

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

ESCUELA DE FARMACIA

**DESARROLLO DE ESCENARIOS Y PRÁCTICAS PARA EL
FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES BLANDAS EN EL
ESTUDIANTE DE FARMACIA, PARA LA ATENCIÓN DEL
ADULTO MAYOR CON DEMENCIA VASCULAR MEDIANTE
LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO TÉCNICA DE MEDIACIÓN
ANDRAGÓGICA**

**MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN FARMACIA**

VALERIA CERDAS ASTÚA

TUTOR: DR. RICARDO SANCHO CALVO

SAN JOSÉ, COSTA RICA, JULIO, 2021

Contenidos

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	18
Planteamiento de Problema	18
Objetivos.....	20
Objetivo General	20
Objetivos específicos.....	20
Justificación.....	20
Antecedentes.....	23
Antecedentes Históricos	23
Antecedentes Internacionales	24
Antecedentes Nacionales.....	25
Proyecciones.....	26
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	28
Demencia.....	28
Definición	28
Tipos de Demencia	28
Alzheimer.	28
Demencia vascular.....	29
Demencia por cuerpos de Lewy.	30
Demencia por degeneración del lóbulo frontal cerebral.....	30
Fisiopatología de la Demencia Vascular	30
Causas de Demencia Vascular.....	32
Impacto de la Demencia Vascular	32
Impacto en el paciente.	33

Impacto en la familia	33
Impacto en el sistema de salud.	33
Criterios Diagnósticos para la Demencia Vascul ar	34
Tratamiento.....	37
Tratamiento Farmacológico.....	37
Tratamiento dirigido hacia las alteraciones neuroconductuales.	37
Tratamiento dirigido hacia la demencia.	39
Tratamiento No Farmacológico.....	42
Programas cognitivo-estimulantes.....	43
Apoyo al paciente y respeto a su dignidad.	43
Rehabilitación física.	44
Apoyo para el cese del fumado y mejora del estilo de vida.	44
Prevención	45
Adherencia al Tratamiento en el Paciente con Demencia Vascul ar	49
Factores que influyen en la adherencia al tratamiento.	49
Enseñanza al Cuidador sobre la Farmacoterapia del Paciente	50
Demencia en Costa Rica.....	50
Situación Actual de la Demencia en Costa Rica	50
Protocolos en Costa Rica sobre demencias.	52
Atención Farmacéutica	54
Concepto.....	54
Habilidades Duras o Técnicas en el Farmacéutico	55
Habilidades Blandas o No Técnicas en el Farmacéutico.....	56
Abordaje al Paciente con Demencia y Educación Farmacéutica a su Cuidador	57
Recomendaciones farmacológicas para el abordaje de HTA en el adulto mayor.	60

Recomendaciones farmacológicas para el abordaje de diabetes en el adulto mayor.	60
Recomendaciones farmacológicas para el cuidado de enfermedades cerebrovasculares en el adulto mayor.	62
Método DÁDER	62
Identificación de PRM.....	63
Seguimiento Farmacoterapéutico	63
Simulación Clínica	64
Definición de Simulación Clínica	64
Andragogía	64
Tipos de Simulación Clínica	65
Evaluación en la Simulación Clínica.....	65
Diseño de Casos Clínicos	65
Guías de Simulación Clínica	66
Rol del Instructor de Simulación.....	66
<i>Prebriefing y Debriefing</i>	67
Ventajas y Desventajas de la Simulación Clínica	68
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	69
Enfoque de la Investigación	69
Diseño de la Investigación.....	69
<i>Fuentes de Información</i>	70
Sujetos	71
Población	71
Muestra	71
Criterios de Exclusión e Inclusión.....	72
Criterios de Inclusión	72

Criterios de Exclusión	72
Unidades de Análisis	73
Instrumentos	74
Proceso de Recolección y Análisis de Datos.....	75
Fase 1. Criterio de Profesionales Relacionados con la Atención al Adulto Mayor con Demencia Vascul ar sobre Tem as de Habilidades Blandas y Aspectos Técnicos-Científicos ante la Toma de Decisiones en Pacientes con Dicha Patología	75
Fase 2. Estructuración de los Casos Clínicos y su Temática en Función de los Criterios Profesionales Recibidos en el Instrumento Aplicado con Google Forms	76
Fase 3. Comunicación con los Estudiantes Interesados en Participar en la Simulación Clínica Mediante Virtualidad	77
Fase 4. Valoración del Desempeño de los Participantes en Cuanto a Aplicación de las Habilidades Blandas y Competencias Técnicas en la Atención Farmacéutica	78
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	79
Fase 1. Análisis del Criterio de Profesionales Relacionados con la Atención al Adulto Mayor con Demencia Vascul ar sobre Tem as de Habilidades Blandas y Aspectos Técnicos-Científicos ante la Toma de Decisiones en Pacientes con Dicha Patología	79
Fase 2. Estructuración de los Casos Clínicos y su Temática en Función de los Criterios Profesionales Recibidos en el Instrumento Aplicado.....	95
Fase 3. Comunicación con los Estudiantes Interesados en Participar en la Simulación Clínica Mediante Virtualidad y Análisis de la Autoevaluación Inicial de Cada Uno de Ellos.....	97
Fase 4. Análisis del Avance de los Participantes en Cuanto a Aplicación de las Habilidades Blandas y Competencias Técnicas en la Atención Farmacéutica Durante los Cuatro Casos de Simulación Clínica	103
Resultados de las Evaluaciones de Cada Estudiante Durante las Cuatro Sesiones Realizadas.....	105
Tema 1. Educación inicial al cuidador y al paciente recientemente diagnosticado con demencia vascular en aspectos terapéuticos (farmacológicos y no farmacológicos).....	105

Tema 2. Atención farmacéutica y educación sobre el cuidado cardiovascular en la demencia vascular y promoción de estilos de vida saludables para evitar el avance rápido de la patología en el paciente.	109
Tema 3. Abordaje de los aspectos de autoestima del paciente con demencia vascular a través de la atención farmacéutica y detección de signos de depresión con tendencia suicida.	112
Tema 4. Fortalecimiento del trabajo interdisciplinario junto a profesionales de Ciencias de la Salud ante un caso de emergencia en un paciente con demencia vascular. ...	115
Análisis de las autoevaluaciones posteriores a la aplicación de los cuatro casos de simulación clínica.....	128
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	136
Conclusiones.....	136
Recomendaciones	137
Al Personal Docente y Administrativo de la Universidad Internacional de las Américas	137
A los Estudiantes de Farmacia	137
A los Próximos Investigadores con Temas Afines.....	138
A las Demás Instituciones Académicas que Forman Profesionales de Ciencias de la Salud	138
REFERENCIAS	139
APÉNDICES	152
Anexo 1. Encuesta Dirigida a Profesionales en Ciencias de la Salud Involucrados con Pacientes con Demencia Vascular.....	152
Anexo 2. Guía Docente de Atención Farmacéutica para el Adulto Mayor con Demencia Vascular.....	157
Anexo 3. Primer Escenario de Simulación Clínica	159

Anexo 3.1 Tabla de cotejo para Evaluar el Desempeño del Estudiante en el Caso Clínico.	164
Anexo 4. Segundo Escenario de Simulación Clínica	165
Anexo 4.1. Tabla de cotejo para Evaluar el Desempeño del Estudiante en el Caso Clínico	170
Anexo 5. Tercer Escenario de Simulación Clínica.....	171
Anexo 5.1. Tabla de cotejo para Evaluar el Desempeño del Estudiante en el Caso Clínico	177
Anexo 6. Cuarto Escenario de Simulación Clínica	178
Anexo 6.1. Tabla de cotejo para Evaluar el Desempeño del Estudiante en el Caso Clínico	183
Anexo 7. Evaluación Dirigida a los Estudiantes de Farmacia que Participarán en el Proyecto, Antes de la Primera Sesión	184
Anexo 8. Autoevaluación Dirigida a los Estudiantes de Farmacia Después de Participar en Cada Sesión de Caso Clínico con Escala de Likert.....	187
Anexo 7. Propuesta de manual dirigido a docentes de la Carrera de Farmacia de Simulación Clínica	189
Descripción de la propuesta.....	189
Glosario de Términos	190

Contenido de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el trastorno neurocognitivo vascular según el DSM-V.	34
Tabla 2. Signos para detectar la depresión en pacientes con demencia	34
Tabla 3. Escala de isquemia de Hachinski	36
Tabla 4. Resumen de fármacos de primera y segunda elección para el tratamiento de alteraciones conductuales	38
Tabla 5. Resumen de medicamentos para el tratamiento de la demencia	41
Tabla 6. Elementos dietéticos que modifican el colesterol y los triglicéridos y alimentos que los contienen	47
Tabla 7. Tipos de demencias registradas. Clínica Memoria HNGG 2007-2013.....	51
Tabla 8. Tipos de demencia, según sexo. Clínica Memoria HNGG 2007-2013.....	51
Tabla 9. Alteraciones neuroconductuales, según tipo de demencia. Clínica Memoria HNGG 2007-2013.	52
Tabla 10. Recomendaciones nutricionales para el paciente y frecuencia de alimentación.	58
Tabla 11. Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en el adulto mayor.	64
Tabla 12. Ventajas y desventajas de la simulación clínica como metodología de aprendizaje	68
Tabla 13. Diseños cualitativos e información que se obtiene de cada uno.	70
Tabla 14. Matriz de conceptualización: investigaciones con enfoque cualitativo.	73
Tabla 15. Temáticas elegidas para las sesiones simuladas.....	77
Tabla 16 Diseño de la estructura a cumplir durante los casos clínicos.	95
Tabla 17. Criterio de los estudiantes sobre los tópicos que deben abordarse durante la formación académica.	103
Tabla 18. Influencia de las costumbres y toxicomanías sobre la progresión de la demencia vascular.	110
Tabla 19. Respuestas de los participantes sobre sus experiencias de simulación después de cada sesión.	129
Tabla 20. Recomendaciones y comentarios de los participantes acerca de las sesiones realizadas.	134
Tabla 21. Glosario del Manual HABSIC.	190

