20-60mg/día		
Ecitalopram	10-20mg/día		
Fluvoxamina	50-300mg/día		

**Nota: Elaboración propia, basado en: Antidepresivos, Celso Iglesias (2019).**

### **Medicamento más representativo de esta clasificación**

#### **Fluoxetina**

Es el primer fármaco de esta línea; es un derivado de la anfetamina (potente estimulante del sistema nervioso central); es también conocido por su potente inhibición de la enzima citocromo P450 hepática, conocida como CYP2D6, la cual es metabolizada por los antidepresivos tricíclicos;

por ellos es que existen interacciones al administrarse juntos, provocando un aumento en sus niveles plasmáticos de ellos, y que potencian su accionar.

### **Farmacocinética**

Su administración es por vía oral, y su absorción se da a nivel gastrointestinal; sus concentraciones plasmáticas llegan a su pico después de 6 a 8 horas; su vida media de eliminación es prolongada; aproximadamente su duración es de 4 días; su metabolización se da por parte del hígado, y es eliminada por la orina.

### **Farmacodinámica**

Antidepresivo bicíclico de la familia de las fenil-propilaminas, inhibidor de la recaptación de serotonina en las terminaciones nerviosas.

### **Indicaciones, dosis y presentación**

Su principal indicación es para depresión, trastornos de alimentación (bulimia) y para el trastorno obsesivo-compulsivo; su dosis es de 20-80mg/día, y su presentación es de cápsulas de 10 y 20 mg, que se conoce también en tabletas.

### **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN)**

En esta clasificación, además de existir un bloqueo de serotonina, estos también bloquean el transportador de la noradrenalina; es por esta razón que se les conoce como duales. Esta acción no solo viene a bloquear las concentraciones sinápticas de serotonina y noradrenalina, sino que también llega a ejercer función al aumentar las concentraciones de dopamina a nivel de la corteza, debido a que este es el lugar donde la dopamina es recapturada por la noradrenalina, y no por un transportador de dopamina.

## Medicamentos que pertenecen a esta clasificación

**Tabla 2.**

### Medicamentos Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina.

<b>Medicamentos Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (ISRN)</b>			
<b>Fármacos</b>	<b>Dosis</b>	<b>Indicaciones</b>	<b>Acciones</b>
Venlafaxina	75-375 mg/día	Depresión y trastorno de ansiedad generalizada.	Por su mecanismo dual, se le atribuyen velocidad; es decir, son más rápidos en su respuesta antidepressiva. (Iglesias, 2019).
Milnacipram	100mg/día		
Duloxetina	60-120 mg/día		
Desvenlafaxina	50-200 mg/día		

**Nota:** Elaboración propia, basado en: Antidepresivos, Celso Iglesias (2019).

### Medicamento más representativo

#### Venlafaxina

Es un fármaco derivado de la feniletilamina; fue el primero en surgir de este grupo; no tiene relación estructural relacionada con los antidepresivos tricíclicos; es un sustrato y, a la vez, inhibidor débil de la enzima 2D6 del citocromo P450, pero sus interacciones no tienen relevancia a nivel clínico. No contiene afinidad apreciable sobre receptores muscarínicos e histaminérgicos, por lo cual mantiene la eficacia antidepressiva marcada de los tricíclicos, lo cual hace que tenga molestos efectos adversos. Uno de los datos más sobresalientes e importantes de este fármaco, es que puede incrementar la presión arterial, por lo cual no es recomendable para pacientes hipertensos, y en caso que no lo sean, los pacientes deben tomarse la presión antes de iniciar el tratamiento, y tenerla controlada durante su consumo. (Sánchez, 2013).

### Farmacocinética

Es un medicamento de administración oral, que se une poco a proteínas plasmáticas; es metabolizado en el hígado; su principal metabolito es el o-desmetil-venlafaxina, que actúa inhibiendo la recaptación de ambos neurotransmisores. Su vía de eliminación es por la orina.

### **Farmacodinámica**

Potente inhibidor de la recaptura de serotonina en 5.3 veces más que la de noradrenalina.

### **Indicaciones, dosis y presentación**

Su indicación es para trastornos de ansiedad con resultados del trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada y depresión. En dosis bajas se comporta más como un ISRS; su dosis es de 75mg/día dosis máxima 375mg/día; sus presentaciones son cápsulas de 75mg y 150mg. También se pueden encontrar como tabletas de liberación prolongada.

### **Antidepresivos tricíclicos**

Los antidepresivos tricíclicos inhiben la recaptación de noradrenalina y serotonina, bloquean otros neuroreceptores como los colinérgicos muscarínicos, adrenérgicos e histamínicos, actuando sobre los canales de sodio, lo que los llevan a tener efectos secundarios bastante frecuentes y poco tolerados, como lo son: boca seca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, aumento de peso, disfunción sexual. (Sánchez, 2013).

### **Tabla 3.**

#### **Principales efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos.**

RELACIONADOS CON LA ACCION ATIDEPRESIVA
<p><b>Por inhibición de la recaptación de noradrenalina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquicardia</li> <li>• Temblor</li> <li>• Ansiedad/agitación</li> <li>• Insomnio</li> </ul> <p><b>Por inhibición de la recaptación de serotonina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas y vómitos</li> </ul>
NO RELACIONADOS A LA ACCIÓN ANTIDEPRESIVA
<p><b>Por bloqueo de receptores acetilcolina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria)</li> </ul>

**Por bloqueo de receptores de histamina**

- Sedación / Somnolencia

**Por bloqueo de receptores alfa-adrenérgicos**

- Hipotensión ortostática

**Fuente: Consejo General de Colegios Farmacéuticos (2020).**

**Medicamentos que pertenecen a esta clasificación****Tabla 4.****Medicamentos antidepresivos tricíclicos**

<b>Medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina ( ISRN)</b>			
<b>Fármacos</b>	<b>Dosis</b>	<b>Indicaciones</b>	<b>Acciones</b>
Amitriptilina	75-300mg/día	Depresión	Es importante destacar que los antidepresivos tricíclicos son peligrosos en dosis altas (sobredosis); además, son los más propensos a producir somnolencia y disminución motora. No son medicamentos con los cuales se deba iniciar una terapia antidepresiva. Celso Iglesias (2019).
Clomipramina	75-250mg/día	TOC	
Imipramina	75-300mg/día	Ansiedad	
Maprotilina	25-150mg/día		
Nortriptilina	30-150mg/día		

**Nota: Elaboración propia, basado en: Antidepresivos, Celso Iglesias (2019).**

**Medicamento más representativo de esta clasificación****Imipramina**

Es el primer medicamento que surgió de dicha clasificación.

**Farmacocinética**

Es un fármaco que se administra vía oral y es absorbido rápidamente en el tracto gastrointestinal; las concentraciones plasmáticas llegan entre las 2-5horas después de administrarlo. Su vida media se da entre 9-20 horas; la unión a proteínas plasmáticas es de 86%; la imipramina es metabolizada por el hígado, y se elimina por heces y orina.

### **Farmacodinámica**

Es el fármaco más estudiado a nivel de tratamiento, utilizado en depresiones crónicas recurrentes.

### **Indicación, dosis y presentación**

Su principal indicación es para depresión mayor; sin embargo, se ha comentado su uso para la enuresis en niños mayores de cinco años; su dosis es de 25mg/TID, aumentándola de manera gradual a 150mg/día; el fármaco está disponible en tabletas en presentaciones 10 y 25 mg.

### **Amitriptilina**

#### **Farmacocinética**

Se administra vía oral, y su lugar de absorción es el tubo digestivo; se llega a unir a las proteínas plasmáticas en un 90-95%; sus concentraciones plasmáticas llegan a surgir entre las 2-12 horas, y su vida media es de 8 a 90 horas; se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina.

#### **Farmacodinámica**

Es un derivado de dibenzociclohepteno; se cree que su inhibición incrementa la concentración en el espacio sináptico de noradrenalina y serotonina, así como la acción de su metabolito activo nortriptilina; su efecto sedante se debe a su afinidad por los receptores H<sub>1</sub> de la histamina.

### **Indicación, dosis y presentación**

Se utiliza para la depresión psíquica y crónica, así como en depresiones en pacientes hospitalizados; la dosis se administra en 25mg/TID; sus presentaciones son de 25-50 y 75mg.

### **Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO)**

Este es el primer grupo en llegar a surgir para tratar la depresión; su primer fármaco fue originalmente desarrollado para la tuberculosis, llegando a observarse que tenía efectos en pacientes depresivos que lo utilizaban; seguidamente, se comenzaron a desarrollar los IMAO, con diferentes propiedades farmacológicas relacionadas con el tipo de enzima que inhibían. Se han

identificado dos tipos de IMAO, uno la monoaminooxidasa A, que metaboliza la noradrenalina y la serotonina, y la monoaminooxidasa B, que metaboliza la dopamina. Los fármacos de esta clasificación han caído en desuso, ya que poseen fuertes interacciones farmacológicas con anestésicos, agentes serotoninérgicos, tricíclicos y opiáceos.

El principal problema de los IMAO es que no discriminaban sobre cuál molécula actuar, y además, se unían de forma irreversible, lo que llegaba a ocasionar efectos adversos bastante intensos e incluso letales, más que todo cuando se realizaba alguna combinación con alimentos que contenían tiramina (ejemplos: el queso curado, embutidos) ya que, al estar bloqueada la enzima encargada de metabolizarlo, pasaba directo al torrente sanguíneo, llegando a correr el riesgo de producir crisis hipertensivas. (Quintero Gutiérrez del Álamo, 2012).

### **Farmacocinética**

Los IMAOS se absorben por vía oral; sin embargo, pueden verse afectados por la combinación del fármaco con algunos alimentos o antiácidos; su metabolización se da en el hígado, su vida media va a depender del medicamento, pero generalmente están en una hora los de vida rápida, y tres horas los lentos, y su vía de eliminación es la orina. (Germán y Galán, 2015).

### **Farmacodinámica**

#### **Tabla 5.**

#### **Farmacodinámica de los IMAO en cada generación**

FARMACODINÁMICA DE LOS IMAO
<b>Los IMAO clásicos o de primera generación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se unen a la MAO B y MAO A, por lo cual son no selectivos, y la unión a la enzima es irreversible.</li> </ul>
<b>Los IMAO de segunda generación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Son selectivos e irreversibles, por lo cual actúan sobre MAO A y MAO B.</li> </ul>
<b>Los IMAO de tercera generación</b>

- Son inhibidores reversibles y selectivos de la MAO A (RIMA). La unión de los antidepresivos RIMA a la MAO A es de un periodo corto, por lo cual el inhibidor puede ser desplazado cuando hay exceso de tiramina, por lo cual se minimizan las crisis peligrosas hipertensivas.

**Nota: Elaboración propia, basado en: Evolución de los antidepresivos utilizados en la historia reciente, Germán y Galán (2015).**

### Medicamentos que pertenecen a esta clasificación

**Tabla 6.**

### Medicamentos antidepresivos IMAO

<b>Medicamentos inhibidores de la monoaminoxidasa ( IMAO)</b>			
<b>Fármacos</b>	<b>Dosis</b>	<b>Indicaciones</b>	<b>Acciones</b>
Selegilina	5-10mg/día	Depresión-	La fenelzina, al ser derivada de la hidrazina, es hepatotóxica. La selegilina ha demostrado utilidad en la enfermedad del Parkinson.
Fenelzina	60-90mg/día		
Tranilcipromina	10-60mg/día		
Moclobemida	300-600mg/día		

**Nota: Elaboración propia, basado en: Antidepresivos, Celso Iglesias (2019).**

### Abordaje de pacientes con diagnóstico antidepresivo

El abordaje de un paciente con un diagnóstico depresivo, como bien se mencionó antes se realiza a través de la intervención no farmacológica y la farmacológica o ambas, si bien es cierto todo lleva un criterio médico, siempre existe un periodo de latencia de 2-4 semanas, en este periodo se valora como evoluciona el paciente, si necesita un ajuste a la terapia farmacológica, o si requiere alguna intervención más rápida por algún riesgo mayor ( ejemplo: riesgo suicida). (Pérez, 2017).

Para un abordaje de atención primaria es importante seguir un protocolo o guía en el cual se integran las conductas para el abordaje primero del diagnóstico y terapéutico; primero se realiza una intervención o entrevista clínica por parte del profesional, donde se valida y confirma el diagnóstico basado en los criterios del DSM-V; aquí se realizaría una derivación a un psiquiatra, o el manejo con médico + psicólogo.

Perez-Franco (2006), citado por Navas y Vargas (2012), indica alternativas para el propio abordaje, las cuales las resume en cinco; la primera es la clasificación orientada a la práctica, aquí se realiza una clasificación de los síntomas que requieren o no intervenciones mayores; la segunda es la conceptualización, se valora al paciente como un todo, desde todos los ámbitos y contextos para conocer los factores que estarían asociados a la depresión; la tercera es la entrevista clínica, donde se da una narrativa de todos los hechos, situaciones que han llevado al paciente a estar en depresión, aquí ya se tendría un diagnóstico; la cuarta etapa es la de medicina de familia, donde se valora la relación familiar del paciente y se crea una alianza terapéutica entre el médico, paciente y la empatía en ambas partes, y la última es el abordaje de la depresión como un problema de salud crónico; en esta fase se pretende reforzar las conductas clasificadas como útiles, explicar la evolución al paciente; es una etapa en la que se previene de recaídas.

El abordaje de pacientes depresivos con terapias combinadas (farmacológicas + no farmacológicas) es el más utilizado en depresiones mayores. Esta terapia tiene diferentes objetivos, entre los cuales se mencionan: el aumento de la intensidad de respuesta del tratamiento; es decir, llegar a una meta con un amplio espectro y que la reducción de síntomas sea a diario; el aumento de respuesta, con esto se pretende que la mayor cantidad de pacientes con necesidad de terapia combinada se beneficie con el abordaje implementado; incrementar la velocidad de respuesta, al combinar fármacos con psicoterapia, la medicación ayuda de una manera más rápida y efectiva a la estabilización del paciente; promover la aceptación de cada terapia, ya que, al estar el paciente medicado y recibir psicoterapia, se puede favorecer con esto; la aceptación y lograr la adherencia a los tratamientos farmacológicos o tolerar los efectos secundarios que eventualmente pueden aparecer. (Navas y Vargas, 2012).

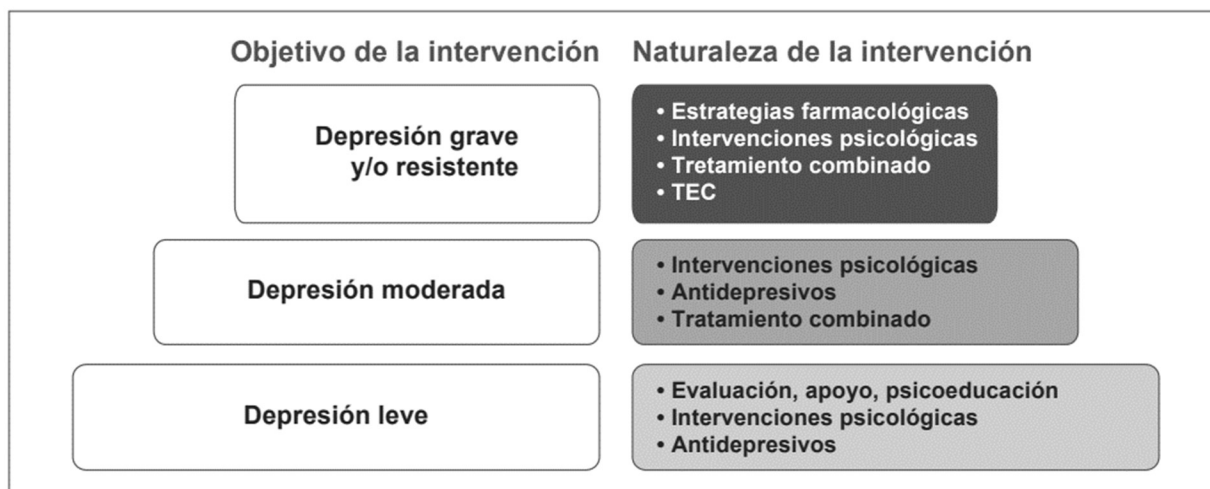
Para llevar a cabo un abordaje de la depresión, es necesario, primero, establecer el tipo de depresión que se está sufriendo; seguidamente establecer el diagnóstico, y posteriormente determinar la terapia de intervención. Para estos tratamientos de intervención, menciona, Navas y Vargas (2012), en su publicación, que los tratamientos pueden variar, según se detalla a continuación:

- 1- Combinación simultánea: es una combinación de dos modalidades terapéuticas desde un primer inicio del tratamiento.
- 2- Combinación secuencial: aplicación de dos modalidades, pero en tiempos distintos; el momento de aplicación de uno u otro depende de la evolución del paciente y los logros alcanzados.
- 3- Combinación alternada: se caracteriza por realizar un cambio de una terapia a otra; normalmente se da en el proceso de mantenimiento, para evitar recaídas, y generalmente en pacientes con diagnóstico de depresión mayor-recurrente.

El abordaje debe ser a tiempo y correcto, para poder identificar los factores de riesgo que podrían agravar al paciente; dichos factores deben ser detectados desde una primera intervención; así mismo, al realizar un abordaje, es siempre necesario indicarle al paciente la necesidad de adherencia al tratamiento para una continuidad del proceso; siempre la meta principal de un correcto abordaje e intervención es salvaguardar la vida del paciente y la mejoría en su salud mental. (Navas y Vargas, 2012).

En los últimos tiempos se ha investigado mucho acerca de la depresión, con la finalidad de desarrollar modelos de atención al paciente, ya que se intenta impulsar las investigaciones al reconocimiento de la depresión como una enfermedad crónica, discapacitante, y la necesidad de promover la asistencia desde la atención primaria especializada. Para el abordaje de los pacientes, existe el modelo escalonado, en el cual se implementan tratamientos que tienen como objetivo maximizar la eficacia a través de las intervenciones en estados, según la evolución del paciente. El término “escalonado” hace referencia a niveles de complejidad y gravedad de la patología. Este modelo es uno de los más importantes, ya que ha evidenciado los resultados positivos entre intervenciones, además de que es un modelo que estratifica, desde un primer escalón, la potenciación del trabajo multidisciplinario y colaboración de los distintos profesionales en Salud. (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, 2014).

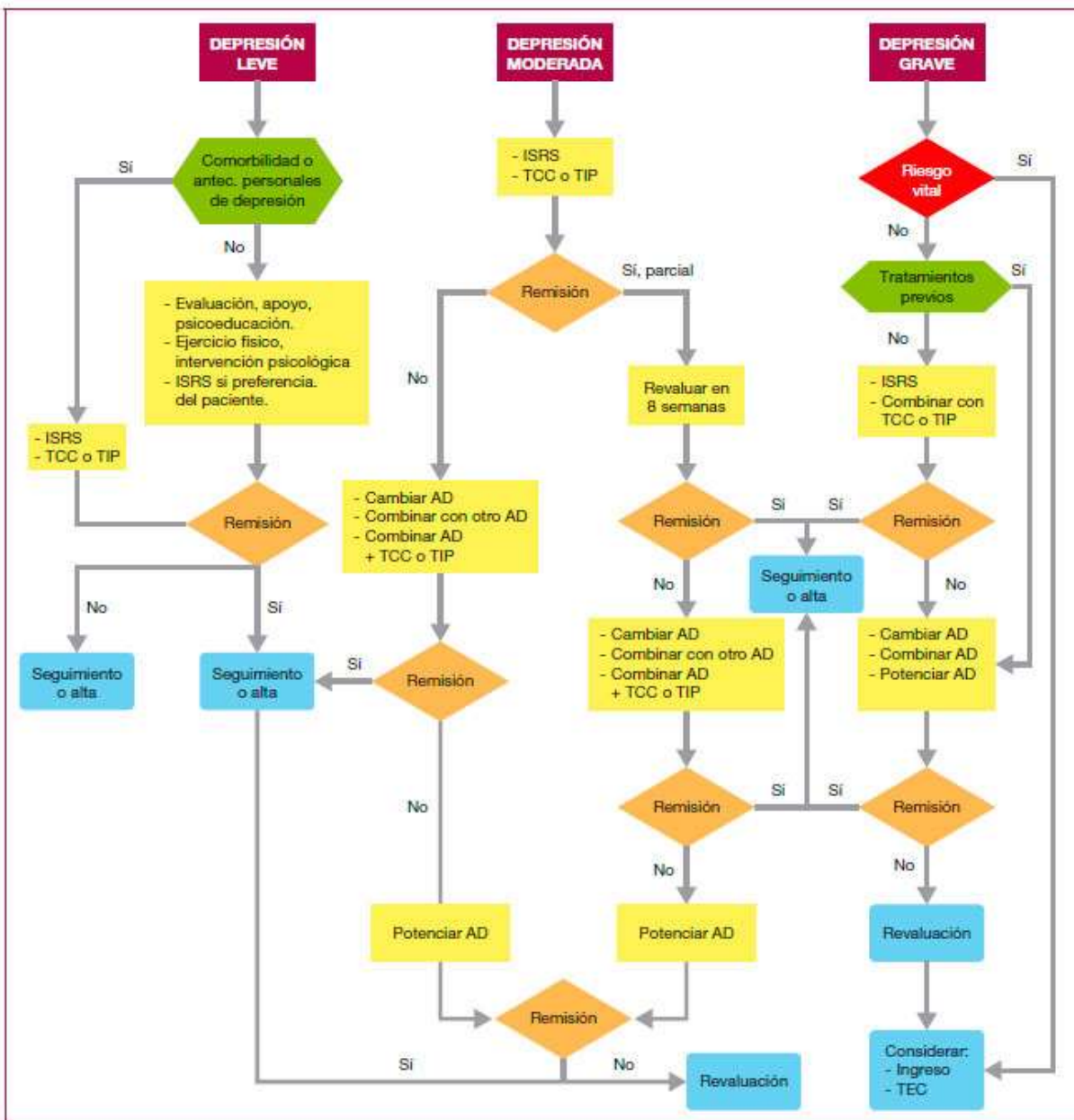
**Figura 3. Modelo escalonado en el manejo de la depresión**



**Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto (2014).**

Para el abordaje de pacientes con tratamiento farmacológico antidepresivo, como ya se mencionó, es primordial mantener un equipo multidisciplinario, ya que lo más importante es lograr el objetivo principal, el cual es conseguir la remisión/respuesta de los síntomas, y así lograr una restauración de la funcionabilidad del estado basal del paciente. Además, un correcto abordaje por parte del profesional en Salud ayuda para prevención de algún tipo de recaída. Es a través de las terapias ya antes mencionadas, que se logra describir el algoritmo a seguir para cada uno de los posibles casos. Con este algoritmo se pretende alcanzar el abordaje farmacoterapéutico correcto según el diagnóstico de depresión del paciente, realizado por el médico. (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, 2014).

Figura 4. Algoritmo para el Abordaje de Pacientes con diagnóstico depresivo



AD: antidepresivo  
 ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina  
 TEC: terapia electroconvulsiva  
 TCC: terapia cognitivo-conductual  
 TIP: terapia interpersonal

Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto (2014).

### **Adherencia al tratamiento farmacológico antidepresivo**

En el 2003, la OMS definió la adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente va dirigida al cumplimiento del tratamiento de cualquier índole sanitaria, la toma de la medicación de acuerdo con lo prescrito por el profesional, el seguimiento y la persistencia. Sin embargo, Dilla *et al.* (2009), citados por Márquez (2016), indican que no debe confundirse el término “adherencia” con cumplimiento, ya que existe una diferencia entre ambos, destacando que la adherencia necesita consentimiento del paciente, voluntariedad, y expresa claramente que se necesita la colaboración activa entre el profesional de Salud y el paciente, y por otro lado el cumplimiento hace referencia a la sumisión, obediencia de una orden impuesta.

La efectividad clínica para el tratamiento de la depresión se ha visto altamente limitada y afectada por la falta de adherencia por parte del paciente. La OMS señala que en países desarrollados la tasa de adherencia alcanza un 50%, lo cual es un dato preocupante, porque esta cifra muestra el alarmante nivel de falla terapéutica; esto se ve como un problema prioritario de salud pública que va en aumento, generando, además de incidencias altas depresivas, altos costos sanitarios. (Gaviria, Martínez, Martínez, Ospina y Urrego, 2017).

Se señalan tres componentes para la adherencia a un tratamiento: la iniciación, la implementación y la discontinuación. Estas tres etapas se refieren al proceso por el cual pasa un paciente; primeramente se señala como iniciación al momento en que comienza con el tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico o combinado, en esta fase se rompe la barrera entre la adherencia y no adherencia; en una segunda etapa se busca que la persona siga al pie del proceso el tratamiento, en el cual se le debe dar medidas de seguimiento y motivación para garantizar la adherencia, y la última fase es el saber cuándo se da por finalizado el tratamiento, que es en el momento en el cual la persona logra salir adelante sin dependencia. Con el uso de estas tres fases, se mantienen como pilares para garantizar una adherencia correcta y disminución de mortalidad. (Gaviria *et al.*, 2017).

Con respecto a la adherencia para el tratamiento de la depresión, hay diversos datos; si bien es cierto normalmente la toma de fármacos antidepresivos toma varios días o semanas en lograr su efecto, también es necesario completar los tratamientos para lograr resultados positivos; es en este

punto en el cual se ve la falta de adherencia, ya que la mayoría de pacientes desisten de los mismos, normalmente de forma anticipada; los datos demuestran que entre el 30-70% de pacientes con terapias farmacológicas antidepresivas en los primeros tres meses solo el 27,6% continúa, lo cual arroja datos de que un 77% de las personas con diagnóstico antidepresivo tiene mayor posibilidad de riesgo de recaída o recurrencia. (Gaviria *et al.*, 2017).

Se llega a un punto donde la principal incógnita es saber: ¿Por qué los pacientes no toman correctamente sus terapias farmacológicas antidepresivas? Citan Ortega, Sánchez, Rodríguez y Ortega (2018), que un alto porcentaje se debe a causas que no son intencionales por parte del paciente; por ejemplo, a olvidos, falta de disciplina para seguir un tratamiento, o poca importancia. Esta falta de disciplina es en la cual es necesario realizar terapias de reforzamiento, ya que, si existe una relación correcta médico-paciente, es más probable que el paciente lo cumpla. Esta relación está marcada por una buena comunicación, confianza, estabilidad y accesibilidad. Sin embargo, existen factores, como los socioeconómicos, que también tienen influencia en la baja adherencia; muchas personas, por temas relacionados con analfabetismo, pobreza o ignorancia, no tienen acceso a los tratamientos por el tiempo determinado, y terminan suspendiéndolo o del todo no lo inician.

### **Seguimiento farmacológico**

“Seguimiento” se refiere a ese acompañamiento que el profesional hace con el paciente; este acompañamiento es fundamental en cualquier patología, ya que es de esta forma que el paciente sabe cómo hacer de su tratamiento una terapia exitosa. Un seguimiento farmacológico está al alcance en establecimientos de atención primaria, como lo son los hospitales, clínicas, farmacias, consultorios.

El seguimiento farmacoterapéutico es definido como “el servicio profesional cuyo objetivo es la detección de problemas relacionados con medicamentos” (p.15); el profesional a cargo de este seguimiento, es el profesional en salud, tanto el médico, quien realizó el diagnóstico, como el psicólogo, que es un coadyuvante, y el farmacéutico, quien es conocedor de medicamentos. Un correcto seguimiento le otorga al paciente seguridad, le garantiza efectividad, y resolución. (Goienetxea, 2017).

Es importante destacar, que el seguimiento farmacológico no contempla el diagnóstico ni la prescripción de medicamentos. Con base en lo anterior, es donde se debe subrayar que el farmacéutico debe prestar el servicio de seguimiento en conjunto con el médico y el propio paciente; esta relación se ve definida en la atención farmacéutica. El seguimiento al tratamiento por parte del farmacéutico es un papel idóneo, ya que es el profesional que conoce a fondo su química, por lo cual tiene la capacidad y habilidad para otorgar un seguimiento a un paciente. (Goienetxea, 2017).

El uso de medicamentos es una de las representaciones tecnológicas sanitarias más utilizadas para la resolución de problemas de salud; es decir, para un tratamiento farmacológico. Los farmacéuticos deben ser parte de todo un equipo de profesionales de Salud, ya que ellos son los que tienen la misión de garantizar el uso seguro y efectivo de los mismo. En particular, se debe destacar la coordinación entre el médico-farmacéutico para el incremento de los beneficios terapéuticos de los medicamentos. (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014).

Los objetivos del SFT (Seguimiento Farmacoterapéutico) son principalmente el detectar los PRM (Problemas Relacionados con los Medicamentos), resolución de los RNM (Resultados Negativos asociados a la Medicación) y prevenir futuros PRM y RNM. Además, tienen como fin el maximizar la efectividad y seguridad de los tratamientos, minimizando los riesgos asociados a ellos, contribuir al uso racional de los medicamentos, mejorar la calidad de vida del paciente, y registrar y documentar la intervención del farmacéutico. (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014).

**Tabla 7.****PRM y RNM más comunes.**

<b>PRM (Problemas Relacionados con Medicamentos)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración errónea del medicamento.</li> <li>• Errores de prescripción.</li> <li>• Medicamento no necesario.</li> <li>• Incumplimiento.</li> <li>• Duplicidad.</li> <li>• Contraindicaciones.</li> <li>• Dosis, pautas duración.</li> <li>• Interacciones.</li> <li>• Probabilidad de efectos adversos.</li> </ul>
<b>RNM (Resultados Negativos asociados a Medicamentos)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No necesidad de medicamentos.</li> <li>• Inseguridad del medicamento.</li> <li>• Inefectividad.</li> </ul>

**Nota: Elaboración propia (2020).**

Para el procedimiento de un seguimiento farmacoterapéutico es indispensable centrarse en tres aspectos, primeramente, el análisis de situación, donde lo que se pretende es el análisis de la situación con respecto a los problemas de salud y medicamentos que puedan surgir; en segundo lugar un plan de acción, donde el farmacéutico pone en acción las intervenciones conjuntamente con el paciente para prevenir, resolver o mejorar fallos de la farmacoterapia, y por último la evaluación y seguimiento, que es el momento en el cual el farmacéutico logra un acuerdo con el paciente, donde se realiza una intervención periódica para alcanzar los objetivos planeados. (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014).

Así mismo, el BPFC (Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria, de España) contempla mencionar las fases que conllevan el seguimiento, como lo son:

**Ofrecimiento del servicio:** ya que el servicio de SFT no es algo que está generalizado, y es en su mayoría desconocido por los pacientes, es la fase en la cual el farmacéutico les realiza el ofrecimiento a los pacientes.

**Entrevista para la toma de datos básicos:** es la fase en la cual el farmacéutico realiza un seguimiento sistematizado de preguntas, donde el objetivo es conocer los datos personales del paciente, para poder generar una relación cordial entre el farmacéutico y el paciente, conocer los problemas de salud referidos por el paciente, con el fin de obtener resultados óptimos, o por el contrario, para intervenir a corregir PRM o RNM. Cuando ya el paciente decida participar en el servicio, se le solicita una serie de requerimientos, como, por ejemplo, que acuda a una primera sesión con todos los medicamentos que utiliza.

**Elaboración de estado de situación:** en esta fase, con toda la información antes obtenida, el farmacéutico realiza un informe con el estado de situación, todo lo referente a medicación; por ejemplo, posibles alergias, índice de masa corporal, relación de otros estados de salud.

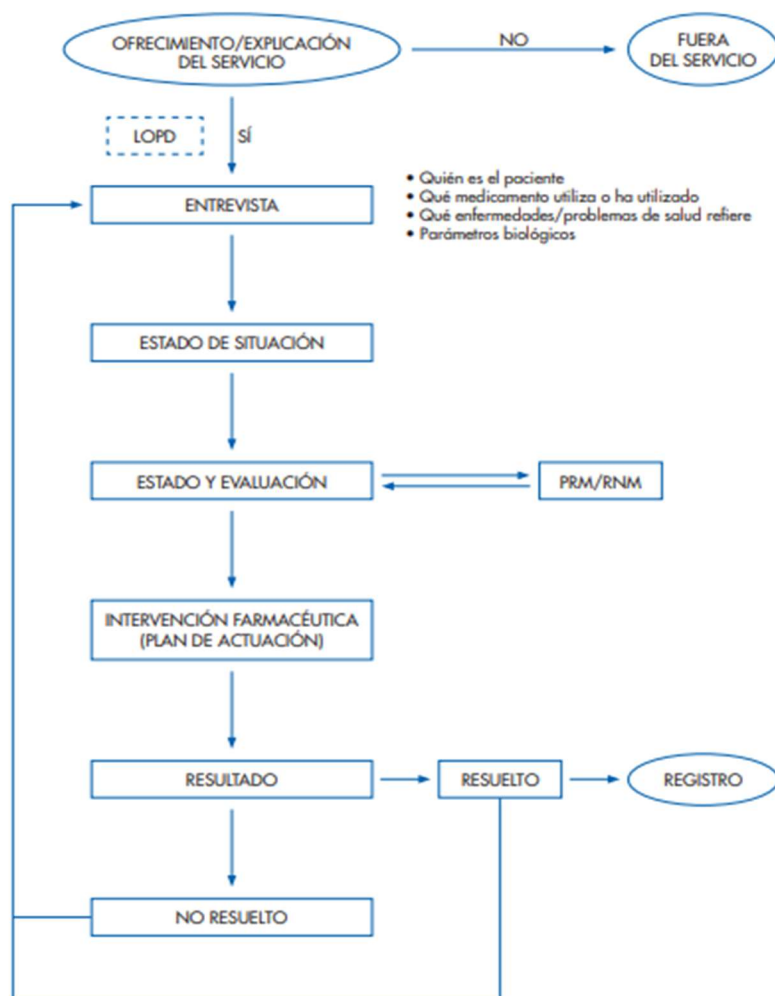
**Fase de estudio:** en esta fase el farmacéutico realiza a profundidad un análisis del caso del paciente, con el fin de obtener posibles riesgos de PRN o RNM.

La intervención farmacéutica en un seguimiento puede realizarse directamente con el paciente, donde en las situaciones que se van a abordar no es necesario modificar aspectos de la farmacoterapia indicada por el médico; es decir, solo se precisan cambios en actitud del paciente; por ejemplo, en el caso de que no exista adherencia, por desconocimiento del uso adecuado del medicamento, dosis o conservación del medicamento, o una intervención con colaboración del médico; esta se da cuando sea necesaria la modificación de algún aspecto de la terapia de fármacos; por ejemplo, adición o eliminación de algún medicamento prescrito, cambios en posologías, o cuando exista la necesidad de alguna toma de decisión de beneficio-riesgo. (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014).

La evaluación de los resultados de la intervención del farmacéutico es primordial que se destaque en este seguimiento, ya que es aquí donde se evalúa la aceptación por parte del paciente

o por parte del médico (cuando haya trabajo en conjunto). Se evalúan los resultados obtenidos, tanto en términos de satisfacción como en la disminución o resolución de síntomas de la depresión. Por último, se realiza un registro, en el cual se deja todo documentado acerca del seguimiento realizado. (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014).

**Figura 5. Diagrama de flujo del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico**



**Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2014).**

## **Farmacia Comunitaria**

### **Definición**

La farmacia comunitaria es un concepto a nivel internacional, definido como el establecimiento que está al servicio de la comunidad, donde se tiene acceso a medicamentos y productos sanitarios, con presencia de un profesional en Farmacia. Es un lugar de atención primaria donde se garantiza un servicio de calidad y profesional al público, donde las personas tienen acceso igualitario y fidedigno a través del farmacéutico. (Pibernat, Ventura y Silva. 2013).

### **Farmacia Comunitaria en Costa Rica**

La farmacia de comunidad en Costa Rica está regida bajo los lineamientos del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, así como las normas de salud del Ministerio de Salud (MINSAL). En el territorio mencionado, a diferencia de otros países, siempre debe existir en todo momento un regente farmacéutico de apertura a cierre del establecimiento, quien contribuye a la correcta dispensación de medicamentos. Según la legislación costarricense, se confieren diversas funciones para el profesional, entre ellas el uso exclusivo de sustancias controladas, como los psicotrópicos y estupefacientes, en lo cual el farmacéutico tiene el deber de mantener en custodia dichos medicamentos, garantizar el correcto uso y despacho; así mismo, tiene bajo su mando y reglamentación el manejo de las vacunas. (Jiménez, Rojas y Arias, 2012).

### **Atención farmacéutica en Farmacias de Comunidad**

Salazar, González y Amariles (2014) definen la atención farmacéutica (AF) como:

La participación del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando con el médico y otros profesionales sanitarios con el fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva a la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades. (p21)

La atención farmacéutica tiene grandes alcances y cubre muchos aspectos del profesional. No obstante, sus principales objetivos siempre van dirigidos hacia un mismo camino, los cuales son: el mejorar la calidad de la vida del paciente, eliminar o reducir síntomas o dolencias,

prevención de futuras sintomatologías o enfermedades, así como recaídas. La intervención del farmacéutico requiere de una relación cercana con el médico que realiza el diagnóstico; esta intervención del farmacéutico de comunidad hace responsable al profesional en la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM). Los problemas relacionados con los medicamentos deben realizarse de forma continua, sistematizada, y deben estar documentados, todo esto con colaboración del propio paciente y los profesionales de Salud involucrados. (Salazar, González y Amariles, 2014).