Contenido de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo sobre posibles mecanismos fisiopatológicos subyacentes a la relación entre insomnio y enfermedad cardiovascular	48
Figura 2. Abordaje del personal de salud ante de la espiritualidad en el adulto mayor.	59
Figura 3. Clasificación de los factores que inciden en el estado nutricional para el manejo de enfermedades crónicas en el adulto mayor.....	61
Figura 4. Clasificación de problemas relacionados a medicamentos.	63
Figura 5. Área de profesión de los profesionales encuestados.....	80
Figura 6. Años de experiencia laboral en los profesionales participantes.....	80
Figura 7. Criterio profesional sobre la inclusión de simulación clínica en los planes de estudio de Ciencias de la Salud.	81
Figura 8. Criterio profesional de las habilidades blandas que deberían fortalecerse en estudiantes de farmacia.	82
Figura 9. Criterio profesional de la influencia del uso de habilidades blandas en la probabilidad de conseguir trabajo	83
Figura 10. Criterio profesional de la importancia del fortalecimiento de habilidades blandas en el estudiante de Farmacia para abordar pacientes, cuidadores y compañeros de trabajo.....	84
Figura 11. Criterio farmacéutico de la importancia del conocimiento adecuado por parte del estudiante de farmacia durante su formación profesional con respecto al abordaje farmacoterapéutico de la demencia vascular.....	85
Figura 12. Criterio farmacéutico de la importancia del fortalecimiento a la atención farmacéutica dirigida a los familiares del paciente con demencia vascular	85
Figura 13. Criterio profesional sobre el énfasis que debería darse a que el estudiante de farmacia realice prácticas sobre la correcta comunicación interpersonal con otros profesionales de Ciencias de la Salud.....	87
Figura 14. Criterio profesional sobre capacitar para que sepan brindar instrucciones no farmacológicas (nutrición, estilo de vida, contención emocional, entre otras) al cuidador y al paciente con demencia vascular.	87
Figura 15. Criterio profesional sobre la posibilidad de prevención del suicidio en los adultos mayores si los profesionales en salud son capacitados para actuar rápidamente ante señales de alarma tempranas que indican la presencia de depresión.....	88

Figura 16. Género predominante en la atención a pacientes con demencia vascular según lo indicado por los profesionales consultados.	90
Figura 17. Patologías más comúnmente presentes en los pacientes con demencia vascular atendidos por los profesionales consultados.....	90
Figura 18. Tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado frecuentemente a los pacientes con demencia vascular abordados por los profesionales consultados.	91
Figura 19. Aspectos que según el criterio de los profesionales deben fortalecerse en el actuar de los farmacéuticos.....	92
Figura 20. Criterio profesional de la obligatoriedad del trabajo interdisciplinario para el abordaje de la demencia vascular en adultos mayores.....	93
Figura 21. Criterio profesional de la profesión más óptima para referir a un paciente con demencia vascular.....	94
Figura 22. Apreciación de los estudiantes sobre el abordaje del tema de habilidades blandas en los cursos de su formación académica.	97
Figura 23. Criterio de los participantes sobre la necesidad del abordaje y práctica de habilidades blandas como parte crucial en el comportamiento del farmacéutico.	98
Figura 24. Criterio de los participantes sobre la importancia del fortalecimiento de habilidades blandas desde la formación académica en el trato al paciente, cuidador y compañeros.	98
Figura 25. Opinión de los participantes sobre las habilidades blandas que causan mayor dificultad al aplicarlas.....	99
Figura 26. Criterio de los participantes con respecto a deficiencias de habilidades blandas en sus compañeros (as) de carrera.....	100
Figura 27. Resultados obtenidos de la evaluación de la ejecución del saludo inicial al paciente y acompañante.....	119
Figura 28. Resultados obtenidos de la evaluación de la ejecución de la presentación a sí mismo(a) como farmacéutico (a).....	119
Figura 29. Resultados obtenidos de la evaluación de la ejecución de la consulta al paciente sobre la ayuda que podría brindarle.	120
Figura 30. Resultados obtenidos de la evaluación de la revisión del tratamiento farmacológico por parte de los participantes.	120

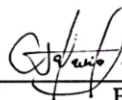
Figura 31. Resultados obtenidos de la evaluación de liderazgo y seguridad en la resolución del caso clínico.....	121
Figura 32. Resultados obtenidos de la evaluación de la comunicación de calidad con empatía y capacidad de escucha.....	122
Figura 33. Resultados obtenidos de la evaluación de la comunicación farmacéutico-paciente...122	122
Figura 34. Resultados obtenidos de la evaluación del pensamiento clínico de los participantes.123	123
Figura 35. Resultados obtenidos de la evaluación del proceder a dar indicaciones farmacológicas de manera sencilla.	124
Figura 36. Resultados obtenidos de la evaluación del proceder a dar indicaciones no farmacológicas.....	124
Figura 37. Resultados obtenidos de la evaluación del proceder a consultar si había alguna duda para aclarar.	125
Figura 38. Resultados obtenidos sobre la evaluación del abordaje emocional al paciente o acompañante.....	126
Figura 39. Resultados obtenidos sobre la evaluación de referirse al paciente por su nombre.	127
Figura 40. Resultados obtenidos sobre la evaluación del apoyo ofrecido al cuidador del paciente.	128
Figura 41. Resultados obtenidos sobre la evaluación del proceder a despedirse.	128
Figura 43. Porcentaje de respuestas en la escala Likert sobre la importancia de fortalecer las habilidades blandas en los escenarios propuestos	131
Figura 44. Porcentaje de respuestas en la escala Likert sobre el nivel de complejidad de la toma de decisiones.	131
Figura 45. Porcentaje de respuestas en la escala de Likert sobre la utilidad de la simulación clínica para la toma de decisiones.....	132
Figura 46. Porcentaje de respuestas en la escala de Likert sobre el nivel de satisfacción al terminar la sesión.	132
Figura 47. Porcentaje de respuestas en la escala de Likert sobre la percepción de mejoría de habilidades blandas y duras.....	133
Figura 48. Porcentaje de respuestas en la escala de Likert sobre el nivel de motivación para profundizar sobre los temas abordados.	133

Declaración jurada

Yo Valeria Cerdas Astúa, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1658-0895 hago constar por medio de este acto y debidamente apercebido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Calificador de mi trabajo de investigación para optar por el grado de licenciatura, en farmacia juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: “Desarrollo de escenarios y prácticas para el fortalecimiento de habilidades blandas en el estudiante de farmacia, para la atención del adulto mayor con demencia vascular mediante la simulación clínica como técnica de mediación andragógica”, es una obra original e inédita que ha respetado todo lo preceptuado por las leyes penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; Artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que pueda considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a 04 días del mes de julio de 2021.

1-1658-0895



Firma y cédula del estudiante

Carta de Revisión Filológica

San José, 14 de julio, 2021

Sres.

Universidad Internacional de las Américas

Estimados Sres.:

Por medio de la presente me permito comunicar que la alumna **VALERIA CERDAS ASTÚA**, cédula de identidad número 1-1658-0895, estudiante de la Universidad Internacional de las Américas, ha solicitado la revisión filológica de la tesis para optar por el grado de Licenciatura en Farmacia denominada: **“DESARROLLO DE ESCENARIOS Y PRÁCTICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES BLANDAS EN EL ESTUDIANTE DE FARMACIA, PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA VASCULAR MEDIANTE LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO TÉCNICA DE MEDIACIÓN ANDRAGÓGICA”**.

Para el efecto, he procedido a revisar aspectos de estructura gramatical, errores de construcción, acentuación, ortografía, puntuación, morfología, sintaxis, edición, estilo y formato, correcciones que se han recomendado incorporar en el presente documento. Además, se ha respetado, a lo largo del trabajo, el estilo propio del autor y su manejo de fuentes, así como el contenido del trabajo. Por ende, considero que está listo para su presentación.

Luis Fernando Montero Bonilla
Filólogo UCR - Carné ACFIL No. 263

Céd. 1-1533-0937

Tel. 8976-3536

e-mail: fseq28@gmail.com / crfilologo@gmail.com

Dedicatoria

Este trabajo final de graduación lo dedico a mi mamá, por ser mi apoyo toda la vida y sacrificar tanto de sí misma de forma incondicional para que yo pudiera llegar hasta aquí. Te admiro muchísimo y te amo con todo mi corazón. Mami, gracias por creer en mis sueños, cuidarme y orar por mí desde que estaba en tu vientre y aún después, siendo una niña frágil y pequeña; por siempre apoyarme en todo lo que quería hacer, siempre pendiente de mí para que estuviera segura y feliz. Ahora mi nombre dirá “doctora” al frente, pero yo seguiré siendo esa misma niña que te busca para contarte todo, para compartir secretos, llorar y celebrar cada vez que algo sale bien.

Mami, aquí está el fruto de esa fe que has tenido en mí. Te dedico este triunfo. Gracias por ser mi ejemplo a seguir y mi amiga de siempre.

Vale

Agradecimientos

Mi agradecimiento es primeramente para Dios, por permitirme culminar con salud y paz mi formación como farmacéutica, tal y como lo soñé y pedí durante muchos años.

Agradezco a mi mamá, por ser una mujer increíble que supo luchar con todas sus fuerzas para que llegara este momento, siendo un gran ejemplo a seguir de perseverancia y fuerza, junto a mi papá, quien ha dado todo de sí mismo desde que tengo memoria por mi bienestar; al igual que mi hermano, Pablo, quien me acompañó en todo este proceso con apoyo y amor incondicional, siempre pendiente de mí, cuidándome y escuchándome. Los amo muchísimo, este logro nos pertenece a los cuatro.

También a mi abuelita Isabel y a mi tía Zahyra, dos mujeres muy importantes que han dado amor toda la vida, han sido muy atentas y me han hecho saber que todo va a estar bien mediante cuidados que llegaron a ser maternos. Las amo mucho a las dos. Agradezco a Adriana, por creer en mí desde el inicio de este camino académico en 2001, al ser tan solo una niña; apoyándome en los momentos de mayor necesidad para poder seguir adelante y estar presente de una forma u otra, siendo siempre una mujer a quien siempre he admirado.

Gracias a Fernando, por estar en mi vida y por tener paciencia para que culminara esta etapa universitaria a su lado, haciéndome sentir amada en el proceso con cada palabra de apoyo; por todos los cuidados y amor aún en los detalles más pequeños como esperarme hasta tarde con mi cappuccino favorito a las 9:00 p.m., con abrazos y atención al escucharme al final de cada día contarle todo lo importante que viví y contarme también sus vivencias día a día, por medio de todo ello, me hacía saber abiertamente que creía en mí, e inclusive, en los momentos más críticos, me convenció de creer también en mí misma. En este logro está implícito tu nombre. Gracias de nuevo, por ser mi inspiración y fuerza tantas veces. ¡Te amo!

A Astrid, por ser mi amiga y compañía de las desveladas para los exámenes y ser una excelente persona quien, aún en medio del estrés de todos los días, supo hacer divertidos los momentos mientras estudiábamos y compartíamos laboratorios. Gracias por abrirme las puertas de tu casa, y a doña Georgina, por hacerme sentir bienvenida cada vez que estuve allá. Me enorgullece saber que en el gremio farmacéutico habrá una profesional como lo sos vos. Te quiero muchísimo y te deseo solo lo mejor de la vida.

Finalmente, agradezco a mi tutor, el Dr. Ricardo Sancho, por aceptarme como tesista y estar para mí en este proceso tan importante siempre que lo necesité, con disponibilidad, paciencia y atención, demostrando en cada respuesta ser un excelente profesional y persona.

Resumen

Esta investigación presenta como tema de estudio el desarrollo de escenarios y prácticas para el fortalecimiento de habilidades blandas en el estudiante de Farmacia, para la atención del adulto mayor con demencia vascular mediante la simulación clínica como técnica de mediación andragógica. El objetivo propuesto es evaluar el progreso de los participantes, quienes son estudiantes de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas, hacia la aplicación de habilidades blandas durante la atención farmacéutica en pacientes con demencia vascular.

Se utiliza un enfoque cualitativo y un diseño de investigación-acción, aplicado a estudiantes activos de los cursos de farmacia hospitalaria y comunitaria de la carrera de Farmacia en la Universidad Internacional de las Américas, para evaluar el desarrollo de habilidades blandas ante distintos casos clínicos presentados con temática central de demencia vascular con enfoque en pacientes de edad avanzada de género masculino.

Lo anterior fue puesto a prueba mediante sesiones de simulación clínica con participantes de cursos clínicos de la carrera, quienes, al terminar cada sesión, dieron su opinión con respecto al caso al que fueron expuestos, con el fin de conocer la percepción y dudas que presentaron para de esta forma concluir una contribución integral en habilidades blandas de los participantes de la investigación.

La recomendación principal es integrar a la formación académica la evaluación de habilidades blandas aunada a los conocimientos técnicos tomando en cuenta el avance significativo que se obtiene a partir de ello, con el fin de que los egresados cuenten con una perspectiva desarrollada de la empatía ante los pacientes que están bajo su atención profesional.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Planteamiento de Problema

La situación de la educación superior de la carrera de Farmacia a nivel nacional, tanto a nivel público como privado, ha sido efectiva para formar profesionales capacitados que logran abordar los diferentes retos que se presentan en el ámbito laboral; sin embargo, la implementación de la simulación clínica sigue siendo clave para mejorar y complementar el progreso del aprendizaje teórico que se recibe a lo largo de la carrera.

En cuanto a lo que se refiere al panorama actual en Costa Rica con respecto a las estadísticas sobre los casos de demencia, según el Colegio de Enfermeras de Costa Rica (2017) se registraron aproximadamente 30,000 costarricenses con una condición de demencia, en su gran mayoría la demencia tipo Alzheimer, seguida de la demencia vascular. Debido a ello, en el 2013 la Asociación *Alzheimer's Disease International* realizó proyecciones para este país en función del año 2030 y 2050, donde se obtuvieron resultados de 71,000 y 160,000 casos de demencia en adultos para dicha época. Por lo tanto, se ha demostrado que es una problemática nacional creciente que debe recibir una atención adecuada por parte del equipo interdisciplinario que atiende a estos pacientes, incluyendo la intervención farmacéutica.

Considerando lo anterior, se debe evaluar si la formación académica en los estudiantes de Farmacia está correctamente enfocada hacia esa situación, por lo que la preparación se puede realizar por medio de la implementación de la simulación clínica, tomando en cuenta que Moya (2017, citando a Kriesma, 2011) explica que con esta metodología hay un gran beneficio, ya que el estudiante desarrolla una perspectiva más realista del entorno de ejercicio profesional, y al utilizarla, se logra evidenciar, mediante evaluaciones, si las técnicas de enseñanza convencionales están logrando que se formen como profesionales competentes desde la perspectiva de seguridad del paciente con este tipo de patología.

Aunado a esto, con respecto a la seguridad del paciente se encuentran factores importantes que no competen solamente al cuidador, tal como lo es la medicación, ya que tal como lo indica la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas, hay una sorprendente cantidad de pacientes con demencia que reciben medicamentos contraindicados, como lo son los anticolinérgicos, porque no se está considerando que en la fisiopatología de la demencia se presenta de forma característica

una deficiencia colinérgica. Dicho error de prescripción debería ser detectado por los profesionales en Farmacia (Prieto, Ortiz, López y Llanero, 2017).

Por lo tanto, el *counseling* es parte del abordaje de la problemática mencionada anteriormente, tal como mencionan Martí-Gil *et al.* (2013), este término se define como "proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayuda a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional" (p. 236), y se utiliza esta herramienta para mejorar la comunicación que tiene el farmacéutico con el paciente durante la atención farmacéutica, para obtener mejores resultados en la terapia con medicamentos.

Actualmente, la Universidad Internacional de las Américas se encuentra implementando la enseñanza práctica para que el estudiante de Farmacia aborde de manera efectiva a los pacientes en el ámbito clínico mediante la simulación clínica; no obstante, se debe fortalecer lo concerniente a los diferentes tipos de demencia para un abordaje con mayor calidad gracias a la práctica previa; por lo tanto, este proyecto pretende enfocarse hacia la demencia vascular debido a la proyección del aumento de casos a nivel nacional y la necesidad de preparación mediante la simulación clínica.

Considerando que existen otros tipos de demencia, existe la necesidad de fortalecer también su abordaje y, debido a ello, se pretende efectuar un manual que se pueda acoplar a distintos casos clínicos a criterio del docente, por lo que se espera que el manual provea versatilidad suficiente y que pueda ser aplicable a estudiantes que se encuentren en los últimos cuatrimestres de la carrera al incorporarlo a cursos de carácter clínico, con el fin de fortalecer tanto habilidades blandas como duras en el futuro egresado.

Por lo tanto, considerando lo expuesto anteriormente, en esta investigación se plantea la siguiente interrogante: ¿en qué medida favorece la simulación clínica el progreso de las habilidades blandas y duras en los estudiantes de farmacia de la Universidad Internacional de las Américas?

Objetivos

Objetivo General

Evaluar el progreso de los estudiantes de Farmacia participantes del centro de simulación clínica de la Universidad Internacional de las Américas hacia el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje de habilidades blandas en el ejercicio de atención farmacéutica a pacientes con demencia vascular.

Objetivos específicos.

1. Valorar el nivel inicial del estudiante de Farmacia en cuanto a la constancia de la aplicación de las habilidades blandas ante los escenarios simulados con pacientes adultos mayores con demencia vascular.
2. Elaborar un manual para la implementación de la evaluación de las habilidades blandas en el estudiante de farmacia de la Universidad Internacional de las Américas durante la simulación clínica.
3. Comparar el avance y mejora de los estudiantes en cuanto al desarrollo de las habilidades blandas con los pacientes con demencia vascular en función del tiempo.

Justificación

La comunicación en los seres vivos es una necesidad que nace para lograr un objetivo en común. Constituye una característica primitiva del ser humano que ha evolucionado junto a él en sus diferentes etapas a lo largo de la historia, y en la actualidad, se puede ver reflejado el avance de esta capacidad en el ámbito de las ciencias de la salud, donde el trabajo es interdisciplinario para obtener un resultado apropiado en los pacientes; por lo tanto, la comunicación, en el caso del profesional en Farmacia, debe ir más allá de cumplir su cargo dentro de la farmacia o solo dar a conocer sus ideas a sus compañeros de trabajo, sino que cuando se desarrolla una comunicación asertiva manteniendo la cordialidad y empatía en el ambiente laboral, es posible que se manifieste positivamente en la satisfacción, sensación de bienestar, seguridad y confianza tanto en los pacientes como en sus cuidadores y familiares (Martí-Gil *et al.*, 2013).

En este proceso de comunicación, se puede aplicar el modelo secuencial que expuso el autor Gerard Egan (1975), el cual consiste en una interacción verbal donde el farmacéutico comprende y acompaña al paciente luego de explorar su caso en particular; posterior a esto, procede a actuar. El modelo del autor se resume utilizando el acrónimo S.O.L.E.R.: *Squarely*, que indica que el farmacéutico se debe situar en un lugar frente al paciente y a un ángulo adecuado; *Open posture*, *Lean*, que indica inclinarse ligeramente hacia el paciente; *Eye contact*, que aconseja mantener el contacto visual al conversar; y por último *Relaxed*, para proveer un ambiente óptimo y relajado para atender correctamente a la persona y ella se sienta bien (Nelson, 2007). Utilizando este método, se logra una comunicación amigable con el paciente, donde se logra promover el autoconocimiento, el manejo de sus emociones y la comprensión de su condición o enfermedad, que resulta en una atención farmacéutica plena, agradable y gratificante.