### **Rol del farmacéutico de comunidad**

Según el Ministerio de Salud , se encuentran las siguientes funciones o roles del farmacéutico de comunidad:

- Brindar atención farmacéutica (abordaje de consulta, indicación farmacéutica, orientación al paciente, despacho de medicamentos, toma de presión arterial, aplicación de inyectables, fortalecer la relación médico-farmacéutico).
- Adquirir, custodiar y conservar los medicamentos.
- Según el establecimiento, elaboración de fórmulas magistrales.
- Dispensación de medicamentos.
- Brindar información completa de los medicamentos al paciente.
- Promover la adherencia a los tratamientos.
- Realizar seguimiento a tratamientos despachados.
- Farmacovigilancia.
- Manejo de vencidos.
- Promoción de la Salud (uso racional de los medicamentos, automedicación responsable).
- Suscitar la prevención de enfermedades.
- Supervisión de otro personal o equipo de trabajo (técnicos, dependientes, auxiliares).
- Custodia de psicotrópicos y estupefacientes.
- Gestión de los programas de vacunación.

### **Metodología de seguimiento farmacoterapéutico: Dáder**

La relación entre la adherencia y el seguimiento farmacológico van de la mano uno del otro, en la cual se requiere como mínimo la aplicación de conceptos o modelos orientados a la salud del paciente. El seguimiento debe estar continuamente promovido, lo cual es una de las tantas funciones del farmacéutico, el cooperar y colaborar todo el tiempo en que el paciente lo requiera. El farmacéutico puede diseñar un plan de actuación para evaluar los resultados de las intervenciones realizadas a cada paciente que lo requiera. (Salazar, González y Amariles, 2014).

La metodología Dáder es una herramienta que fue desarrollada, en España, por un grupo de investigación de la Universidad de Granada, siendo un instrumento para el seguimiento farmacológico. Con este método, el farmacéutico hace una recopilación de datos a lo largo del proceso de seguimiento a alguna terapia farmacológica, además de una valoración de posibles efectos de la farmacoterapia; en resumen, crea una historia farmacoterapéutica. (Sabater, Silva y Faus, 2007).

### **Procedimiento de la metodología Dáder**

El método reúne siete pasos o fases, descritos a continuación:

**Oferta de servicio:** aquí se realiza una explicación de forma clara, concisa y directa sobre el proceso farmacoterapéutico; se le indica al paciente cuál es la finalidad y cuáles son las pretensiones. En esta primer fase es importante que el paciente tenga claro que el farmacéutico no sustituye a ningún otro profesional, sino que es un trabajo multidisciplinario; se le indica que es un trabajo en equipo entre el paciente y el profesional; se le explicará que en ciertos momento se le solicitará acudir a la farmacia, con el fin de evaluar el proceso en el cual se encuentra, conocer si está siguiendo el tratamiento de manera adecuada, y lo más importante: que exista adherencia.

**Primera entrevista:** en esta fase se conoce la historia de cada paciente, en relación con la medicación que actualmente está en consumo; el paciente informa de su historia en problemas de salud. Se pretende escuchar al paciente desde su visión (él puede otorgar información subjetiva pero valiosa); es importante tener claro que es una entrevista bidireccional, no es solo pregunta-respuesta. Las entrevistas posteriores son inciertas en cuanto a lo que va a realizarse, ya que son

dependientes de la evolución del paciente; en esta etapa el farmacéutico puede aconsejar, instruir y aportar información extra al paciente.

**Elaboración del primer estado de situación:** en esta etapa el farmacéutico relaciona los problemas de salud con los medicamentos que está consumiendo el paciente, con el fin de obtener más detalles y evaluar la farmacoterapia que se está llevando a cabo.

**Fase de estudio:** en esta fase se realiza un estudio a partir de evidencias científicas sobre los problemas de salud y medicación del paciente. En esta etapa se pretende aportar:

- Evaluar la necesidad, efectividad y seguridad de la medicación.
- Diseño de un plan de actuación con el paciente para mejorar o preservar resultados.
- Promover la toma de decisiones clínicas (enfocada en la evidencia científica).

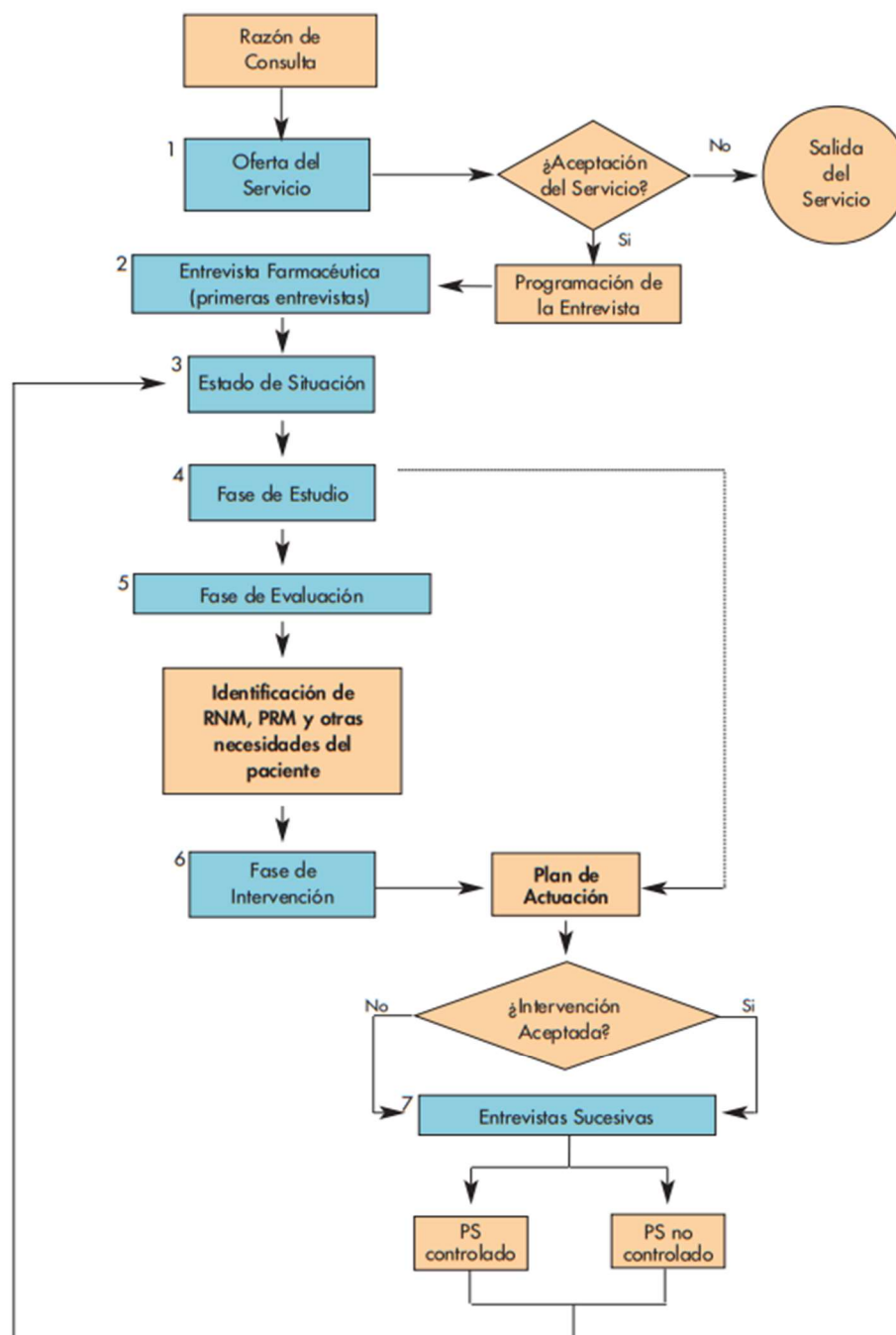
Es esta etapa, se realiza todo tipo de estudios, dosis, interacciones, efectos indeseados, correcta administración, acción farmacológica, mecanismos de acción, indicaciones.

**Fase de evaluación:** aquí se identifican los resultados negativos relacionados con la medicación actual que se le está suministrando al paciente.

**Fase de intervención:** el objetivo de esta fase es poner en marcha el plan de actuación seleccionado con el paciente; se enumeran de manera fija las diferentes intervenciones farmacéuticas que van a darse a lo largo del proceso. En esta fase hay una participación del paciente, ya que él es el protagonista del plan de acción que se va a poner en práctica. Al tener un trabajo en equipo por ambas partes (farmacéutico-paciente) se le toma la palabra al paciente al conocer si quiere seguir con el tratamiento, si ha tenido efectos secundarios; se discute con el paciente sus miedos, sus prioridades, expectativas.

**Entrevistas farmacéuticas sucesivas:** se generan aquí nuevos estados de situación; se conoce la respuesta al tratamiento del paciente; se comprueba la intervención del farmacéutico durante el proceso.

Figura 6. Resumen esquematizado de las 7 etapas del método Dáder



Fuente: Sabater, Castro y Dáder. Método Dáder: Guía de seguimiento farmacoterapéutico (2007).

## **PROTOCOLOS**

### **Definición**

Un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) o también denominado protocolo, son conocidos en todas las ramas profesionales, y mayormente en Ciencias de la Salud, ya que con ellos se crean criterios o guías necesarias para llevar a cabo una acción adecuada y ordenada que conlleva de la mano la salud de la persona o paciente; su finalidad principal es el establecer las pautas o procedimientos imprescindibles para la prestación de servicios. Se dice que los protocolos son documentos de normas ordenadas que consiguen una actuación apropiada, una estandarización y un mejoramiento en la calidad, los cuales incluyen estrategias para la toma de decisiones, recomendaciones para el actuar profesional, nuevos procedimientos, y planes de mejora. (Carrasco Vera, 2019).

Un protocolo debe garantizar la solución a problemas al ser puestos en práctica, ya que al formular o al aplicar un protocolo, ellos deben ser confiables, sencillos, completos, en la medida de lo posible breves, y lo más importante: actualizados. Éste último de gran relevancia, ya que el mundo gira constantemente y lo hace muy rápido, con lo cual todos los días existen asuntos nuevos, surgen nuevos cambios y nuevas situaciones que obligan a establecerse estas actualizaciones para la seguridad y mejoramiento. Los protocolos deben estar adecuados o adaptados a cada necesidad, a cada situación, a cada ejercicio profesional, con la finalidad de no generalizar su uso en cada uno de los diferentes espacios profesionales existentes. (Carrasco Vera, 2019).

### **Alcances del uso de los protocolos en ciencias de la Salud**

Según Carrasco (2019), son diferentes los alcances que trascienden al hacer uso de los protocolos en las Ciencias de la Salud; los mismos vienen a dar aportes importantes al ser instrumentos de aplicación, orientación y prevención, entre los principales se puede mencionar los siguientes:

- El uso de protocolos, llegan a aumentar la seguridad tanto del usuario como el profesional, ya que los mismos incorporan conocimiento de tipo científico, brindan transparencia y calidad de resultados.
- Alcanzan la resolución de problemas, dudas o consultas clínicas basados en normas o pautas establecidos en ellos.

- Proporcionan un abordaje de situaciones de forma amplia, concreta, consensuada y segura.
- Se llega a unificar y facilitar la toma de decisiones en tiempo y espacio establecido.
- Mejoran la calidad y tiempo de respuesta en la atención o servicio prestado.
- Los protocolos sistematizan, fortalecen y simplifican el registro, la atención y toma de decisiones de los usuarios.

Ante el panorama anterior, no cabe duda el valor que contiene el desarrollo de un protocolo y su puesta en práctica, en las diferentes ramas educativas, ya que, al ser utilizados como herramientas en el ejercicio profesional en diversas situaciones o escenarios, llegan a ser indispensables, debido a que favorecen la atención sistemática y multidisciplinaria, consiguiendo complementar el juicio clínico del profesional y otorgando vías seguras de su actuar e intervención. (Casariego y Costa, 2019).

### **Tipos de Protocolos**

Al ser instrumentos y herramientas de uso común en diferentes ámbitos, pueden ser utilizados por organismos gubernamentales, instituciones, profesionales en salud, ciencias sociales. Los mismos son un marco de referencia que se enfocan en el abordaje de normas, reglas o pautas a seguir según sea el ámbito de utilización, es por esto por lo que existen diversos tipos de guías que se ponen en práctica hoy en día. (Casariego y Costa, 2019).

### **Protocolos de Investigación**

Son guías que se utilizan como primer paso para la realización de una investigación. Su principal objetivo se enfoca en la descripción de un proceso que se vaya a iniciar, donde se da una definición sistemática de los alcances de la investigación y finalidad de esta. Sus principales objetivos es el comunicar, lo que el autor desea en su investigación y seguir un orden en el proceso de la investigación. (Baldín *et al.*, 2013).

### **Protocolos basados en evidencia**

Son protocolos que se basan en evidencias científicas ya establecidas, que brindan la orientación de los profesionales en la elaboración de guías estandarizadas para la toma de decisiones en el ámbito en cuestión, los cuales pretenden acercar el conocimiento científico con el táctico. Estos protocolos son caracterizados por ser herramientas de apoyo derivadas de tales conocimientos o evidencias que disminuyen el margen de error y se convierten en guías de mucha viabilidad. (Campos *et al.*, 2013).

### **Protocolos Clínicos**

Son directrices elaboradas de manera sistemática que apoyan las decisiones del profesional en salud, llámense médicos, farmacéuticos, enfermeros, odontólogos, entre otros. Las guías clínicas o protocolos son algoritmos basados en estudios previos establecidos con base científica, los cuales instauran normas y pasos concretos a seguir para recomendaciones, diagnósticos y decisiones de atención sanitaria enfocadas en cuadros clínicos. (Carrasco Vera, 2019).

### **Uso de protocolos clínicos en Ciencias de Salud**

Los protocolos clínicos van de la mano con los protocolos basados en evidencia, ya que siempre tienen un estudio previo garantizando la veracidad; hoy en día son herramientas de uso cotidiano, tanto en la formación del profesional como de los ya profesionales, ya que su objetivo es claro como complemento para la toma de decisiones clínicas. La creación de protocolos surge como la necesidad de normalizar pautas a seguir; en el ámbito de Salud, los mismos normalmente están basados en algoritmos que el profesional sigue para la toma de decisiones. (Casariego y Costa, 2019).

Estas guías son útiles en el ámbito farmacéutico para el tratamiento de trastornos menores (trastornos que ya previamente han tenido un diagnóstico por parte del profesional especialista); con estos el farmacéutico pretende dar control del tratamiento, orientación y pautas para el seguimiento de este. Los efectos sobre la salud son notorios o cuantificables, ya que, entre otros asuntos, permiten adaptar el protocolo a una necesidad en particular en el momento de su formulación, pues, una vez estandarizado y publicado, se debe seguir al pie de la letra. (Carrasco Vera, 2019).

Casariago y Costa (2019) mencionan que si bien es cierto que la creación de protocolos otorga un orden de seguimiento en el actuar profesional, también se debe considerar el buen manejo de los mismos, ya que, así como brindan aspectos positivos, pueden venir a dar pautas negativas; si el protocolo no es desarrollado o aplicado de manera correcta, se corre el riesgo de poner al paciente en un efecto no deseado, por decisiones inadecuadas o mala aplicación del mismo; es por esto que estos protocolos son previamente analizados, validados y aprobados. Los protocolos clínicos fueron clasificados en cuatro categorías, según la literatura internacional, como lo siguiente:

- Protocolos de atención (contienen tratamiento, diagnóstico, seguimiento).
- Protocolos de prevención (incluyen la vigilancia y el tamizaje).
- Protocolos de investigación.
- Protocolos de evaluación.

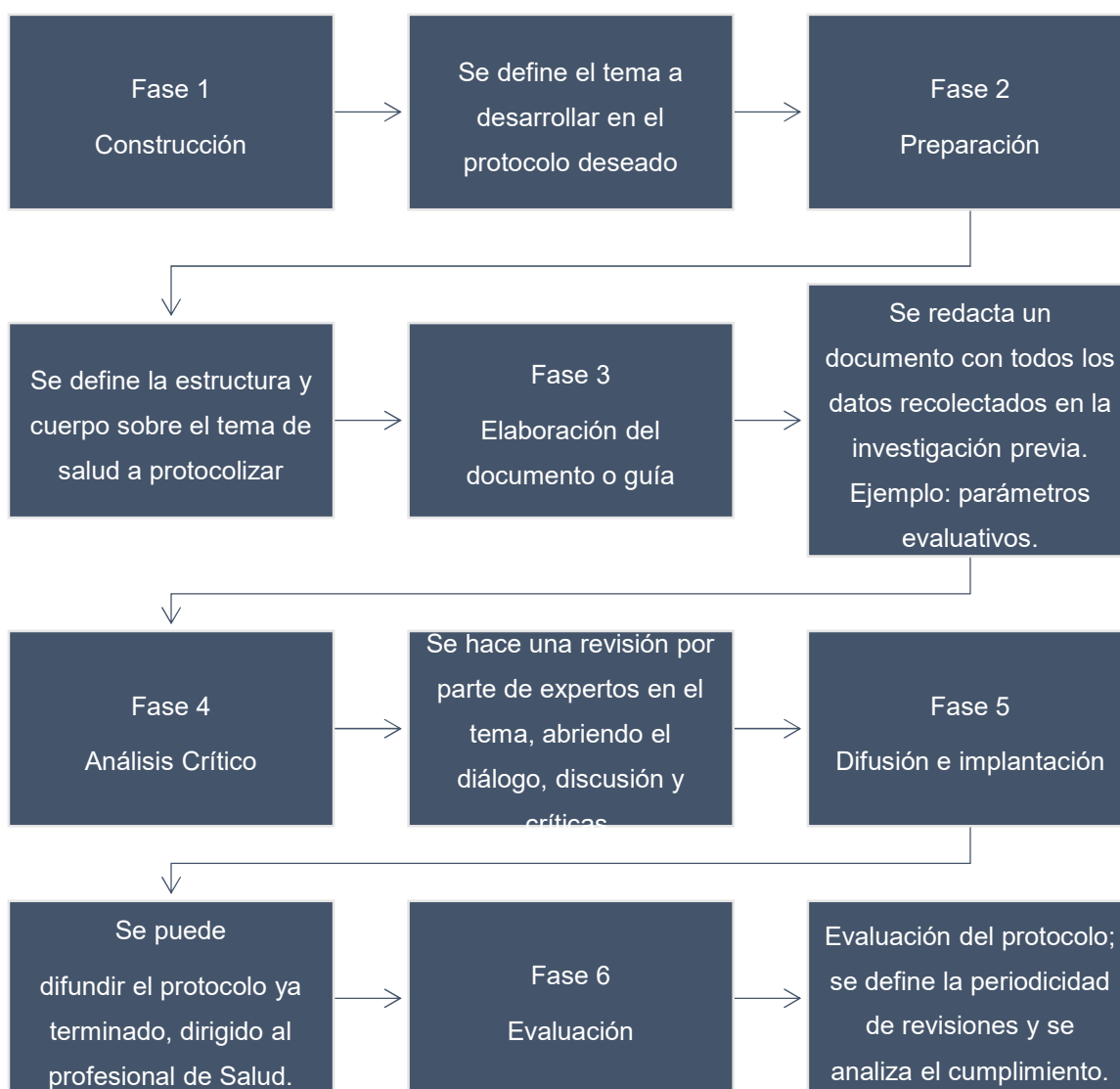
Con base en su definición, estos protocolos poseen ciertos criterios que hacen la diferencia entre ellos. Los autores del Manual para la elaboración de protocolos clínicos en el Instituto de Cancerología mencionan que, de acuerdo con el reporte del National Health Service de Inglaterra (NHS), los protocolos de atención clínica otorgan más información detallada que cualquier otro protocolo, ya que su contenido debe ser específico para el criterio clínico. (García *et al.*, 2016).

Bonafont y Casasín (2002), citados por García *et al.* (2016), señalan la importancia de implementar protocolos clínicos, ya que brindan bases educativas a los pacientes en relación de riesgos contra beneficios, a la hora de ser atendidos por un profesional de Salud que realiza la intervención terapéutica y el diagnóstico. Ellos concuerdan en que, a pesar de que la mayoría de los protocolos tienen fines similares, estos son complementos a guías de prácticas clínicas ya establecidas, por lo cual los protocolos que son incluidos en diversas instituciones, para la atención, son de gran ayuda como complemento a estas guías, ya que ofrecen soporte a enfrentar ciertas limitaciones en la práctica; por ejemplo, cuando existe ausencia de pautas específicos para realizar una intervención.

## Estructura del desarrollo de un protocolo

Según diversas investigaciones, no existe una guía exacta y sistematizada para la elaboración de un protocolo; no obstante, Jaqui Hewitt (2006), citado por García *et al.*(2016), señala ciertos pasos que son esenciales e indispensables para su creación, como lo son: la escogencia de un tema a desarrollar, establecer parámetros de los alcances o evaluativos, inclusión de profesionales de diversas ramas que conozcan del tema exponer, para que emitan criterios, búsqueda de información en la etapa investigativa, evaluación, actualización e implementación.

**Figura 7. Guía básica para la Creación de un Protocolo**



**Fuente:** Elaboración propia, basado en Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención, Revista Biomédica revisada por pares (2012).

## **SIMULACIÓN CLÍNICA**

### **Definición**

Nazar, Bloch y Fuentes (2019), citados por Gutiérrez (2020), definen la técnica como una imitación de conductas, diversas situaciones, procedimientos o procesos que están basados en escenarios clínicos o aparatos adecuados al aprendizaje, con la finalidad de ser usados para poner en práctica el conocimiento del estudiante o entrenamiento personal.

Según David Gaba, quien es nombrado como el padre de la simulación, la define como: “una técnica, no una tecnología, para sustituir o ampliar las experiencias reales con experiencias guiadas, a menudo de inmersión en la naturaleza, que evocan o reproducen aspectos sustanciales del mundo real de una manera totalmente interactiva”. (Casal, 2016, p. 9).

Los escenarios simulados o simuladores son utilizados por docentes para aumentar las habilidades prácticas de los estudiantes. En el área de Salud, se implementan con el fin de enfocar al estudiante aún más a la realidad y disminuir el riesgo de error. La simulación incluye juegos de rol, realidad virtual, simuladores, todo en un ambiente específico para cada escenario. (Alfonso y Martínez, 2015).

En la práctica clínica, la simulación recrea o representa pacientes simulados, donde el estudiante o aprendiz debe poner en práctica sus conocimientos; en estos escenarios se pretende hacer demostraciones de los procedimientos de actuación en un entorno clínico y real, en el cual se da una fidelidad en el proceso y resultados, ya que se fomenta la toma de decisiones y el desarrollo del pensamiento crítico. (Alfonso y Martínez, 2015).

### **Simulación clínica como mediación pedagógica**

El uso de la simulación es de gran relevancia hoy en día en todos los ámbitos de educación, pues facilita el aprendizaje, ofrece seguridad a los pacientes, brinda efectos positivos, al ser un método adicional a la enseñanza convencional, y ha llegado a ser una herramienta aceptada muy bien por docentes y estudiantes. Muchas veces se ofrece una simulación híbrida utilizando pacientes y escenarios simulados, así como pacientes estandarizados. El estudiante, con la guía del docente, identifica cuáles son los conceptos necesarios para la adquisición de competencias; luego

se da una experiencia concreta, que es donde el estudiante interactúa directamente con el objeto de estudio; posteriormente se da la resolución de la situación puesta en práctica, promoviendo las decisiones del estudiante con respecto a las situaciones planeadas; se genera también una etapa de conceptualización abstracta, donde el estudiante extrae sus conclusiones de la experiencia, y por último se realiza la parte de experimentación activa, donde se planifican los pasos para la aplicación de conceptos y nuevo conocimiento adquirido en el proceso. (Alfonso *et al.*, 2018).

Negri *et al.* (2017) citados por Hernández (2020), definen un paciente estandarizado como:

Un miembro de la comunidad (niño adolescente, adulto, anciano) que concordó en asumir el rol de paciente para una actividad de aprendizaje, mediante un contrato legal con la institución de enseñanza. Los pacientes estandarizados no asumen un rol para desempeñar características de otra persona o paciente, pero ellos propios contestan cualquier interrogante de la historia médica y social a partir de su propia vida. (p. 2).

### **Simulación como método de enseñanza en Ciencias de la Salud**

Los cambios en la realidad médica son todos los días diferentes; a nivel mundial día con día se tienen nuevos tópicos, como lo es en este caso el uso de la simulación. La tecnología les permite a las instituciones replantearse el método de enseñanza; en la educación médica o Ciencias de la Salud el objetivo es claro y contundente, el cual propone alcanzar un perfil del egresado que cumpla con las exigencias, estándares de calidad en la atención y seguridad de pacientes. (Fornet y Caballero, 2013).

Como ya se ha mencionado, el uso de la simulación aporta habilidades en todos los ámbitos, pero es el desarrollo de competencias el principal común denominador de la técnica, ya que diversas publicaciones hacen énfasis en el éxito de la técnica para lograr este objetivo con el estudiante. La simulación como método de enseñanza aborda múltiples aplicaciones y metodologías. Se describen seis niveles, en los cuales cada uno de ellos permite evaluar la adquisición de conocimiento, o destrezas desarrolladas. (Corvetto *et al.*, 2013).

**Tabla 8.****Tipos de metodologías de simulación.**

	<b>Tipos de Simulación</b>	<b>Habilidades que se logran</b>	<b>Uso Habitual</b>
<b>Nivel 0</b>	Simulaciones escritas.	Cognitivas pasivas.	Manejo, diagnóstico de pacientes y evaluación.
<b>Nivel 1</b>	Simuladores de baja fidelidad, park task trainers y maniqués básicos.	Psicomotoras.	Práctica de Habilidades.
<b>Nivel 2</b>	Simuladores de pantallas computacionales, simuladores virtuales y simuladores quirúrgicos.	Cognitivas interactivas.	Manejo clínico de habilidades cognitivas.
<b>Nivel 3</b>	Pacientes estandarizados.	Psicomotoras, cognitivas e interpersonales.	Igual al nivel 2. Realización de examen físico, diagnóstico y manejo de pacientes.
<b>Nivel 4</b>	Simuladores de fidelidad intermedia y maniqués de tamaño real, totalmente interactivos	Parcialmente interactivas, psicomotoras cognitivas e interpersonales	Igual a nivel 3. Habilidades en procedimientos entrenamientos de simulación "full scale".
<b>Nivel 5</b>	Simuladores de alta fidelidad y maniqués de tamaño real, totalmente interactivos.	Interactivas, psicomotoras cognitivas e interpersonales.	Igual a nivel 4.

**Nota: Elaboración propia, basado en: Simulación en educación médica: una sinopsis.**

**Corvetto et al. (2013).**

Corvetto *et al.* (2013) mencionan la siguiente terminología, en relación con el cuadro explícito anteriormente.

- El término “park task trainers”, hace referencia a los simuladores de uso específico y de baja tecnología, los cuales están diseñados para hacer réplica de una sola parte del organismo (por ejemplo, un brazo para colocación de vías intravenosas).
- Los simuladores de alta fidelidad son los que integran múltiples fisiologías para la creación de escenarios clínicos con maniqués de tamaño real.
- La simulación de baja fidelidad es la que incluye modelos de una sola parte.
- La simulación de intermedia fidelidad alude al uso combinado de una parte anatómica con programas computacionales; por ejemplo, el uso de dispositivos de reanimación pulmonar.

## **Etapas de la simulación**

### **Prebriefing o Briefing (Introducción)**

En esta etapa se muestra la parte introductoria del proceso de simulación; se realiza una asignación de roles, tanto del estudiante como del docente y actores; se pone al estudiante en el contexto o ambiente simulado, en el cual se incluye el método que se vaya a utilizar, las normas a seguir, si debe utilizar algún instrumento o equipo, así como a los estudiantes que serán espectadores; se abarcan dudas generales, y es una introducción que ronda los diez minutos aproximadamente. (Gutiérrez, 2020).

### **Escenario**

Es la etapa en la cual se realizan las diferentes acciones (previamente planeadas) para la realización o desarrollo de las experiencias simuladas montadas por el encargado, se le facilitan al estudiante todas las herramientas para mantener el realismo en su máximo punto. Estos escenarios deben contener un objetivo claro y direccionado; se recomienda que las actividades en estos escenarios no se extiendan de 10-12 minutos, para no perder la atención de los estudiantes observadores.

### **Debriefing (Análisis)**

Es un tiempo de reflexión o análisis en el que se profundiza la experiencia vivida, se toman en cuenta los puntos obtenidos a favor o en contra, momento en el que se logra descubrir el aprendizaje logrado, la claridad de conceptos y logros alcanzados. Gutiérrez (2020) hace alusión a que en esta etapa el facilitador o encargado realiza preguntas para conocer las experiencias de cada uno de los involucrados; se hace una breve discusión de los resultados y, así mismo, se escuchan las conclusiones y posibles recomendaciones para futuras experiencias, y se cierra la experiencia haciendo un resumen de lo vivido, y se exponen los objetivos de la clase.

### **Simulación como destreza de enseñanza en Farmacia**

Al ser Farmacia parte importante de las Ciencias de la Salud, no se deja de lado el aprendizaje que puede aportar esta herramienta en el estudiante, ya que la práctica de simulación viene a evidenciar el proceso por el cual el estudiante es capaz de desarrollar competencias profesionales, entre ellas la más relevante, la habilidad de comunicación, debido a que el profesional farmacéutico está en constante contacto con los pacientes. (Hernández, 2020).

El farmacéutico, principalmente el de comunidad, es el encargado de brindar información crítica de los medicamentos, como lo son indicaciones, dosis, efectos secundarios, manejo del producto fuera del establecimiento farmacéutico, por lo cual es indispensable que sea un buen comunicador para que el paciente tenga claro lo que se le informa, además de generarle, mediante esta comunicación, confianza en el proceso farmacológico.

### **Tipos de Simulación**

Rueda, Arcos y Alemán (2017), en su publicación “Simulación clínica, una herramienta eficaz para el aprendizaje en Ciencias de Salud”, hacen mención de los distintos tipos de simulación, clasificándolos como (pp. 235-236):

**Simulación Híbrida:** combinación de un paciente y el uso de un simulador de paciente, en un escenario para representar un evento clínico para el estudiante.

**Simulación de caso nuevo:** cuando se tiene una situación impredecible en el tiempo y pueden suceder inclusive varios eventos, como ocurre en un caso clínico o en un paciente hospitalizado por una enfermedad poco usual.

**Simulación en pacientes estandarizados:** utiliza actores reales para representar un rol de paciente, de acuerdo con un escenario clínico específico. Son utilizados para evaluar habilidades de obtención de la historia clínica, realización de examen físico y comunicación.

**Simulación in situ:** entrenamiento en un sitio real, donde es necesario cuidar al paciente.

**Simulación virtual:** se utiliza una realidad de pacientes virtuales con simulación de escenarios clínicos, generados por un computador en forma tridimensional. El objetivo principal es entrenar y evaluar conocimientos y toma de decisiones. La ventaja de esta simulación es permitir que varios estudiantes trabajen simultáneamente.

**Simulación de tareas complejas:** utilizados para desarrollar habilidades manuales con orientación tridimensional. Son ampliamente utilizados en cirugía laparoscópica y procedimientos endoscópicos.

**Simulación de paciente completo:** emplea maniqués de tamaño real, manejados por computadoras, que simulan aspectos anatómicos y fisiológicos. Son utilizados para el manejo de situaciones clínicas complejas, y para desarrollar trabajo en equipo.

### **Ventajas del aprendizaje a través de la simulación**

El aprendizaje a través de simulaciones plantea numerosas ventajas; empero, es una metodología que, como todo, presenta sus pros y contras; además de que es algo muy novedoso y actual, con lo cual aún se está en constante desarrollo. (Ramos, 2015).

- Herramienta de aprendizaje que brinda seguridad en todo su entorno, tanto para el estudiante como para el paciente.
- Permite la repetición, sin número limitado de veces, de los escenarios prácticos o procedimientos, que en una situación de vida real no se podría realizarlo más que una vez.

- Mejora las capacidades intelectuales del estudiante.
- Implementa la autoconfianza y favorece la reflexión.
- Reduce notablemente el riesgo de error en la vida real.
- Mejora la capacidad de integración de conocimientos.
- Brinda seguridad de desempeño en el estudiante.
- Contribuye a la práctica de protocolos o guías.
- Permite la grabación de casos para análisis posteriores.
- Es una herramienta de aprendizaje que resulta amena para el estudiante.
- Ayuda a concientizar en el pensamiento crítico, ya que dirige al estudiante a detectar, intervenir y solucionar problemas con el paciente.

### **Alcances de la simulación clínica en la carrera de Farmacia**

#### **Alcances del docente**

Los principales alcances del docente se enfocan en lograr transmitir un conocimiento más tangible, más real, así como el desarrollo de habilidades como facilitador de aprendizaje. El docente también debe ser capacitado en esta modalidad, para que obtenga claridad del concepto del uso de la herramienta, así como los alcances de la misma. La simulación le brinda al docente una nueva y efectiva forma de transmisión de conocimiento, y le abre el camino al propio camino en la currícula del manejo de simulaciones.

#### **Alcances del estudiante**

Un alumno de cualquier rama de la Salud saldrá a enfrentar día con día a pacientes con diversas situaciones, razón por la cual debe estar preparado y debidamente calificado para atenderlas; es por esto que las diversas estrategias de aprendizaje, como lo son las más actuales y tecnológicas, hacen que el proceso de adquisición de conocimiento resulte más semejante a la realidad, siendo los principales alcances el adquirir destrezas psicomotoras, capacidad de análisis, respuesta rápida, pensamiento crítico, manejo del estrés, resolución de conflictos, confianza de actuación profesional.

## CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

### ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El realizar una investigación es un proceso interesante e inherente de todo ser humano, ya que la investigación va siempre de la mano de la educación. El nivel de profundidad de una investigación va a depender del tipo y su finalidad. Toda investigación requiere de búsquedas constantes, y análisis determinados. Las investigaciones vienen a aportar e incrementar conocimiento, transforma pensamientos y crea una comprensión más amplia del tema en cuestión. (Pereira, 2011).

Esta investigación tendrá un enfoque mixto, el cual está basado en Hernández, Fernández y Baptista (2014); es un método que ha llegado a ser muy actual y que no tiene como fin desplazar a las investigaciones cualitativas o cuantitativas, sino, más bien, aportar a ambos enfoques de una manera fusionada, utilizando los puntos fuertes de cada una de ellas. Los autores mencionan dos grandes definiciones para las investigaciones mixtas, en la primera se dice que los métodos mixtos “representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación” (p.534), en los cuales los investigadores fomentan el análisis, la integración y la discusión de las partes cualitativas y cuantitativas de la investigación, para llegar a sus conclusiones y lograr un aumento en el entendimiento del tema en desarrollo.

Otra de las definiciones es la mencionada por Chen (2006), citado por Hernández *et al.* (2014), en la cual se menciona la integración de manera sistémica de los enfoques cuali-cuantitativo, con el objetivo de tener una visión más amplia de lo que se está investigando, además de la reducción o manejo de costos del estudio, ya que estos métodos de investigación dan la posibilidad de ser adaptados a la propia investigación.

Es importante hacer mención a que los enfoques cualitativos y cuantitativos, poseen particularidades, así como distintos objetivos; sin embargo, así como difieren en sus objetivos, tienen sus características de manera compartida, como, por ejemplo, ambos buscan la evaluación de fenómenos, se realizan observaciones, se establecen ideas o supuestos como resultantes de las observaciones realizadas, demuestran el trasfondo de las observaciones, se crean análisis de las observaciones y teorías generadas, y se plantean nuevas observaciones y evaluaciones “para

esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas o incluso generar otras”. (p. 4). (Grinnell, 1997, citado por Hernández *et al.*, 2014).

Para esta investigación, el enfoque cualitativo se basa en la recolección y obtención de información del abordaje actual de los pacientes con terapias farmacológicas para la depresión en farmacias de comunidad, haciendo búsquedas exhaustivas tanto de bibliografías nacionales como internacionales; así mismo, realizando entrevistas a los actuales farmacéuticos que ejercen su profesión en la mayor parte en farmacia de comunidad.

Para la parte cuantitativa, los resultados se obtendrán a través de una muestra de estudiantes de la carrera de Farmacia, que serán evaluados en centro de simulación clínica en la puesta en práctica del escenario clínico para validación; con dichos resultados se prueba y valida la construcción del modelo del protocolo. Al aplicar los escenarios clínicos, se conseguirá información para cada uno de ellos de manera experimental-numérica, que pretende obtener una mayor relevancia y credibilidad en la medición de la relación causa-efecto. En la obtención de estos resultados cuánticos, se utilizan instrumentos, como lo son entrevistas y encuestas de satisfacción con una métrica numérica, que permitan la interpretación de porcentajes alcanzados en el cumplimiento de objetivos definidos para cada sesión, así como una evaluación final, que conceda obtener resultados sobre el desarrollo de nuevas habilidades cognitivas en el estudiante, al terminar la etapa experimental en el Centro de Simulación Clínica.

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Como cualquier enfoque investigativo, tiene sus distintos diseños, y en el enfoque mixto no es la excepción; en este caso es un diseño anidado concurrente de varios niveles (DIACNIV), el cual es definido por Hernández *et al.* (2014) como el diseño en que se colectan tantos los datos cualitativos como cuantitativos en diferentes niveles o tiempos, en el cual sobresale que, luego de la recolección, los análisis de los datos no necesariamente se realizan en ese momento de manera simultánea; es decir, se pueden recolectar los datos cuantitativos en cierto momento, los cualitativos en otro nivel de la investigación, y el análisis en otro distinto, debido al tipo de investigación o porque se podría necesitar buscar información de diferentes grupos evaluativos.