Por otra parte, luego de establecer el ambiente descrito anteriormente, se debe reconocer que no todas las personas logran un equilibrio entre sus habilidades blandas y duras, considerando las primeras como la capacidad que tiene un individuo para reflexionar, interpretar, razonar y pensar de manera abstracta para así reflejar la amplitud del conocimiento técnico que se posee sobre algún tema, según explica Ortega (2016), y las segundas se conocen como las virtudes de las que dispone una persona, tales como comprender y manejar emociones, confrontar situaciones adversas de forma constructiva y responsable.

Considerando las definiciones anteriores, Marrero (2018) explica que dichas habilidades blandas deben fortalecerse y promoverse por parte de las instituciones académicas con la misma importancia que se toman las habilidades duras en el estudiante, para lograr de esta manera desarrollar y potenciar estas destrezas de manera equitativa y así aportar para la mejora de sus habilidades socioemocionales, su desempeño laboral, catapultar su carrera profesional y de esta forma predecir positivamente su éxito laboral (Vera, 2016).

Según lo anterior, el desarrollo integral del estudiante, no solo depende ni basta del conocimiento adquirido, sino que también se necesita complementar con habilidades que le permitan comunicarse correctamente, manteniendo autocontrol y que denote confianza en sí mismo al hablar en el futuro con empleadores, ya que estos demandan profesionales que estén equilibradamente preparados tanto en habilidades blandas como duras en sus empresas con el fin de que comprendan la importancia de saber hacer, saber ser y saber convivir (Marrero, 2018).

La metodología propuesta con elaboración de casos clínicos presenta una utilidad relevante, ya que provee a los docentes de una serie de ventajas y metodologías de evaluación para desarrollar en cursos con enfoques clínicos, con tal de valorar, como instrumento de medición, el avance de cada estudiante. Adicional a ello, es una oportunidad constructiva tanto para el estudiante como para el profesor, porque brinda ventajas, como un ambiente seguro que permite reproducir escenarios según las necesidades percibidas y así poder entrenar de manera sistemática y repetida las habilidades y competencias con posibilidad de equivocarse, aprender sobre cómo solucionar el error cometido y volver a simular procurando poner en práctica el conocimiento adquirido que permite al estudiante ser consciente de su avance conforme se desarrollan las situaciones clínicas y de manera adecuada, se forma individualmente a cada alumno fortaleciendo cada una de las áreas que debe robustecer para que en el futuro, al ejercer, logre cumplir a cabalidad con el principio hipocrático *primum non nocere* (primero, no hacer daño) que indica que el profesional de ciencias de la salud debe cumplir a cabalidad el principio de no maleficencia, cumpliendo la obligación de no hacer daño al paciente (Aggarwal, 2011).

Debido a lo anterior, se realiza la presente investigación con el fin de demostrar los resultados en los estudiantes de la carrera de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas en cuanto al desarrollo de sus habilidades blandas, utilizando una metodología andragógica simulada en función de casos clínicos elaborados a partir de escenarios con pacientes que padecen demencia vascular, para lograr de esta forma reflejar los efectos en los futuros profesionales de esta área en cuanto a sus capacidades fortalecidas, para la posterior aplicación de la metodología y escenarios formulados para la evaluación en cursos avanzados de esta carrera, y reforzar el aprendizaje obtenido a lo largo del curso en el que se esté trabajando el desempeño del estudiante en sus diferentes aristas, tanto en aspectos técnicos como de comunicación con los pacientes.

Antecedentes

Antecedentes Históricos

El primer maniquí se utilizó en la década de 1950 por el doctor Peter Safar y el doctor Bjorn Lind, ambos anestesiólogos, con el fin de enseñar las vías respiratorias y las habilidades de reanimación con respiración boca a boca. Mediante un trabajo en conjunto con un fabricante de juguetes, se desarrolló lo que se conoce desde hace más de medio siglo como Resusci-Annie. Poco después, también se desarrolló a Resusci-Junior, para proveer simulaciones con fantomas del tamaño de un niño. Los fantomas son elementos con características similares a la apariencia de un ser humano con el fin de realizar prácticas simuladas con ellos (Bradley, 2006).

Posterior al aporte de dichos anestesiólogos, durante la década siguiente, es decir, en los años 60, se desarrolló en la Universidad de Harvard otro tipo de simuladores a gran escala con características más similares a las de un paciente, por parte del ingeniero Abrahamson y el físico Denson, donde se podía apreciar el pulso carotídeo, el temporal, los ruidos cardíacos y respiratorios por parte del maniquí, para que los practicantes realizaran las maniobras pertinentes obteniendo respuestas fisiológicas esperables en un paciente, y todo esto se logró mediante la programación computacional. A este simulador se le llamó SIMone (Abrahamson, 1969).

Durante el paso de la década de 1980, el doctor Michael Good y el doctor John Gravenstein desarrollaron un maniquí realista mediante habilidades de ingeniería y la idea de utilizar la simulación en la educación, para así mejorar la seguridad del paciente en el futuro. Se obtuvo un maniquí interactivo y realista que fue capaz de imitar las respuestas humanas ante diversas interacciones fisiológicas y farmacológicas (Cooper, 2004).

Satava, quien redactó en Washington, Estados Unidos, el artículo “Historical Review of Surgical Simulation” en el 2007, menciona que la intención de la simulación es permitir que el estudiante o residente que ha sido capacitado, logre adquirir habilidades críticas en un entorno seguro, es decir, uno que no ponga en peligro la seguridad de los pacientes, aprovechando una de las cualidades más importantes que brinda esta metodología, y es que permite la exploración y la práctica repetida en un entorno que fomenta el "permiso para fallar", la oportunidad de aprender de los propios errores.

Por otra parte, Okuda (2009), en su artículo “The Utility of Simulation in Medical Education: What Is the Evidence?”, explica que los pacientes en su gran mayoría se preocupan

porque los estudiantes y residentes practican en ellos, por lo tanto, se ha optado por enfocar la seguridad y calidad del paciente más que en la enseñanza y educación de cabecera, por lo cual los tutores encargados de ello han aceptado el desafío de reestructurar planes de estudio para desarrollar sesiones de pequeños grupos para la práctica simulada junto a la motivación al estudiante a investigar de manera independiente. A pesar de estos esfuerzos, aún existe cierta desconexión entre aula-entorno clínico que se debe trabajar más para mejorar la técnica simulada y así cerrar la brecha educativa percibida por los estudiantes.

Antecedentes Internacionales

La revista llamada *Journal of Pharmaceutical Education* en California, publicó en el año 2012 el artículo llamado “Patient Simulation to Demonstrate Students’ Competency in Core Domain Abilities Prior to Beginning Advanced Pharmacy Practice Experiences”, donde se propuso la implementación de una experiencia introductoria de práctica farmacéutica basada en simulación, y así determinar su eficacia mediante la evaluación de las habilidades de los estudiantes de Farmacia antes de comenzar su experiencia como estudiantes avanzados. Como resultado, los estudiantes principiantes obtuvieron un mejor desempeño en un examen práctico en comparación a un grupo que recibió educación con metodología tradicional, y en cuanto a los estudiantes avanzados, indicaron que se sentían más preparados para llevar a cabo sus cargos profesionales después de la práctica simulada. Por otra parte, indicaron que el noventa y seis por ciento de los estudiantes estuvo de acuerdo con la afirmación “Soy más consciente de los errores de medicación después de esta práctica” (Vyas, Butada y Feng, 2012). Lo anterior permitió concluir que la simulación como método de enseñanza es eficaz para concientizar sobre los errores de medicación y otros errores relacionados a la seguridad del paciente.

Dávila (2013), en México, expone en su artículo “Simulación en la educación médica”, un panorama con respecto a la simulación para describir el desarrollo que se le da junto a sus características y ventajas como metodología educativa, y analiza otros estudios realizados en esta área. Entre los principales puntos que menciona la autora, se destaca que, en las últimas décadas, la simulación ha formado parte importante de la educación médica de manera paulatina, y se ha incluido en muchos diferentes programas educativos, lo cual ha logrado impactar apropiadamente en el ámbito académico para familiarizar a los estudiantes con la metodología del autoaprendizaje y autoevaluación, al aceptar que los errores cometidos son esenciales para su formación profesional.

En Chile, Corvetto (2013) realizó una investigación para presentar la metodología de enseñanza que se implementa en dicho país, para dar a conocer el uso que se le da a la simulación clínica. En el artículo “Simulación en educación médica: una sinopsis”, la autora explica que existen seis metodologías dependiendo de qué se logra con cada una y su uso, las cuales son: simulaciones escritas, modelos tridimensionales, simuladores basados en pantallas computacionales, pacientes estandarizados, simuladores de pacientes de fidelidad intermedia y simuladores de pacientes de alta fidelidad. Por otra parte, expone que a nivel nacional se ha utilizado este método desde el año 2003 exitosamente con ventajas como menor estrés en los alumnos, mejor disposición para proceder independientemente y mejor actitud por parte de los pacientes al saber que los alumnos previamente se han preparado con simulación clínica.

Se llevó a cabo una investigación enfocada en determinar el impacto de la simulación clínica en el nivel de confianza adquirido dependiendo de características académicas y sociodemográficas de estudiantes universitarios de Bío Bío en el 2014. Como método, se consideró un instrumento llamado *Self-Confidence Scale* para medir la confianza del estudiante, y se observó un aumento importante del nivel de confianza de los participantes entre los resultados; por lo tanto, la simulación clínica es una experiencia que logra mejorar las habilidades clínicas de los estudiantes.