Con base en lo anterior, es por lo cual este enfoque mixto con diseño anidado concurrente es el ideal para esta investigación, ya que la misma se realiza en varias fases o niveles, los cuales se describen de la siguiente manera: primeramente, se recolectan los datos cualitativos para realizar la guía completa para el protocolo, seguidamente con estos datos cualitativos obtenidos anteriormente, se montará la guía inicial que se validará en el centro de simulación clínica. Consecuentemente, se contará con la ayuda de los estudiantes de la carrera de Farmacia, para la validación del protocolo formulado. Posteriormente, se llega a la etapa de la obtención de datos numéricos, y finalmente un último nivel, que corresponde al de análisis total de datos, interpretación de resultados y correcciones.

Como se puede demostrar en lo anterior descrito, todo el proceso investigativo va entrelazado entre sí, una etapa va guiando hacia la otra; no obstante, se puede mencionar que hay obtención de resultados desde la primera vez, pero no se examinan a detalle si no es hasta el final, como un todo, esto con la finalidad de integrar toda la información completa. Al mencionar lo anterior, se evidencia que todo va guiado y desarrollado en distintos tiempos, con el objetivo de que en cualquier etapa se puede requerir información extra.

**Tabla de investigación con enfoque cualitativo**

<b>Objetivo</b>	<b>Categoría de análisis</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Instrumento</b>
Identificar los criterios técnicos utilizados por los farmacéuticos en el abordaje de la farmacoterapia de pacientes depresivos para el desarrollo de los casos clínicos en el Centro de Simulación de la Universidad	Criterios técnicos.	Criterio: condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación o proceso para ser considerada de calidad. (Mira y Gòmez. s.f.).	Entrevista a profesionales en Farmacia de Comunidad, y revisión bibliográfica.

Internacional de Las Américas.			
Desarrollar una guía con posibles escenarios de simulación clínica, en relación con la farmacoterapia de los pacientes depresivos, para su ejecución por parte de los estudiantes de Farmacia de la Universidad Internacional de Las Américas.	Guía de escenarios de simulación clínica.	Simulación clínica: “Técnica para reemplazar o amplificar una experiencia real que está a menudo inmersa en lo natural, y cuya práctica simulada evoca o replica, sustancialmente, aspectos de ese mundo real, en una forma interactiva total.” (Gaba, 2004, citado por Altamirano, 2019).	Revisión bibliográfica y entrevistas a profesionales farmacéuticos y expertos en Simulación Clínica.

**Tabla de investigación con enfoque cuantitativo**

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Instrumento</b>
Validar el diseño del protocolo propuesto en el Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de Las Américas.	Validación de Protocolo-	Porcentaje de satisfacción en el uso del protocolo por parte de los estudiantes.	Protocolo: secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica. (Real Academia Española, 2018).	Encuesta de satisfacción a estudiantes involucrados.

<p>Evaluar el desarrollo de habilidades cognitivas y metacognitivas de los estudiantes de la carrera de Farmacia en el progreso del escenario de simulación, utilizando el protocolo propuesto para el abordaje de pacientes con sintomatología depresiva o con terapia farmacológica depresiva.</p>	<p>Habilidades cognitivas y metacognitivas.</p>	<p>Porcentaje de habilidades demostradas por los estudiantes en el escenario clínico.</p>	<p>Habilidades cognitivas: son un conjunto de operaciones mentales, cuyo objetivo es que el alumno integre la información adquirida a través de los sentidos, en una estructura de conocimiento que tenga sentido para él. (Bracabien, Brito, Leue, y Castillo, 2008).</p> <p>Habilidades metacognitivas: "Son las que implican aquellos aspectos de control y regulación de nuestra actividad cognitiva y el proceso de</p>	<p>Evaluación del escenario clínico al final del proceso. Se realiza una escala evaluativa en dependencia de cada habilidad, que permitan determinar el porcentaje obtenido de cada habilidad mostrada.</p>
--	---	---	--	---

			aprendizaje. Estas habilidades hacen referencia a procesos de planificación, monitorización y auto- evaluación. (Pennequin <i>et al.</i> , 2010, citados por García, Cueli, Rodríguez, Krawec y González, 2015).	
--	--	--	--	--

### **Instrumento**

Hernández *et al.* (2014) en su escrito mencionan la definición de un instrumento de investigación, como una técnica que es utilizada por los investigadores para la recolección o registro de datos informativos-investigativos, que se obtienen a lo largo del estudio. Para esta revisión investigativa en curso, se basa primeramente en la búsqueda exhaustiva de bibliografía, a través de tesis, artículos investigativos, revistas y estudios científicos, esto obtenido con la ayuda de diferentes bases de datos confiables para la investigación, así como el uso de entrevistas y encuestas de satisfacción.

La entrevista se elaborará con una guía de preguntas de manera digital, para brindar mayor facilidad, bajos costos, seguridad y confidencialidad. Inicialmente, para dicha guía de preguntas se le solicitará al profesional su consentimiento. Estas entrevistas serán utilizadas para verificar la información bibliográfica encontrada versus la realidad actual; así mismo, para conocer sobre los

procedimientos que actualmente están siendo aplicados para el abordaje de dichos pacientes en el país; con todo esto se pretende reunir toda la información posible para lograr formular el protocolo, así como los escenarios. Las entrevistas serán de tipo estructurada, permitiendo obtener información específica del entrevistado junto con una guía de preguntas concretas. (Sampieri, 2014).

<b>Entrevistas a profesionales Farmacéuticos con ejercicio en Farmacias de Comunidad</b>
<p><b>Entrevistado 1 (E1) -Doctora Adriana Brenes Chinchilla</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dueña y regente de su propia farmacia comunitaria en el área de Cachí, en Cartago, cuenta con experiencia desde el 2015. Es graduada de la Universidad Internacional de Las Américas (UIA). Ha estado como regente titular en farmacias de cadena, y en los últimos años en su propia farmacia en área rural.</li> </ul>
<p><b>Entrevistado 2 (E2) -Doctora Paola Monge Quirós</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dueña y regente de su propia farmacia en el área de San Ignacio de Acosta, la misma es graduada en el 2012 de la Universidad De Costa Rica (UCR), contando con más de ocho años de experiencias en su ejercicio en farmacias de comunidad.</li> </ul>
<p><b>Entrevistado 3 (E3) -Doctora Jeimy Rivera Vargas-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regente titular de fines de semana en farmacia de comunidad de la zona Cartago, graduada de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE) del año 2013, contando con siete años de experiencia en farmacias de comunidad tanto de cadena como independientes, en las zonas rural y metropolitana.</li> </ul>

Posteriormente, se validará dicho protocolo con diferentes escenarios en el centro de simulación clínica, los cuales están dirigidos a los estudiantes de la carrera de Farmacia, de la Universidad Internacional de Las Américas, del III cuatrimestre del 2020. Al finalizar las sesiones experimentales, se analizarán los resultados, a los estudiantes se les aplicará una encuesta que, según Sampieri (2014) se considera un método no experimental transversal, donde se utilizan generalmente cuestionarios pidiendo la opinión. Todo lo anterior, como ya se mencionó, con el fin

de validar el diseño del protocolo propuesto a través de la herramienta de simulación clínica después de aplicar los escenarios.

### **Población**

Según Suárez (2011), define población como: “conjunto de individuos al que se refiere nuestra pregunta de estudio o respecto al cual se pretende concluir algo”(p. 2); así mismo, Mejía (2017), citado por Hernández (2020) menciona que los individuos que forman la población deben ser limitados y pequeños, basados en la capacidad del lugar donde se realice el estudio, en este caso el Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de Las Américas, para garantizar un proceso individualizado.

Para la población de este estudio, estará conformada por estudiantes activos de la carrera de Farmacia, en la Universidad Internacional de Las Américas, 19 estudiantes fueron los seleccionados como muestra para la validación del protocolo, así como 3 doctoras profesionales en Farmacia.

### **Muestra**

Según Hernández *et al.* (2014), mencionan como concepto de “muestra” lo siguiente: “un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población”. (p.173). Así mismo, se definen tipos de técnicas de muestreo, como lo son la probabilística y no probabilística. El método probabilístico permite establecer la probabilidad en que cada elemento seleccionado de la población sea seleccionado al azar en la muestra; en cambio en el método no probabilístico, la selección de los sujetos depende de ciertas características y criterios específicos que el investigador considere pertinentes. Con lo anterior mencionado, se define para esta investigación el método probabilístico. (Otzen y Manterola, 2017).

Otzen *et al.* (2017) mencionan técnicas para el muestreo probabilístico, como lo son aleatorio simple, estratificado, sistemático y conglomerado; para dicha investigación se usará la técnica de conglomerado, ya que primero se eligieron los cursos de donde se selecciona a los estudiantes, y a partir de ahí se escogerá un subgrupo de estudiantes para los escenarios clínicos, estos elegidos de manera voluntaria y aleatoria.

### **Proceso de Recolección de Datos**

Para la recolección de datos, primeramente, se utilizará la opinión de expertos de diferentes áreas profesionales de la Salud, entre ellos farmacéuticos enfocados en el ejercicio de Farmacia de comunidad y psicólogos; ellos fueron seleccionados con base en el conocimiento y experiencia con pacientes depresivos, su tratamiento y su abordaje, así como la búsqueda de bibliografía destacada. En un segundo nivel, con la información cualitativa recolectada anteriormente descrita, se elaborará e implementará la guía de los posibles escenarios clínicos para validar el protocolo en el Centro de Simulación Clínica.

Seguidamente, se recolectan datos de manera cuantitativa, la cual se realiza a través de la muestra y la población descrita, inicialmente, para la validación del protocolo formulado en los escenarios clínicos establecidos durante el período experimental, y después para la obtención de datos numéricos, a través de los instrumentos de investigación antes mencionados. Posteriormente, se recopilarán los datos estadísticos-evaluativos correspondientes al aumento, o al desarrollo de nuevas habilidades cognitivas y metacognitivas en el estudiante, a través del escenario clínico. Finalmente, se realiza una última fase de investigación, la cual corresponde al análisis total de datos obtenidos, interpretación de resultados y correcciones.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En este capítulo se desarrollará el análisis de los resultados obtenidos a través de la etapa investigativa. El análisis que aquí se plantea es basado en cada uno de los objetivos estipulados inicialmente para dicha investigación, partiendo primeramente de las entrevistas a profesionales farmacéuticos en ejercicio en la parte comunitaria, para obtener los criterios para el abordaje de pacientes con farmacoterapia depresiva o sintomatología depresiva; seguidamente el desarrollo de propuesta del protocolo y escenarios clínicos; con dichos escenarios se realiza la validación de la propuesta del protocolo formulado; dicho proceso se realizó a lo largo de dos semanas en el Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de Las Américas; así mismo, en este ambiente simulado se evalúa el desarrollo de habilidades cognitivas y metacognitivas de los estudiantes para la puesta en práctica del protocolo en su ejercicio profesional. Primeramente, se desarrollarán los resultados obtenidos ordenados por cada objetivo específico planteado.

### **Resultados para objetivo I**

#### **Identificar los criterios técnicos utilizados por los farmacéuticos en el abordaje de la farmacoterapia de pacientes depresivos para el desarrollo de los casos clínicos en el Centro de Simulación de la Universidad Internacional de Las Américas**

Para esta primera categoría, se realizó una validación del documento de entrevista (véase el anexo 1) por parte de dos profesionales en Farmacia de la Universidad Internacional de Las Américas; los mismos brindaron sus comentarios en la revisión de este, lo cual aportó mayor veracidad y facilidad para el momento de aplicación.

Se realizó la entrevista a tres doctoras farmacéuticas de comunidad, quienes, desde el momento de su ejercicio profesional, han estado enfocadas en farmacias de comunidad. Se realiza una entrevista de carácter abierto, ya que no es una escala de medición para dicha investigación, sino más bien un instrumento que permita obtener información extensa y detallada, con el fin de obtener información veraz de la voz de expertas en el área comunitario.

### Pregunta No. 1

**¿Ha tenido usted alguna vez alguna experiencia con algún paciente con síntomas depresivos? ¿Cuál fue el manejo de su parte como farmacéutico hacia esa persona?**

En esta primera pregunta, las tres doctoras coinciden en que sí han tenido personas con sintomatología depresiva, indicando que es un diario vivir, por lo cual se les consultó si se podía dar un estimado de la cantidad de pacientes que se atienden en su farmacia, ya fuera por semana, o mensual. Los resultados están a continuación:

**Tabla 9.**

**Resultados de cantidad de pacientes con sintomatología depresiva que se atiende en el centro**

<b><u>Centro de Salud</u></b>	<b><u>Semanal</u></b>	<b><u>Mensual</u></b>
<b>Farmacia de Cachí</b>		4-5 pacientes al mes
<b>Farmacia San Ignacio de Acosta</b>	2 pacientes por semana	
<b>Farmacia en Occidente de Cartago</b>	3-4 pacientes por semana	

**Nota: Elaboración propia (2020).**

A partir de los anteriores resultados, se les consulta a las farmacéuticas cuáles son los síntomas más comunes que las llevan a sospechar de un caso depresivo. Entre los mencionados se encuentran los siguientes:

Tabla 10.

**Sintomatología considerada por las farmacéuticas para sospecha de paciente depresivo, en las farmacias de comunidad consultadas**

<b>Sintomatología</b>	
1.	Persona constantemente llama o llega a la farmacia a contar sus problemas personales.
2.	Ánimo decaído.
3.	Llanto.
4.	Insomnio o somnolencia.
5.	Baja autoestima.
6.	Dolores musculares.
7.	Ideas suicidas.

**Nota: Elaboración propia (2020).**

En cuanto a la pregunta, donde se indica que cuál es el manejo como farmacéutico de comunidad hacia las personas que se les tiene sospecha de depresión, los comentarios fueron los siguientes:

**E1:** *“Bueno, en mi caso, yo tengo un patrón a seguir; normalmente tengo identificados uno a dos personas que son recurrentes que uno llega a decir, esta persona es una persona sola, depresiva, entonces en cuanto la veo ingresar a la farmacia, siempre trato de ser yo quien la atiende, y me gusta que ella se sienta escuchada, trato de darle un espacio privado y le doy consejo farmacéutico e indago más acerca de la situación, porque también debo saber que realmente es depresión y no un bajonazo de ánimo por un evento reciente, o una situación estresante, porque*

*sabemos que la depresión tiene cierta cronicidad y es de ahí donde se parte para poder sugerir que visite un médico para un eventual diagnóstico”.*

**E2:** *“En mi caso yo veo mucha incidencia depresiva hoy en día, más por esto de la pandemia; entonces desde hace un tiempo yo trato de conversar más con mis pacientes para conocer sus historias clínicas, a veces hay pacientes que de entrada cuentan todo con lujo de detalles y es ahí donde puedo ir guiándome para saber si podría ser una depresión, pero hay otros pacientes que son callados y hay que intentar conocer más con preguntas claras como: ¿Hace cuánto se siente así? ¿Que la ha llevado a estar así? ¿Ha estado tomando algún medicamento?, etc. Yo siento que a la farmacia vienen de primero a buscar solución; entonces yo trato de hacer un buen trabajo y escucharlos y intentar resolver, claro, debemos saber que un diagnóstico lo hace un médico o un psicólogo o en su defecto psiquiatra. Quiero mencionar, que es importante que una persona depresiva no viene a la farmacia a consultar por la depresión, viene por otra sintomatología, pero depende de mí como profesional saber abordar bien la situación, y no solo venderle algo, por ejemplo, para subir el ánimo, porque debo saber un poco más para ver qué sucede”.*

**E3** *“En farmacias de comunidad y en cualquier otro ejercicio profesional del farmacéutico siempre se va a encontrar personas con síntomas que uno puede sospechar depresión, yo soy una persona que tomo la depresión con mucha seriedad, porque la depresión mata, yo le puedo contar que yo he estado en varias farmacias, de pueblitos, área metropolitana, cadenas, independientes, y siempre uno topa con todo tipo de pacientes, pero le puedo decir que antes ( unos 4 años atrás), yo veía mucha persona comprando tratamiento depresivo o con síntomas depresivos más que todo en el área metropolitana, yo lo que asumía es que en la ciudad hay más trajín en el diario vivir, pero últimamente veo que hay una igualdad, en la zona rural se ha disparado las personas que vienen a la farmacia y expresan sus problemas e incluso se ponen a llorar, o te enseñan cicatrices en las manos de intentos de suicidio, es muy complicado, pero yo lo que hago es, darle toda la atención al paciente ( como cualquier otro), escucharlos, indagar, conocer historia clínica, darles información de contacto mío o de la farmacia, hacer una atención farmacéutica más a detalle y en algunos casos le he recomendado ir a algún especialista en el tema, pero muchas veces me quedo pensando si habrá ido o no, si seguirá mejor o no”.*

**Pregunta No. 2****Coméntenos acerca de alguna situación y/o experiencia sobresaliente que haya tenido en farmacia de comunidad con algún paciente depresivo**

Con esta pregunta se pretendía ver a detalle qué situación o historias sobresalientes han tenido en su ejercicio profesional. Los resultados están a continuación.

**E1:** *“[...] yo he tenido de todo, por ejemplo recuerdo un señor de unos 50 años que vino a consultarme por glucómetro, entonces yo se la enseñé y le expliqué el uso y demás detalles, y además comencé hacerle preguntas si era para él, si era diabético, o por qué la estaba comprando, en ese momento el señor me dice que sí, que es para él, que debe ponerse en control, que el médico le había dicho que era prediabético, entonces sacó el celular y me enseñó unos exámenes donde se veía la glucosa glicosilada en 5.9, por lo cual yo procedí a hablarle sobre la importancia de realizar ese control, y seguir las indicaciones que el médico le había dado, después de estar conversando, el señor me dice que él preferiría morirse, lo cual me enciende una alarma, entonces sigo indagando, y el señor me dice que él es un saco de enfermedades, que no tiene familia, que la esposa lo dejó hace unos meses, además me dice que no duerme bien (razón por la cual todos los días compra nervotiamin para dormir), que ha bajado mucho de peso, que él no entiende por qué podría ser diabético si él no come nada durante el día, y menos que había perdido el trabajo. Y así he tenido muchos, pero ese señor sí lo recuerdo muy bien, también he tenido pacientes, que vienen a comprar medicamento antidepresivo, pero no lo saben tomar, o no sabe para qué es. Muchos, podría contarle de muchas historias”.*

**E2:** *“Un día vino una muchacha joven, quizás unos 22 años, a solicitarme algo para el dolor de cabeza, y yo le realicé preguntas acerca de la dolencia, y ella me dice, que ya tiene meses con ese dolor, pero que ha intentado todo y nada, y me dice: ‘Yo la verdad lo que quisiera es morirme porque ya no soporto más’... Entonces yo comienzo a conversar con ella, y ella me dice que si podría pasar al cuarto (señala el cuarto donde inyectamos); entonces le digo que sí, y me dice que ella le gustaría que yo le ayude a morirse, y me dice que vea las manos, tenía cicatrices como de cortes en las venas, entonces yo le hago cuestionamientos para saber qué sucede, y me dice que ella siempre ha tomado antidepresivos, pero cuando se siente bien, los deja porque le dan*

*muchas náuseas, y que por eso no quiere ir al médico de nuevo porque le va a mandar eso y no le gusta sentirse mal. La verdad fue una de mis primeras situaciones como esas, y quedé muy impactada con los cortes en las muñecas; entonces intenté tranquilizarla, ayudarle para los dolores de cabeza, y le solicité algún lugar de contacto con ella, porque mi idea era ponerla en contacto con algún psicólogo o médico, pero no me lo quiso dar, y no la volví a ver”.*

**E3:** *“A mí este tema de depresión me encanta, y podría contar muchas experiencias, y hay de todo, desde el que uno dice: esta persona está mal, hasta el que le despacha uno medicamentos depresivos que traen la receta y ya tienen diagnóstico, hasta el que toma “X” medicamento porque la vecina o el familiar le recomendó. Yo sí siempre he pensado que son cada día más las personas con esas terapias, y uno como farmacéutico tiene el deber de saber explicarle bien todo sobre ese medicamento para que se adhieran y vea efectos positivos”.*

### **Pregunta No. 3**

**¿Cuáles son las terapias farmacológicas antidepresivas más vendidas en su farmacia?**

En la siguiente tabla se muestran los 5 fármacos que fueron coincidencia en las respuestas de las tres farmacéuticas entrevistadas.

**Tabla 11.**

**Medicamentos antidepresivos más vendidos en las tres farmacias consultadas**

<b>Medicamentos Antidepresivos</b>	
<b>1.</b>	Fluoxetina
<b>2.</b>	Amitriptilina
<b>3.</b>	Sertralina
<b>4.</b>	Venlafaxina
<b>5.</b>	Ecitalopram

**Nota: Elaboración propia (2020).**

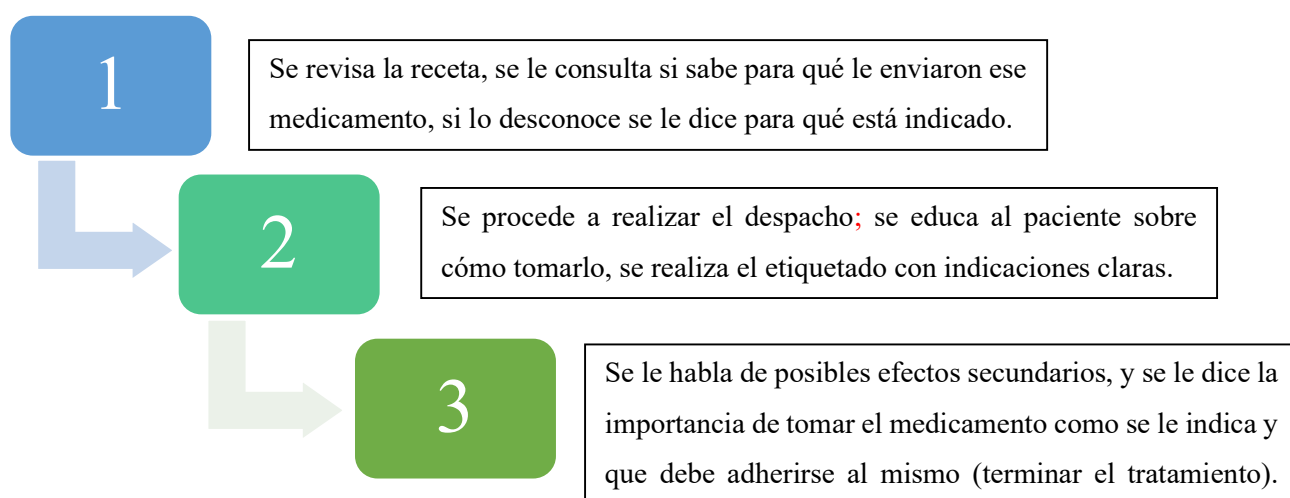
La tabla anterior describe los 5 medicamentos más vendidos o solicitados por los pacientes; ellas mencionan que muchas veces solicitan la fluoxetina sin receta médica, por recomendaciones de personas cercanas a quienes le ha ido muy bien con el medicamento.

**Pregunta No. 4**

**Basado en su experiencia como farmacéutico de comunidad, ¿cuáles son los pasos que usted normalmente sigue cuando un paciente llega a adquirir su tratamiento antidepresivo?**

En el siguiente diagrama se muestra las respuestas de las tres doctoras entrevistadas; se realizó una unión de los criterios, en los cuales se denotaban coincidencias en el procedimiento:

**Figura 8. Pasos que siguen las doctoras entrevistadas para despacho de medicamento antidepresivo en farmacia de comunidad.**



**Nota: Elaboración propia (2020).**

### Pregunta No. 5

**¿Cuál es la relación actual que usted como farmacéutico comunitario tiene con el paciente que llega a comprar su tratamiento farmacológico antidepresivo? ¿Es solo despacho? ¿O realiza alguna intervención de seguimiento farmacoterapéutico?**

**Figura 9. Relación del farmacéutico de comunidad con el paciente con terapia antidepresiva.**

E1	E2	E3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una relación cordial y trato la depresión como trataría cualquier otra patología.</li> <li>• Normalmente no realizo solo despacho, como en cualquier consulta farmacéutica trato de conversar e intervenir para conocer mas detalles.</li> <li>• Seguimiento sí honestamente muy poco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi relación es farmacéutico-paciente, si ya tiene diagnóstico depresivo, me limito a la parte profesional del farmacéutico, a despacho.</li> <li>• Normalmente si trae receta, sí solo despacho. Sí no la trae, yo sí hago mayor intervención.</li> <li>• Intervención como tal no, pero si les indico la importancia de completar el tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una buena relación, yo trato de aclarar todas mis dudas ( si las tengo) y las que tenga el paciente.</li> <li>• No, No solo despacho, normalmente voy más alla de solo leer la receta y despachar. Me interesa la salud del paciente.</li> <li>• Si es un paciente que sé que es del pueblo sí le doy seguimiento, pero si es un paciente nuevo, es muy difícil, porque no sé si va a volver.</li> </ul>

**Nota: Elaboración propia (2020).**

La figura anterior demuestra las respuestas de cada una de las doctoras entrevistadas; las mismas dan sus respuestas basadas en su ejercicio y experiencia profesional. Como se puede ver, los tres comentarios son muy distintos en la forma de abordar al paciente que se encuentra con terapia farmacológica antidepresiva, o que la va a adquirir por primera vez.

**Pregunta No. 6**

**¿Qué pautas cree usted como farmacéutico de comunidad podría intervenir para favorecer la adherencia al tratamiento?**

**E1**

*“Considero que mejorar la relación médico-farmacéutico, además de reconocer al psicólogo como un colega profesional en Salud”.*

**E2**

*“Podría ser tal vez educar más a los pacientes acerca de la depresión, también que a nosotros se nos dé más información sobre la enfermedad como tal, dejarle claro a los pacientes la importancia de completar un tratamiento, explicarle desde riesgos hasta beneficios”.*

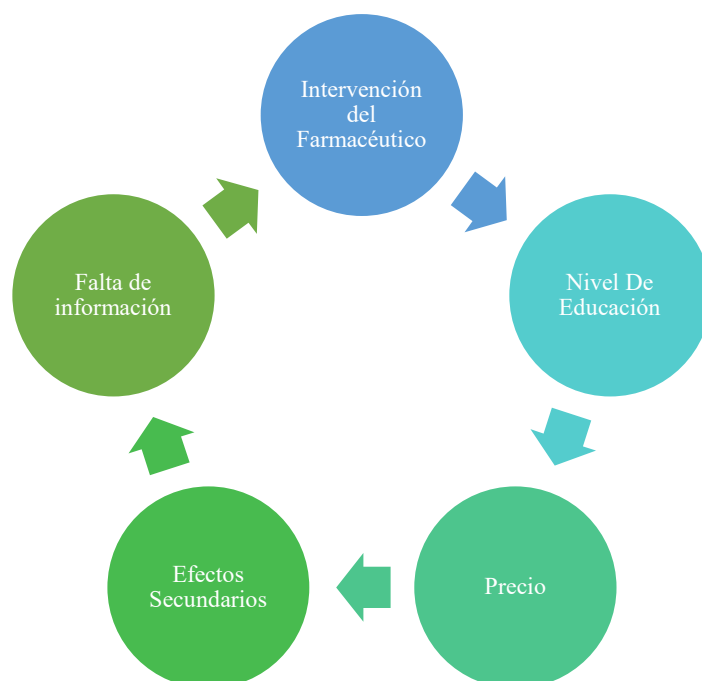
**E3**

*“Se podría tener algún documento informativo impreso en las farmacias con detalles sobre la depresión, que sea realizado por un equipo multidisciplinario (incluido un psiquiatra o psicólogo); entonces cuando una persona venga a comprar el tratamiento, aparte de darle todos los lineamientos del medicamento por parte de nosotros los farmacéuticos, y además darles la información para que la lean en sus casas y caigan en razón de la importancia de adherirse”.*

**Pregunta No. 7**

**¿Cuáles son los principales factores que usted cree influyen en la falta de adherencia a tratamientos antidepresivos?**

**Figura 10. Factores que influyen en la falta de adherencia a tratamientos antidepresivos**



**Nota: Elaboración propia (2020).**

En la anterior figura, se muestra los cuatro factores con mayor relevancia que las doctoras farmacéuticas indicaron en la entrevista. Cada una de ellas mencionó la falta de información del medicamento como la principal; si bien es cierto que las respuestas fueron por separado en distintos tiempos y lugares, las coincidencias de las tres personas en dichos factores fueron bastante marcadas.

**Pregunta No. 8**

**¿Considera usted importante o necesario crear un protocolo para el abordaje de pacientes con sintomatología depresiva, o pacientes ya con un diagnóstico depresivo y terapia farmacológica depresiva?**

**E1**

*“Claro, por supuesto que sí, ya que yo como profesional en Farmacia conozco de patologías y soy especialista en medicamentos, pero la depresión no es algo que esté catalogado con la importancia que considero hoy en día debería dársele, por ejemplo, yo se hay protocolos para diabetes, hipertensión, dislipidemias, entre otros, y uno como farmacéutico tiene esas herramientas de consulta para el manejo de pacientes que vienen con ese diagnóstico, pero de depresión, es más lo que uno conversa con el paciente que las acciones que uno podría tomar si existiera un protocolo o guía a seguir”.*

**E2**

*“ Pienso que es una pregunta que se contesta sola, porque la respuesta es sí y sí, ya que al no existir uno muchas veces se dedica solo a dispensar o despachar medicamentos y no se le toma la importancia verdadera a la depresión, y aquí a la farmacia vienen personas que no han sido diagnosticadas pero uno ve que son altamente potenciales a presentar depresión y muchas veces uno no sabe cómo ayudarlos, y con un protocolo, uno podría saber más correctamente cómo manejar esas situaciones”.*

**E3**

*“No solo pienso que el protocolo deba existir sino también fortalecer la relación de un equipo multidisciplinario de personal en salud, en este caso, médico, farmacéutico y psicólogo-psiquiatra. Con la ayuda de una guía más establecer esa relación, creo que es más certero abordar al paciente y más rápido, para evitar algún tipo de tragedia o que empeore la situación”.*

Los resultados de este primer objetivo concluyen satisfactoriamente en la identificación de los criterios para la creación de los escenarios. Los resultados de cada una de las entrevistas están plasmados en las figuras antes descritas, los cuales se resumen a continuación:

- Testimonios de las profesionales sobre acontecimientos de pacientes depresivos (en esta sección se tomaron como criterio los tres más relevantes, un paciente con sintomatología depresiva sin tener aún un diagnóstico, un paciente con diagnóstico depresivo con falta de adherencia a su tratamiento, y un paciente con un reciente diagnóstico depresivo).
- El abordaje que actualmente ellas siguen a cada uno de estos pacientes.
- Factores que influyen en la adherencia.
- La relación médico-farmacéutico-paciente.

## **Resultados para objetivo II**

### **Desarrollar guía con posibles escenarios de simulación clínica, en relación con la farmacoterapia de los pacientes depresivos, para su ejecución por parte de los estudiantes de Farmacia de la Universidad Internacional de Las Américas**

Esta segunda unidad de resultados corresponde al segundo objetivo específico, en el cual se confeccionaron las guías de los diferentes escenarios clínicos (véase el anexo 2) basados en las entrevistas anteriormente descritas, además de conversaciones con un docente de la Universidad Internacional de Las Américas, así como la búsqueda bibliográfica de la investigación.

En su totalidad, se confeccionaron tres diferentes escenarios clínicos, que fueron aplicados en el Centro de Simulación Clínica a 19 estudiantes. A continuación, se describen cada uno de estos escenarios, los cuales fueron implementados en dos sesiones en dos semanas diferentes; con los mismos fue puesta en práctica la propuesta del diseño de protocolo desarrollado.

## Descripción de Escenarios Clínicos en Simulación

**Tabla 12.**

**Resultados de los escenarios clínicos creados para la validación del protocolo propuesto**

<b>PACIENTE CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA</b>
<p><b>Narrativa General del Caso</b></p> <p>Paciente que ingresa al servicio de farmacia de comunidad, quien solicita ser atendido por el farmacéutico; el mismo describe que ya ha ido varias veces, pero que necesita esta vez una solución porque se encuentra muy mal; describe las situaciones que la inquietan; además, comenta que si se le puede vender algo para subir el ánimo, que varias personas le han recomendado un fármaco, que si es posible que se le venda ese mismo que le dicen o algún otro.</p> <p><b>Signos de Alarma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lloro con facilidad.</li> <li>• Aumento excesivo de peso.</li> <li>• Irritabilidad.</li> <li>• Baja autoestima.</li> <li>• Desesperación.</li> <li>• Desesperanza.</li> <li>• Dificultad para dormir.</li> <li>• Estrés.</li> <li>• Bajo rendimiento.</li> <li>• Sentimientos de culpa.</li> </ul>
<b>PACIENTE CON TERAPIA FARMACOLÓGICA PREVIA ANTIDEPRESIVA</b>
<p><b>Narrativa General de Caso</b></p> <p>Paciente que ingresa al servicio de farmacia comunitaria; la misma solicita medicamento para el dolor de cabeza; la misma indica que tiene mucho tiempo con esa dolencia; al indagar más al respecto, ella describe que ha tomado antidepresivos anteriormente, pero abandona la terapia farmacológica porque no veía mejoría; en el historial clínico su madre fue diagnosticada con depresión anteriormente; además, en un momento dado, entra en crisis depresiva en el lugar.</p>

**Signos de Alarma**

- AHF.
- APP.
- Falta de adherencia al tratamiento.
- Intentos de suicidio.
- Dolores fuertes de cabeza.
- Ansiedad.

**PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN POR PRIMERA VEZ****Narrativa General del Caso**

Paciente que ingresa al servicio de farmacia comunitaria con una receta que le fue otorgada en su visita al médico, llega a la farmacia con la intención de comprar dicho medicamento; se indaga y es la primera que consume dicho medicamento.

**Manejo correcto de la Situación**

- Importancia de la educación del paciente sobre el medicamento.
- Educación sobre el medicamento (indicaciones, efectos adversos, contraindicaciones).
- Despacho y etiquetado.
- Promoción de la adherencia.
- Ofrecimiento de seguimiento farmacológico.

**Nota: Elaboración propia (2020).**

La tabla describe, de manera general, los resultados de los escenarios creados para ser puestos en práctica para la validación del protocolo; sin embargo, los casos clínicos completos se presentan en el anexo 2. Estos escenarios clínicos fueron los resultados de las entrevistas realizadas; el diseño que se siguió fue el estipulado por el Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de Las Américas.

Las sesiones fueron realizadas de la siguiente manera:

**Tabla 13.**

**Resultados de la ejecución de escenarios clínicos**

<b>ESCENARIOS PROPIAMENTE DICHOS</b>
<p><b>Primera Parte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se envió con anticipación el protocolo propuesto para la lectura de cada uno de los estudiantes.</li> </ul> <p><b>Segunda parte, Guía del docente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza una descripción de los escenarios para definir la parte de utilería, el ambiente, los simuladores y/o parte actoral.</li> </ul> <p><b>Tercera Parte, día de simulación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prebriefing: 20 minutos.</li> <li>• Escenario: 10 minutos.</li> <li>• Debriefing: 10 minutos.</li> <li>• Toma de notas por parte del evaluador.</li> <li>• Evaluación del protocolo por parte del estudiante.</li> <li>• Evaluación de desarrollo cognitivo y metacognitivo por el evaluador, en la aplicación del protocolo para el abordaje de pacientes con sintomatología depresiva o con tratamiento depresivo.</li> </ul>

**Nota: Elaboración propia (2020).**

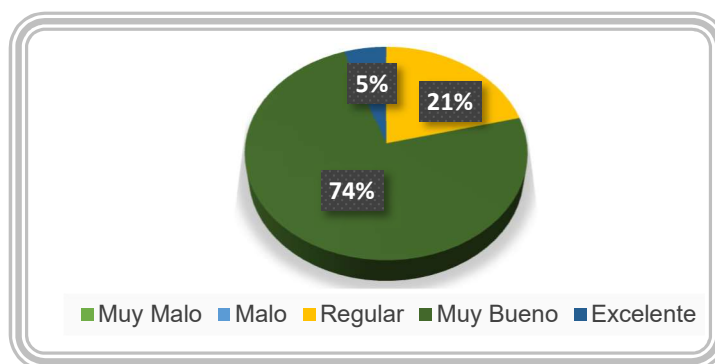
La tabla muestra los pasos que se siguieron para la puesta en prácticas de las sesiones simuladas para la validación del protocolo; las mismas contaron con estudiantes activos de la carrera de Farmacia, y un total de 19 estudiantes estuvieron involucrados.

### Resultados para objetivo III

#### Validar el diseño del protocolo propuesto en el Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de Las Américas para su uso en farmacias de comunidad por parte de los profesionales en Farmacia

Figura 11.

Resultados obtenidos para la pregunta de evaluación: ¿Cómo calificaría usted el protocolo?

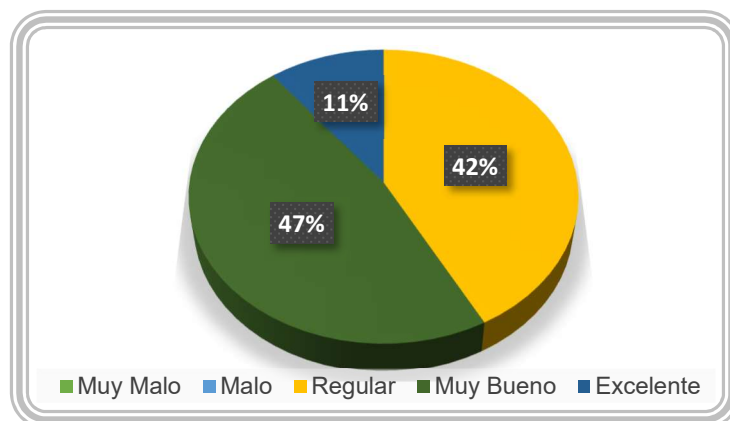


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Con esta primera pregunta evaluativa, lo que se pretendía era verificar la calificación global de la propuesta realizada del protocolo; en este primer gráfico se observan los resultados obtenidos, donde se refleja que el predominio de las tres respuestas con mayor porcentaje fueron las de carácter positivo (Muy Bueno-Regular-Excelente); dichos resultados fueron obtenidos entre 19 estudiantes, dando un 74% como muy bueno.

**Figura 12.**

**Resultados obtenidos para la pregunta de evaluación: ¿Cómo calificaría su experiencia completa utilizando el protocolo en su ejercicio profesional?**

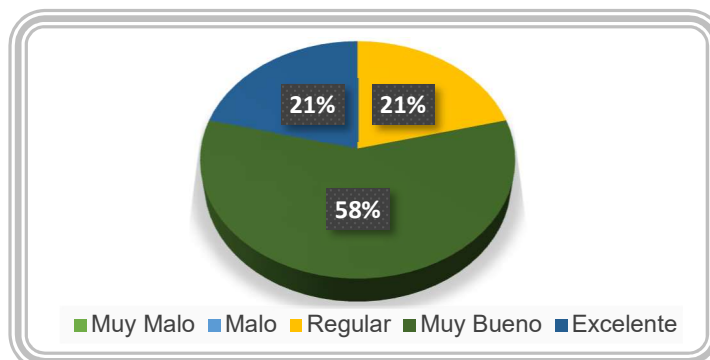


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Para este segundo criterio de evaluación, se tenía como finalidad conocer la calificación de los estudiantes del protocolo basada en el cómo se sentirían usando el protocolo propuesto siendo profesionales farmacéuticos, todo esto a través de la práctica en los escenarios de simulación. Con dicha evaluación se llega a ver si es un protocolo que brinde aporte a la sociedad farmacéutica y al paciente como tal, dando como resultados un 47% muy bueno, 42% regular y un 11% excelente.

**Figura 13**

**Resultados obtenidos para la pregunta de evaluación: ¿Cómo calificaría usted la intervención del farmacéutico utilizando dicho protocolo?**

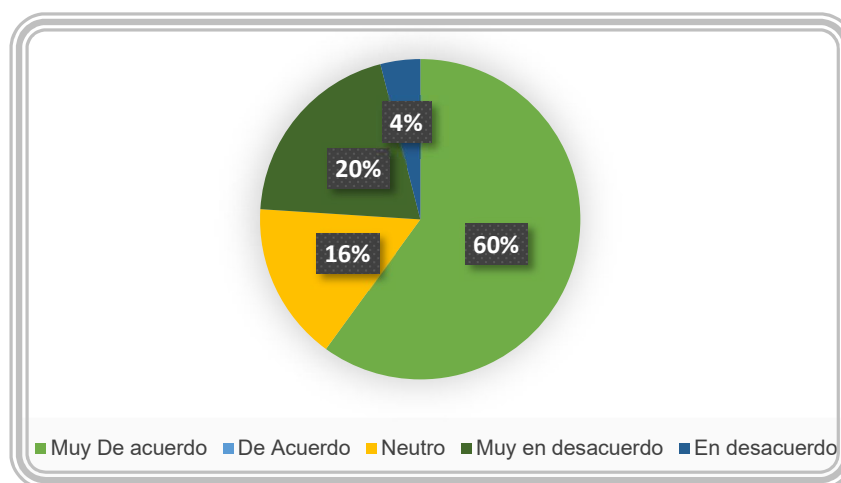


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Para este tercer gráfico, se demuestra una calificación del 58% para muy bueno, un 21% para regular y excelente, respectivamente. La finalidad de este cuestionamiento era conocer si el farmacéutico pudiese incrementar su rol en la farmacia de comunidad, al utilizarlo para intervenir en el abordaje de pacientes depresivos. Las tres respuestas más evidentes fueron las de carácter positivo, revelando que sería un instrumento que sí llegaría a darle a farmacéutico herramientas de intervención para dichos pacientes.

**Figura 14.**

**Resultados obtenidos para la pregunta de evaluación: ¿Considera el protocolo una herramienta necesaria para las farmacias de comunidad?**

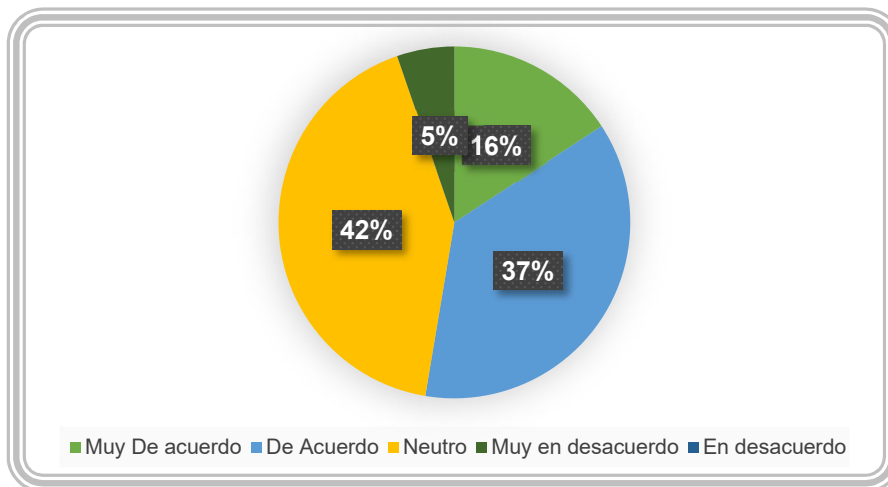


**Nota: Elaboración Propia (2020).**

En la figura 14 se obtiene un 60% en la categoría de muy de acuerdo, seguido de un 20% para muy en desacuerdo, 16% neutro y 4% en desacuerdo. Por esto, el 60% es un resultado sólido para indicar que el protocolo sí es una herramienta necesaria para las farmacias de comunidad.

**Figura 15.**

**Resultados obtenidos para la pregunta de evaluación ¿Considera que es un protocolo de fácil uso?**

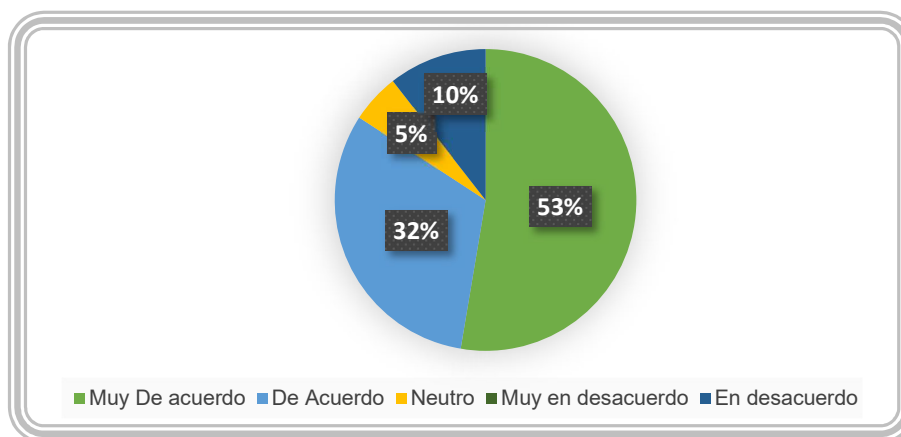


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Como resultados para la gráfica mostrada, en el criterio de si es un protocolo de fácil uso, se ve un 42% para una respuesta neutra, un 37% para de acuerdo, seguidos por la minoría del 5% y un 16% para muy de acuerdo y muy en desacuerdo.

**Figura 16.**

**Resultados obtenidos para la pregunta de evaluación: ¿Considera que habrá un mejor abordaje de pacientes depresivos si se aplica dicho protocolo en farmacias de comunidad?**

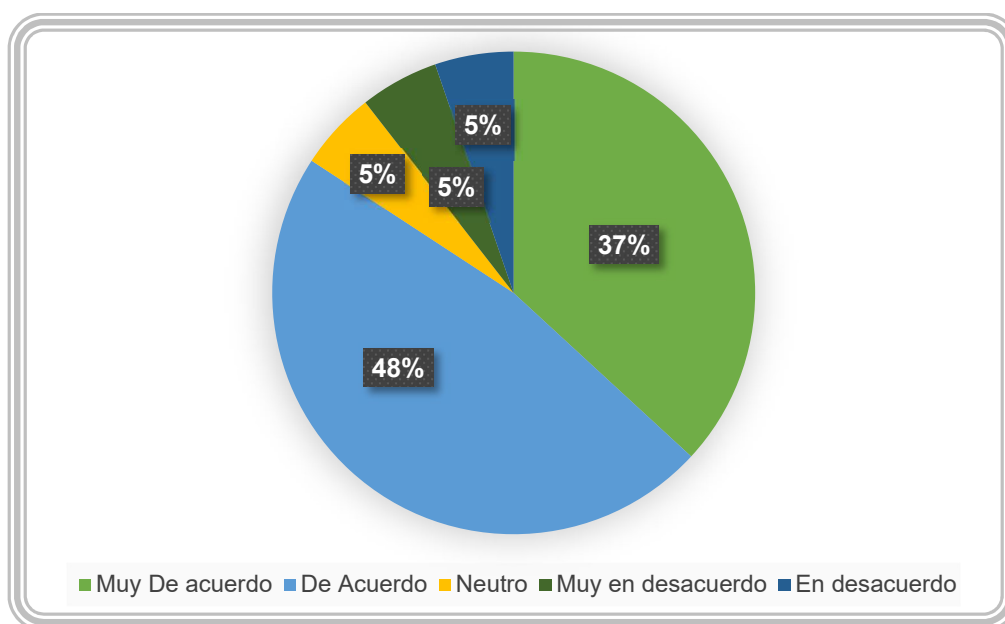


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Para dicho criterio de evaluación, donde lo que se pretende es valorar si existe posibilidades de mejora, para abordar a los pacientes depresivos o con terapia farmacológica antidepresiva, con el protocolo propuesto, se ven las siguientes cifras: un 32% para de acuerdo, el 53% para muy de acuerdo, lo que da un 85% de respuestas afirmativas, y una minoría del 5% en neutro y el 10% en desacuerdo.

**Figura 17.**

**Resultados obtenidos para la pregunta de evaluación: ¿Recomendaría usted el protocolo a otros colegas?**

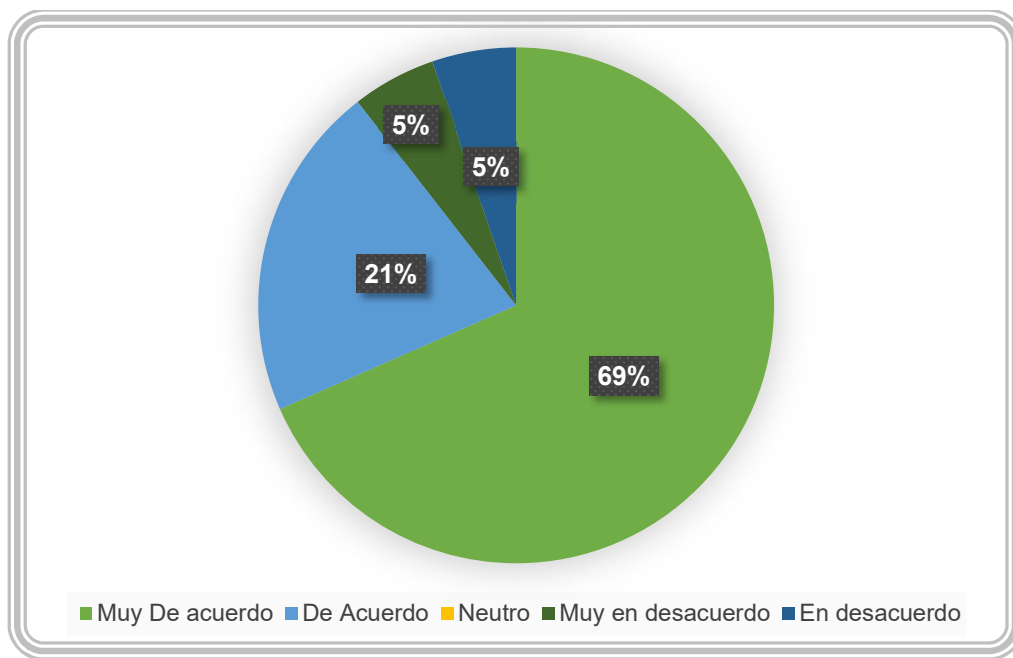


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Conocer si se recomendase o no el uso del protocolo es un criterio importante por evaluar, ya que depende muchas veces de dicha recomendación que los farmacéuticos de comunidad lleguen a saber que existe un protocolo como tal. En esta ocasión se obtuvo que un 48% de los estudiantes estuvo de acuerdo en recomendarlos, un 37% muy de acuerdo, y un 15% en los resultados de no recomendación, y el 5% para neutro, en desacuerdo y muy en desacuerdo, respectivamente.

**Figura 18.**

**Resultados obtenidos para la pregunta de evaluación: ¿Considera usted que al utilizar el protocolo mejoraría sus habilidades para el abordaje de dichos pacientes?**

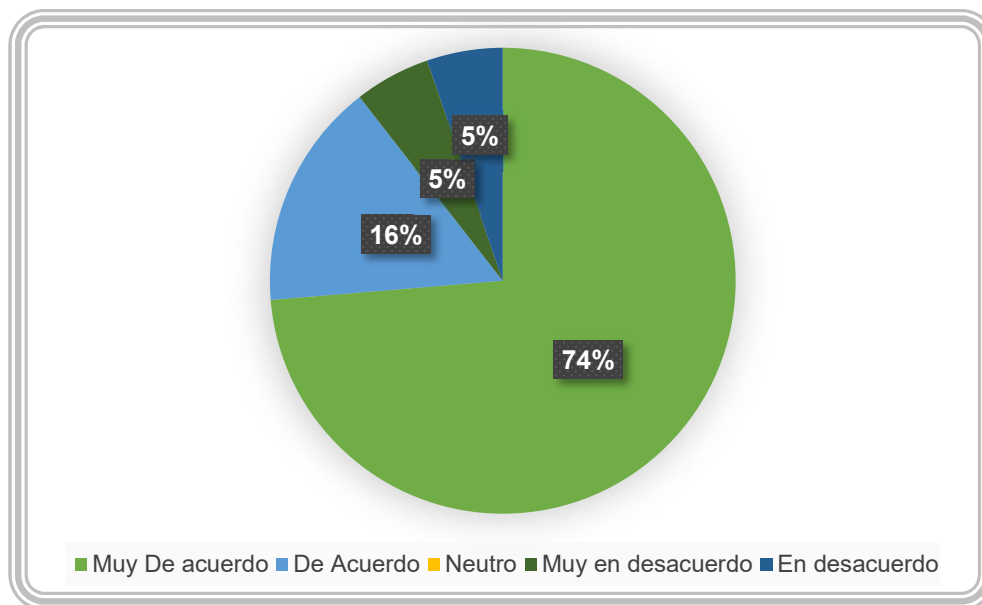


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Conocer si existe o no un incremento en las habilidades para abordar a los pacientes depresivos en farmacias de comunidad, es un juicio importante en conocer, pues el implementar un protocolo es para crear un impacto positivo en el paciente. Un 69% de los estudiantes indicaron contundentemente que están muy de acuerdo en que sí hay una mejora en habilidades, un 21% está de acuerdo, dando esto un 90% de respuestas afirmativas. El 10% restante estaría en desacuerdo y muy en desacuerdo con dicho criterio.

**Figura 19.**

**Resultados obtenidos para la pregunta de evaluación: ¿Considera usted que el protocolo le da un aporte positivo al rol como farmacéutico de comunidad?**

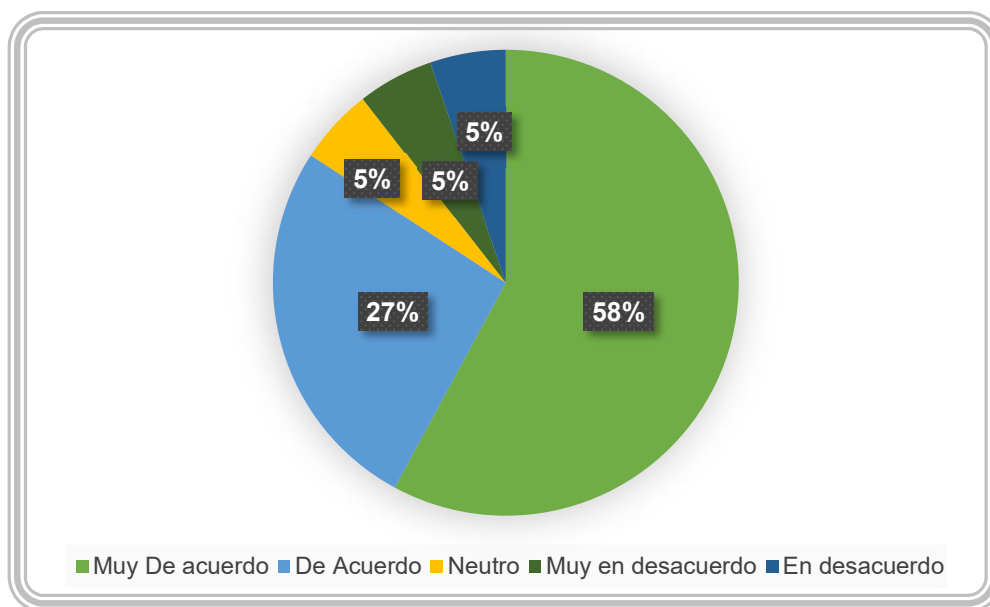


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Para esta sexta gráfica, el 90% considera que el protocolo brinda aspectos positivos al rol del farmacéutico de comunidad, y solo el 10% no estaría de acuerdo. Es importante que los porcentajes reflejados son claros, ya que no hay posiciones neutras, que podrían causar duda según el cuestionamiento realizado.

**Figura 20.**

**Resultados obtenidos para la pregunta de evaluación: ¿Considera altas las posibilidades para aplicar el protocolo en su diario vivir como farmacéutico?**



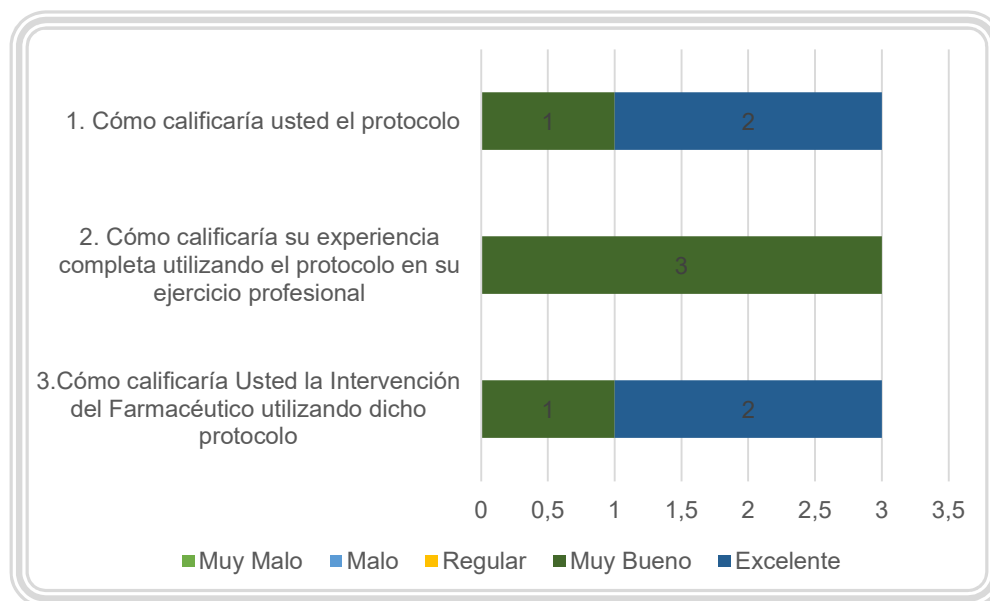
**Nota: Elaboración propia (2020).**

En este último criterio, se muestran todas las posiciones; empero, es decisivo el porcentaje de estudiantes que considera que sí lo aplicaría en su ejercicio profesional, estando el 58% muy de acuerdo, el 27% de acuerdo, lo cual sumado brinda que un 85% de los estudiantes considera altas las posibilidades de aplicación, y por otro lado, un 5% se encuentra en posición neutral, otro 5% en desacuerdo y un último 5% en completo desacuerdo.

## Resultados de la validación del protocolo por parte de tres doctoras profesionales en Farmacia

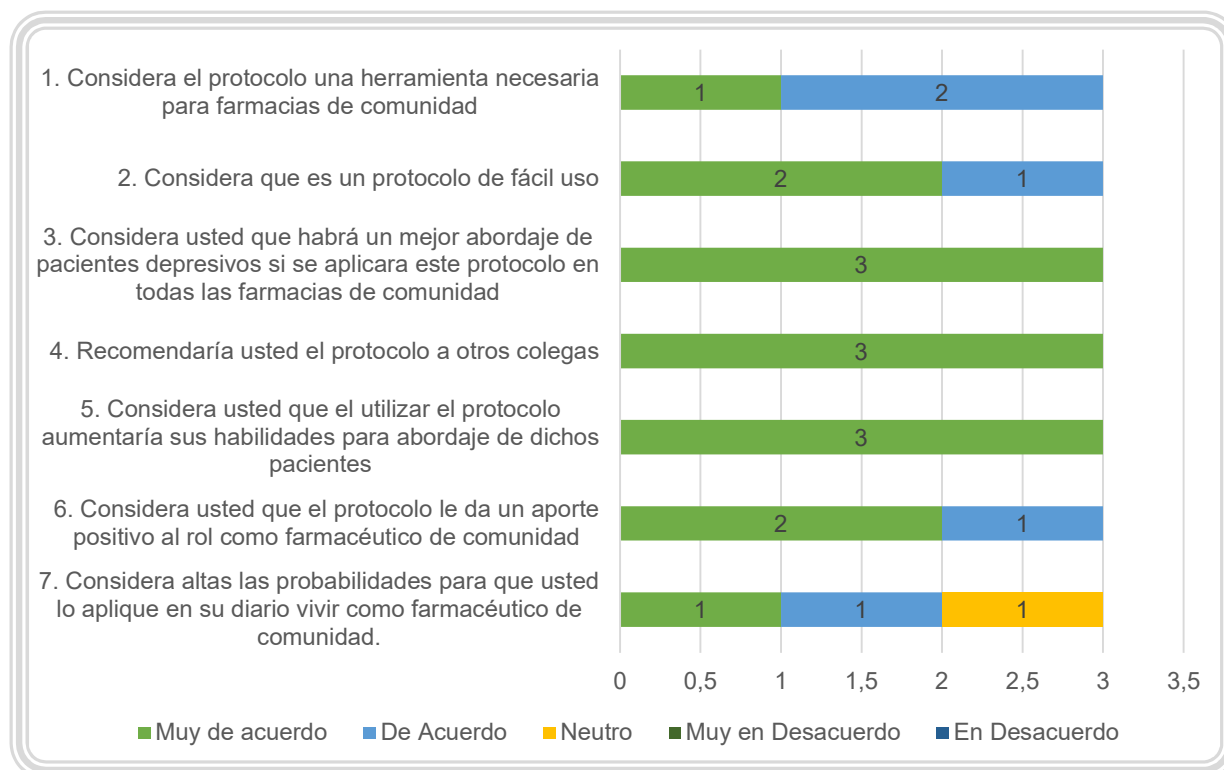
**Figura 21.**

### Resultados del criterio I de la escala de validación del protocolo



**Nota: Elaboración propia (2020).**

En la gráfica anterior se resumen las tres preguntas realizadas a las profesionales para la validación del protocolo. Las repuestas fueron positivas, denotando muy bueno y excelente como respuestas definitivas; así mismo, para la segunda pregunta, las tres personas coinciden en que la experiencia al utilizar el protocolo fue calificada como muy buena.

**Figura 22.****Resultados del criterio II de la escala de validación del protocolo**

**Nota: Elaboración propia (2020).**

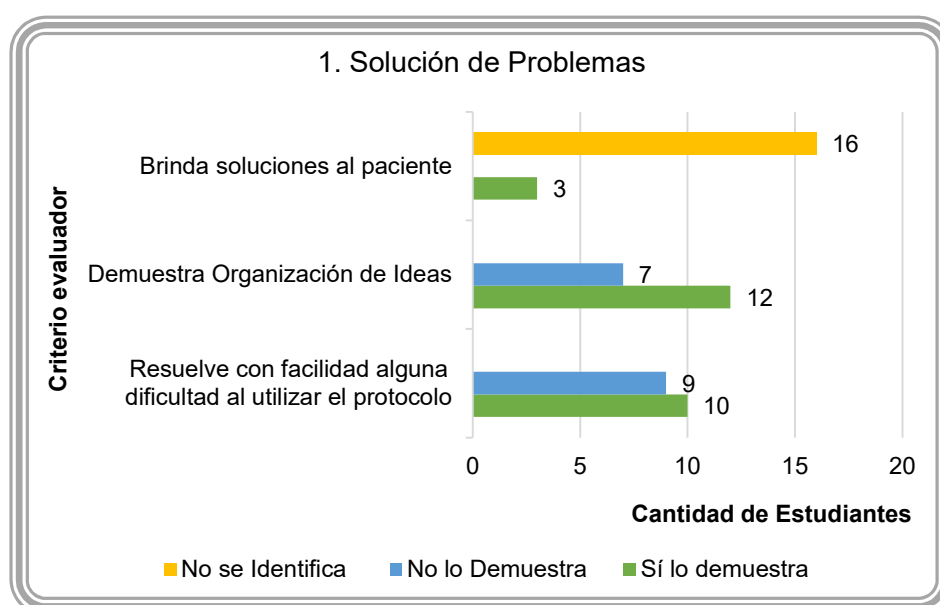
En la imagen anterior se muestra la gráfica de resultados para la validación del protocolo; la misma corresponde a la evaluación de las profesionales en Farmacia. Como se puede observar, las respuestas son bastante concluyentes, ya que para la mayoría están de acuerdo y muy de acuerdo, y en una se tiene una posición neutra; sin embargo, no genera un mayor impacto al resultado global.

## Resultados para objetivo IV

**Evaluar el desarrollo de habilidades cognitivas y metacognitivas de los estudiantes de la carrera de Farmacia en el progreso del escenario de simulación utilizando el protocolo propuesto para el abordaje de pacientes con sintomatología depresiva o con terapia farmacológica depresiva**

**Figura 23.**

### Resultados sobre los criterios cognitivos

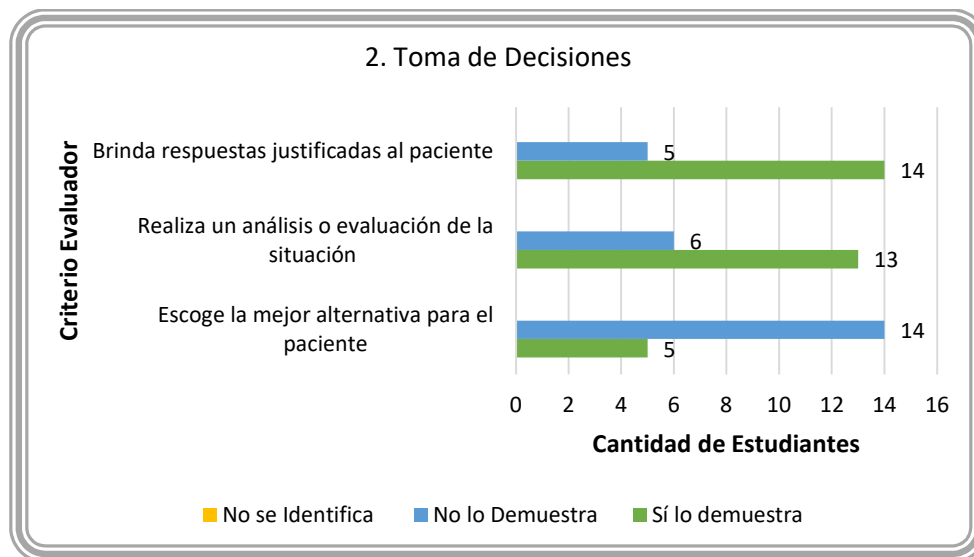


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Para la evaluación cognitiva de habilidades, se utilizó un instrumento que se detalla en el anexo 4. Para esta primera pauta evaluativa se toma el criterio de solución de problemas, donde se observa que a la mayoría de los estudiantes, al estar en el escenario de simulación, no se les identifican ideas para brindar soluciones; sin embargo, la manera del abordaje sí contaba con una organización de ideas claras para poder sobrellevar la sesión; la resolución de problemas al utilizar el protocolo parece no estar tan baja, pues 9 estudiantes de 19 sí lo demostraron, logrando resolver posibles dificultades que se les presentaron al utilizar el protocolo.

Figura 24.

## Resultados sobre segundo criterio cognitivo evaluado

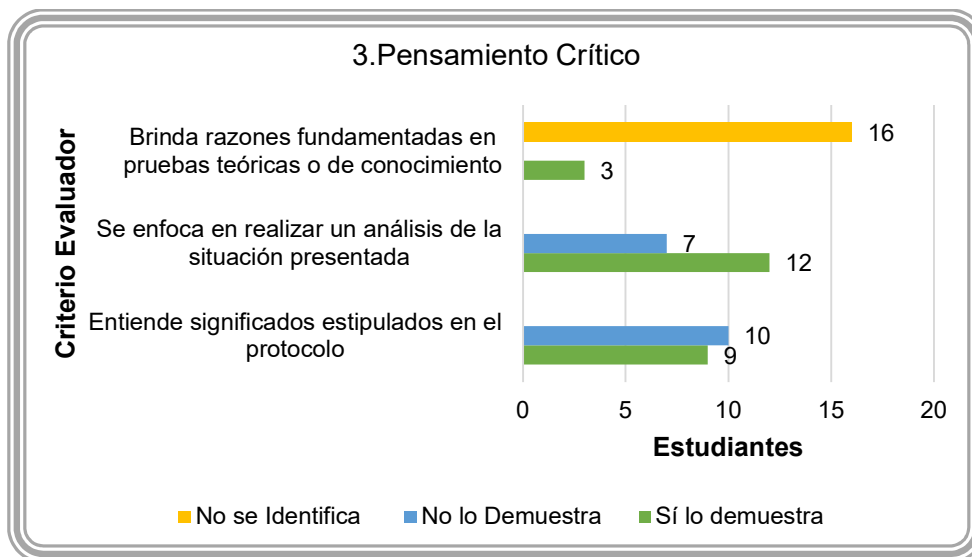


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Para la parte cognitiva, que relaciona la toma de decisiones, se muestra en la gráfica anterior que para la línea verde, definida como sí lo demuestra, más de 10 estudiantes le brindan respuestas justificadas al paciente, y realizan un análisis del contexto presentado por el paciente, no obstante, a la hora de escoger la mejor alternativa para el paciente, solamente 5 estudiantes sí lo demuestran.

Figura 25.

## Resultados sobre tercer criterio cognitivo evaluado

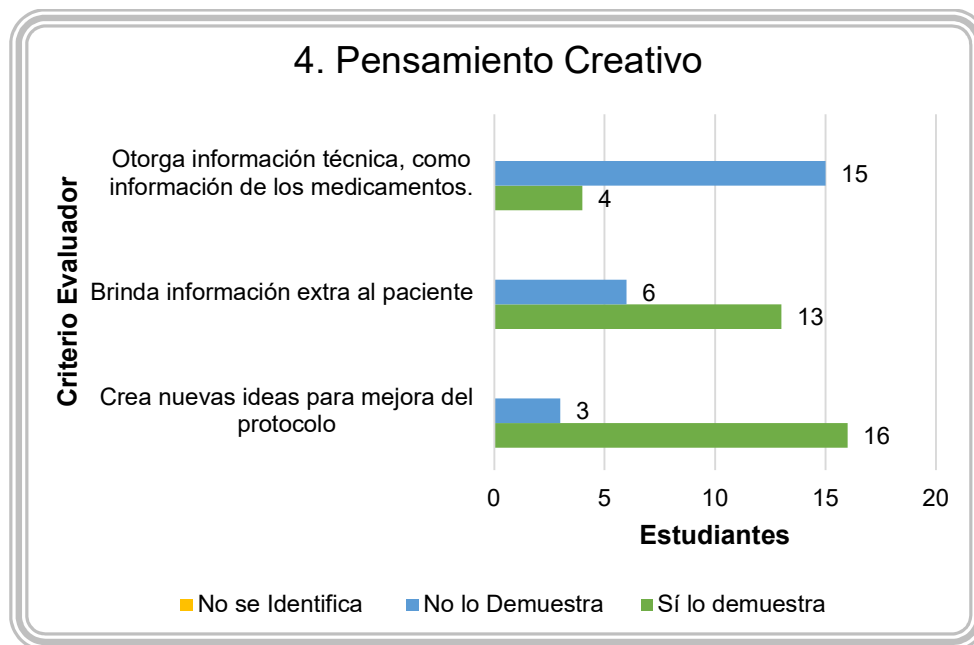


**Nota: Elaboración propia (2020)**

Para el pensamiento crítico, se evaluaron tres criterios, el primero relacionado con el brindar razones justificadas en el conocimiento adquirido, en el cual a la mayoría de los estudiantes no se les identifica este rubro, solamente 3 estudiantes sí lo demuestran. Para un análisis de la situación, 12 estudiantes sí lo demuestran y 7 tienen dificultades, por lo cual se clasifican en que no lo demuestran. Para el entendimiento de significados, 10 estudiantes tuvieron algunos problemas con los mismos, preguntando al final de las sesiones el significado o el contexto; sin embargo, 9 de ellos sí lo demuestran.

Figura 26.

## Resultados sobre cuarto criterio cognitivo evaluado

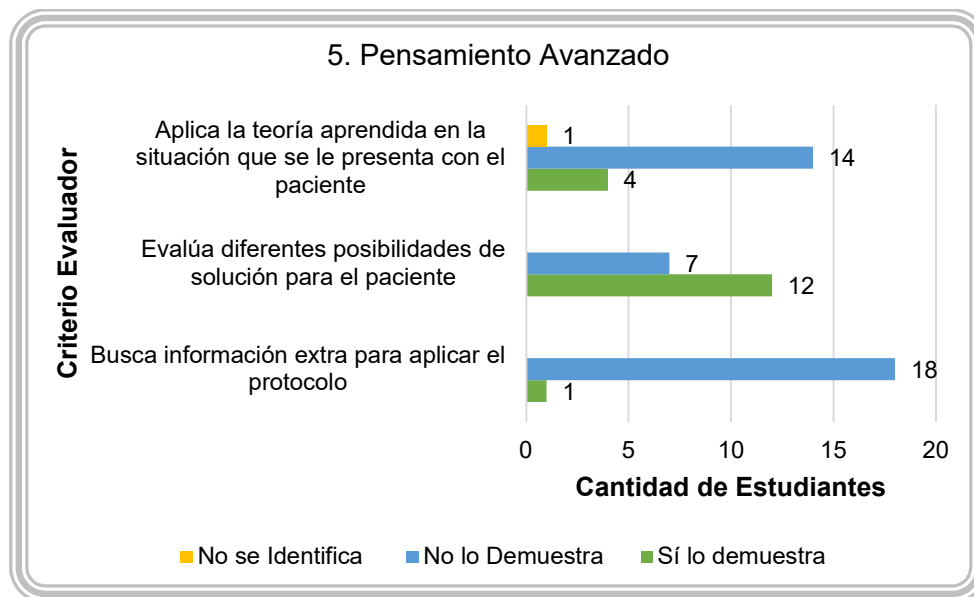


**Nota: Elaboración propia (2020).**

En la gráfica que corresponde al criterio 4 de la evaluación cognitiva, se muestra que 16 de los 19 estudiantes no muestran información de los medicamentos al paciente, pero, por el contrario, en su mayoría, 16 estudiantes sí crean nuevas ideas para mejora del protocolo, brindan nuevas opiniones innovadoras para mejora del protocolo, y 13 estudiantes le brindan al paciente información extra, aparte de la suministrada en el protocolo.

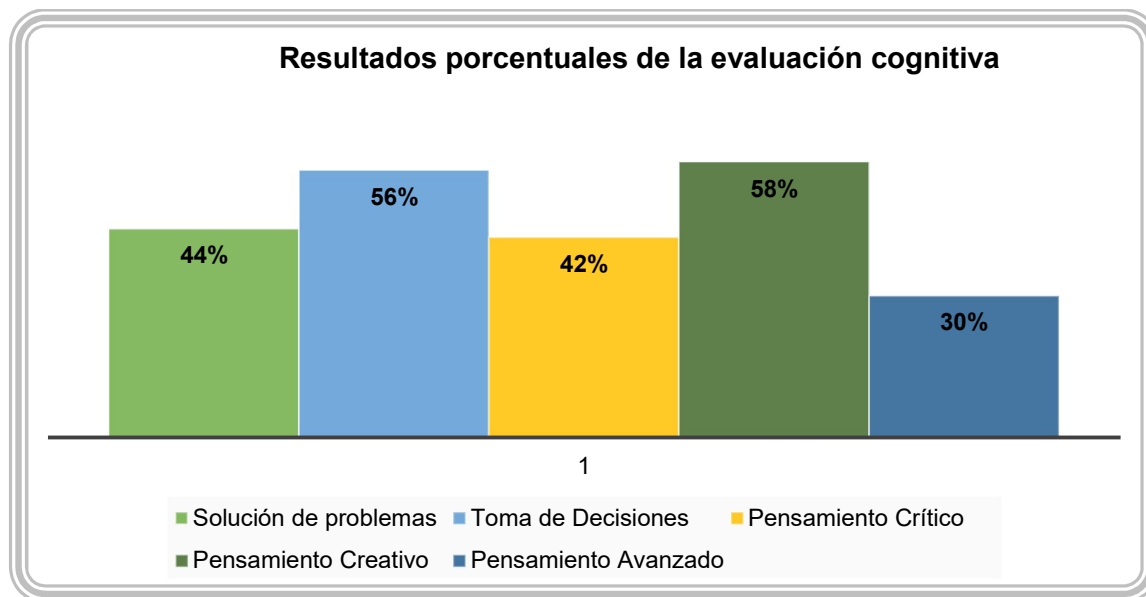
Figura 27.