Por otra parte, en el 2017 se evaluó la efectividad de la simulación en la educación médica desde la perspectiva de seguridad de los pacientes, para así evitar los efectos adversos que provienen de una mala praxis, tales como lesiones, discapacidad, estancia prolongada o complicaciones que resultan en muerte. Por lo tanto, se aprecia el beneficio del uso de estas metodologías con un aumento de la seguridad del paciente y seguridad del profesional al actuar en sus labores del día a día; adicional a esto, les aporta mayor habilidad y destreza en los profesionales egresados. La evaluación aplicó tanto para estudiantes de Medicina, Farmacia, Anestesiología, Obstetricia y Urología en pre grados y post grados, quienes indicaron sentirse más conscientes de los posibles errores de medicación generados posterior a la simulación, lo cual disminuye la tasa de errores de dosificación y otro aspecto relevante es que la práctica del trabajo y comunicación interpersonal entre profesionales mejora la calidad en la atención sanitaria.

Antecedentes Nacionales

En cuanto al panorama nacional, con respecto al uso de simulación clínica para la formación de estudiantes de Farmacia, se ha encontrado poca información; sin embargo, en la Universidad de

Ciencias Médicas (UCIMED) se ha implementado desde el año 2014 y la directora del centro de simulación publicó en la *Revista Ciencia y Salud* en ese mismo año el artículo llamado “Aprendizaje en el ámbito farmacéutico mediante simulación clínica” (2021), donde explica que cada estudiante es capaz de considerarse dueño de su proceso de aprendizaje, mientras que el o la docente que le guía en este proceso toma un rol de facilitador en lugar de uno protagónico como es usual. También menciona que existe una necesidad del desarrollo de habilidades blandas en esta población estudiantil para mejorar tanto las capacidades de comunicación como las relaciones interpersonales, lo cual se fructifica en motivación, trabajo en equipo, responsabilidad, honestidad y compromiso para resolver problemas y generar ideas innovadoras (Calvo, 2017).

Quirós y Vargas (2014), en Costa Rica, expusieron que la simulación clínica logra articular tanto las prácticas de enseñanza como la investigación al ser un proceso dinámico ante una situación hipotética que los estudiantes deben resolver. En la *Revista Texto y Contexto de Enfermería* las autoras mencionan que la clave del éxito en esta metodología de enseñanza, no consiste solamente en poseer un centro de simulación clínica totalmente equipado con alta tecnología en sus fantomas, sino que también se necesitan personas capacitadas y competentes para guiar al estudiante en la cultura de la simulación donde se planifican y organizan las estrategias a llevar a cabo en la enseñanza para maximizar el provecho a obtener. También indican que se deben utilizar guías clínicas y *checklist* para asegurar un trabajo uniforme entre docentes y estudiantes, así como una especie de lenguaje en común para favorecer la calidad de la formación.

Proyecciones

- Se pretende evaluar la eficiencia de la utilización de la simulación clínica como metodología de enseñanza y evaluación de habilidades blandas en los estudiantes de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas al abordar a pacientes adultos mayores diagnosticados con demencia vascular por medio de un enfoque cualitativo, para valorar si hay un avance después de la aplicación de la metodología propuesta.
- Se aspira a que los estudiantes avancen en cuanto a conocimiento farmacológico, seguridad ante la toma de decisiones, habilidades de comunicación y destrezas para solventar situaciones comunes de los pacientes con demencia vascular de manera asertiva y conveniente para el paciente.

- Se desea efectuar Manual de Simulación Clínica de Habilidades Blandas para que se utilice en cursos con enfoque clínico en la carrera de Farmacia como una guía de escenarios sobre casos de pacientes con diversas patologías, así como la utilización de esta metodología para la elaboración de escenarios sobre demencia vascular con fines de inclusión en la metodología de evaluación de los estudiantes participantes de la presente investigación.
- Se busca alcanzar un desarrollo pleno de todas las aptitudes trabajadas en su tiempo universitario y que los egresados perciban una buena preparación al momento de ejercer su profesión farmacéutica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Demencia

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la condición de demencia de la siguiente manera:

La demencia es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. (OMS, 2020).

Debe mantenerse un especial cuidado al saber diferenciar la demencia y el delirio, donde la primera afecta la memoria del paciente de manera irreversible, quien presenta cambios anatómicos cerebrales de manera lenta, y el segundo provoca una afectación atencional de manera aguda y reversible causada por toxicidad farmacológica, lo cual es potencialmente mortal (Manual Merck Sharp & Dohme Corporation, 2018).

Tipos de Demencia

Seguido de lo anteriormente mencionado, se revela también, por parte de la OMS (2020), que se debe considerar que, a pesar de que la demencia se subdivide en cuatro tipos, los límites que existen entre ellos son difusos y frecuentemente logran coexistir de forma mixta. La clasificación se expone a continuación:

Alzheimer.

La causa más frecuente de la demencia es la enfermedad de Alzheimer, la cual se caracteriza por una deficiencia temprana y paulatina de la memoria que se mantiene hasta los estadios avanzados de la enfermedad, donde también se encuentran usualmente otros trastornos cognitivos tales como trastornos del lenguaje, praxias, trastornos neuropsiquiátricos y un complejo

procesamiento visual. En esta condición hay lesión neuronal, pérdida sináptica y depósitos amiloides en la corteza cerebral (Allegrí *et al.*, 2011).

Por otra parte, según el DSM-V, este tipo de demencia se caracteriza por presentar afasia, agnosia, apraxia y alteración de la ejecución, aparte del deterioro cognitivo que conlleva a una disminución de la actividad social y laboral (American Psychiatric Association, 2020).

Demencia vascular.

La demencia vascular también es conocida como demencia multi infarto, trastorno neurocognitivo, deterioro cognitivo vascular y enfermedad vascular cerebral aguda (EVC), la cual, según Muñoz y Espinosa (2016), se define como un síndrome que se caracteriza por presentar múltiples manifestaciones neurológicas debido a que hay una interrupción súbita del flujo sanguíneo cerebral (FSC) en cualquier lugar del parénquima, y esto produce en el paciente deficiencias motoras, sensoriales, psicopatológicas y cognitivas.

Muñoz y Espinosa también explican en su artículo que este tipo de demencia se clasifica en dos sub tipos, los cuales son isquémico y hemorrágico. El primero es el más frecuente y se presenta cuando alguna arteria cerebral se ha ocluido y produce una isquemia focal o un infarto cerebral, y el segundo ocurre debido a que se rompe una arteria y por esto se da una hemorragia igualmente en el parénquima cerebral.

Se estima que, en comparación a los demás tipos de demencia, este trastorno es la segunda causa de demencia entre los ancianos y se caracteriza por su comienzo a los 60 años de edad, con una predominancia de aparición en el género masculino cuando hay factores de riesgo como hipertensión, tabaquismo, hiperlipidemia y diabetes, así como antecedentes de accidentes cerebrovasculares, pero la principal razón es un infarto cerebral (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017).

En este tipo de demencia, se debe considerar que la liberación sináptica de glutamato a corto plazo determina funciones importantes como la memoria y el aprendizaje, y si se da una liberación de larga duración de glutamato, se originan enfermedades neurodegenerativas de carácter agudo y crónico, tales como la hipoxia, isquemia, accidentes cerebrovasculares y demencias de tipo Alzheimer y vascular (Alarcón, 2019).

La demencia vascular se divide en leve y mayor. La primera no tiene subdivisiones, pero la segunda sí tiene cuatro, las cuales son un accidente cerebrovascular, demencia vascular isquémica subcortical, demencia de infartos múltiples (cortical) y demencias mixtas (Battle, 2021).

Demencia por cuerpos de Lewy.

Este tipo de demencia neurodegenerativa tiene la deficiencia investigativa en el área del conocimiento de su etiología y diagnóstico al confundirla fácilmente con otros síndromes demenciales, lo cual constituye un preocupante problema de salud debido a que es la segunda causa de demencia a nivel mundial (tomando parte de aproximadamente el 30% de los casos) (Faggioni, Herbozo, Campoverde, Rodríguez y Acuña, 2018). Se presenta en un promedio de edad de los 60 años, en especial en hombres, donde en comparación, se encuentra una proporción de 4:1 con respecto al género femenino.

En estos casos, el paciente presenta un deterioro cognitivo desde etapas tempranas donde puede experimentar excitación alterada, habla desorganizada y alucinaciones, en especial las visuales. Generalmente, el diagnóstico clínico se confirma *post-mortem*, durante la autopsia, al hallar cuerpos de Lewy de manera abundante en las neuronas de la corteza cerebral, con una gran mayoría en el lóbulo frontal y en el temporal anterior (Faggioni *et al*, 2018).

Demencia por degeneración del lóbulo frontal cerebral.

Este último tipo de demencia también es conocido como la Enfermedad de Pick. Es hereditaria y quienes han vivido en su diagnóstico clínico una demencia por degeneración relacionada a algún lóbulo cerebral, por lo general presentan cambios patológicos como pérdidas neuronales, neuronas anormales (que son las células de Pick) y atrofia cerebral. En el total de las demencias a nivel mundial, representa el 10% de los casos con una afectación en niveles iguales tanto en hombres como en mujeres que se encuentren en edades de 55 a 65 años aproximadamente. Dicho intervalo, en comparación a la enfermedad de Alzheimer, indica una aparición mucho más temprana (Manual MSD, 2018).

Fisiopatología de la Demencia Vascular

La demencia vascular típicamente ocurre cuando múltiples infartos cerebrales pequeños (o a veces hemorragias) producen suficiente pérdida neuronal o axonal como para deteriorar la función encefálica (MSDS, 2018).

Por su parte, Muñoz y Espinosa (2016) describen que el desarrollo fisiopatológico de la demencia vascular se da por una isquemia a partir de un infarto cerebral (indiferentemente de su extensión), donde las células no logran reestablecer el flujo de sangre normal, lo cual conduce a la muerte neuronal por la deficiencia de ATP (adenosina trifosfato). La zona de infarto (el área

afectada) mantiene un volumen sanguíneo menor en comparación al área no afectada, la cual, con el paso del tiempo, presenta una mayor afectación resultando en demencia vascular. Esta enfermedad finaliza con la muerte indirecta del paciente y en promedio tarda 10 años.