## Resultados sobre el quinto criterio cognitivo evaluado



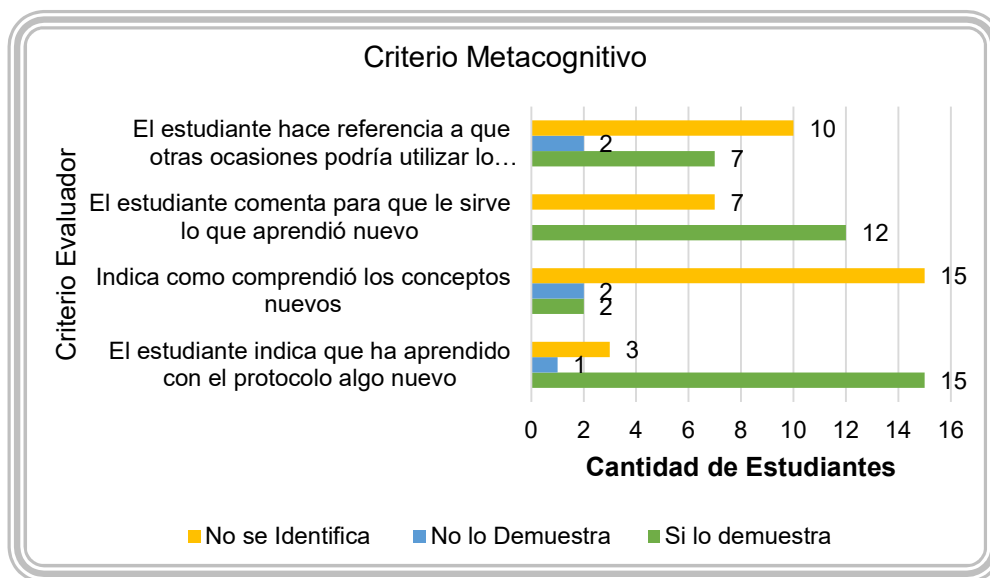
**Nota: Elaboración propia (2020).**

El quinto criterio cognitivo evaluado se refiere al pensamiento avanzado, donde se evalúa el aplicar la teoría aprendida a lo largo de los estudios universitarios, para sobrellevar el caso clínico en el ambiente simulado, se reflejan 4 personas que sí lo demuestran, 14 que no lo demuestran y una persona que no se logra identificar. En la evaluación de brindar posibles y diferentes soluciones para darle al paciente, 12 personas sí lo demuestran y 7 no. Por último, 18 personas no demuestran el haber buscado información extra al protocolo para la hora de aplicación, y una persona sí lo realizó.

**Figura 28.****Resultados generales de la evaluación cognitiva**

**Nota: Elaboración propia (2020).**

En la figura anterior se muestran los resultados con base en un 100%, tomando cada uno de los criterios evaluados para la parte cognitiva. Se demuestra en solución de problemas un 44%, un 56% siendo el segundo porcentaje más alto la toma de decisiones, un 42% le corresponde al pensamiento crítico, un 58%, el más alto, el pensamiento creativo, y el más bajo, un 30%, le corresponde al pensamiento avanzado.

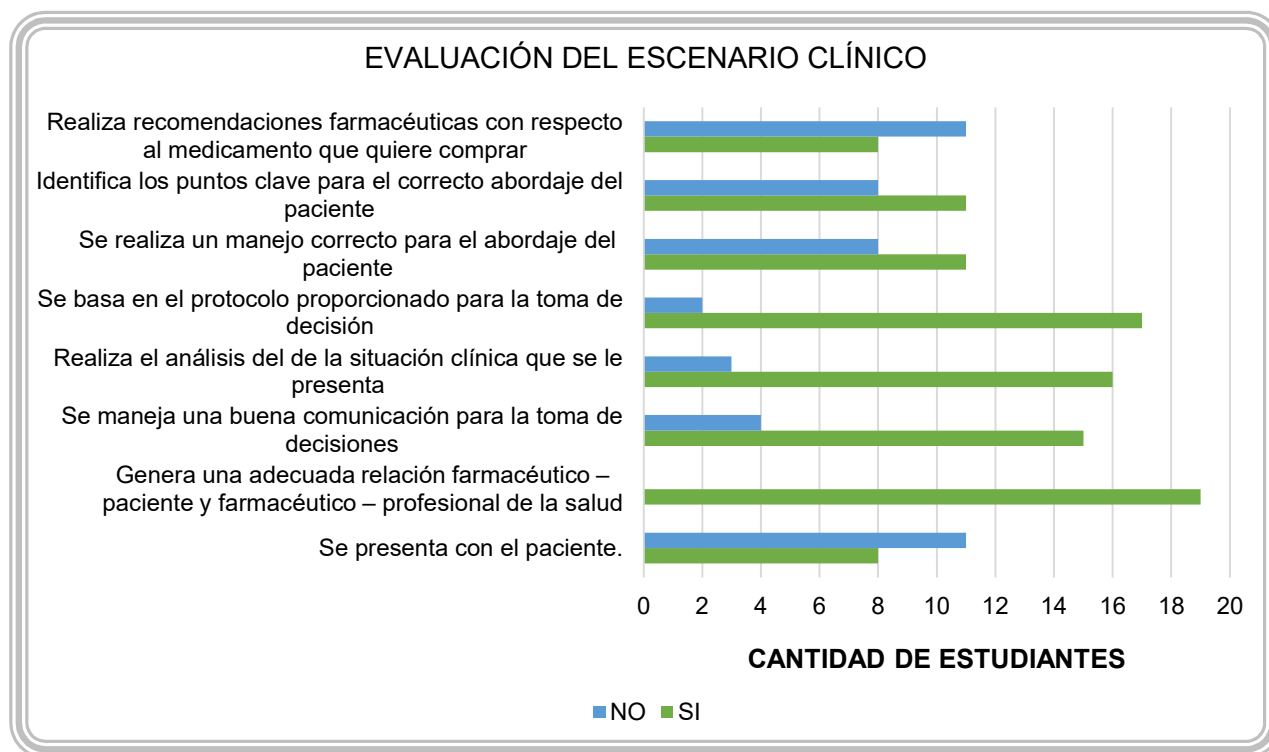
**Figura 29.****Resultados sobre evaluación metacognitiva**

**Nota: Elaboración propia (2020).**

El criterio metacognitivo reúne cuatro criterios; sus resultados se encuentran plasmados anteriormente en la gráfica, donde se muestra que para el primer criterio en 10 de los estudiantes no se logra identificar si cree posible saber en cuáles otras ocasiones podría usar el protocolo, 2 del todo no lo demuestran, y 7 sí lo tienen claro, otorgando ejemplos de otros posibles escenarios. Para la segunda evaluación, notablemente la mayoría de los estudiantes sí demuestra que se lleva algo nuevo aprendido del uso del protocolo y de los escenarios, al igual que el cuarto criterio, 15 de los 19 denotan que aprendieron algo nuevo. Para el criterio número 3, solamente en 2 sí es notable la comprensión de los criterios nuevos desarrollados; para los demás no se identifica o no lo demuestra.

Figura 30.

## Resultados sobre la evaluación de los escenarios clínicos

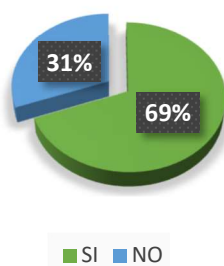


**Nota: Elaboración propia (2020).**

Figura 31.

**Gráfica de resultados de la evaluación global del escenario clínico para la validación del protocolo**

## EVALUACIÓN TOTAL



**Nota: Elaboración propia (2020).**

Para esta última representación se realizó una evaluación del escenario clínico de manera global, para determinar la validación del protocolo como un todo; se tomaron en cuenta criterios que son necesarios para el ejercicio profesional para el abordaje de pacientes en farmacias de comunidad, ya sea para esta patología o para cualquier otra. Indudablemente, hay una buena aceptación en el uso de protocolos, ya que, para este escenario simulado para el abordaje de pacientes depresivos, se denota que el 69% de los estudiantes sí realiza las pautas básicas para la atención de pacientes. El 31% de los estudiantes aún deben mejorar en las habilidades para la atención y abordaje de pacientes, utilizando protocolos.

A continuación, se realizará el análisis de resultados de cada uno de los objetivos planteados en dicha investigación; se realizará con base en los parámetros resultantes antes descritos para cada gráfico o figura descrita. Los resultados detallados anteriormente son producto de la investigación y práctica experimental realizada a lo largo del período estipulado. El análisis contará con el respaldo bibliográfico necesario, con fuentes de información certera y veraz.

## **Unidad de Análisis I**

### **Identificar los criterios técnicos utilizados por los farmacéuticos en el abordaje de la farmacoterapia de pacientes depresivos para el desarrollo de los casos clínicos en el Centro de Simulación de la Universidad Internacional de Las Américas**

Como se describe en los resultados, al realizar las entrevistas a tres profesionales de Salud, se tomó en cuenta que su enfoque fuera en las farmacias de comunidad, ya que, si bien es cierto el profesional en Farmacia está capacitado para el ejercicio en diversas áreas profesionales, para esta investigación se requería de testimonios y experiencias netamente en comunidad. Como resultado de las entrevistas realizadas, se denota el importante papel que el farmacéutico de comunidad tiene ante la sociedad, ya que, como menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS), se da un realce a las funciones de los servicios que prestan los farmacéuticos, aparte del simple despacho de medicamentos.

Para la primera pregunta que se les realiza a las doctoras, se muestra, en la tabla 10, como es muy común que el paciente depresivo, o con tratamiento farmacológico depresivo ingrese a consultar a la farmacia como primera opción. Se demuestra en la tabla que al menos un paciente a la semana llega a consultar a la farmacia sobre este tema; se alude esto a que la farmacia de comunidad está considerada como un centro de Salud donde se va a buscar una posible solución. La farmacia de comunidad es señalada como el local de Salud donde el paciente encuentra diversos servicios que sustentan la búsqueda de bienestar; este tipo de pacientes busca un lugar de primera mano, donde exista un profesional que pueda ayudarles o al menos escucharlos (la mayoría de veces el paciente depresivo es lo que busca), por lo cual el entorno de farmacia de comunidad reúne elementos importantes para que el paciente acuda, como lo son la atención farmacéutica, la dispensación, el seguimiento farmacológico, la recomendación profesional. (De la Fuente, 2017).

Es importante destacar, que las tres farmacias donde las doctoras son dueñas y regentes están en zonas rurales, razón por la cual también apunta a que en dichas zonas el paciente siente mayor confianza y seguridad de acudir como primera elección. En la tabla 11 se muestra la sintomatología que es más común ver en dichos pacientes; se menciona como número uno las personas que están en constante comunicación o llegan a la farmacia varias veces a realizar consultas sobre el mismo tema; desde ahí es que se encienda la alarma, ya que el paciente depresivo generalmente busca la ayuda, pero en silencio; es decir, de manera latente o indirecta. Como mencionan diversos autores, la depresión muestra muchas señales, pero la mayoría de veces no se les toman mayor importancia, pero es aquí donde se debe saber cómo discernir entre la tristeza normal y el estado triste patológico. Si bien es cierto un diagnóstico diferencial solo lo puede realizar un médico o psicólogo, el farmacéutico puede evidenciar estos pacientes, conociendo un poco de su historia clínica, para conocer el cortejo sintomatológico, el tiempo de aparición y si existe en el momento alguna remisión, para así derivarlos al profesional a tiempo. (Mingote, Gálvez, Cuadrado y Gutiérrez, 2009).

En la misma tabla, se enumeran seis síntomas más como los más destacados o marcados, que se ven en las farmacias donde se realiza la investigación; es importante destacar que, según el DSM-V, una persona que tenga entre cinco o más síntomas por un lapso de más de dos semanas, es considerado con sintomatología depresiva. Como se ve en la tabla, estos síntomas son los más

comunes en dichas farmacias, siendo estas señales de alarma para el farmacéutico. Es en este punto donde se debe hacer referencia a la atención farmacéutica y la aplicación del protocolo, para derivar al profesional indicado. (Rivas *et al.*, 2018).

Como resultado de las entrevistas, cada una de las doctoras describe situaciones vividas con diversos pacientes depresivos; es importante indicar que un buen manejo de la situación ayuda a la estabilidad mental y emocional del paciente, y contribuye al rol farmacéutico. Es importante conocer el abordaje que actualmente se les da en las farmacias de comunidad a estos pacientes, cuáles factores influyen, y qué intervención tiene el farmacéutico, ya que él es un profesional que está capacitado para el manejo de pacientes y manejo exhaustivo de uso de los medicamentos; es decir, llega a ser el especialista en medicamentos. La mayoría de las veces es el ente mediador entre el médico-paciente y su tratamiento, y va a depender de la educación que el farmacéutico le dé al paciente sobre el medicamento lo que refleje su adherencia. (Jacobi, 2016).

Como se refleja en la figura 10, existen diversos factores que influyen en dicha adherencia al tratamiento; en primera instancia las farmacéuticas coinciden que la intervención del farmacéutico es fundamental; esto se debe a que el farmacéutico debe educar al paciente en conocer más allá del medicamento; debe hacerle de su conocimiento el para qué debe consumirlo; debe indicarle la dosificación, la eficacia, los efectos adversos, ya que cada uno de estos aspectos intercede de manera positiva a que el paciente conozca la importancia y efectividad del tratamiento, y se logre un mayor porcentaje de adherencia. (Jacobi, 2016).

Los otros factores mostrados en la tabla son los relacionados con el nivel educativo, y el costo de los medicamentos; estos factores, a pesar que no son menos importantes, son de carácter socioeconómico, y la intervención del farmacéutico en este punto es poca, ya que el farmacéutico es el encargado de detectar, prevenir, resolver, documentar y comunicar a los pacientes sobre los medicamento, por lo cual no podría intervenir, por ejemplo, en el precio estipulado por los medicamentos; sin embargo, el farmacéutico podría ponerse en contacto con el médico tratante para valorar si existe la posibilidad que el galeno recete otro medicamento quizás de menor valor, para apoyar al paciente en su tratamiento. Esta relación médico-farmacéutico estaría sustentada en que, hoy en día, el farmacéutico se corresponsabiliza con el médico en los resultados de la

farmacoterapia, estableciendo lazos profesionales de trabajo, llevando consigo una buena comunicación que tiene como fin el bienestar del paciente, otorgando información y dando seguimiento individualizado a cada uno de los pacientes. La Organización Mundial de la Salud también ha hecho eco de lo anteriormente mencionado, indicando que el farmacéutico debe ser visto como un profesional que centra sus conocimientos y ejercicio profesional en pro de la salud del paciente, aportando su juicio en la farmacoterapia. (Alfonso, 2005).

Se demuestra, en las figura 8 y 9, que es importante protocolizar el actuar farmacéutico ante estos pacientes, así como existen protocolos de manejo de otras patologías, ya que, como se refleja en dichos resultados, no se sigue un patrón o un parámetro establecido; por ejemplo, en la figura 9, donde se habla sobre la relación del farmacéutico con el paciente, una de las respuestas es que ellos solo despachan y listo; no se muestra una mayor importancia, no obstante, por otro lado la doctora 3 indica que sí realiza un abordaje distinto, cuestionando al paciente, realizando la labor más allá de solo realizar un despacho, con lo cual se observa que es evidente que no siempre el paciente recibiría una misma atención. Así mismo, en la figura 8 se denota que, para despachar un medicamento, sí realizan el mismo procedimiento, y esto quizás se debe a que el farmacéutico antiguamente estaba catalogado como solo el encargado de despacho.

El manejo de situaciones con pacientes con sintomatología depresiva o con tratamiento farmacológico antidepresivo, debe ser considerado de gran importancia como cualquier otra patología. Se ha mencionado, en algunos estudios, que la presencia de síntomas depresivos provoca una discapacidad aun mayor que una enfermedad común como la diabetes, hipertensión o artritis; además, se indica que la depresión en un trastorno de primer orden sanitario, que ha llegado a ser considerado como una de las patologías de mayor influencia en el empeoramiento de la salud de la población. (Ezquiaga, García, Díaz de Neira y García, 2011).

## Unidad de Análisis II

### **Desarrollar guía con posibles escenarios de simulación clínica, en relación con la farmacoterapia de los pacientes depresivos, para su ejecución por parte de los estudiantes de Farmacia de la Universidad Internacional de Las Américas**

Para el desarrollo de los escenarios clínicos que se pusieron en práctica en el Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de Las Américas, se utilizaron los criterios antes mencionado y descritos en los resultados y análisis del objetivo I. Para la creación de estos escenarios, se toma en cuenta primero que, para la puesta en marcha de un escenario, se debe contener una atmósfera basada en el realismo y creatividad, que le permita a cada uno de los estudiantes realizar análisis, y estimular el juicio clínico y el pensamiento crítico. (Maestre *et al.*, 2013)

La revisión de la información brindada por cada una de las doctoras es trascendental para la formulación de las guías, ya que, a través de sus experiencias, más la búsqueda bibliográfica, se lograron determinar los tres escenarios a plantearse. El análisis de información determinó que tres escenarios serían suficientes para la evaluación, los cuales son descritos de manera global en la tabla 12. Se muestra un escenario para paciente con sintomatología depresiva, en el cual los signos de alarma deben ser mayores a 5 y una duración mayor a las dos semanas, ya que así es como lo estipula el DSM-V; un segundo caso para un paciente con diagnóstico previo de depresión que se encontraba en remisión, y no se adhirió a su terapia farmacológica antidepresiva; en este caso se eleva un poco más el nivel de conocimiento, pues con el paciente, al tener una terapia antidepresiva previa, el farmacéutico debía intervenir un poco más, para conocer a fondo por qué se da el abandono al tratamiento, realizar una historia clínica, para estar al tanto de más detalles, y bajo estos criterios tener un contexto más amplio sobre el abordaje que se debía realizar; un tercer escenario, también descrito en dicha tabla, es el del paciente que por primera vez es diagnosticado con depresión y llega a la farmacia de comunidad a comprar su medicamento; para este tercero se pretendía el identificar cómo el estudiante en este escenario iba a afrontar la situación, ya que debía educar al paciente sobre el medicamento que iba a adquirir.

Para cada uno de los escenarios resultantes, se tomó en cuenta el nivel de formación de los estudiantes, ya que era importante para la correcta fluidez de los escenarios; así mismo en este ambiente simulado, se les otorgó la propuesta inicial del protocolo, ya que esta era la guía visual para realizar el abordaje de los pacientes simulados que les fueron presentados.

El diseño de estos escenarios es basado en el formato estándar del Centro de Simulación de la Universidad Internacional de Las Américas; cada uno de ellos se puede observar en el anexo 2. Para la puesta en práctica se utilizaron dos salas del centro de simulación, una para la parte simulada, y otra para la parte evaluativa, así como una sala para prebriefing. Para crear una experiencia real, una correcta validación del protocolo y que se obtuviera un aprendizaje, se contó con la participación actoral de alta fidelidad, persona que conocía previamente los escenarios y el guion que debía llevar.

El proceso de diseño de un escenario clínico comienza desde el momento en que surge la iniciativa de la investigación. En este caso, al ser una investigación que posee una parte experimental de validación, es que se llega a utilizar el ambiente simulado, siendo esto una práctica que está en creciente expansión a nivel educativo, debido a sus buenos resultados para dichas validaciones de procesos, aumento de competencias y mejora de habilidades. En un proceso simulado, el estudiante es capaz de mejorar su rendimiento de una manera progresiva, ya que aumenta el grado de retención más que en los métodos tradicionales de aula cerrada. (Maestre *et al.*, 2013).

En la tabla 13 se encuentran los resultados de cómo se llevaron a cabo los escenarios; para el prebriefing se contó con un espacio de alrededor de 20 min., en el cual se realizó una conversación para dar a conocer el objetivo de la simulación, además de la aclaración de dudas con respecto al protocolo que se iba a validar, ya que el mismo había sido enviado con anterioridad para su respectiva lectura. Seguidamente, se inició el escenario, en el cual cada uno contó con una duración de alrededor de 10 minutos, y para el espacio de debriefing, se reflexionó acerca de la validación del protocolo, y se realizó una evaluación por parte de cada uno de los estudiantes, de manera individual.

Estos espacios son importantes para el desarrollo completo del escenario simulado, ya que en el prebriefing se da una orientación, se definen objetivos, se conoce el ambiente, se evacuan dudas previas y se dan las instrucciones, y en el debriefing es igual de ineludible, ya que es donde se denotan las limitaciones, los pros y los contras, así como la parte evaluativa y autoevaluativa; se expresa que estuvo bien que, podría estar mejor. En este caso, este último espacio de cierre fue de suma importancia, ya que es aquí donde se tomaron todos los comentarios para la mejora en la validación del protocolo propuesto. (Zambrano, Coro, Gómez y Tello, 2019).

Por otra parte, el evaluador en cada uno de los escenarios realizó una evaluación de una escala cognitiva y metacognitiva (véase el anexo 4), así como una evaluación global del escenario clínico (los resultados se analizan en el Objetivo IV). El utilizar la simulación como medio de validación del protocolo, se debe contextualizar como una técnica y no como una tecnología, ya que se debe acercar lo máximo a la realidad, sin caer en la exageración.

### **Unidad de Análisis III**

#### **Validar el diseño del protocolo propuesto en el Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de Las Américas para su uso en farmacias de comunidad por parte de los profesionales en Farmacia**

Para la validación del diseño de protocolo propuesto, se utilizó un instrumento enfocado en varios criterios esenciales (véase el anexo 3), los cuales debían ser calificados por los 19 estudiantes que participaron en los escenarios de simulación. Un instrumento de evaluación se define como una herramienta con la cual el maestro o persona evaluadora registra y obtiene información relevante para verificar logros, conocer dificultades o necesidades, obtener retroalimentación y, por ende, la interpretación de criterios, en este caso del protocolo propuesto. (Zúñiga y Aguilera, 2014).

En la figura 11 se denota un 74% como calificación de muy bueno para el protocolo presentado a los estudiantes, lo cual se considera una nota regular. En la retroalimentación se recibieron diversas razones por las cuales quizás no todos lo evaluaron como excelente;

principalmente se menciona que el algoritmo no se encontraba muy claro; existió dificultad para guiarse, ya que se poseía inicialmente un solo color y todo unido en una sola página; empero, esto fue corregido a la hora de revisar la validación del protocolo, con el fin de que fuera presentado con la retroalimentación indicada por los estudiantes evaluadores.

Un 21% se coloca en la casilla de neutral, mencionando que considera que se debe ampliar más el conocimiento sobre el tema de depresión a nivel académico para poder poner en práctica un protocolo como tal; sin embargo, el 5% indica que es un protocolo excelente. A pesar de que existe un porcentaje de estudiantes que lo ven como excelente, sí se debieron realizar las mejoras para mostrarlo en la investigación como resultado del objetivo general.

Para la figura 12 se obtienen tres contundentes respuestas, un 47% indica que califica de muy buena la experiencia utilizando el protocolo, un 42% se coloca en la línea de neutral y un 11% se califica como excelente. Para los estudiantes que indican su posición neutral, se reciben comentarios relacionados con que, al seguir el diagrama, llega un momento que dice que se debe derivar al paciente a un médico o psicólogo, y ellos no sabrían cómo hacerlo de manera tal que el paciente no se moleste, o simplemente se vaya.

Esta situación surge, ya que la depresión no está considerada como una patología, sino más bien como un trastorno de personalidad; si bien es cierto se puede tener un trastorno, es una enfermedad como cualquier otra, que se debe tratar con naturalidad y responsabilidad por parte del profesional farmacéutico. La Organización Mundial de la Salud es muy clara al indicar que es una enfermedad muy frecuente a nivel mundial, estipulando que más de 300 millones de personas alrededor del mundo la padecen. Es por esta razón que, como cualquier otro protocolo, por ejemplo, hipertensión o diabetes, donde también indica que debe derivar al médico para un diagnóstico, no hay razón para que esto sea distinto en un caso de depresión.

La figura 13 muestra la calificación sobre la intervención del farmacéutico utilizando el protocolo; un 58% de los estudiantes indica que la califica como muy buena, en la parte de análisis, se indica que el farmacéutico está en la responsabilidad de dar una guía al paciente que llega a consultar, y como antes se mencionó, no se debe escatimar que, por ser depresión, el farmacéutico

no va a intervenir. Un 21% califica la intervención como excelente; esto lo indican así, porque hacen referencia a que muchas veces se ve al farmacéutico como despachador, o peor aún, como vendedor, pero hoy en día el rol del farmacéutico ha cambiado, y se ve justificado en diversos estudios, que demuestran que muchas veces el éxito de una terapia de tratamiento farmacológico depende de la intervención del farmacéutico, a la hora de atender al paciente que lo va a adquirir, otorgándole una atención farmacéutica completa, una correcta dispensación y con la promoción de la adherencia. Finalmente, un 21% indica una posición neutral, ya que consideran que no estarían seguros si el farmacéutico logre crear un impacto positivo con su intervención. (Alfonso, 2005).

Una de las evaluaciones más importantes surge para la figura 14, en el cual se proyecta si existe una necesidad de un protocolo para estos pacientes en farmacias de comunidad. Indiscutiblemente, los resultados son notorios, indicando que sí es efectivamente una necesidad, ya que el 60% indica que sí está muy de acuerdo en implementar dicho protocolo, pues se conoce que existen innumerables protocolos por parte del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, pero ninguno está dirigido a pacientes con sintomatología depresiva o con tratamiento antidepresivo, por lo cual existe un vacío que se debe llenar. El 16%, que indica una posición neutral, no la optan porque indican que no están seguros si solo para farmacias de comunidad, sino consideran que debe ser para otras áreas de ejercicio profesional.

En esta figura, es la primera que se denota un 4% que corresponde a un solo estudiante, quien se encuentra en desacuerdo, si bien es una minoría no deja de ser importante; en el comentario que realiza él, indica que no considera que la depresión es una enfermedad, ni cree posible que pueda lograr intervenir a un paciente con un protocolo como tal, en una farmacia donde llegan muchas personas a diario, y quizás no vuelvan.

Si bien es cierto la farmacia de comunidad es un lugar donde entran y salen diariamente pacientes, el farmacéutico debe captar la atención de ellos, ya que el farmacéutico es el garante de la correcta dispensación, del correcto seguimiento farmacológico y el promotor de la adherencia, como indica Jacobi, en su artículo sobre los farmacéuticos clínicos, “Resguardar los intereses del paciente debe ser la motivación que impulsa las actividades del equipo”, haciendo referencia al equipo como la relación multidisciplinario en la práctica del farmacéutico con el médico. Indica

también que la efectividad de este trabajo en equipo reside en la confianza y objetivos compartidos, como el trabajar en pro de la salud del paciente. (Jacobi 2016).

El último porcentaje corresponde a la casilla de muy en desacuerdo, donde 5 estudiantes, que corresponden al 20% indican esta posición, pero no existe alguna justificación del porqué o razones que indiquen argumentos por los cuales otorgaron dicha calificación.

Al realizar la evaluación sobre si se considera un protocolo de fácil uso, en la figura 15 se muestran los resultados; el 53% se sitúa entre muy de acuerdo y de acuerdo; sin embargo, el 42% se mantiene en indecisión, siendo su posición neutral, y un 5% en muy en desacuerdo. Entre los principales señalamientos acerca de la utilización del protocolo, se indica que es un protocolo extenso, y que el diagrama, aparte de ser confuso, es muy corto comparado con la estructura del protocolo. Algunos de estos estudiantes, que colocan su posición en desacuerdo o neutro; brindaron sugerencias de mejora; por ejemplo, incluir más pasos en el diagrama, al igual que más datos informativos en los anexos del protocolo.

Un protocolo de actuación farmacéutica tiene un formato establecido por el Colegio Profesional de Farmacéuticos de Costa Rica (COLFAR); el mismo fue el utilizado para el protocolo en validación en este caso, por lo cual la extensión del mismo es válida, ya que cuenta con las partes estipuladas; así mismo, un protocolo en la parte clínica debe otorgar información detallada, aún más, que cualquier otro protocolo, ya que el contenido debe ser específico para tomar un criterio o decisión clínica; además, debe ser lo más explícito posible para no cometer errores, ya que, así como es de gran ayuda y su finalidad es el apoyo al paciente en atención, si no se da una redacción extensa y detallada, se corre el riesgo al error. (García *et al.*, 2016).

El diagrama es una forma resumida que facilita la visualización del protocolo, por lo cual no puede contar con todos los detalles exactos descritos en el texto; sin embargo, debe ser lo más claro y esquematizado posible para que no existan dudas al usarlo, pues, como bien se indica anteriormente, es una representación gráfica para plasmar en ellos el proceso, metodología a utilizar y decisiones a tomar. (Medina, Nogueira, Hernández y Comas, 2019).

Los resultados de la figura 16 arrojan un resultado bastante positivo, dando una evaluación del 85% entre las casillas de muy de acuerdo y de acuerdo sobre la mejora del abordaje de los pacientes depresivos, aplicando el protocolo en validación. Para el restante 15%, que corresponde a la parte de mejora, en el análisis de esta validación se recibe como punto débil que el abordaje no es tan completo, porque se debería tener un mayor criterio de diagnóstico, o más herramientas para poder sobrellevar el caso clínico. Es importante destacar, en este punto, que el rol del farmacéutico es el de abordaje de pacientes para la terapia farmacológica; es decir, la indicación farmacéutica, resumida como el acto profesional donde se responsabiliza de la correcta dispensación del medicamento, conocedor acerca de las teorías de los posibles PRM o RPM, realiza concientización de uso correcto de los medicamentos. El farmacéutico es un educador sanitario de medicamentos, especializado en la orientación a la salud de los pacientes. (Jiménez, Arias y Rojas, 2012).

Para un criterio de diagnóstico siempre se debe derivar al profesional especializado en la rama; es un rol o función que les corresponde a los médicos, o en su defecto al profesional de la salud mental. Para los últimos años ha habido un incremento tan alto de personas con depresión, que el diagnóstico se ha estado tratando por parte de los dos profesionales; es decir, tanto los médicos de familia como el psiquiatra, quienes cuentan con protocolos ya establecidos para diagnósticos, tanto para diagnóstico generalizado como para diagnóstico diferenciado. Es importante conocer, que hay estudios indicadores de que el médico de atención primaria muestra déficits en cuanto a los procedimientos, ya que la mayoría de las veces solamente diagnostica y prescribe la terapia farmacológica, debido a que no existe mayor conocimiento de la importancia en el seguimiento psicológico; por lo tanto, es importante crear el lazo entre los tres profesionales: médico- farmacéutico-terapeuta. (Campagne, 2018).

Los resultados para la figura 17, se refieren a la recomendación del protocolo hacia otros profesionales farmacéuticos. En este apartado la respuesta fue muy alentadora, ya que el 85% indica que sí está de acuerdo en realizar la recomendación; por otro lado, los otros porcentajes corresponden a un 15%; un 5% para cada uno de los criterios de en desacuerdo, muy en desacuerdo y neutro respectivamente. En la evaluación se indica que no están de acuerdo en recomendarlo porque necesitarían estudiar más sobre la depresión para comprenderlo mejor. Es importante mencionar, que un protocolo es una herramienta que guía y apoya al profesional de cualquier área,

y es responsabilidad del profesional ampliar su conocimiento más allá de los que se estipule en los cursos en el camino formativo universitario.

En las figuras 18, 19 y 20 las respuestas fueron de más de un 60% en estar de acuerdo, reflejando que sí es un protocolo que aportaría tanto a nivel profesional como social, ya que incrementaría el papel del farmacéutico en las farmacias de comunidad, mejoraría las habilidades de abordaje para dichos pacientes y facilitaría el manejo de los pacientes depresivos, creando un rápido plan de acción, además de un vínculo que fortalece la relación entre profesionales de la Salud.

El protocolo, a su vez, fue validado por tres profesionales farmacéuticas con amplia experiencia en farmacias de comunidad. Los resultados se resumen en las figuras 22 y 23, mostrando de acuerdo y muy de acuerdo, así como excelente y muy bueno. Solamente para el segundo criterio de evaluación se obtiene una posición calificada como neutra, ya que la profesional indica que no estaría completamente segura de usar el protocolo en su diario ejercicio; si bien indica que lo considera una necesidad y una buena herramienta, justifica su posición en que por motivos de tiempo ella prefiere seguir con su actuar farmacéutico actual.

Con cada uno de los resultados y análisis antes descrito, se toman las observaciones realizadas por los estudiantes para la validación del protocolo, y así obtener un protocolo limpio y listo para aplicación. Un protocolo pasa por diversas etapas o fases; primeramente; la fase de construcción, donde se define el tema, y se investiga más a fondo sobre la necesidad de creación del mismo; la segunda fase es la de preparación, en la cual se define la estructura, en este caso la estipulada por el COLFAR ( Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica); la fase tres es cuando se comienza a elaborar; la fase cuatro es la de análisis crítico, en este caso se tomó el análisis de los estudiantes y las profesionales de Farmacia, y luego la fase 5, que es en la que se realizan las mejoras para la puesta en práctica. (Medwave, 2012).

Entre los puntos de mejora se encuentran, indudablemente, los que están en la sección del diagrama. A pesar de que las profesionales en Salud indicaron que lo vieron aceptable sin realizar

ninguna sugerencia, para los ambientes simulados, los estudiantes encargados de la validación sí hicieron referencia a puntos importantes, como lo son:

- Un diagrama más esquematizado.
- Incluir terminología, de la cual el farmacéutico no esté tan al tanto de la misma.
- Separar el diagrama por tipo de caso.
- Manejo de colores para guiarse según sea el caso.
- Incluir cómo se manejaría una persona que esté en una situación de riesgo.

Cada uno de estos puntos fueron tomados en cuenta para la formalización final del protocolo; los cambios comparativos se pueden observar en los anexos 5 y 6.

#### **Unidad de Análisis IV**

##### **Evaluar el desarrollo de habilidades cognitivas y metacognitivas de los estudiantes de la carrera de Farmacia en el progreso del escenario de simulación utilizando el protocolo propuesto para el abordaje de pacientes con sintomatología depresiva o con terapia farmacológica depresiva**

El contextualizar este objetivo significaba conocer la manera en que los estudiantes ponen en práctica sus conocimientos. Cada uno de ellos está en una etapa final de la carrera, por lo cual han tenido a disposición el aprendizaje a través de la simulación clínica como método pedagógico e interactivo. Uno de los principales objetivos de la simulación es precisamente el desarrollo de pensamientos críticos, capacidad de análisis, resolución de problemas, y estos son categorías que están dentro de las habilidades cognitivas que se evalúan.

Para la solución de problemas se tomaron en cuenta varios aspectos, como lo son brindar soluciones al paciente, organización de ideas, resolver con facilidad. Para estos resultados en los 19 estudiantes evaluados, se ve un poco la dificultad que les resulta brindar soluciones. Muchos de los estudiantes no lograron guiar al paciente; más que eso lo que realizaban era una escucha activa

y un papel más de consejeros, por lo cual fue un aspecto que no fue del todo identificado; no obstante, la organización de ideas y el hilo conductor sí los lograron sacar más a flote; en la parte de resolución de problemas se denota que al encontrarse con alguna dificultad en el diagrama o duda, intentaban leer y buscar el camino correcto para abordar al paciente. En la figura 23 se muestra a detalle cada uno de los resultados obtenidos, y para la evaluación global se toma la referencia de la figura 30, donde este primer criterio cognitivo muestra un 44% de satisfacción. Para lograr un porcentaje de respuesta más alto, es indispensable que la persona realice una transferencia de los conocimientos que ha adquirido a lo largo de su carrera.

Para un segundo criterio cognitivo, señalado en la figura 24, se evaluó la toma de decisiones, si se tomó la mejor decisión, si existe análisis de la situación, si escoge la mejor alternativa; al realizar la calificación, en la mayoría de criterios, los estudiantes sí lo demuestran; empero, surgieron problemas en la parte de escogencia de la mejor alternativa para el paciente, ya que muchos estudiantes, utilizando el protocolo, no denotaban seguridad para poder indicarle el camino a seguir; es decir, no brindó alternativas al paciente. Sin embargo, 5 de los estudiantes, a pesar de ser pocos, sí le propusieron diferentes alternativas, haciendo énfasis en la que se consideraban de mejor elección, señalándole al paciente las razones por las cuales es lo que se debe hacer, y justificándole el por qué. Por ejemplo, hacerle ver que es importante que visite un médico para su diagnóstico, o expresarle que tiene alternativas de medicamentos en caso de algún efecto adverso (en este apartado le deja claro que todo cambio debe ser avalado por el médico), que tiene también la ayuda del farmacéutico si no comprende o no sabe cómo tomar cierto medicamento antidepresivo. En la escala global de este criterio se muestra en la figura 30, con un 56% de satisfacción.