Los autores también explican que posterior a esa disminución sanguínea y el inicio del infarto, se continúan presentando reacciones bioquímicas en las neuronas afectadas, porque la interrupción de energía recibida produce un desequilibrio de la bomba sodio potasio ATPasa, la muerte celular por el fallo isquémico y la despolarización exagerada en las neuronas, y estas alteraciones electrolíticas producen que el paciente tenga un aumento de glutamato extracelular, lo cual conlleva a:

- **Aumento del calcio intracelular, sodio y agua.** El exceso de calcio provoca daño al ADN, por lo que se liberan radicales libres y dañan la membrana celular hasta que la célula muere por necrosis. En esta condición de isquemia, se disminuye el flujo sanguíneo cerebral y las células quedan sin sus principales *Fuentes* de energía, las cuales son el oxígeno y la glucosa. La falta de ambos elementos produce muerte neuronal.
- **Hiperexcitación del receptor neuronal AMPA y NMDA.** Este receptor es una proteína que se encarga de captar el glutamato, el cual es un aminoácido que tiene como función principal en el sistema nervioso central facilitar y agilizar la comunicación entre las células nerviosas. Es el neurotransmisor excitador más abundante en el cerebro y está ampliamente implicado en la memoria (Giménez, Zafra y Aragón, 2018). Cuando hay una gran liberación de glutamato, se da una cascada de acontecimientos que terminan en la muerte neuronal, a la cual contribuyen procesos de apoptosis, necrosis, inflamación y estrés oxidativo. Por esto es que los trastornos de la función cerebral conllevan a la alteración de la neurotransmisión glutamatérgica y los agentes que bloqueen la estimulación patológica de los receptores NMDA protegen contra la neurotoxicidad por el glutamato y al mismo tiempo restauran la función fisiológica de las demás neuronas.

Según el médico psiquiatra Alarcón (2019), dicho aminoácido, al intervenir como un mecanismo de la memoria y del aprendizaje, se ha relacionado con los procesos de deterioro cognoscitivo, especialmente de tipo demencial, por las siguientes razones:

- Es el principal neurotransmisor excitatorio en el hipocampo y la corteza cerebral.
- Actúa como excitotoxina cuando se libera en cantidades abundantes y de manera prolongada, llegando a producir daño y muerte neuronal.

- Hay correlación entre los daños de neuronas glutamatérgicas y el déficit cognoscitivo y de memoria observados en la demencia.
- El receptor de NMDA es altamente permeable al calcio en comparación a otros receptores ionotrópicos, y el calcio en exceso conlleva la muerte neuronal; debido a ello, la hiperactividad de este tipo de receptores conlleva la muerte neuronal por el aumento de calcio intraneuronal.

Causas de Demencia Vascular

Se puede presentar la demencia vascular cuando hay una repetición de micro infartos que van deteriorando poco a poco el tejido cerebral y las conexiones interneuronales. También puede ser causa de ello una hemorragia cerebral, ictus y neurodegeneración secundaria a enfermedad de Alzheimer, en cuyo caso, se considera una demencia vascular mixta en la que coexiste dicha patología neurodegenerativa (Muñoz y Espinosa, 2016).

En casos menos comunes, se presenta debido a trastornos hereditarios como el CADASIL (arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía), el cual es definido por parte de Palomeras, Picas, Ramió y Álvarez (2019) de la siguiente manera:

CADASIL es un trastorno cerebrovascular hereditario que se caracteriza por la aparición de un accidente cerebrovascular isquémico subcortical recurrente y un deterioro cognitivo que progresa hasta demencia durante la edad intermedia de la vida adulta, además de migrañas con aura y cambios en el estado de ánimo observados en alrededor de un tercio de los pacientes. (p. 1).

Enfatizando en este último aspecto, donde se presenta un causal de carácter hereditario, el paciente con arteriopatía cerebral autosómica dominante padece de infartos subcorticales que son producidos por esta enfermedad sobre las pequeñas arterias del cerebro en las partes profundas de la sustancia blanca cerebral, es decir, donde se agrupan las fibras nerviosas (axones) de las neuronas (Corrales *et al.*, 2015).

Impacto de la Demencia Vascular

El Ministerio de Salud de Costa Rica emitió la “Norma nacional de atención a personas adultas con deterioro cognitivo y demencia” en el 2016, donde se explica que el paciente diagnosticado con esta patología suele presentar ciertas complicaciones y consecuencias que

impactan en su vida diaria debido a la degeneración cognitiva que también influye en el estilo de vida de su familia y los cuidadores en diferentes aspectos, tales como los expuestos a continuación:

Impacto en el paciente.

- Incapacidad para tomar decisiones.
- Pérdida de su rol social y familiar.
- Pérdidas económicas por suspensión laboral.
- Mayor dificultad en el manejo de otras enfermedades de base.
- Incremento en el uso de psicofármacos, aumentando el total de medicamentos que utiliza y las consecuencias de la polifarmacia.
- Aumento de lesiones físicas a raíz de los síntomas neuroconductuales.

Impacto en la familia.

- Inversión económica mayor para el cuidado del paciente (insumos de higiene personal, fármacos, citas médicas, transporte, alimentación, adecuación del espacio de baño y del dormitorio con barras de seguridad y otros implementos).
- Reducción de ingresos por la suspensión laboral por parte de algún miembro de la familia para dedicarse al cuidado.
- Aumento de responsabilidades entre los miembros de la familia.
- Aparición de cansancio físico, depresión, estrés sensación de impotencia e incapacidad en el cuidador principal.
- Conflictos legales relacionados con la pérdida de capacidad de toma de decisiones.

Impacto en el sistema de salud.

- Mayor consumo de recurso al descompensarse otras enfermedades de base.
- Mayor número de consultas a los servicios de emergencias.
- Incremento en el riesgo de institucionalización.
- Hospitalizaciones más prolongadas.
- Mayor consumo de medicamentos, principalmente psicotrópicos.

Criterios Diagnósticos para la Demencia Vascular

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, (DSM-V), por parte de la *American Psychiatric Association* (APA), para que la demencia vascular sea diagnosticada, el paciente debe cumplir pruebas de medición del deterioro cognitivo, presentar sintomatología junto a análisis de laboratorio que permitan asociar según los resultados el estado del paciente a un nivel de deterioro leve, intermedio o avanzado y, por último, contar con tomografías axiales computarizadas (TAC) que demuestren imágenes con alteraciones anatómicas al médico tratante.

Tabla 1.

Criterios diagnósticos para el trastorno neurocognitivo vascular según el DSM-V.

- | |
|---|
| <p>A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo leve o mayor.</p> <p>B. La sintomatología es compatible con una etiología vascular como lo sugiere cualquiera de los siguientes criterios:</p> <p>a. El inicio de los déficits cognitivos presenta una relación temporal con uno o más episodios de tipo cerebrovascular.</p> <p>b. Las evidencias del declive son notables en la atención compleja (<i>incluida la velocidad de procesamiento</i>) y en la función frontal ejecutiva.</p> <p>C. Existen evidencias de la presencia de enfermedad cerebrovascular en la anamnesis, en la exploración física o en el diagnóstico por la imagen neurológica, consideradas suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.</p> <p>D. Los síntomas no se explican mejor por otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico.</p> |
|---|

Fuente: Muñoz y Espinosa, 2016.

Tabla 2.

Signos para detectar la depresión en pacientes con demencia.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> — Apariencia triste. — Agitación diurna. — Lentitud del lenguaje. — Retraso psicomotor. — Pérdida de apetito. — Despertar temprano. — Variación diurna del humor. | <ul style="list-style-type: none"> — Baja reactividad ambiental. — Ansiedad afectiva (llanto...). — Demanda excesiva de atención. — Autoagresiones. — Gritos con contenido depresivo. |
|---|--|

Fuente: Antón, Gálvez y Esteban, 2007.

Tomando en cuenta que, durante la práctica clínica, se vive una gran dificultad entre los profesionales encargados de los adultos mayores para detectar en los pacientes si están experimentando un progreso de demencia u otra patología, esto debido a que presentan pérdida de sus facultades usuales, confusión en la similitud de síntomas afectivos y cognitivos, en la tabla 2 se presentan algunos de los signos clave que se presentan en el paciente para detectar la demencia, la cual principalmente inicia con signos y síntomas de depresión (Antón, Gálvez y Esteban, 2007). Esto es un inicio para considerar que el paciente está comenzando dicha condición patológica.

Debido a ello, la empatía es clave en el personal involucrado con los adultos mayores con estos síntomas. Tomando en cuenta que la demencia vascular se presenta mayoritariamente en hombres, lo cual coincide con la problemática del suicidio en América. Según la OMS y OPS (2019), ocurren aproximadamente 65,000 muertes por esta razón, siendo la tercera causa de muerte más común, la cual incrementa con la edad, especialmente a partir de los 65 años (Antón *et al.*, 2003) y según la tasa de suicidio, los hombres componen el 79% de los casos, una cifra alarmante que aunado al porcentaje de pacientes con demencia, supone un problema que debe ser valorado como alto riesgo en estos adultos mayores ya que hay una probabilidad más alta de cometer suicidio al cumplir con ambas de las especificaciones mencionadas.

Por lo tanto, se debe incluir la valoración del riesgo de suicidio en todos los estadios de esta enfermedad debido a que el anciano depresivo y con demencia es menos predecible, lo que hace más difícil la prevención de que estos pacientes lleguen a cometerlo (Torres, Romero y González, 2020).

Tabla 3.*Escala de isquemia de Hachinski.*

Dato clínico	Puntuación
Comienzo súbito	2
Deterioro a brotes	1
Curso fluctuante	2
Confusión nocturna	1
Conservación de la personalidad	1
Depresión	1
Síntomas somáticos	1
Labilidad emocional	1
Antecedentes de hipertensión arterial sistémica	1
Antecedentes de ictus	2
Signos de aterosclerosis	1
Signos neurológicos focales	2
Síntomas neurológicos focales	2

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017, citando a Hachinski, 1975.