El pensamiento crítico, creativo y avanzado, obtuvieron un 42%, 58% y 30% de satisfacción respectivamente; tomando en cuenta cada uno de ellos, el creativo es el que posee el porcentaje más alto; en este apartado, los estudiantes sí demuestran creatividad; es decir, tienen buenas y nuevas ideas de carácter innovador; por ejemplo, las propuestas de un mejor formato para el protocolo utilizando colores, flechas de un solo color, o al momento de la intervención del paciente indicarle qué labores diferentes podría hacer para mejorar su estado actual; es decir, le otorgaron diferentes o nuevas posibilidades para llenar la necesidad, tanto del protocolo como del paciente.

En cuanto al pensamiento crítico, se hace referencia a la forma en que plantea soluciones fundamentadas, la manera en que analiza y busca posibles respuestas, así como la aplicación de su conocimiento. Para este rango se obtiene una baja respuesta, ya que se visualizó una intervención con un bajo contexto teórico; sin embargo, parte del pensamiento crítico también es el analizar la situación e intentar abordar al paciente y ayudarlo a su problemática, y estas últimas hacen que se denote ese 42%, ya que varios de los estudiantes sí analizan, reflexionan, observan a detalle y actúan racionalmente.

El pensamiento avanzado, se caracteriza por la facilidad de implementar la teoría más allá de lo que indica el protocolo; evalúa no una solución, sino más de una, y busca información extra para ampliar su conocimiento y aplicar el protocolo y, por ende, ayudar al paciente. En este caso, la repuesta fue muy baja, dando un resultado del 30%, ya que solo pocos estudiantes tenían claro qué es la depresión, cómo se podría abordar un paciente como tal, cómo se maneja una situación de posible crisis del paciente; la mayoría de ellos se limitó a leer rápidamente el protocolo; sin embargo, por otro lado, una minoría sí investigó más acerca del tema y logró plasmar su pensamiento avanzado en las sesiones, otorgándole al paciente un correcto abordaje, preguntándole acerca de antecedentes patológicos y no patológicos, antecedentes hereditarios, educación sobre medicamentos antidepresivos, promoción de la salud mental, promoción de la adherencia y ofrecimiento de seguimiento farmacoterapéutico.

El término “metacognitivo” hace alusión a la forma en que el alumno se vuelve autónomo, potencia su nivel educativo, y crea expectativas de nuevos aprendizajes; en este apartado muchos de los parámetros evaluativos no se observaron en los estudiantes, ya que dejaban vacíos y dudas. Sin embargo, más de la mitad de los estudiantes, al terminar la validación del protocolo, sí realizaron comentarios acerca de la importancia de aplicar un protocolo como tal, la importancia de conocer más acerca de la depresión, pues indicaron que, con la aplicación de esos escenarios con ayuda del protocolo, se llevaban nuevos aprendizajes que les gustaría ampliar más adelante. (Ramos, Herrera y Martínez, 2010).

El evaluar habilidades cognitivas y metacognitivas de los estudiantes refleja el nivel de autogestión, autoconfianza, motivación, ganas de nuevos aprendizajes; es decir, a través de ellos es que los estudiantes llegan a tener competencias para su ejercicio profesional; si bien es cierto los resultados no fueron los esperados, pues no se puso en práctica todo el conocimiento que a este nivel se debería tener para la aplicación del protocolo, no demostró autoconfianza, estos van a ser puntos de mejora, y aún no es tarde para comenzar a desarrollarlas, ya que son procedimientos que el mismo estudiante puede adquirir, retener o recuperar por sí mismo, para que pueda ejecutar a futuro; es decir, el estudiante tiene la capacidad de aprender todos los días cosas nuevas, en otras palabras aprender a aprender. Una estrategia para mejorar estas habilidades está en la interacción con pares, ya que fomenta la autocrítica, la autoevaluación y la confianza en sí mismo. (Ramos, Herrera y Martínez, 2010)

Al evaluar y analizar el proceso de validación del protocolo en dichos escenarios clínicos en el centro de simulación, se encuentran ciertas deficiencias, tanto en el protocolo como en las habilidades de los estudiantes, con respecto al abordaje de pacientes depresivos. Con respecto al protocolo, estos puntos en contra que fueron expuestos han sido corregidos, ya que este era la finalidad de la parte experimental de dicha investigación, siendo la validación una de las fases más importantes, para así entregar un protocolo validado y depurado para su puesta en práctica.

No obstante, en cuanto a las habilidades de los estudiantes, se debe exteriorizar que no hay un nivel de autoconfianza para abordar a pacientes depresivos, ya que se vieron deficiencias desde el primer contacto con el paciente, el estudiante no se presenta, no le pregunta el nombre al paciente; es decir, no realiza una ficha de investigación hacia el paciente, dejando de lado datos importantes como la edad, la ocupación, el estado civil, siendo estos datos importantes para un posible abordaje farmacoterapéutico antidepresivo, ya que, como es de conocimiento, muchas de las causas de la depresión suelen venir desde el ámbito familiar y laboral, ya que el ambiente psicosocial donde se desenvuelve la persona la mayoría de veces es el factor que más influye, siendo un predisponente a la depresión. (Frenk *et al.*, 2002).

Si bien es cierto, se habla de un abordaje de pacientes depresivos en una farmacia de comunidad, va a depender del motivo de consulta, la relevancia de realizar una atención farmacéutica y conocer dicha ficha de identificación, debido a que la farmacia de comunidad es vista por los pacientes como un lugar seguro y que brinda confianza. Otro aspecto importante es que el estudiante tiene la capacidad de escucha; indudablemente es una habilidad muy destacada, pero se queda corto en el abordaje al no preguntar acerca de los antecedentes patológicos (APP); estos antecedentes son significativos, ya que, basados en ellos, se puede conocer detalles como: si consume algún otro medicamento, hace cuánto lo toma, en qué momento del día lo hace; estos detalles brindan un panorama para conocer si hay alguna interacción; por ejemplo, en el caso de los pacientes con una terapia antidepresiva, si existe algún efecto adverso que se esté dando por el uso de ambos, o por el simple hecho de que no tome el medicamento de la otra patología, o el mismo antidepresivo porque no sabe para qué son; estos pequeños detalles hacen la diferencia para promover la adherencia a los tratamientos.

También, conocer los antecedentes hereditarios (AHF), los antecedentes no patológicos (AIPnP), brindan detalles importantes; por ejemplo, si consume alguna droga, si fuma, o si algún familiar ha sido diagnosticado con alguna enfermedad relacionada con la salud mental; con cada uno de estos se obtiene información más amplia y valiosa de la situación; sin embargo, la mayoría de estudiantes no hace mención de ellos en la validación, y son aspectos que sí están señalados en el protocolo.

Otro aspecto para analizar, en este proceso de validación, es que el protocolo indica que el farmacéutico debe educar al paciente y promover el seguimiento farmacoterapéutico, y en este aspecto los estudiantes no educan al paciente sobre los medicamentos; se debe hacer énfasis en que el farmacéutico es el especialista en medicamentos y el que está en la obligación de dar todos los detalles de estos al paciente. En el protocolo se estipula que, para pacientes con antecedentes depresivos o con diagnóstico por primera vez de depresión, se debe indagar sobre los posibles Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) o los Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), pues estos son factores que pueden influenciar de manera positiva al paciente, favoreciendo la adherencia o de manera negativa, resultando en el abandono de la terapia de

medicación; estos dos aspectos de los PRN y RNM son los objetivos fundamentales para un seguimiento farmacoterapéutico.

Un punto importante es que, en el protocolo, se habla acerca de la intervención de un paciente que entra en crisis depresiva en la propia farmacia, poniendo en riesgo su vida. Los estudiantes indican que el protocolo se queda corto en especificar qué se debe o no se debe hacer en esos casos. Si bien es cierto el protocolo indica qué realizar, es un porcentaje bajo que alguna persona ingrese al servicio de farmacia de comunidad en una crisis como tal; puede suceder, como el caso de uno de los testimonio de uno de los doctores involucrados en la investigación, pero sigue siendo un porcentaje bajo; no obstante, se mejora este aspecto en el protocolo, para que el farmacéutico también sepa cómo actuar en una posible circunstancia como tal, dejando claro que una depresión es un estado mental, de disminución de agentes químicos, como lo es el descenso de los niveles de serotonina a nivel cerebral; normalmente es llamada como la enfermedad silenciosa, razón por la cual una persona que tiene ideas suicidas o que quiere suicidarse no lo va a expresar abiertamente. (Brigitta, 2002).

A nivel general, el protocolo validado a través de escenarios clínicos simulados y de profesionales farmacéuticos, recibe un aval bastante aceptable, con el 74% expresado como muy bueno y un 5% como excelente, resultados graficados en la figura 11. Este nivel de aceptación es considerado como satisfactorio, y lo que llega a expresar es que, al aplicar las observaciones de los puntos débiles y realizar las mejoras, se obtendrá un mejor protocolo y listo para la entrega investigativa.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se describirá cada una de las principales conclusiones y recomendaciones generadas a raíz de la investigación y análisis realizado en dicho proyecto de graduación; el mismo llega a concluir acerca del desarrollo del protocolo propuesto para el abordaje de pacientes depresivos y su terapia farmacológica antidepressiva.

### Conclusiones

- Se logró la identificación de los criterios técnicos de acuerdo con los farmacéuticos comunitarios expertos en el área, resumidos en: los tres tipos de pacientes que ingresan a la farmacia de comunidad relacionados con la depresión, los mayores factores que intervienen para un correcto abordaje, la relación que debe existir entre médico-paciente-farmacéutico-psicólogo.
- La incorporación de la simulación clínica le otorga al estudiante una metodología de enseñanza certera y efectiva, para la validación de protocolos a través de escenarios de simulación confeccionados por medio de un proceso de investigación adecuado.
- La validación de protocolos, a través de la simulación clínica, permite la mejora de los protocolos, y garantiza la entrega de un material con todas sus fases de desarrollo completas, lo que permite tener productos que puedan ser utilizados de manera eficaz y segura en la práctica profesional.
- Existe deficiencia, por parte de los estudiantes de la carrera de Farmacia, en aspectos relacionados con el pensamiento crítico y la resolución de problemas en la atención al paciente depresivo y su tratamiento.
- El farmacéutico de comunidad tiene un rol protagónico, y es corresponsable de los resultados de la farmacoterapia e identificación temprana en paciente depresivos.

## **Recomendaciones**

### **A las instituciones educativas que imparten carreras de Salud**

- Implementar la simulación clínica como estrategia de aprendizaje para cada uno de los cursos donde se requiera atención a pacientes, para la mejora de habilidades, competencias, aumento de confianza y aplicación de conocimientos.

### **A la Universidad Internacional de Las Américas**

- Ampliar la educación acerca de la depresión y el abordaje de estos pacientes, implementando con mayor detalle acerca de esta enfermedad en cursos como el de farmacología, que sea parte de los temas del programa.
- Incentivar más a los estudiantes a que el uso de la simulación clínica sea visto más como una herramienta de aprendizaje, integrándolo no solo para los cursos finales, sino desde temprano en la carrera de Farmacia.
- Crear un banco de escenarios clínicos con los criterios identificados en este proyecto, para que sean puestos en práctica, para su uso en validaciones, así como en sesiones educativas de los cursos.

### **A los Estudiantes de Farmacia**

- Trabajar más en el autoconocimiento y autoaprendizaje; implementando técnicas para estimular el pensamiento crítico, creativo y resolución de problemas a la hora de atender a un paciente y no solo como parte de estudio, si no como método para el ejercicio diario profesional.

### **A los profesionales en Farmacia**

- Ofrecer charlas o talleres para personas que están en proceso educativo, o público en general, para promocionar la importancia a la adherencia a los tratamientos.
- Diseñar un plan de mejora continua para el uso o creación de nuevos protocolos clínicos.

### **A las Farmacias de Comunidad**

- Implementar en la farmacia publicidad sobre lo grave y común que puede llegar a ser la depresión, para que el paciente comprenda que la realidad de él puede ser la de muchos otros, y que la medicación es importante una vez haya sido prescrita por el médico.
- Incentivar a las casas farmacéuticas a crear lazos con las farmacias de comunidad, para fomentar la adherencia a tratamientos antidepresivos
- Crear un espacio privado, en el cual el paciente depresivo tenga privacidad para la intervención que realiza el farmacéutico.
- Identificar cualquier área en la que los pacientes tenga necesidades específicas que no estén cubiertas por el protocolo propuesto.

### **Al Colegio Profesional de Farmacéuticos de Costa Rica**

- Promover el uso de protocolos clínicos en el ejercicio profesional.
- Crear alianzas con el Colegio de Médicos y Psicólogos de Costa Rica, con el fin de fortalecer lazos que funcionen como equipo multidisciplinario para el abordaje de la depresión.

- Realizar talleres o sesiones virtuales con diferentes especialistas en Salud, para promover el uso de protocolos en farmacias de comunidad para pacientes depresivos
- Desarrollar algún programa para médicos, farmacéuticos y psicólogos, en el cual exista un intercambio de conocimientos y experiencias sobre el manejo de pacientes depresivos, y su adherencia a los tratamientos, estableciendo un lugar y periodicidad, esto con el objetivo de intercambiar ideas, y generar un trabajo en conjunto como profesionales de salud.

## REFERENCIAS

- Alfonso M. (2005). La comunicación del farmacéutico con el médico en el nuevo modelo de atención farmacéutica. *Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg.* Vol.5:5-9.
- Alfonso J. y Martínez J. (2015). Modelos de simulación clínica para la enseñanza de habilidades clínicas en Ciencias de la Salud. *Revista Movimiento Científico*. Obtenido de: <http://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/Rmcientico/issue/archive>
- Alfonso M.L, Castellano A, Villaraga A., Acosta M., Sandoval C., Castellanos R., Goyeneche R. y Cobo E. (2018). Aprendizaje basado en simulación: estrategia pedagógica en fisioterapia. *Revisión integrativa. Educ. Med.*
- Aljumah K. y Hassali, M. (2015). Impact of pharmacist intervention on adherence and measurable patient outcomes among depressed patients: a randomised controlled study. *BMC Psychiatry* 15, 219. Obtenido de: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0605-8>
- Altamirano J. (2019). La simulación clínica: un aporte para la enseñanza y aprendizaje en el área de obstetricia. *Educare*. Vol.23, No.2, pp.167-187. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.23-2.9>
- Baixauli V., Rodríguez M., Calle J., Vailo M. y Barral P. (2010). Cómo debe ser la farmacia que necesita la sociedad. Publicación de jornada Refcom SEFAC-Ratiopharm Madrid, España. Obtenido de: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos\\_sefac/documentos/C%C3%B3mo%20deber%20ser%20la%20farmacia%20que%20necesita%20la%20sociedad\\_Conclusiones%20proyecto%20Refcom.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/C%C3%B3mo%20deber%20ser%20la%20farmacia%20que%20necesita%20la%20sociedad_Conclusiones%20proyecto%20Refcom.pdf)
- Baldín V., Muñoz J., De Rungs D., L'Gamiz, M., Muñoz de Cote F. (2013). Guía para elaboración de un protocolo de investigación. *Revista Medigraphic*. Vol.14 No.3, p. 119. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2013/ce133d.pdf>
- Bracabien C., Brito M, Leue M. y Castillo L. (2008). Habilidades cognitivas. División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Brigitta B. (2002). Fisiopatología de la depresión y mecanismos de tratamiento. *Diálogos en neurociencia clínica*, 4 (1), pp. 7-20.

- Calvo D., Lomba P., Nuñez A., Broche L. y Viña G. (2014). La depresión. Boletín información terapéuticas para la APS. La Habana, Cuba. No.36. Obtenido de: <https://files.sld.cu/cdfc/files/2015/03/boletinaps-septiembre2014-web.pdf>
- Campagne D. (2018). Diagnostica la depresión antes. Revista Elsevier. Vol.44. Núm.4, pp. 270-275. DOI: 10.1016/j.semerg.2017.04.013
- Carrasco O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. Revista Médica La Paz, 25(2), pp. 70-77. Obtenido de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=es&tlng=es).
- Carraso A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. Revista Interamericana de Psicología. Vol.51 No.2, pp. 181-189. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Carrión M., Martínez M., Sánchez P., Valencia R., Palomino A., Muñoz C., Tamayo M., González E., Delgado C., Otero R., Ortega F., Sobrino R., García J., Fernández M. y Campos A. (2013). Manual para la elaboración de documentos basados en la evidencia. Herramientas derivadas del conocimiento científico. Revista Elsevier. Vol.28 Num.4, pp 254-258. Obtenido de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-manual-elaboracion-documentos-basados-evidencia--S1134282X12001297>
- Casal M. (2016). La simulación como metodología para el aprendizaje de habilidades no técnicas en enfermería. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Casariego E., Costa C. (2019). ¿Qué son y para qué sirven las GPC? Revista Elsevier. España. Fisterra. Obtenido de: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/que-son-para-que-sirven-gpc/#32245>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2014). Buenas prácticas en farmacia comunitaria en España. Capítulo 3. Servicio de seguimiento farmacoterapéutico en farmacia comunitaria. Obtenido de: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Documents/BBPP-03-Servicio-SFT.pdf>

- Corvetto M., Bravo M., Montaña R., Utili F., Escudero E., Boza C., Varas J. y Dagnino J. (2013). Simulación en educación médica: una sinopsis. *Revista Médica de Chile*, 141(1), pp. 70-79. Obtenido de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000100010>
- Chong W, Aslani P. y Chen T. (2013). Adherence to antidepressant medications: an evaluation of community pharmacists counseling practices. *Dove Press Journal Patient Preference and Adherence*. pp. 813-825. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3754825/pdf/ppa-7-813.pdf?tool=EBI>
- De la Fuente L. (2017). Importancia del desarrollo de servicios para la farmacia. *Revista Elsevier*. Vol. 31. Núm.6, pp. 11-14. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-importancia-del-desarrollo-servicios-farmacia-X0213932417620568>
- Díaz A., Francisco J. y Ruiz F. (2019). Relationship among mental models, theories of change, and metacognition: structured clinical simulation. *Revista Colombiana de Anestesiología*, Vol. 47(2), pp. 113-116. Epub. Obtenido de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-33472019000200113&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472019000200113&lang=es)
- El Mundo CR. (2019). En 2018, fueron registrados 2082 casos de depresión en Costa Rica. *Revista El Mundo CR*. San José, Costa Rica. <https://www.elmundo.cr/costa-rica/en-2018-fueron-registrados-2082-casos-de-depresion-en-costa-rica/>
- Ezquiaga E., García A., Díaz de Neira M. y García M. (2011). "Depresión": imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), pp. 457-475. Obtenido de: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300005>
- Fernández M., Yébenes V. Gómez D. y Villaroel E. (2017). Uso de simulación clínica como estrategia de aprendizaje para el desarrollo de habilidades comunicacionales en estudiantes de Medicina. *Universidad Finis Terrae*. Santiago, Chile. pp. 301-304. Obtenido de: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v20n6/2014-9832-fem-20-6-301.pdf>

- Frenk J., Ruelas E., Tapia R., Castañon R., León M., Belasso G., González E., Uribe M., González S., Moctezuma G. y Lomelin G. (2002). Programa de acción en Salud Mental. Cd. Juárez, México.
- Gaitán Y. (2016). Propuesta para un modelo de atención farmacéutica en paciente con diagnóstico de patología mental. Proyecto de Grado. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Bogotá D.C. Obtenida de: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/555/1/Propuesta%20para%20un%20modelo%20de%20atenci%C3%B3n%20farmac%C3%A9utica%20en%20paciente%20con%20diagn%C3%B3stico%20de%20patolog%C3%ADa%20mental.pdf>
- García T., Cueli, M., Rodríguez C., Krawec J. y González P. (2015). Conocimiento y habilidades metacognitivas en estudiantes con un enfoque profundo de aprendizaje. Evidencias en la resolución de problemas matemáticos. Revista de Psicodidáctica, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea Vitoria-Gazteis, España. Vol. 20, núm.2, 2015, pp. 209-226.
- Gaviria J., Martínez G., Martínez L., Ospina J. y Urrego A. (2017). Adherencia a los antidepresivos: reto terapéutico para mejores desenlaces clínicos en pacientes con depresión. Universidad Manizales. Archivos de medicina. Vol.17. Núm.1. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273851831016/html/index.html>
- Germán J. y Galán E. (2015). Evolución de los antidepresivos utilizados en la historia reciente. Trabajo fin de grado. Universidad Complutense. Madrid, España.
- Goienetxea E. (2017). Seguimiento farmacoterapéutico: competencia del farmacéutico. Farmacéuticos Comunitarios. Revista trimestral volumen 9 (4): 14-17 DOI: 10.5672/FC.2173-9218.(2017/Vol9).004.03
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. (2014). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Obtenido de: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)

- Gutiérrez M. (2020). El uso de la simulación clínica como mediación pedagógica para el desarrollo de un modelo de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes de cuidados paliativos. Tesis Doctoral. Universidad Internacional de Las Américas.
- Hasler G. (2010). Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(3), 155-161. Obtenido de: <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00298.x>
- Hernández J. (2020). El uso de la simulación clínica como mediación pedagógica para el desarrollo de competencias en el ejercicio de la atención farmacéutica con pacientes en tratamiento oncológico. Tesis Doctoral. Universidad Internacional de Las Américas. San José, Costa Rica.
- Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (2014). Quinta edición. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Jacobi J. (2016). Farmacéuticos clínicos: profesionales esenciales del equipo de atención clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Volumen 27, pp. 578-584. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.09.004>
- Jiménez A., Rojas M. y Arias F. (2012). Caracterización de los servicios brindados en las farmacias de comunidad privadas de Costa Rica. *Revista Pharmaceutical Care de la Facultad de la Universidad de Costa Rica*. Vol.1(1), pp. 4-10.
- Márquez R. (2016). Depresión: importancia de la adherencia a tratamiento. Trabajo fin de grado. Universidad Complutense. Madrid, España.
- Martín A, Gutiérrez C, Fernández M, Maderuelo C, de Jesús M., Zarzuelo A, Martínez J, Alonso A, Valles E, Codesal T. (2018) Práctica de simulación de servicios profesionales en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. (Suplemento 1): 360 Obtenido de: <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/practica-simulacion-servicios-profesionales-farmacia-comunitaria>
- Martínez F. y Matus R. (2015). Desarrollo de habilidades con simulación clínica de alta fidelidad. Perspectiva de los estudiantes de enfermería. *Revista Elsevier. Enfermería Universitaria*.

Universidad Autónoma de México. pp 93-98. Obtenido de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706315000044>

Medina A., Nogueira D., Hernández-Nariño A. y Comas R. (2019). Procedimiento para la gestión por procesos: métodos y herramientas de apoyo. *Revista Chilena*, 27(2), 328-342. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052019000200328>

Medwave. (2012). Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. *Revista Biomédica revisada por pares*. Vol. 12(6). doi: 10.5867/medwave.2012.06.5436

Mingote J., Gálvez M., Del Pino Cuadrado P. y Gutiérrez M. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(214), pp. 41-63. Obtenido de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es&tlng=es).

Ministerio de Salud Pública. (2017). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización. Obtenido de: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069\\_MSP\\_Gui%CC%81a\\_DEPRESION\\_20180228\\_D.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf)

Monge C. (2019). Un cambio de paradigma a nivel asistencial en el que se brinda atención farmacéutica directa a los usuarios de medicamentos. *Revista Ciencia & Salud*. Vol.3 Núm.5. pp. 10-15. Obtenido de: <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/97>

Moya P., Ruz M., Parraguez E., Carreño V., Rodríguez A. y Froes, P. (2017). Efectividad de la simulación en la educación médica desde la perspectiva de seguridad de pacientes. *Rev. Med. Chile*. pp. 514-526. Obtenido de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n4/art12.pdf>

Navas W. y Vargas M. (2012). Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista Cúpula*, 26 (2), pp. 19-35 Obtenido de: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>

Ortega J., Sánchez D., Rodríguez O. y Ortega J. (2018). Adherencia terapéutica un problema de atención médica. *Revista Médica Medigraphic*. Volumen 16. No. 3. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>

- Otzen T. y Manterola C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Revista Scielo*. 35(1), pp. 227-232. Obtenido de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Párraga M., López J., Torres H., Del Campo J., Del Campoc A., Villena F., Morena R. y Escobar R. (2014). Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo. *Revista Elsevier*. Vol.46, pp. 357-366. Obtenido de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-seguimiento-adherencia-al-tratamiento-antidepresivo-S0212656713003089>
- Pereira A., Lizano C. y Hernández L. (2017). Consulta farmacéutica en farmacias de comunidad de Costa Rica: un servicio basado en atención primaria. Instituto de Investigaciones Farmacéuticas (ILAPHAR). Facultad de Farmacia. Universidad de Costa Rica. San José (Costa Rica). Obtenido de: <https://www.revistadelaofil.org/consulta-farmaceutica-en-farmacias-de-comunidad-de-costa-rica-un-servicio-basado-en-atencion-primaria/>
- Pereira Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*. Vol. XV, Núm. 1, pp. 15-29. Universidad Nacional Heredia, Costa Rica.
- Pérez R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), pp. 7-16. Recuperado el 28 de agosto de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es&tlng=es).
- Pérez J. (2015). Adherencia al tratamiento farmacológico. *Revista Medicina Respiratoria* 8 (1), pp. 47-52. Obtenido de: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R8/R81-6.pdf>
- Pibernat L., Ventura L. y Castro S. (2013). La farmacia comunitaria: atención en salud y pluralismo asistencial. *Revista OFIL*. Vol.9 (4). Obtenido de: <https://www.revistadelaofil.org/la-farmacia-comunitaria-atencion-en-salud-y-pluralismo-asistencial/>
- Pierre M, y Aristil Ch. (2010). *Manual de farmacología básica y clínica*. Quinta edición. McGraw-Hill.
- Quintero-Gutiérrez del Álamo F. (2012). *De la tristeza a la depresión*. Instituto Tomás Pascual Sanz. Madrid, España. Editorial IMC. Obtenido de:

[http://www.institutotomaspascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Modulo\\_2\\_CURSO\\_RANF\\_2EDICION.pdf](http://www.institutotomaspascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Modulo_2_CURSO_RANF_2EDICION.pdf)

Quirós S. y Vargas M. (2014). Simulación clínica: una estrategia que articula prácticas de enseñanza e investigación en enfermería. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Brasil 23(4), pp. 817-818. Obtenido de: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/es\\_0104-0707-tce-23-04-00815.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/es_0104-0707-tce-23-04-00815.pdf)

Ramos Y. (2015). Experiencia de simulación clínica como metodología de enseñanza-aprendizaje en las Ciencias de la Salud. *Universidad Latina de Costa Rica. Gaudemus*, 7 (1), pp. 55-71.

Ramos A., Herrera J., y Ramírez M.. (2010). Desarrollo de habilidades cognitivas con aprendizaje móvil: Un estudio de casos. *Revista Comunicar*. Vol. 34. <https://doi.org/10.3916/C34-2010-03-20>

Rivas E., Rivas V., Mielgo N., Casas B., Ramos R., Valdés R. y Fernández de Retana R, (2018). Depresión. Farmacéuticos comunitarios. Grupo Pharmateam. COFBI. Obtenido de: <https://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/9440-depresion#.X5xkvNBKjIU>

Rubio M., Serrano A. y Magdalena J. (2011). Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) books: Quality-assessed Reviews*. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK81733/>

Rubio M., Peñarrubia M., Fernández R., Carvajal A., Fernández A., Aznar I., March M. y Serrano A. (2016). Impacto de una intervención farmacéutica en la prevención de recaídas en depresión en atención primaria. *Revista Elsevier*. Vol.48, pp. 308-315. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715002437>

Ruda N. (2014). Simulación clínica en la mediación pedagógica y su relación con la práctica clínica. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 1(2), pp. 231-243. Obtenido de: <http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/125/121>

Sabater D., Silva M. y Faus Dáder M. (2007). *Método Dáder: guía de seguimiento farmacoterapéutico*. Tercera edición. Universidad de Granada.

- Salamanca A. (2015). Beneficios de la utilización de protocolos basados en evidencias. Revista Electrónica NURE Investigación. Núm.74. Obtenido de: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/79>
- Salazar A., González S. y Amariles P. (2014) Guía de actuación farmacéutica en pacientes con trastorno afectivo bipolar. Editor: Grupo Promoción y Prevención farmacéutica. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- Sánchez A. (2013). Psicofarmacología de la depresión. Grupo español de investigación cooperativa en psicobioquímica clínica. Obtenido de: [http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer\\_depresion/001/04.pdf](http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer_depresion/001/04.pdf)
- Seijas D. (2014). Adicciones y depresión en la salud del hombre. Revista Med. Clín. Las Condes. 25(1) 79-98
- Solís M. (2015). CCSS recurre a consulta farmacéutica para elevar adherencia a tratamientos. Obtenido de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-recurre-a-consulta-farmaceutica-para-elevar-adherencia-a-tratamientos#>
- Vallejo M., Sánchez R., Feliciano A., García M., Gutiérrez M. y Merchán R. (2016). Manual metodológico para la elaboración de protocolos clínicos en el Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia. pp. 1-3. Obtenido de: [https://intranet.cancer.gov.co/Guias\\_y\\_%20Protocolos/Manual\\_metodologico\\_180716.pdf](https://intranet.cancer.gov.co/Guias_y_%20Protocolos/Manual_metodologico_180716.pdf)
- Vásquez C., Gonzalo P., Hermona M., Mayck J., Pèrez K.(2019). Importancia de la simulación clínica en las Ciencias de la Salud período 2007-2018. Monografía para optar por el título de médico general. Universidad Santiago de Cali. Obtenido de: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/2882/1/IMPORTANCIA%20DE%20LA%20SIMULACI%C3%93N%20.pdf>
- Villca S. (2018). Simulación clínica y seguridad de los pacientes en la educación médica. Revista Ciencia, Tecnología e Innovación. 16(18), pp. 75-88. Recuperado el 05 de setiembre de 2020, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2225-87872018000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-87872018000200007&lng=es&tlng=es).

- Zambrano C., Coro G., Gómez M. y Tello J. (2019). Prebriefing, herramienta clave en el aprendizaje por simulación: concepto, evolución y consideraciones. *Cient. Dent.* Vol, 16; 2, pp. 149-154
- Zarragoitia I., De la Osa O' M., Agudín G., Depestre S., Marot M. (2018)- La depresión: retos y conflictos en el siglo XXI. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. Obtenido de: [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-pon4\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-pon4[1].pdf)
- Zarragoitia A. (2011). Depresión, generalidades y particularidades. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Obtenido de: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)
- Zuñiga C. y Aguilera P. (2014). Instrumentos de evaluación: ¿qué piensan los estudiantes al terminar la escolaridad obligatoria? Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. *Perspectiva Educacional. Formación de Profesores.* Vol.53. pp. 57-72.

## ANEXOS

### Anexo 1. Instrumento de entrevista para profesionales en salud para conocer los criterios de abordaje de pacientes depresivos



#### **“Desarrollo de un protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento farmacológico a través de la simulación clínica como estrategia de investigación”**

Reciba un cordial saludo. La presente investigación es conducida por Lindsay Rodríguez Carranza, estudiante de la carrera de Farmacia en la Universidad Internacional de Las Américas.

Dicha entrevista está dirigida a profesionales farmacéuticos que ejercen su profesión en farmacias de comunidad. Tiene como objetivo determinar los principales escenarios que se presentan en dicho establecimiento de salud con respecto a los pacientes con diagnóstico de depresión.

Se le solicita su colaboración para completar las siguientes preguntas. La información obtenida es únicamente para fines investigativos, y su identidad nunca será revelada.

De antemano se le agradece por su tiempo, disponibilidad y cooperación al ayudar con la información.

1. **Nombre:** \_\_\_\_\_
2. **Centro en el que labora:** \_\_\_\_\_
3. **Años de ejercicio profesional:** \_\_\_\_\_

**Conteste con el mayor detalle posible según su experiencia:**

**¿Ha tenido usted alguna vez alguna experiencia con algún paciente con síntomas depresivos? ¿Cuál fue el manejo de su parte como farmacéutico hacia esa persona?**

---

---

---

---

---

---

---

**Coméntenos acerca de alguna situación y/o experiencia sobresaliente que haya tenido en farmacia de comunidad con algún paciente depresivo**

---

---

---

---

---

---

---

**¿Cuáles son las terapias farmacológicas antidepresivas más vendidas en su farmacia?**

---

---

---

---

---

---

---



**Basado en su experiencia como farmacéutico de comunidad, ¿cuáles son los pasos que usted normalmente sigue cuando un paciente llega a adquirir su tratamiento antidepresivo?**

---

---

---

---

---

---

---

**¿Cuál es la relación actual que usted como farmacéutico comunitario tiene con el paciente que llega a comprar su tratamiento farmacológico antidepresivo? ¿Es solo despacho? ¿O realiza alguna intervención de seguimiento farmacoterapéutico?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Qué pautas cree usted como farmacéutico de comunidad podría intervenir para favorecer la adherencia al tratamiento?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Cuáles son los principales factores que usted cree influyen en la falta de adherencia a tratamientos antidepresivos?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Considera usted importante o necesario crear un protocolo para el abordaje de pacientes con sintomatología depresiva, o pacientes ya con un diagnóstico depresivo y terapia farmacológica depresiva?**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anexo 2. Guía para los escenarios clínicos a utilizarse en el momento de la validación del protocolo

Centro de Simulación Clínica



Paciente con Sintomatología Depresiva



## PRIMERA PARTE: GUÍA DEL ESTUDIANTE

### Dirigido a:

- Estudiantes de la Carrera de Farmacia, del noveno cuatrimestre.

### Número de estudiantes por docente:

- Grupos de entre 4 y 8 personas.

### Pre-Requisitos:

- Lecturas recomendadas:
  - Hardman JG, Limbird LE. (2013). Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12° edición. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
  - Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. (2015). Farmacología Humana. 6° Edición. España. Editorial Masson-Salvat.
  - Katzung, B.G. (2016). Farmacología básica y clínica. 13° Edición. México. Editorial McGraw-Hill. LANGE
  
- Vestimenta:
  - Vestimenta formal o scrubs, con gabacha blanca y escudo de la Universidad Internacional de las Américas, como indicado en el reglamento del Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de las Américas.

### Escenario desarrollado por:

- Docente del Centro de Simulación Clínica.

### Duración:

<i>Prebriefing</i>	10 minutos.
<i>Escenario</i>	15 minutos. (Para cada participante o grupo de participantes)
<i>Debriefing</i>	30 minutos.

**Objetivos y competencias:**

<i>Objetivo General</i>	Validación del protocolo para el abordaje de pacientes depresivos en farmacias comunitaria
<i>Objetivos Específicos</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El estudiante de farmacia analizará cada uno de los síntomas descritos por el paciente</li> <li>2. El estudiante de farmacia analizará como realizar el abordaje de dicho paciente utilizando el protocolo clínico de aplicación en farmacia comunitaria para pacientes depresivos. Competencia: Pensamiento clínico</li> </ol>
<i>Objetivo Secundario</i>	El estudiante del centro de simulación clínica aplicará técnicas asertivas de comunicación tanto con su paciente, como con su equipo de trabajo. Competencia: Comunicación asertiva

**Descripción de las actividades:**

- Se realiza la bienvenida y/o introducción al Centro de Simulación Clínica.
- Se recuerda el principio básico del Centro de Simulación Clínica.
- Se recuerda el tema que se desarrollará en el escenario y se pregunta al estudiante si realizó el repaso de temas correspondientes.
- Se presenta el ambiente en el cual se va a desarrollar la simulación; consulta, hospitalización, primer, segundo o tercer nivel de atención. Además del contexto en el que se desarrollará y los alcances de su relación con el entorno.
- Se asegura el escenario, mencionando objetivos a cumplir.
- Se inicia el desarrollo del escenario.
- Se realiza la observación del escenario, a cargo del docente, sin realizar intervenciones o aclaraciones durante su desarrollo.
- Los estudiantes realizan las intervenciones, procedimientos y discusiones necesarias para llevar a cabo el escenario.
- Se finaliza el tiempo disponible para el desarrollo del escenario, con la resolución del mismo, recordar que el escenario nunca evoluciona a muerte del paciente.
- Se utilizan los objetivos del escenario como guía para el desarrollo del debriefing.

**Elaboración:**

Lindsay Rodríguez Carranza

**Aprobación:**


---

Docente – Farmacología II

---

Dirección Carrera de Farmacia

## SEGUNDA PARTE: GUÍA DEL DOCENTE

### Descripción del escenario:

- Ambiente:
  - o Farmacia de Comunidad
- Simuladores/Fantomas:
  - o Megacode Kelly
    - Masculino, en decúbito dorsal, en camilla de emergencias, con bata, con monitor cardiaco colocado y con acceso de vía periférica listo.
  - o Paciente estandarizado
    - Actriz/Actor
- Utilería:
  - o La que se encuentra en cualquier consultorio médico y/o sala de hospitalización.
- Tratamientos disponibles:
  - Los antibióticos que están en el antibiograma
  - Los fármacos que el estudiante considere necesarios

## TERCERA PARTE: ESCENARIO DE SIMULACIÓN CLÍNICA

- Escenario clínico:

<i>Ficha de identificación</i>	Femenina. Raquel González Fuentes 39 años, fecha de nacimiento 12 de julio. Número de identificación 1-0914-8543 Nacida en el Hospital Calderón Guardia. Vecina de Zapote Casada Secretaria de firma de abogados
<i>Antecedentes personales patológicos (APP)</i>	Hipertensión Arterial: Diagnosticado hace 2 años, en tratamiento con Enalapril 20mg Obesidad: No reporta alguna intervención médica
<i>Antecedentes personales no patológicos (APnP)</i>	Fumado (-) Alcohol (+) Señala que cuando esta triste suele tomar una cerveza Toxicomanías: niega. Alergias: niega.

	Esquema de vacunas al día. Peso: 110 kg
<i>Antecedentes quirúrgicos (AQX)</i>	No reporta
<i>Antecedentes ginecológicos y obstétricos (AGO)</i>	No reportado
<i>Antecedentes hereditarios y familiares (AHF)</i>	Padre: Ausente Madre: HTA, Diabética
<i>Motivo de consulta</i>	Tiene más o menos tres meses que se viene sintiendo muy triste, preocupada y llora con facilidad sin razón aparente y los padecimientos en su salud (principalmente al verse al espejo)
<i>Salón</i>	Farmacia
<i>Configuración de Signos Vitales</i>	PA: 110/70mmHg. FC: 80lpm. Temp: 38,7°C. FR: 16rpm. Sat O2: 98%
<i>Laboratorios</i>	No aplica
<i>Impresión diagnóstica</i>	Depresión
<i>Tratamiento</i>	Enalapril 20mg

- Narrativa del caso:

*La paciente ingresa al servicio de farmacia comunitaria y solicita conversar con el regente farmacéutico, indicando “estoy muy mal”. La dependiente le indica al farmacéutico, que es otra vez la muchacha “de la semana pasada”. Al llegar el farmacéutico, la femenina le dice que necesita que le ayude, ya que está desesperada, la misma indica que no tiene dinero para ir a pagar un médico por lo cual acudió de primera instancia a la farmacia. Al consultarle que exprese que es lo que está sucediendo, la misma indica que tiene mucho estrés en el trabajo que la ha hecho comer demasiado aumentado aceleradamente de peso, además menciona que no rinde en las tareas asignadas como antes, dice que tiene meses en que por cualquier cosa llora, que se siente irritable. Comenta que ha tenido dificultad para conciliar el sueño, y que ella intenta conversar con su madre sobre el asunto, pero que no le presta atención, acto seguido la femenina comienza a llorar, contando que su vida ha sido muy dura, que nada tiene sentido, que ha perdido la esperanza en todo sentido, dice sentirse culpable de todo lo que sucede a su alrededor, además que todas sus amigas tienen novio y ella con a su edad aún sigue sola, indica que seguro es por “lo gorda y fea que está.” Ella comenta que una amiga le*

*recomendó tomar fluoxetina, y que ella le regaló un par y se las tomó y se sintió mejor, entonces solicita que si le pueden explicar para qué sirven y si se le puede vender “unas cuantas”.*

El estudiante debe proporcionar un abordaje farmacoterapéutico con estrategias de manejo de la situación depresiva basado en el protocolo proporcionado:

- Signos de alarma: Hace meses llora con facilidad, aumento excesivo de peso, irritabilidad, baja autoestima, desesperación, desesperanza, dificultad para dormir, estrés, bajo rendimiento en tareas, sentimientos de culpa.
  
- Abordaje: El estudiante debe pensar en los síntomas antes mencionados que son alarmantes y señal de una posibilidad de depresión, se descartaría una crisis ansiosa pues indica que ya tiene meses en eso, además es reincidente consultando en la farmacia por el mismo motivo, además el farmacéutico debe dar educación acerca de la fluoxetina:
  - o Explicar para qué se usa el fármaco.
  - o Dosis, indicaciones, categoría farmacéutica, reacciones adversas, precauciones.
  
- Así mismo, el farmacéutico deberá hacer conciencia del buen uso de los medicamentos, y que es un antidepresivo y no es de venta libre. Debe tomar datos personales del paciente para referirlo a un médico para poder intervenir y obtener un diagnóstico, así como para un futuro seguimiento.

**CUARTA PARTE: ANEXOS**

- Anexo 1 - Instrumento de evaluación y check list

Fecha:

Curso:

Docente:

Estudiante:

Tema:

<b>CRITERIOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Se presenta con el paciente.		
Genera una adecuada relación farmacéutico – paciente y farmacéutico – profesional de la salud		
- Se maneja una buena comunicación entre el equipo para la toma de decisiones		
Realiza el análisis del de la situación clínica que se le presenta		
Se basa en el protocolo proporcionado para la toma de decisión		
Se realiza un manejo correcto para el abordaje del paciente		
Identifica los puntos clave para el correcto abordaje del paciente		
Realiza recomendaciones farmacéuticas con respecto al medicamento que quiere comprar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia del uso adecuado y responsable del medicamento</li> <li>- Indicaciones farmacológicas</li> <li>- Efectos adversos de los medicamentos</li> <li>- Contraindicaciones o precauciones</li> <li>- Medidas no farmacológicas</li> </ul>		

# UIA

GUÍA DOCENTE

Paciente con terapia farmacológica previa antidepresiva en Farmacia de Comunidad



## PRIMERA PARTE: GUÍA DEL ESTUDIANTE

### Dirigido a:

- Estudiantes de la Carrera de Farmacia, del noveno cuatrimestre.

### Número de estudiantes por docente:

- Grupos de entre 4 y 8 personas.

### Pre-Requisitos:

- Lecturas recomendadas:
  - Hardman JG, Limbird LE. (2013). Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12° edición. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
  - Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. (2015). Farmacología Humana. 6° Edición. España. Editorial Masson-Salvat.
  - Katzung, B.G. (2016). Farmacología básica y clínica. 13° Edición. México. Editorial McGraw-Hill. LANGE
  
- Vestimenta:
  - Vestimenta formal o scrubs, con gabacha blanca y escudo de la Universidad Internacional de las Américas, como indicado en el reglamento del Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de las Américas.

### Escenario desarrollado por:

- Docente del Centro de Simulación Clínica.

### Duración:

<i>Prebriefing</i>	10 minutos.
<i>Escenario</i>	15 minutos. (Para cada participante o grupo de participantes)
<i>Debriefing</i>	30 minutos.

**Objetivos y competencias:**

<i>Objetivo General</i>	El estudiante de farmacia evaluará el uso de un protocolo para el abordaje farmacoterapéutico de una paciente que ingresa a la farmacia de comunidad con un cuadro depresivo. Competencia: Capacidad de toma de decisiones
<i>Objetivos Específicos</i>	3. El estudiante de farmacia analizará cada uno de los síntomas descritos por el paciente 4. El estudiante de farmacia realizará el abordaje en crisis de dicho paciente utilizando el protocolo clínico de aplicación en farmacia comunitaria para pacientes depresivos. 5. Competencia: Pensamiento clínico
<i>Objetivo Secundario</i>	El estudiante del centro de simulación clínica aplicará técnicas asertivas de comunicación tanto con su paciente, como con su equipo de trabajo. Competencia: Comunicación asertiva

**Descripción de las actividades:**

- Se realiza la bienvenida y/o introducción al Centro de Simulación Clínica.
- Se recuerda el principio básico del Centro de Simulación Clínica.
- Se recuerda el tema que se desarrollará en el escenario y se pregunta al estudiante si realizó el repaso de temas correspondientes.
- Se presenta el ambiente en el cual se va a desarrollar la simulación; consulta, hospitalización, primer, segundo o tercer nivel de atención. Además del contexto en el que se desarrollará y los alcances de su relación con el entorno.
- Se asegura el escenario, mencionando objetivos a cumplir.
- Se inicia el desarrollo del escenario.
- Se realiza la observación del escenario, a cargo del docente, sin realizar intervenciones o aclaraciones durante su desarrollo.
- Los estudiantes realizan las intervenciones, procedimientos y discusiones necesarias para llevar a cabo el escenario.
- Se finaliza el tiempo disponible para el desarrollo del escenario, con la resolución del mismo, recordar que el escenario nunca evoluciona a muerte del paciente.
- Se utilizan los objetivos del escenario como guía para el desarrollo del debriefing.

**Elaboración:**

Lindsay Rodríguez Carranza

**Aprobación:**

Docente-Farmacología II

Dirección Carrera de Farmacia

**SEGUNDA PARTE: GUÍA DEL DOCENTE****Descripción del escenario:**

- Ambiente:
  - Farmacia Comunitaria
- Simuladores/Fantomas:
  - Megacode Kelly
    - Masculino, en decúbito dorsal, en camilla de emergencias, con bata, con monitor cardiaco colocado y con acceso de vía periférica listo.
  - Paciente estandarizado
    - Actriz/Actor
- Utilería:
  - La que se encuentra en cualquier consultorio médico y/o sala de hospitalización.
- Tratamientos disponibles:
  - Los que el estudiante considere necesario

**TERCERA PARTE: ESCENARIO DE SIMULACIÓN CLÍNICA**

- Escenario clínico:

<i>Ficha de identificación</i>	Femenina. Raquel Arias Fonseca 24 años, fecha de nacimiento 20 de julio. Número de identificación 1-1414-0543 Nacido en el Hospital México. Vecino de Escazú Maestra de Pre-escolar
--------------------------------	---

<i>Antecedentes personales patológicos (APP)</i>	- Depresión Mayor: Diagnosticado hace año y medio en EBAIS, estuvo tomando escitalopram 10mg
<i>Antecedentes personales no patológicos (APnP)</i>	Fumado (+), 5 cigarrillos al día por 10 años Alcohol (+) De manera social. Paciente no toma hasta la ebriedad, usualmente toma entre 3 y 4 cervezas. Toxicomanías: niega. Alergias: niega. Esquema de vacunas al día. Sexualmente activo, múltiples parejas Peso: 71 kg
<i>Antecedentes quirúrgicos (AQX)</i>	Niega.
<i>Antecedentes ginecológicos y obstétricos (AGO)</i>	No aplica.
<i>Antecedentes hereditarios y familiares (AHF)</i>	Padre: HTA Madre: La madre fue diagnosticada hace 8 años con depresión, y fue dada de alta al año y medio de iniciado el tratamiento
<i>Motivo de consulta</i>	Dolor de cabeza intenso
<i>Salón</i>	Farmacia
<i>Configuración de Signos Vitales</i>	PA: 180/100mmHg. FC: 90lpm. Temp: 37°C. FR: 16rpm. Sat O2: 98%
<i>Laboratorios</i>	No aplica
<i>Impresión diagnóstica</i>	Crisis depresiva
<i>Tratamiento</i>	Escitalopram 10mg

- Narrativa del caso:

Ingresa una paciente a la farmacia de comunidad donde usted labora, la misma llega porque dice que tiene un dolor insoportable de cabeza, que ya lleva días -meses con ese dolor, ella llega acompañada por un masculino ( no indica en el momento quien es), el farmacéutico realiza su intervención para saber porque podría tener ese dolor de cabeza y ya con tantos días, se le pregunta si ha tenido algún episodio que le este afectando, si toma algún otro medicamento, se le cuestiona acerca de patologías, es aquí donde ella menciona que antes tomaba escitalopram, porque ella fue diagnosticada con depresión, pero que no lo tomó como se indicaba porque no veía resultados y abandono el tratamiento. Al preguntarle si tiene alguna otra dolencia aparte del fuerte de dolor de cabeza, ella indica que sí, que tiene dolores musculares, que ha perdido el apetito, que siente que no tiene energía, indica que si además se le puede recomendar algo para la falta de energía, ella dice que siempre toma potenciador para poder ir a trabajar, y para subir la energía, porque también menciona que antes le gustaba mucho ir a nadar, y ahora no

siente ganas, pero lo atribuye a la falta de energía. Indica que solo quiere estar durmiendo, porque así no siente tanto dolor de cabeza y se olvida de los problemas. El farmacéutico le pregunta que hace cuanto tiene todos esos síntomas, y ella le dice que hace un poco más de un mes, pero dice que es normal, que a veces le dan se le quitan y así sucesivamente, así mismo el profesional le indica que si no ha pensado en la posibilidad de ir al médico nuevamente para valoración de la depresión que tuvo antes y la suspensión del tratamiento, ella le indica que no, porque con solo saber que tiene que tomar ese medicamento que le daba diarrea, náuseas, sequedad de boca, la “atontaba” y no vio resultados rápidos, prefiere ella automedicarse. Ella le dice que ya le deje de preguntar cosas y que le de algo para el dolor de cabeza, el farmacéutico le ayuda con la recomendación farmacéutica para el dolor de cabeza, le indica que puede tomar un analgésico-antiinflamatorio, como lo es del Dexketoprofeno 25mg, que lo tome cada ocho horas. Ella procede a comprar el medicamento, y le solicita al farmacéutico un vaso con agua para tomarse la tableta. En la farmacia solo hay vasos de vidrio, por lo cual se le entrega el agua en uno de ellos. Al entregarle el vaso con agua la femenina, tira el vaso al suelo para quebrarlo, y con un vidrio de este intenta cortarse las venas, haciendo reclamos al joven que estaba con ella, el cuadro de la femenina va acompañado de llanto y tirajes del curro cabelludo.

- Signos de alarma: Antecedentes familiares depresivos, diagnóstico previo de depresión, falta de adherencia a la terapia farmacológica antidepressiva, falta de energía, de apetito, dolores fuertes de cabeza, ya no hace lo que le gustaba hacer, pasa durmiendo excesivamente, y intento de suicidio.
- Abordaje: El estudiante debe educar al paciente, tranquilizarlo y realizar el abordaje adecuado de la situación y control de paciente posterior. Debe realizar el manejo del caso basado en el protocolo de abordaje de paciente depresivos que le fue proporcionado.
  - Tranquilizar al paciente, realizar una intervención corta, donde se le indique al paciente la importancia de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y principalmente los antidepressivos, indicarle acerca de los posibles efectos adversos como los que ella tuvo, pero debe educar qué se debe comunicar con el médico para un posible cambio y no realizar suspensión de medicamentos ni automedicarse.
- Debe revisar el tema de los PRM (Problemas Relacionados con los Medicamentos) o RNM (Resultados Negativos con los Medicamentos).

**CUARTA PARTE: ANEXOS**

- Anexo 1 - Instrumento de evaluación y check list.

Fecha:

Curso:

Docente:

Estudiante:

Tema:

	SI	NO
Se presenta con el paciente.		
Genera una adecuada relación farmacéutico – paciente y farmacéutico – profesional de la salud		
- Se maneja una buena comunicación entre el equipo para la toma de decisiones		
Realiza el análisis del de la situación clínica que se le presenta		
Se basa en el protocolo proporcionado para la toma de decisión		
-		
Se realiza un manejo correcto para el abordaje del paciente		
- Identifica los puntos clave para el correcto abordaje del paciente		
Realiza recomendaciones farmacéuticas con respecto al medicamento que quiere comprar:		
- Importancia del uso adecuado y responsable del medicamento		
- Indicaciones farmacológicas		
- Efectos adversos de los medicamentos		
- Contraindicaciones o precauciones		
- Medidas no farmacológicas		
Analiza los posibles PRN - RNM		



# UIA

GUÍA DOCENTE

Terapia Farmacológica Antidepresiva por primera vez.



## PRIMERA PARTE: GUÍA DEL ESTUDIANTE

### Dirigido a:

- Estudiantes de la Carrera de Farmacia, del noveno cuatrimestre.

### Número de estudiantes por docente:

- Grupos de entre 4 y 8 personas.

### Pre-Requisitos:

- Lecturas recomendadas:
  - Hardman JG, Limbird LE. (2013). Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12° edición. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
  - Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. (2015). Farmacología Humana. 6° Edición. España. Editorial Masson-Salvat.
  - Katzung, B.G. (2016). Farmacología básica y clínica. 13° Edición. México. Editorial McGraw-Hill. LANGE
  
- Vestimenta:
  - Vestimenta formal o scrubs, con gabacha blanca y escudo de la Universidad Internacional de las Américas, como indicado en el reglamento del Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de las Américas.

### Escenario desarrollado por:

- Docente del Centro de Simulación Clínica.

### Duración:

<i>Prebriefing</i>	10 minutos.
<i>Escenario</i>	15 minutos. (Para cada participante o grupo de participantes)
<i>Debriefing</i>	30 minutos.

### Objetivos y competencias:

<i>Objetivo General</i>	Validación del protocolo para el abordaje de pacientes depresivos en farmacias comunitaria
<i>Objetivos Específicos</i>	6. El estudiante de farmacia realizará el despacho de la receta de antidepresivos con su respectivo abordaje basado en el protocolo.

	7. El estudiante de farmacia fomentará la adherencia al tratamiento a través de un seguimiento farmacoterapéutico. 8. Competencia: Pensamiento clínico
<i>Objetivo Secundario</i>	El estudiante del centro de simulación clínica aplicará técnicas asertivas de comunicación tanto con su paciente, como con su equipo de trabajo. Competencia: Comunicación asertiva

**Descripción de las actividades:**

- Se realiza la bienvenida y/o introducción al Centro de Simulación Clínica.
- Se recuerda el principio básico del Centro de Simulación Clínica.
- Se recuerda el tema que se desarrollará en el escenario y se pregunta al estudiante si realizó el repaso de temas correspondientes.
- Se presenta el ambiente en el cual se va a desarrollar la simulación; consulta, hospitalización, primer, segundo o tercer nivel de atención. Además del contexto en el que se desarrollará y los alcances de su relación con el entorno.
- Se asegura el escenario, mencionando objetivos a cumplir.
- Se inicia el desarrollo del escenario.
- Se realiza la observación del escenario, a cargo del docente, sin realizar intervenciones o aclaraciones durante su desarrollo.
- Los estudiantes realizan las intervenciones, procedimientos y discusiones necesarias para llevar a cabo el escenario.
- Se finaliza el tiempo disponible para el desarrollo del escenario, con la resolución del mismo, recordar que el escenario nunca evoluciona a muerte del paciente.
- Se utilizan los objetivos del escenario como guía para el desarrollo del debriefing.

**Elaboración:**

Dr. Mauro Martínez Brenes

**Aprobación:**

---

Docente – Farmacología II

---

Dirección Carrera de Farmacia

## SEGUNDA PARTE: GUÍA DEL DOCENTE

### Descripción del escenario:

- Ambiente:
  - Consultorio de Atención Farmacéutica
- Simuladores/Fantomas:
  - Megacode Kelly
    - Masculino, en decúbito dorsal, en camilla de emergencias, con bata, con monitor cardiaco colocado y con acceso de vía periférica listo.
  - Paciente estandarizado
    - Actriz/Actor
- Utilería:
  - La que se encuentra en cualquier consultorio médico y/o sala de hospitalización.
- Tratamientos disponibles:
  - Las que el participante requiera

## TERCERA PARTE: ESCENARIO DE SIMULACIÓN CLÍNICA

- Escenario clínico:

<i>Ficha de identificación</i>	Masculino. Rodolfo Mata Fuentes 56 años, fecha de nacimiento 12 de febrero. Número de identificación 1-0414-9543 Nacido en el Hospital Calderón Guardia. Vecino de Curridabat Casado Pensionado
<i>Antecedentes personales patológicos (APP)</i>	- Diabetes: Diagnosticado hace 10 años, en control con Insulina Degludec 10u/día SC
<i>Antecedentes personales no patológicos (APnP)</i>	Fumado (-) Alcohol (-) Toxicomanías: niega. Alergias: niega. Esquema de vacunas al día.

	Sedentario Peso: 107kg
<i>Antecedentes quirúrgicos (AQX)</i>	Niega.
<i>Antecedentes ginecológicos y obstétricos (AGO)</i>	No aplica.
<i>Antecedentes hereditarios y familiares (AHF)</i>	No reporta
<i>Motivo de consulta</i>	Despacho de receta por diagnóstico antidepresivo- Depresión Moderada
<i>Salón</i>	Farmacia
<i>Configuración de Signos Vitales</i>	PA: 120/90mmHg. FC: 90lpm. Temp: 37°C. FR: 16rpm. Sat O2: 98%
<i>Laboratorios</i>	No aplica
<i>Impresión diagnóstica</i>	No aplica
<i>Tratamiento</i>	Insulina Degludec 10UI c/día SC

- Narrativa del caso:

Paciente llega al servicio de farmacia comunitaria para la compra de un medicamento, dicha receta indica:

Fluoxetina 20mg/día VO AM  
# 90

El estudiante debe proporcionar un abordaje farmacoterapéutico con estrategias de manejo del despacho de los fármacos antidepresivos basado en el protocolo proporcionado. Dándole educación, fomentando un seguimiento al paciente sobre el medicamento y promoviendo la adherencia.

**CUARTA PARTE: ANEXOS**

- Anexo 1 - Instrumento de evaluación y check list.

Fecha:

Curso:

Docente:

Estudiante:

Tema:

	SI	NO
Se presenta con el paciente.		
Genera una adecuada relación farmacéutico – paciente y farmacéutico – profesional de la salud		
- Se maneja una buena comunicación entre el equipo para la toma de decisiones		
Realiza el análisis del de la situación clínica que se le presenta		
Se basa en el protocolo proporcionado para la toma de decisión		
- Para el uso adecuado del medicamento		
Se realiza un manejo correcto para el abordaje del paciente		
- Al Realizar el despacho del medicamento		
Identifica los puntos clave para el correcto abordaje del paciente		
Realiza recomendaciones farmacéuticas con respecto al medicamento que quiere comprar:		
- Importancia del uso adecuado y responsable del medicamento		
- Indicaciones farmacológicas		
- Efectos adversos de los medicamentos		
- Contraindicaciones o precauciones		
Medidas no farmacológicas		

Por favor marque con una “X” el valor numérico que representa cada criterio según su opinión; será útil para conocer la necesidad de implementación del protocolo en farmacias de Comunidad.

**Para el Criterio 1**

<b>1</b> <b>Muy Malo</b>	<b>2</b> <b>Malo</b>	<b>3</b> <b>Regular</b>	<b>4</b> <b>Muy Bueno</b>	<b>5</b> <b>Excelente</b>
-----------------------------	-------------------------	----------------------------	------------------------------	------------------------------

**Para el Criterio 2**

<b>1</b> <b>Muy De acuerdo</b>	<b>2</b> <b>De Acuerdo</b>	<b>3</b> <b>Neutro</b>	<b>4</b> <b>En Desacuerdo</b>	<b>5</b> <b>En Desacuerdo</b>
-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------	----------------------------------	----------------------------------

	1- Criterio	Evaluación				
		Muy Malo	Malo	Regular	Muy Bueno	Excelente
1.	¿Cómo calificaría usted el protocolo?					
2.	Cómo calificaría su experiencia completa utilizando el protocolo en su ejercicio profesional					
3.	Cómo calificaría usted la intervención del farmacéutico utilizando dicho protocolo					
	2- Criterio	Evaluación				
		Muy De acuerdo	De Acuerdo	Neutro	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo
1.	¿Considera el protocolo una herramienta necesaria para farmacias de comunidad?					
2.	¿Considera que es un protocolo de fácil uso?					
3.	¿Considera usted que habrá un mejor abordaje de pacientes depresivos si se aplicara este protocolo en todas las farmacias de comunidad?					
4.	¿Recomendaría usted el protocolo a otros colegas?					
5.	¿Considera usted que el utilizar el protocolo aumentaría sus habilidades para abordaje de dichos pacientes?					

6.	¿Considera usted que el protocolo le da un aporte positivo al rol como farmacéutico de comunidad?					
7.	¿Considera altas las probabilidades para que usted lo aplique en su diario vivir como farmacéutico de comunidad?					


**FAVOR ANOTAR TODAS SUS OBSERVACIONES, RECOMEDACIONES Y/O COMENTARIOS.**

#### Anexo 4. Escala evaluativa de habilidades cognitivas y metacognitivas

<b>CRITERIO COGNITIVO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO IDENTIFICADO</b>
<b>Solución de problemas</b>			
1. Resuelve con facilidad alguna dificultad al utilizar el protocolo.			
2. Demuestra organización de Ideas.			
3. Brinda soluciones al paciente.			
<b>Toma de Decisiones</b>			
1. Escoge la mejor alternativa para el paciente.			
2. Realiza un análisis o evaluación de la situación.			
3. Brinda respuestas justificadas al paciente.			
<b>Pensamiento Crítico</b>			
1. Entiende significados estipulados en el protocolo.			
2. Se enfoca en realizar un análisis de la situación presentada.			
3. Brinda razones fundamentadas en pruebas teóricas o de conocimiento.			
<b>Pensamiento Creativo</b>			
Crea nuevas ideas para mejora del protocolo.			
Brinda información extra al paciente.			
Otorga información técnica, como información de los medicamentos.			
<b>Pensamiento Avanzado</b>			
Busca información extra para aplicar el protocolo.			
Evalúa diferentes posibilidades de solución para el paciente.			
Aplica la teoría aprendida en la situación que se le presenta con el paciente.			
<b>CRITERIO METACOGNITIVO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO IDENTIFICADO</b>
El estudiante indica que ha aprendido con el protocolo algo nuevo.			
Indica cómo comprendió los conceptos nuevos.			
El estudiante comenta para qué le sirve lo que aprendió nuevo.			
El estudiante hace referencia a que otras ocasiones podría utilizar lo aprendido.			
<b>Evaluación del Escenario</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO IDENTIFICADO</b>
Se presenta con el paciente.			
Genera una adecuada relación farmacéutico-paciente y farmacéutico-profesional de la salud.			
Se maneja una buena comunicación para la toma de decisiones.			
Realiza el análisis de la situación clínica que se le presenta.			
Se basa en el protocolo proporcionado para la toma de decisión.			
Se realiza un manejo correcto para el abordaje del paciente.			

Identifica los puntos clave para el correcto abordaje del paciente.			
Realiza recomendaciones farmacéuticas con respecto al medicamento que quiere comprar: <ul style="list-style-type: none"><li>- Importancia del uso adecuado y responsable del medicamento.</li><li>- Indicaciones farmacológicas.</li><li>- Efectos adversos del medicamento.</li><li>- Contraindicaciones o precauciones.</li><li>- Medidas no farmacológicas.</li></ul>			

## Anexo 5. Primera propuesta de protocolo para validación


	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 1 de 11</b>

<p>ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO <b>FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA</b></p>
---

### INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la depresión es un tema en que las cifras de las personas que la sufren van en aumento. Existen diversas circunstancias que atacan el estado psíquico del ser humano, como lo son el estrés laboral, la falta de comunicación, el desempleo, las finanzas personales y familiares y la pandemia por el SARS-COV-2. El manejo de la depresión debe considerarse como cualquier otra patología, y atacarse desde tempranos signos de la misma, ya que el manejo farmacoterapéutico ayuda a la resolución o mejora del estado anímico, evitando que exista una mayor incidencia en suicidios.

En razón de lo anterior, es que se crea el protocolo de atención a estos pacientes, ya que la mayoría de las veces acuden a la farmacia comunitaria como principal centro de salud a solicitar ayuda, buscando el consejo farmacéutico como primera opción. El regente farmacéutico es considerado un profesional en salud conocedor de los medicamentos; sin embargo, es un profesional que tiene a su cargo la atención farmacéutica, en la cual uno de sus apartados incluye la relación médico-farmacéutico, así como la capacidad de fomentar la adherencia terapéutica con un correcto seguimiento farmacológico.

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 2 de 11</b>

<b>ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA</b>
--

### **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Todas las farmacia de comunidad privadas en el territorio nacional.


### **OBJETIVO**

Promover el rol del farmacéutico como profesional de salud, para la atención temprana de pacientes depresivos, fomentando, así, el abordaje de dicha patología y adherencia al tratamiento.

### **MARCO TEÓRICO**

Según la OMS, la depresión es la cuarta enfermedad que genera mayor carga a nivel mundial, que está marcada por distintos factores sociales, económicos, familiares, personales, entre otros. El trastorno de la depresión es definido por National Institute of Mental Health como: “Trastorno del estado de ánimo que causa síntomas de angustia, que afectan cómo se siente, piensa y coordina actividades diarias, como dormir, comer o trabajar”. (p. 2).

Así mismo Chéry y Mitchell (2010), mencionan el trastorno de la depresión como la caracterización en cambio de humor, conducta, algunos sentimientos de culpa, o desesperanza profunda. Los Autores hacen hincapié en la diferencia que existe entre la tristeza normal, y la tristeza profunda y constante; a esta tristeza profunda y constante es a la que se le denomina depresión, a la cual se le adjudica sentimientos de desesperación, de soledad, pérdida de la concentración, agitación y autodesprecio.


	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 3 de 11</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**

Un tratamiento para la depresión tiene como objetivo, como cualquier otra enfermedad, la remisión de los síntomas, así como el evacuar a tiempo cualquier otro síntoma asociado a otra patología resultado de la depresión; además, tiene propósitos de carácter preventivo, para evitar recaídas. Uno de los principales intereses a nivel de tratamiento es reconocer la severidad del caso para denotar cuál es el de elección; se inicia con modalidades de psicoterapia, farmacológica, o una combinación de ambas. (Calvo *et al.*, 2014).

Las alternativas antidepresivas normalmente están destinadas para pacientes con trastorno depresivo moderado a severo, y según sea el caso para pacientes con depresión leve, pero esta última es una minoría. Hoy en día, los fármacos para tratar la depresión cuentan con un común denominador, y es el ejercer su acción terapéutica sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final siempre será la regulación de los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina). El incremento de la disponibilidad de los neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación que se anda buscando con los antidepresivos. (Pérez, 2017).


La efectividad clínica para el tratamiento de la depresión se ha visto altamente limitada y afectada por la falta de adherencia por parte del paciente. La OMS señala que en países desarrollados la tasa de adherencia alcanza un 50%, lo cual es un dato preocupante, porque esta cifra muestra el alarmante nivel de falla terapéutica; esto se ve como un problema prioritario de salud pública que va en aumento, generando, además de incidencias altas depresivas, altos costos sanitarios. (Gaviria, Martínez, Martínez, Ospina y Urrego, 2017).

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 4 de 11</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**

La atención farmacéutica tiene grandes alcances y cubre muchos aspectos del profesional. Sin embargo, sus principales objetivos siempre van dirigidos hacia un mismo camino, los cuales son: mejorar la calidad de la vida del paciente, eliminar o reducir síntomas o dolencias, prevención de futuras sintomatologías o enfermedades, así como recaídas. La intervención del farmacéutico requiere de una relación cercana con el médico que realiza el diagnóstico; esta intervención del farmacéutico de comunidad hace responsable al profesional en la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionada con la Medicación (PRM). Los problemas relacionados con los medicamentos deben realizarse de forma continua, sistematizada, y deben estar documentados, todo esto con colaboración del propio paciente y los profesionales de salud involucrados. (Salazar, González y Amariles, 2014).

Un protocolo debe garantizar la solución a problemas al ser puestos en práctica, ya que, al formular o al aplicar un protocolo, este debe ser confiable, sencillo, completo, en la medida de lo posible breve, y lo más importante: actualizado. Este último es de gran relevancia, ya que el mundo gira constantemente y lo hace muy rápido, con lo cual todos los días existen asuntos nuevos, surgen nuevos cambios y nuevas situaciones, que obligan a establecerse estas actualizaciones para la seguridad y mejoramiento. Los protocolos deben estar adecuados o adaptados a cada necesidad, a cada situación, a cada ejercicio profesional, con la finalidad de no generalizar su uso en cada uno de los diferentes espacios profesionales existentes. (Carrasco Vera, 2019).

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 5 de 11</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**

## **PROCEDIMIENTO**

1. Ingreso del paciente al Servicio de Farmacia
2. Visualización de síntomas depresivos o consulta, por parte del paciente, por atención para la depresión. AL ingresar una persona a la farmacia con lo anterior, normalmente busca ser atendida por el farmacéutico. (Revísese la lista de posibles síntomas al final, en el anexo 1).
3. El farmacéutico debe ser quien realice la primera conversación con este paciente; debe realizar una pequeña intervención con una entrevista o cuestionario cortos, para obtener más información acerca de lo que está sucediendo o expresando el paciente, para poder distinguir si es depresión o ansiedad.


**3.1** Se debe tener claro, si es la persona que consulta quien tiene los síntomas de depresión, o si es otra persona (el cuidador, amigo familiar)

**3.2.** Indagar más acerca de los síntomas que se presenten. Es importante conocer la duración, a través de preguntas como: ¿Hace cuánto se siente de esa manera? ¿Ha pasado algún episodio que lo haya llevado a esta situación? ¿Alguna vez antes se ha sentido de esa manera? ¿Ha asistido donde algún médico o psicólogo antes? ¿Ha tomado tratamiento para los síntomas que presenta? ¿Padece de alguna enfermedad?

4. . En este punto, el farmacéutico puede deducir si se considera Ansiedad.

5. En caso de que se considere depresión:

**5.1** Luego de que se haya identificado como un posible cuadro depresivo, realizar una entrevista de valoración más a profundidad, conocer si es por algún efecto

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 6 de 11</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**


secundario de algún medicamento, si es PRM (Problema Relacionado con Medicamentos) o RNM (Resultados Negativos asociados a la Medicación).

**5.1.1** Si es un problema relacionado con PRM o RNM; por ejemplo, administración errónea del medicamento, errores en prescripción, medicamento no necesario, ineffectividad, el farmacéutico debe educar al paciente con todo lo que respecta al medicamento señalado.

**5.2** El farmacéutico debe conocer la duración de los síntomas consultados o visualizados, ya que con esto puede obtener una idea de la probabilidad de síntomas menores o mayores, y poder derivarlos, ya sea al profesional en Psicología o al médico psiquiatra para un diagnóstico médico

**5.3** Existencia de otros síntomas o signos; en esta parte el farmacéutico se centra en descartar que existan otros síntomas que puedan aumentar el riesgo en la salud mental o física. En caso que los síntomas sean graves, o la situación se visualice complicada, se deberá llamar al 911, en caso que la persona esté en riesgo.

**6.** En caso de que, al realizar las indagaciones, el farmacéutico conciba que ya es una persona con un diagnóstico por parte de un médico, como depresión, el farmacéutico debe indagar acerca de los medicamentos que toma, cómo los toma, hace cuánto, para poder confirmar que ha habido adherencia terapéutica o no, así como para descartar PRN o RN

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 7 de 11</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**


**6.1** Si es un paciente que no ha tenido adherencia terapéutica, el farmacéutico debe educarlo sobre los medicamentos, y la importancia que se debe seguir al pie de la letra.

**6.1.1** El farmacéutico le brindará información exacta del medicamento al paciente; además, le otorgará información por escrito acerca del medicamento que está consumiendo la persona, y pondrá sobre alerta al médico tratante.

**7.** Si es un paciente que llega con una receta para compra de medicamento depresivo:

**7.1** El farmacéutico deberá realizar una conversación con el paciente, para conocer hace cuánto lo toma o si es la primera vez.

**7.1.2** En caso que no sea su primera vez, conocer cómo se ha sentido en el tiempo que lleva de tomarlo, y consultarle si “conoce” su medicamento (dosis, indicaciones, posibles efectos secundarios). Además, se le solicitará al paciente algún medio de contacto (teléfono, correo electrónico), con el fin de poder otorgarle un servicio de seguimiento farmacológico, ya que el farmacéutico llevará una agenda de estos pacientes. Con esta información, el médico estaría llamándolos o comunicándose, para saber cómo han llevado el tratamiento, si han tomado su medicamento, si han tenido efectos secundarios, si hay reducción de síntomas.

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 8 de 11</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**

**7.1.3** Si es la primera vez que llega a comprarlo, porque recién fue diagnosticado con depresión, es importante que el farmacéutico obtenga información personal del paciente, para poder dar un seguimiento farmacológico y fomentar la adherencia terapéutica.

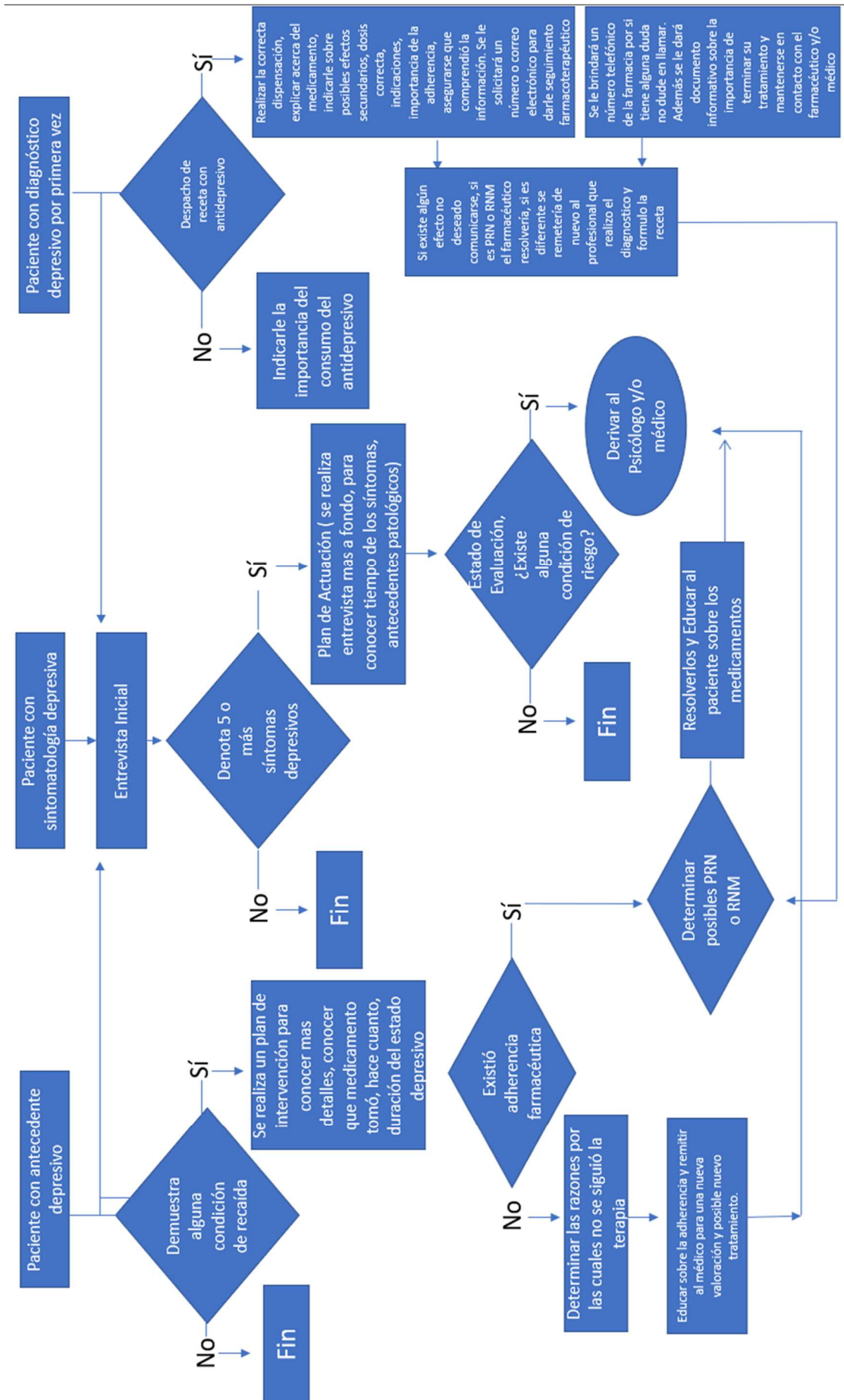
**7.1.3.1** El farmacéutico tendrá un documento, donde llenará toda la información del paciente, así como ofrecerle el servicio de atención farmacéutica. Si el paciente no accede al ATENFAR, el farmacéutico le solicitará algún medio de contacto (teléfono, correo electrónico), con el fin de poder otorgarle un servicio de seguimiento farmacológico, ya que el farmacéutico llevará una agenda de estos pacientes. Con esta información, el farmacéutico estaría llamándolo o comunicándose para saber cómo ha llevado el tratamiento, si ha tomado su medicamento, si ha tenido efectos secundarios, si hay reducción de síntomas.