Con respecto a Escala de Hachinski, se trata de un instrumento ampliamente utilizado para diagnosticar la demencia vascular. Se emplea para determinar si esta patología ha iniciado de forma progresiva por signos y síntomas específicos, o si ha sido un inicio abrupto. También considera ciertos factores de riesgo para el paciente (Montine, 2019). La calificación total está determinada de la siguiente forma:

- < 4 sugiere demencia primaria (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer).
- 4–7 está indeterminado.
- 7 sugiere demencia vascular.

Sin embargo, Brayne, Richardson y Matthews (2009) explican que: “Los mejores predictores del deterioro cognitivo vascular parecen ser los infartos pequeños o lacunares, micro infartos, dilatación del espacio perivascular, pérdida de mielina, arteriosclerosis y angiopatía amiloide cerebral leptomeníngea” (p. 645).

Tratamiento

A grandes rasgos, el tratamiento para la demencia vascular presenta dos enfoques:

1. Manejo de la progresión y conductas.
2. Prevención con una modificación de los factores de riesgo.

Tratamiento Farmacológico

En la actualidad, no se cuenta con tratamientos farmacológicos indicados para la mejoría de la funcionalidad de las personas con demencia vascular (Battle, 2021). Sin embargo, los principios clave para tratar esta patología consisten en tratar las comorbilidades tanto psicológicas como conductuales, además de brindar información y apoyo tanto al paciente como a los cuidadores, y maximizar la independencia del paciente dentro de lo posible para que sus habilidades cognitivas se sigan aprovechando (Dichgans, 2017).

Tratamiento dirigido hacia las alteraciones neuroconductuales.

En el manejo farmacológico se incluye el abordaje a las alteraciones neuroconductuales que acompañan la patología, tales como psicotrópicos (antipsicóticos, antidepresivos, benzodiazepinas), estabilizadores del ánimo y los que se utilizan para la demencia (tabla 4). Se debe manejar con cautela ya que no todos los pacientes van a reaccionar igual al mismo fármaco o a la misma dosis (Muramatsu *et al.*, 2010).

Según el Ministerio de Salud de Costa Rica (2016), para elegir de forma correcta cómo tratar farmacológicamente las alteraciones conductuales, hay que tomar en cuenta algunas consideraciones, tales como:

- A mayor deterioro cognitivo son más frecuentes son las alteraciones de conducta.
- No en todos los casos se debe tratar la alteración de conducta, se hace solamente cuando afecta el cuidado o el funcionamiento del paciente.
- Cuando se decida utilizar algún fármaco y se necesita incrementar la dosis, se debe hacer cada tres a cuatro semanas, ya que en las primeras semanas es cuando se presentan más efectos adversos indeseables, el efecto deseado empieza a las dos semanas y se obtiene el máximo efecto a las tres o cuatro semanas.

- Se debe analizar cada cuatro meses si se sigue utilizando el tratamiento o no y si se necesita aumentar o reducir dosis, debido a que las alteraciones conductuales tienden a ser cíclicas y recidivantes.
- **Antipsicóticos atípicos:** es preferible utilizarlos antes que los típicos porque producen menos sedación, menos hipotensión y menos efecto anticolinérgico. Además, en cuanto a la demencia vascular, se debe tener especial cuidado con su uso, debido a que se han asociado con incremento en el riesgo de eventos isquémicos cardiovasculares, aumentando el riesgo de un empeoramiento de la patología.
- **Antidepresivos:** son útiles para los síntomas depresivos, la ansiedad y la hipersexualidad, aunque generalmente los pacientes con demencia no desarrollan una depresión, sino que tienen solamente síntomas depresivos.
- **Benzodiacepinas:** se recomienda usar los que tienen vida media más corta y que sean inductores del sueño o si hay mucha ansiedad, porque los de vida media larga (como diazepam y el clonazepam) producen somnolencia diurna y agravan el deterioro cognitivo.

Tabla 4.

Resumen de fármacos de primera y segunda elección para el tratamiento de alteraciones conductuales.

Síntoma	Primera línea	Segunda línea
Psicosis	Quetiapina	Olanzapina, aripiprazole, antipsicóticos típicos de alta potencia (ej.: Haloperidol), ácido valproico.
Agitación	ISRS	Quetiapina, risperidona, clozapina, olanzapina.
Agresividad	Quetiapina, risperidona	Olanzapina, aripiprazole, antipsicóticos típicos de alta potencia (Ej.: Haloperidol), ácido valproico.
Depresión	ISRS (Sertralina, citalopram, escitalopram)	Otros ISRS, IRSN (Ej.: venlafexina, mirtazapina), bupropion, ISRS+valproato o ISRS+antipsicótico.
Depresión psicótica	SRS+quetiapina, ISRS/IRSN+ Risperidona	ISRS/IRSN+olanzapina, ISRS/IRSN+aripiprazole
Ansiedad	ISRS/IRSN, antipsicóticos atípicos, benzodiacepinas	Antipsicóticos atípicos, buspirona
Apatía	Inhibidores acetilcolinesterasa, memantine	-
Insomnio	Trazadona	Zolpidem

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016.

Tratamiento dirigido hacia la demencia.

Con respecto al tratamiento de la demencia, también se toma en cuenta el papel del glutamato y los receptores ionotrópicos NMDA (N-metil-D-aspartato), ya que ambos son sumamente abundantes en el sistema nervioso y están implicados en el correcto funcionamiento de la memoria y el aprendizaje y, por ende, en esta patología. El tratamiento se enfoca directamente con este mecanismo patológico donde se presenta una hiperexcitación que resulta en un exceso de glutamato, lo cual es normal tanto en el envejecimiento como en estados demenciales, una opción para el tratamiento es utilizar bloqueadores de estos receptores como antagonistas para contrarrestar el efecto de los síntomas de la demencia vascular y lograr disminuir estos neurotransmisores (Flores *et al.*, 2012).

Entonces, al bloquear la estimulación patológica y anormal de los receptores NMDA, se logra proteger al paciente de la neurotoxicidad causada por el glutamato mientras se logra restaurar la función fisiológica de las demás neuronas, por lo tanto, es útil utilizar moduladores de glutamato como antagonistas específicos tal como lo es la memantina, la cual actúa bloqueando el canal de calcio que se encuentra asociado al glutamato para así lograr inhibirlo de su acción excitotóxica; al ser un antagonista específico, no competitivo del receptor NMDA, presenta un efecto rápido con un desbloqueo o bloqueo según sea necesario (Quesada, 2020).

De manera evidente, funciona este fármaco debido a que Alarcón (2019), al referirse al accionar de bloqueo y desbloqueo por parte de la memantina, lo describe claramente de la siguiente manera:

Actúa sobre la neurotransmisión glutamatérgica alterada así: Si la liberación del glutamato es excesiva, como ocurre en los estados isquémicos o hipóxicos, la memantina actúa como antagonista no competitivo NMDA, utilización y voltaje dependiente, bloquea el canal de calcio asociado al glutamato, inhibiendo la acción excitotóxica del mismo. Si el daño neuronal producido significa que se libere insuficiente glutamato, memantina funciona como agonista AMPA, activando el canal de sodio y mejorando los déficits neurológicos. En patologías subcorticales los antagonistas de NMDA funcionan como neuroprotectores y, sintomáticamente, como dopaminomiméticos funcionales. (p. 489).

Se ha optado por la utilización dos clases de fármacos como tratamiento, los inhibidores de la colinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y la memantina, los cuales se encuentran autorizados y se recetan como tratamiento sintomático; sin embargo, se presentan efectos

secundarios no deseados en algunas personas y hay incertidumbre sobre los efectos a largo plazo y su utilidad para la demencia grave, por lo que diferentes países presentan posiciones distintas con respecto a sus recomendaciones (Parsons *et al.*, 2021).

Según Quesada (2020), la memantina es uno de los fármacos más utilizados, cuya dosis inicialmente es de 5 mg por vía oral una vez al día, que se aumenta hasta 10 mg por vía oral 2 veces en el curso de cuatro semanas, y si el paciente presenta deficiencias renales, debe recibir un ajuste de dosis o evitar el uso de este fármaco. También indica que memantina puede ser utilizada sin problema alguno junto a un inhibidor de la colinesterasa, ya que cuando se han utilizado inhibidores de colinesterasa, se han enlentecido el progreso y el desarrollo de la demencia vascular.

En el caso de que no se pueda utilizar la memantina, Battle (2021) indica que el donepezilo de 10 mg tiene un gran efecto sobre la cognición, sin embargo, esto es a costa de efectos adversos y a pesar de que el efecto no es elevadamente notorio. En ausencia de otros tratamientos, sí se podría considerar el uso de este fármaco, así como de otros agentes como la galantamina, la cual también tiende a generar efectos adversos en el paciente.

Tabla 5.

Resumen de medicamentos para el tratamiento de la demencia.

Característica	Donepecilo	Rivastigmina	Galantamina	Memantina
Dosis	5 mg/d VO HS, con o sin comida x 4-6 semanas, aumentar a 10 mg si se tolera.	1.5 mg VO BID, aumentar cada mes a 3, 4.5 y 6 mg BID a intervalos de un mes.	4 mg VO BID con comidas, aumentar cada mes a 8 mg y 16 mg VO BID.	5 mg VO BID con o sin comidas, aumentar 5 mg cada semana hasta llegar a 10 mg VO BID.
Efectos adversos	Náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal.	Náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal.	Náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal.	Cefalea, mareo, constipación.
Comentarios	Presentación bucodispersable de 5 y 10 mg una vez al día.	Presentación de parche transdérmico de 4.6,9.5 y 13.3 mg una vez al día y en solución.	Presentación en cápsulas de liberación prolongada de 8, 16 y 32 mg una vez al día.	Presentación en tabletas de 20 mg y en solución.
Tiempo (h) a concentración sérica máxima	3-5	0,5-2	0.5-1	3-7
Absorción afectada por alimentos	No	Sí	Sí	No
Mecanismo de acción	Inhibidor de acetilcolinesterasa.	Inhibidor de acetilcolinesterasa.	Inhibidor de acetilcolinesterasa.	Antagonista de receptores de NMDA.