**7.2** Para todos los pacientes a quienes les han sido despachados medicamentos antidepresivos, el farmacéutico brindará información sobre las vías de comunicación hacia la farmacia, ya sean teléfono de la farmacia, correo electrónico, WhatsApp, Facebook, con el fin de que, si tienen alguna duda con la indicación de cómo tomar el

medicamento, llamar de inmediato, así como algún efecto secundario no deseado, o por consiguiente, cualquier duda que tenga al respecto.

- 8.** En la farmacia de comunidad se debe tener información actualizada sobre la depresión, para información del paciente, con el fin de que esté informado y tenga una detección temprana.

DIAGRAMA




## ANEXO 1

<b>Lista de Síntomas Depresivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.</li> <li>▪ Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día o casi cada día.</li> <li>▪ Pérdida de peso importante, o pérdida o aumento del apetito casi todos los días.</li> <li>▪ Insomnio o somnolencia (sueño excesivo),</li> <li>▪ Inquietud o lentitud,</li> <li>▪ Fatiga o pérdida de energía.</li> <li>▪ Agitación o retraso psicomotor.</li> <li>▪ Sentimientos de inutilidad.</li> <li>▪ Disminución de la capacidad de concentración, indecisión.</li> <li>▪ Pensamientos recurrentes sobre la muerte, ideas suicidas.</li> <li>▪ Mialgias.</li> <li>▪ Llanto con facilidad.</li> <li>▪ Irritabilidad.</li> <li>▪ Desesperanza.</li> <li>▪ Desesperación.</li> <li>▪ Sentimientos de culpa.</li> <li>▪ Baja Autoestima.</li> </ul>
<b>Duración de Síntomas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Depresión breve recurrente:</b> duración de 2-13 días por lo menos una vez al mes durante un mínimo de 12 meses.</li> <li>▪ <b>Episodio depresivo de corta duración (4-13 días):</b> de 4-8 síntomas de episodios de depresión mayor, y dura alrededor de 4 días, pero menos de 14 días.</li> <li>▪ <b>Episodio depresivo con síntomas insuficientes:</b> duración de mínimo de dos semanas.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia, basado en: DSM-V (2013).

## Anexo 6. Resultado del protocolo final luego de validación


	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 1 de 17</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**

### INTRODUCCIÓN

Hoy en día la depresión es un tema que las cifras de las personas que la sufren van en aumento; existen diversas circunstancias que atacan el estado psíquico del ser humano, como lo son el estrés laboral, la falta de comunicación, el desempleo, las finanzas personales y familiares y la pandemia por el SARS-COV-2. El manejo de la depresión debe considerarse como cualquier otra patología y atacarse desde tempranos signos de la misma, ya que el manejo farmacoterapéutico ayuda a la resolución o mejora del estado anímico, evitando que exista una mayor incidencia en suicidios.

En razón de lo anterior, es que se crea el protocolo de atención a estos pacientes, ya que la mayoría de las veces acuden a la farmacia comunitaria como principal centro de salud a solicitar ayuda, buscando el consejo farmacéutico como primera opción. El regente farmacéutico es considerado un profesional en salud conocedor de los medicamentos, mas, sin embargo, es un profesional que tiene a su cargo la atención farmacéutica, en la cual uno de sus apartados incluye la relación Médico-farmacéutico, así como la capacidad de fomentar la adherencia terapéutica con un correcto seguimiento farmacológico.

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 2 de 17</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**

### **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Todas las farmacias de comunidad privadas en el territorio nacional.


### **OBJETIVO**

Promover el rol del farmacéutico como profesional de salud para la atención temprana de pacientes depresivos, fomentando, así, el abordaje de dicha patología y adherencia al tratamiento.

### **MARCO TEÓRICO**

Según la OMS, la depresión es la cuarta enfermedad que genera mayor carga a nivel mundial, que está marcada por distintos factores sociales, económicos, familiares, personales, entre otros. El trastorno de la depresión es definido por National Institute of Mental Health como: “Trastorno del estado de ánimo que causa síntomas de angustia, que afectan cómo se siente, piensa y coordina actividades diarias, como dormir, comer o trabajar”. (p. 2).

Así mismo, Chéry y Mitchell (2010) mencionan el trastorno de la depresión como la caracterización en cambio de humor, conducta, algunos sentimientos de culpa, o desesperanza profunda. Los autores hacen hincapié en la diferencia que existe entre la tristeza normal, y la tristeza profunda y constante; a esta tristeza profunda y constante es a la que se le denomina depresión, a la cual se le adjudican sentimientos de desesperación, de soledad, pérdida de la concentración, agitación y autodesprecio.


	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 3 de 17</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**

Un tratamiento para la depresión tiene como objetivo, como cualquier otra enfermedad, la remisión de los síntomas, así como el evacuar a tiempo cualquier otro síntoma asociado a otra patología resultado de la depresión; además, tiene propósitos de carácter preventivo, para evitar recaídas. Uno de los principales intereses a nivel de tratamiento es reconocer la severidad del caso para denotar cuál es el de elección; se inicia con modalidades de psicoterapia, farmacológica, o una combinación de ambas. (Calvo *et al.*, 2014).

Las alternativas antidepresivas, normalmente, están destinadas para pacientes con trastorno depresivo moderado a severo, y según sea el caso para pacientes con depresión leve, pero esta última es una minoría. Hoy en día, los fármacos para tratar la depresión cuentan con un común denominador, y es el ejercer su acción terapéutica sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final siempre será la regulación de los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina). El incremento de la disponibilidad de los neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación que se anda buscando con los antidepresivos. (Pérez, 2017).


La efectividad clínica para el tratamiento de la depresión se ha visto altamente limitada y afectada por la falta de adherencia por parte del paciente. La OMS señala que en países desarrollados la tasa de adherencia alcanza un 50%, lo cual es un dato preocupante, porque esta cifra muestra el alarmante nivel de falla terapéutica; esto se ve como un problema prioritario de salud pública que va en aumento, generando, además de incidencias altas depresivas, altos costos sanitarios. (Gaviria, Martínez, Martínez, Ospina y Urrego, 2017).

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 4 de 17</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**

La atención farmacéutica tiene grandes alcances y cubre muchos aspectos del profesional. Sin embargo, sus principales objetivos siempre van dirigidos hacia un mismo camino, los cuales son: mejorar la calidad de la vida del paciente, eliminar o reducir síntomas o dolencias, prevención de futuras sintomatologías o enfermedades, así como recaídas. La intervención del farmacéutico requiere de una relación cercana con el médico que realiza el diagnóstico; esta intervención del farmacéutico de comunidad hace responsable al profesional en la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM). Los problemas relacionados con los medicamentos deben realizarse de forma continua, sistematizada, y deben estar documentados, todo esto con colaboración del propio paciente y los profesionales de salud involucrados. (Salazar, González y Amariles, 2014).


Un protocolo debe garantizar la solución a problemas al ser puestos en práctica, ya que, al formular o al aplicar un protocolo, este debe ser confiable, sencillo, completo, en la medida de lo posible breve, y lo más importante: actualizado. Esto último es de gran relevancia, ya que el mundo gira constantemente y lo hace muy rápido, con lo cual todos los días existen cosas nuevas; surgen nuevos cambios y nuevas situaciones, que obligan a establecerse estas actualizaciones para la seguridad y mejoramiento. Los protocolos deben estar adecuados o adaptados a cada necesidad, a cada situación, a cada ejercicio profesional, con la finalidad de no generalizar su uso en cada uno de los diferentes espacios profesionales existentes. (Carrasco Vera, 2019).

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 5 de 17</b>

<b>ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA</b>
--

## PROCEDIMIENTO

1. Ingreso del paciente al Servicio de Farmacia.
2. Entrevista de rutina, para conocer el motivo de consulta.
3. Determinar si es un paciente con cinco o más síntomas depresivos (revítese la lista de posibles síntomas al final en el anexo 1), si es un paciente con antecedentes depresivos, o si es un paciente que llega con un diagnóstico por primera vez de depresión.
4. Si se visualizan los síntomas depresivos, o existe consulta por parte del paciente por atención para la depresión.
5. El farmacéutico debe ser quien realice la primera conversación con este paciente; debe realizar una pequeña intervención con una entrevista o cuestionario cortos, para obtener más información acerca de lo que está sucediendo o expresando el paciente, para poder distinguir si es depresión, o ansiedad.
  - 5.1 Se debe tener claro si es la persona que consulta quien tiene los síntomas de depresión o si es otra persona (el cuidador, amigo familiar).
  - 5.2 Indagar más acerca de los síntomas que se presenten, Es importante conocer la duración, a través de preguntas como: ¿Hace cuánto se siente de esa manera? ¿Ha pasado algún episodio que lo haya llevado a esta situación? ¿Alguna vez antes se ha sentido de esa manera? ¿Ha asistido donde algún médico o psicólogo antes? ¿Ha tomado tratamiento para los síntomas que presenta? ¿Padece de alguna enfermedad?
6. . En este punto, el farmacéutico puede deducir si se considera Ansiedad. (Véanse anexos 2 y 3).
7. En caso de que se considera depresión:

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 6 de 17</b>


<b>ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA</b>
--

7.1 Luego de que se haya identificado como un posible cuadro depresivo, realizar una entrevista de valoración más a profundidad, conocer si es por algún efecto secundario de algún medicamento, si es PRM (Problema Relacionado con Medicamentos) o RNM (Resultados Negativos asociados a la Medicación).

7.1.1 Si es un problema relacionado con PRM o RNM; por ejemplo, administración errónea del medicamento, errores en prescripción, medicamento no necesario, ineffectividad, el farmacéutico debe educar al paciente con todo lo que respecta al medicamento señalado.

7.2 El farmacéutico debe conocer la duración de los síntomas consultados o visualizados, ya que con esto puede obtener una idea de la probabilidad de síntomas menores o mayores, y poder derivarlos, ya sea al profesional en Psicología o al médico psiquiatra para un diagnóstico médico.

7.3 Existencia de otros síntomas o signos; en esta parte el farmacéutico se centra en descartar que existan otros síntomas que puedan aumentar el riesgo en la salud mental o física. En caso de que los síntomas sean graves, o la situación se visualice complicada en el entorno de la farmacia, se deberá intervenir con la escucha atenta para bajar la crisis del paciente, manejar la situación con cautela, no recomendar ningún medicamento y, si es necesario, llamar al 911, en caso de que la persona esté en riesgo.

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 7 de 17</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**

7.4 En caso de que, al realizar las indagaciones, el farmacéutico conciba que ya es una persona con un diagnóstico por parte de un médico, como depresión, el farmacéutico debe conocer acerca de los medicamentos que toma, cómo los toma, hace cuánto, para poder confirmar que ha habido adherencia terapéutica o no, así como para descartar PRN o RNM


7.5 Si es un paciente que no ha tenido adherencia terapéutica, el farmacéutico debe educarlo sobre los medicamentos y la importancia que se debe seguir al pie de la letra.

7.5.1 El farmacéutico le brindará información exacta del medicamento al paciente; además, le otorgará información por escrito acerca del medicamento que está consumiendo la persona, y pondrá sobre alerta al médico tratante.

8. Si es un paciente que llega con una receta para compra de medicamento depresivo:

8.1 El farmacéutico deberá realizar una conversación con el paciente, para conocer hace cuánto lo toma o si es la primera vez.

8.1.2 En caso de que no sea su primera vez, conocer cómo se ha sentido en el tiempo que lleva de tomarlo, y consultarle si “conoce” su medicamento (dosis, indicaciones, posibles efectos secundarios); además, se le solicitará al paciente algún medio de contacto (teléfono, correo electrónico), con el fin de poder otorgarle un servicio de seguimiento farmacológico, ya que el farmacéutico llevará una agenda de estos pacientes y con esta información esta información el farmacéutico estaría llamándolos o comunicándose para

	<b>Protocolo de aplicación en farmacia comunitaria en el abordaje de pacientes depresivos y su tratamiento</b>	<b>Código</b>	
		<b>Página</b>	<b>Página 8 de 17</b>

**ÁREA A LA QUE APLICA EL PROTOCOLO  
FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA**

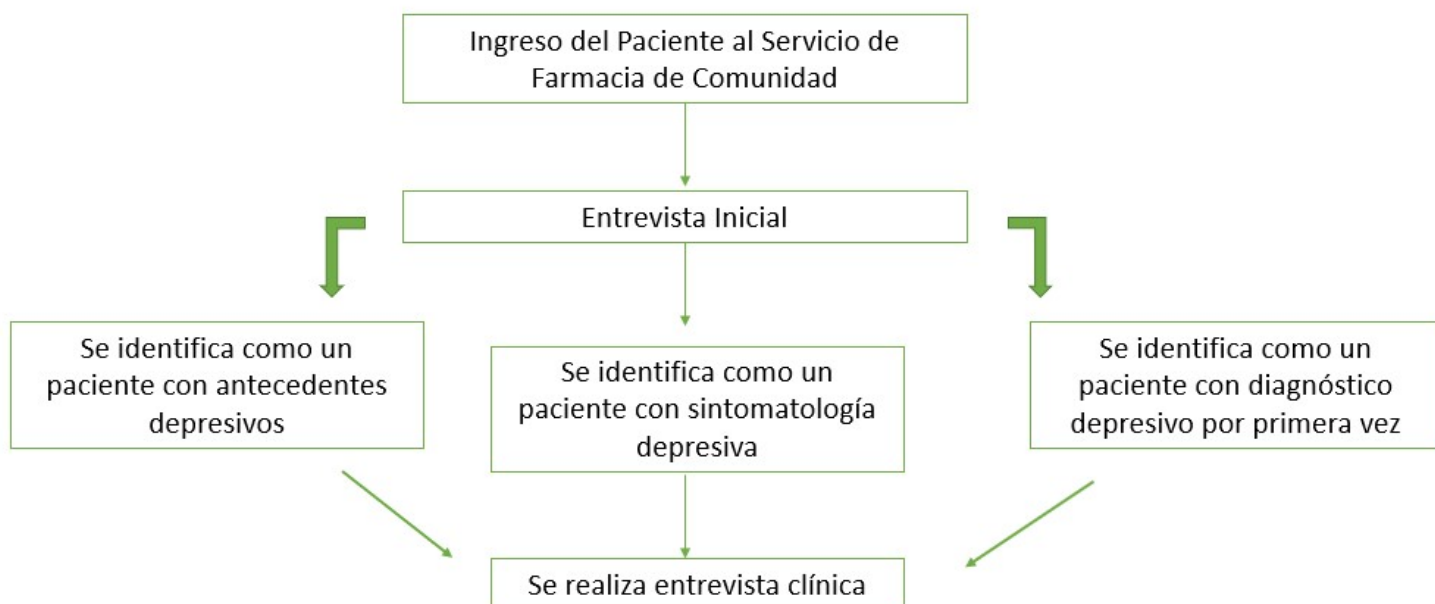
saber cómo ha llevado el tratamiento, si han tomado su medicamento, si han tenido efectos secundarios, si hay reducción de síntomas.

- 8.1.3 Si es la primera vez que llega a comprarlo, porque recién fue diagnosticado con depresión, es importante que el farmacéutico obtenga información personal del paciente, para poder darle un seguimiento farmacológico y fomentar la adherencia terapéutica.
- 8.1.4 El farmacéutico tendrá un documento, donde llenará toda la información del paciente, así como ofrecerle el servicio de atención farmacéutica. Si el paciente no accede al ATENFAR, el farmacéutico le solicitará algún medio de contacto (teléfono, correo electrónico), con el fin de poder otorgarle un servicio de seguimiento farmacológico, ya que el farmacéutico llevará una agenda de estos pacientes. Con esta información el farmacéutico estaría llamándolos o comunicándose para saber cómo han llevado el tratamiento, si han tomado su medicamento, si han tenido efectos secundarios, si hay reducción de síntomas.
- 8.1.5 Para todos los pacientes a quienes les han sido despachados medicamentos antidepresivos, el farmacéutico brindará información sobre las vías de comunicación hacia la farmacia, ya sea el número telefónico del establecimiento, correo electrónico, WhatsApp o Facebook, con el fin de que, si tienen alguna duda con la indicación de cómo tomar el medicamento,

llamar de inmediato, así como algún efecto secundario no deseado, o por consiguiente, cualquier duda que tengan al respecto.

9. En la farmacia de comunidad se debe tener información actualizada sobre la depresión, para información del paciente, con el fin de que esté informado y tenga una detección temprana.

**Diagrama 1. Identificación del tipo de paciente que ingresa a la farmacia de comunidad**

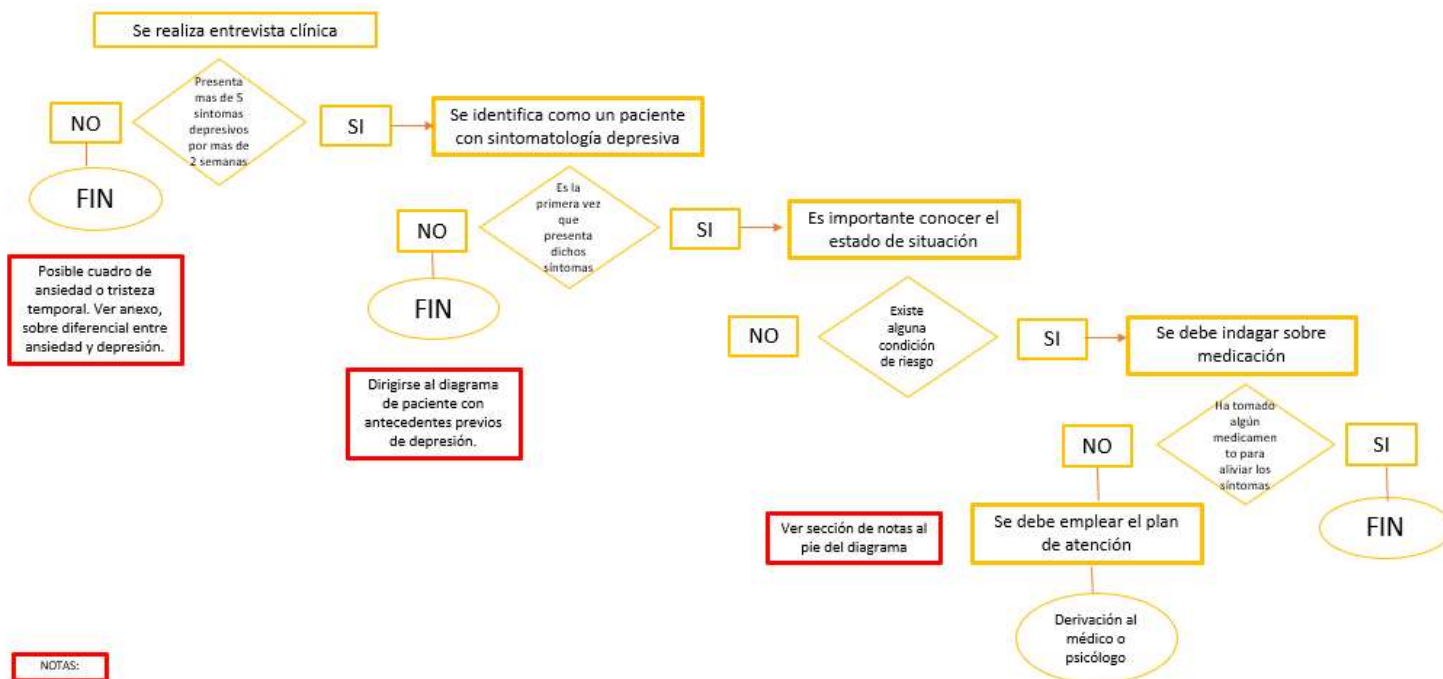


\* Entrevista Inicial: se indaga acerca el motivo de consulta, sobre cuáles son los síntomas que presenta y la duración de los mismos.

\*Entrevista Clínica: se refiere al inicio de intervención del farmacéutico, es una entrevista en la que se indaga sobre mas detalles ( APP-APnP-AHF).

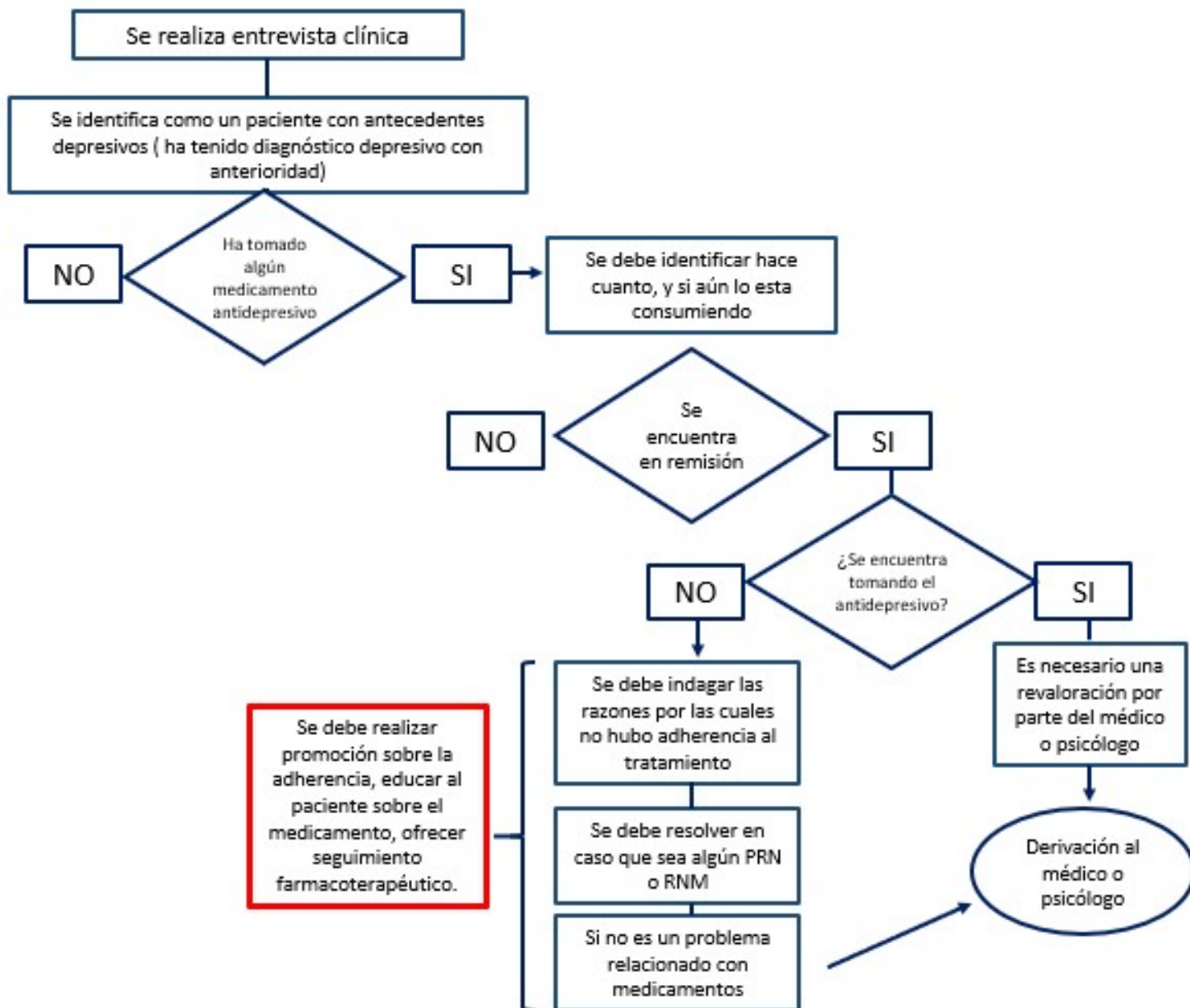
\*Sintomatología depresiva, véase anexo 1.

**Diagrama 2. Paciente identificado con sintomatología depresiva**



- El plan de atención se refiere a la escucha atenta, educación al paciente sobre el estado depresivo, educarlo acerca de la importancia de visitar un especialista en el tema, indicarle que, si le es dado un diagnóstico como tal, se le ofrece el servicio en la farmacia de dispensación de medicamentos, seguimiento y promoción de la adherencia farmacoterapéutica.
- Es importante tomarle los datos de contacto para poderle dar un seguimiento, porque no se puede estar seguro que vaya donde el especialista que se le recomienda, o bien tomarle los datos para referirlo y para ponerlo en contacto con algún especialista conocido.
- Si la persona se siente ofendida, o insiste en que se le brinde un medicamento, es responsabilidad del farmacéutico hacerle llegar que la depresión no es motivo de ofensa y es como cualquier otra patología. En caso de brindarle algún medicamento de venta libre para bajar los síntomas, debe saber que no es lo más adecuado, pero en caso de hacerlo, debe asegurarse que no es un medicamento que pueda aumentarle las ideas suicidas, o aumento de síntomas, ya que existen medicamentos que tienen dichos efectos adversos.

**Diagrama 3. Paciente identificado con antecedentes depresivos**



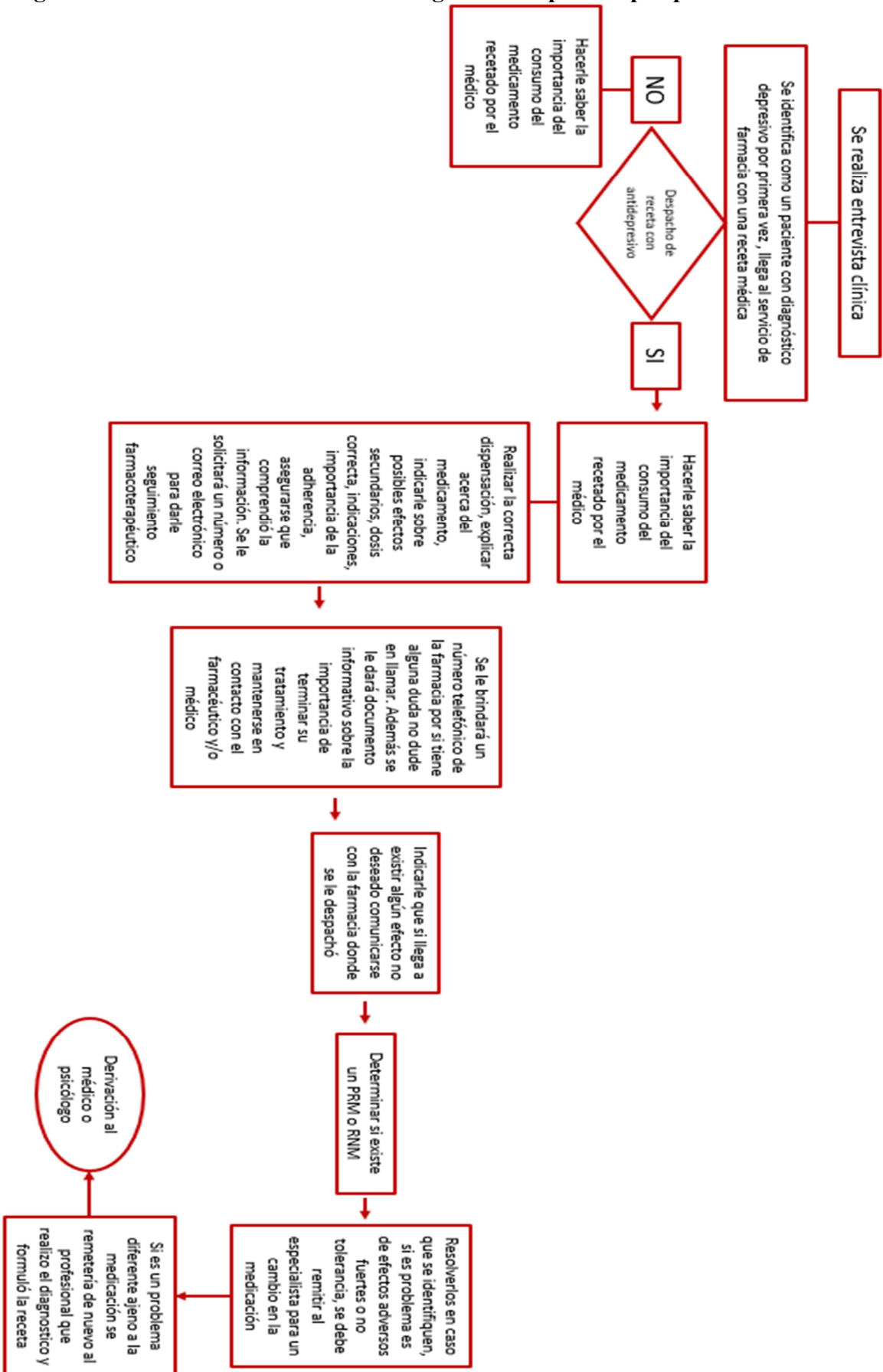
\*PRM: Problema Relacionado con Medicamentos.

\*RNM: Respuesta Negativa a Medicamentos.

\*A pesar de que se debe derivar al especialista, es importante que el farmacéutico haga eco de la importancia de no dejar el tratamiento; debe dar promoción a la salud mental, adherencia y seguimiento.

\*Es importante darle información de contacto de la farmacia, o que él brinde algún número o correo electrónico, para estar en contacto con él, para poderle dar seguimiento, o en su defecto, por si acaso él tiene alguna duda farmacéutica luego de visitar al especialista o antes de tomar la decisión.

Diagrama 4. Paciente identificado con diagnóstico depresivo por primera vez



## Anexo 1. Sintomatología depresiva y duración

Lista de Síntomas Depresivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.</li> <li>▪ Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día o casi cada día.</li> <li>▪ Pérdida de peso importante, o pérdida o aumento del apetito casi todos los días.</li> <li>▪ Insomnio o somnolencia (sueño excesivo).</li> <li>▪ Inquietud o lentitud.</li> <li>▪ Fatiga o pérdida de energía.</li> <li>▪ Agitación o retraso psicomotor.</li> <li>▪ Sentimientos de inutilidad.</li> <li>▪ Disminución de la capacidad de concentración, indecisión.</li> <li>▪ Pensamientos recurrentes sobre la muerte, ideas suicidas.</li> <li>▪ Mialgias.</li> <li>▪ Llanto con facilidad.</li> <li>▪ Irritabilidad.</li> <li>▪ Desesperanza.</li> <li>▪ Desesperación.</li> <li>▪ Sentimientos de culpa.</li> <li>▪ Baja Autoestima.</li> </ul>
Duración de Síntomas
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Depresión breve recurrente:</b> duración de 2-13 días por lo menos una vez al mes durante un mínimo de 12 meses.</li> <li>▪ <b>Episodio depresivo de corta duración (4-13 días):</b> de 4-8 síntomas de episodios de depresión mayor, y dura alrededor de 4 días, pero menos de 14 días.</li> <li>▪ <b>Episodio depresivo con síntomas insuficientes:</b> duración de mínimo de dos semanas.</li> </ul>

**Nota: Elaboración propia, basado en: DSM-V (2013).**

## Anexo 2. Síntomas diferenciales entre ansiedad, depresión y tristeza normal

Síntomas de Ansiedad	Síntomas depresivos	Tristeza normal-pasajera
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor Abdominal.</li> <li>• Diarrea.</li> <li>• Sensación frecuente de orinar.</li> <li>• Mareos.</li> <li>• Cefaleas.</li> <li>• Tensión Muscular.</li> <li>• Respiración Agitada.</li> <li>• Frecuencia Cardíaca irregular.</li> <li>• Sudoración.</li> <li>• Temblores.</li> <li>• Fatiga.</li> <li>• Irritabilidad.</li> <li>• Insomnio.</li> <li>• Miedo.</li> <li>• Vértigos.</li> <li>• Comezón de uñas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Son los relacionados con los sentimientos de culpa o falta de autoestima, caracterizados por la duración de al menos o más de dos semanas.</li> <li>• La intensidad suele ser desproporcionada.</li> <li>• No tiene límite de duración.</li> <li>• Véase el anexo 1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalmente tienen una causa y son de carácter negativo.</li> <li>• El tiempo de aparición es de inmediato.</li> <li>• La duración no suele sobrepasar las dos semanas.</li> <li>• El rendimiento no se ve afectado.</li> </ul>
<p>El diagnóstico como tal le corresponde a un médico o psicólogo, No obstante, dicha tabla brinda las diferencias que pueden guiar al farmacéutico para diferencias entre el estado de ánimo de tristeza normal, o la ansiedad. Como se puede denotar, la clave está en la duración de los síntomas, y que, en la ansiedad, normalmente, se ven los síntomas ligados a reacciones fisiológicas del cuerpo.</p> <p>Referencias:</p> <p><b>Mingote, Gálvez, Cuadrado y Gutiérrez (2009).</b></p> <p><b>DSM-V (2013).</b></p>		

**Elaboración propia (2020).**

### Anexo 3. Ejemplo de preguntas para diferenciar entre ansiedad y depresión

<p><b>Ansiedad</b></p> <p>Ha experimentado preocupación por su salud en los últimos días.</p> <p>Ha tenido dolencias físicas (dolor de cabeza, pesadez).</p> <p>Se ha sentido irritado.</p> <p>Ha estado o ha experimentado excitación nerviosa.</p> <p>Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: fisiológicos: diarreas, sudoración, mareos, náuseas, hormigueos.</p> <p>¿Ha experimentado insomnio? ¿Ha sido duradero?</p> <p>¿Sabe la razón por la cual se siente así?</p>
<p><b>Depresión</b></p> <p>¿Se ha sentido con poca energía?</p> <p>¿Ha perdido el interés por lo que antes le gustaba?</p> <p>¿No siente confianza en usted mismo?</p> <p>¿Ha tenido sentimientos de desesperanza?</p> <p>¿Ha tenido problemas de concentración?</p> <p>¿Ha perdido el apetito?</p> <p>¿Siente usted que todas las mañanas amanece peor?</p> <p>¿Se ha sentido enlentecido?</p> <p>¿Hace cuánto tiempo comenzó a sentirse de esa manera?</p>
<p>*Es importante hacer énfasis nuevamente en que el diagnóstico no le corresponde al farmacéutico; sin embargo, estas son guías de apoyo para una posible detección temprana, y poder derivar al especialista en diagnosticar la depresión.</p>

**Elaboración propia (2020), basado en la escala Goldberg.**

## REFERENCIAS

Calvo, D., Lomba, P., Nuñez, A., Broche, L. y Viña G. (2014). La depresión. Boletín información terapéuticas para la APS. La Habana, Cuba. No.36. Obtenido de: <https://files.sld.cu/cdfc/files/2015/03/boletinaps-septiembre2014-web.pdf>

Carrasco Vera, O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. Revista Médica La Paz, 25(2), pp. 70-77. Obtenido de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200011&lng=es&tlng=es)

García Viniegras C., (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: adaptación cubana. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(1), pp. 88-97. Obtenido de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421251999000100010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000100010&lng=es&tlng=es).

Gaviria García, J., Martínez Domínguez, G., Martínez Sánchez, L., Ospina Sánchez, J. y Urrego Vásquez, A. (2017). Adherencia a los antidepresivos: reto terapéutico para mejores desenlaces clínicos en pacientes con depresión. Universidad Manizales. Archivos de medicina. Vol.17 Núm.1. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273851831016/html/index.html>

Míngote Adán, J.C., Gálvez Herrer, M., del Pino Cuadrado, P. y Gutiérrez García, M.D. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. Medicina y Seguridad del Trabajo, 55(214), pp. 41-63. Obtenido de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465546X2009000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2009000100004&lng=es&tlng=es)

National Institute of Mental Health. (2016). Obtenido de: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/19-mh-8079spdf\\_159009.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/19-mh-8079spdf_159009.pdf)

Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Revista de la Facultad de Medicina (México), 60(5), pp. 7-16. Recuperado en

28 de agosto de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es&tlng=es)

Pierre, M. y Aristil, Ch. (2010). Manual de farmacología básica y clínica. McGraw-Hill. Quinta edición.

Salazar Ospira, A., González Avendaño, S. y Amariles Muñoz P. (2014). Guía de actuación farmacéutica en pacientes con trastorno afectivo bipolar. Editor Grupo Promoción y Prevención Farmacéutica. Universidad de Antioquia. Medellín- Colombia .