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica, (2016).

Cui *et al.* (2019) señalan otra variedad de tratamiento para la demencia vascular: la cerebrolisina. Este fármaco se fabrica a partir de cerebros de cerdos y se aplica por inyección. En algunos países de Asia y Europa, la cerebrolisina se utiliza como tratamiento para la demencia vascular, ya que en su administración vía intravenosa se apreció una mejoría notable en la cognición y la función general en los pacientes con demencia vascular, sin que se indicaran efectos

adversos mayores. Sin embargo, es necesario que se realicen mayores estudios, ya que estos datos no son definitivos, por lo que esta opción de abordaje terapéutico no tiende a ser muy utilizada.

No obstante, cabe mencionar que, según Luna-Muñoz (2010), ha sido exitosamente utilizada en Europa por casi 50 años para la demencia vascular y la enfermedad de Alzheimer, y la clasifican como un agente terapéutico que “modifica el desarrollo” del proceso demencial. Algunas de las propiedades neuroplásticas que se le han atribuido son:

1. Reactividad neuronal: mayor rendimiento cerebral.
2. Neurotrofismo: promueve la formación sináptica.
3. Neurogénesis: considerando que hay una muerte masiva de las células neuronales afectadas, esta sustancia produce una disminución del proceso de apoptosis.

Como parte importante del abordaje terapéutico, es necesario considerar los siguientes aspectos para dar un buen manejo farmacológico al paciente con demencia vascular:

- Eliminar fármacos innecesarios que podrían exacerbar los síntomas, tales como barbitúricos, anticolinérgicos, entre otros.
- Identificar comorbilidades que figuren como factores de riesgo (hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes mellitus) para promover la continuidad del uso de la medicación para estos padecimientos.

La naturaleza de la demencia vascular indica que esta patología está relacionada directamente con condiciones como la hipertensión arterial, los altos niveles de glucosa en sangre y la hipercolesterolemia, por lo tanto, es necesario que se mantengan controladas estas patologías crónicas, en especial en las poblaciones geriátricas, ya que cuando dichas patologías asociadas se logran mantener equilibradas, se retarda la progresión de la demencia vascular además de los accidentes cerebrovasculares, los cuales también pueden provocar este tipo de demencia (Manual Merck Sharp & Dohme Corporation, 2018).

Tratamiento No Farmacológico

Con respecto al área de consejo farmacéutico no farmacológico, se indica la rehabilitación neuropsicológica para abordar con procedimientos estandarizados, para que los pacientes que han sufrido algún tipo de lesión cerebral logren alcanzar un mayor rendimiento cognitivo y se adapten a sus entornos sociales de una forma segura. En esta técnica se combinan tres elementos: el mejoramiento de los componentes de las funciones ejecutivas, la compensación del deterioro de

las funciones ejecutivas y los métodos adaptativos para aumentar la independencia del paciente. (Xiao-Di *et al.*, 2013).

Según Muñoz (2016), con respecto a este tipo de terapia de rehabilitación neuropsicológica menciona que:

La rehabilitación del deterioro cognitivo vascular es un proceso personalizado, así, para poder crear un programa adecuado de se deben tomar en cuenta las capacidades mentales previas del paciente, el grado de conciencia que tiene el enfermo sobre su propia enfermedad y el trabajo que se puede realizar en conjunto con la familia y el personal de salud. Además de esto, el neuropsicólogo debe centrarse en las necesidades personales del paciente para crear metas específicas que le permitan mayor funcionalidad. (p. 92).

Programas cognitivo-estimulantes.

Actualmente, existen programas tales como el programa CÓRTEX, que tiene como finalidad la estimulación y el mantenimiento cognitivo en las demencias para mantener y conservar las funciones cognitivas por el mayor tiempo posible, y se puede utilizar tanto por el cuidador del paciente como por parte de profesionales en ciencias de la salud que se relacionen directamente con el paciente diagnosticado con demencia, utilizando el manual y fichas según el área que se desee trabajar (atención, cálculo, funciones ejecutivas, gnosias, lenguaje, memoria, orientación y praxias) (Maroto *et al.*, 2011).

Apoyo al paciente y respeto a su dignidad.

Es bastante frecuente la aparición de ansiedad en los adultos mayores diagnosticados con demencia, por lo que es recomendable que una persona con cualquiera de los tipos de demencia se mantenga activa y continúe haciendo las cosas que disfruta. Se sabe que la estimulación cognitiva ayuda con la memoria y la comunicación, por lo tanto, se puede promover que el paciente comparta sus experiencias de vida y escuche también de sus pares, esto puede ayudar con la memoria, el estado de ánimo y el bienestar emocional al saberse escuchado, apoyado y acompañado. A medida que la demencia empeora, muchas personas disfrutan de actividades relacionadas a la memoria un poco más generales (Castro y Gálvez, 2018).

Es importante recordar que la persona que se cuida, es todavía un individuo con sentimientos. Lo que el cuidador y otros digan y hagan puede molestarlo. Se debe evitar discutir la condición de la persona delante de ella.

Rehabilitación física.

Los pacientes, después de un accidente cerebrovascular (ACV), generalmente necesitan un fisioterapeuta, ya que se puede presentar gran afectación motriz, el paciente queda con debilidad física, dificultades en la coordinación, movimiento y equilibrio, en algunos casos es necesario un terapeuta del habla y el lenguaje para la mejora de todos los aspectos de la comunicación que pudieron verse afectados después del ACV, por lo que es necesaria la atención interdisciplinaria con intervención de terapeutas en distintas áreas para la rehabilitación física (Ginarte, Escalona y Beltrán, 2016).

Considerando que el paciente está recibiendo atención en la rehabilitación de sus funciones motoras, es necesario que su lugar de habitación sea un ambiente seguro, evitando que estén cerca de objetos que puedan herirlos. Los cambios se deben hacer de manera paulatina, para que al paciente no le resulte difícil ajustarse a los cambios de su entorno. Además, se debe evitar estar trasladando al paciente de un lugar a otro porque esta situación origina mayor desorientación en el paciente y los otros lugares no están adaptados con barras para apoyarse u otros implementos necesarios para su seguridad (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016).

Apoyo para el cese del fumado y mejora del estilo de vida.

Se debe alentar a los consumidores de tabaco a dejar de fumar, recomendar una disminución en el consumo de alcohol y evaluar otros síndromes geriátricos potenciales como caídas, depresión e incontinencia urinaria como resultado de ello, además de las repercusiones cardiovasculares como aterosclerosis, con sus manifestaciones a nivel coronario, arterial periférico y cerebral que pueden promover el avance de la demencia vascular (Sabater, 2018).

Por otra parte, a estos pacientes y a sus cuidadores, se les debe instar a que la persona logre mantener un estilo de vida saludable como tratamiento de sus comorbilidades, manteniendo con regularidad ejercicio físico, dejando el tabaco en caso de los fumadores, y el alcohol. También es importante modificar la dieta para aumentar el consumo de verduras, pescado azul y frutas, procurando también que el consumo de grasa y sal sea mínimo, para disminuir las probabilidades de afectaciones cardiovasculares y con ello también se obtiene un estilo de vida saludable (Uwagbai y Kalish, 2021).

Prevención

Se puede prevenir esta patología modificando los factores de riesgo en el paciente, tales como la hiperlipidemia, diabetes, el fumado y en especial la hipertensión arterial. Las enfermedades de las arterias coronarias, la fibrilación auricular y la cardiopatía isquémica del paciente deben tratarse adecuada y cuidadosamente cuando ya han sido diagnosticadas (Uwagbai y Kalish, 2021).

Según Castro y Galvis (2018), cuando los adultos mayores realizan actividad física, se produce un efecto protector ante enfermedades cardiovasculares al aumentar el ritmo de frecuencia respiratoria y cardíaca, ya que el oxígeno viaja más velozmente a través del torrente sanguíneo, lo cual ayuda a que se eliminen los productos de desecho y a que mejore el bombeo cardíaco, además de la capacidad de sanar al proveer mayor oxigenación a las células del cuerpo. Todo esto corresponde a una forma de prevención ante el desarrollo de la demencia vascular, porque se presenta un incremento de neurotrofinas, las cuales apoyan el crecimiento y el mantenimiento de circuitos neuronales, ya que hay un aumento en la perfusión e irrigación cerebral, previniendo que las células neuronales se queden sin suficiente riego sanguíneo y entren en estado de apoptosis. Por lo tanto, constituye una forma de prevención de gran importancia ante el deterioro cognitivo en la demencia (Tin, *et al.*, 2015).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2017) recomienda, como prevención, que en el adulto mayor se lleve a cabo un control glucémico frecuente para la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes, tales como lo es la enfermedad cerebrovascular y el deterioro cognoscitivo asociado a la demencia vascular.

Por otro lado, al considerar que es una condición que podría ser hereditaria por CADASIL, se puede prevenir la demencia vascular aun cuando las personas son jóvenes, en especial quienes tienen conocimiento de que algún familiar ha padecido de demencia, pueden prevenir inclusive desde su ámbito laboral o en sus quehaceres diarios mediante la siguiente serie de recomendaciones, con el fin de reducir los factores de riesgo asociados a dicha enfermedad:

- **Caminar.** En caso de ser posible, optar por caminar hacia el lugar de trabajo o estudio; o en caso de utilizar autobús, bajarse una o dos paradas antes de la que corresponde, todo esto para que se reduzca el riesgo de coágulos de sangre, ya que las pantorrillas actúan como una bomba sanguínea, contrayendo y bombeando la sangre desde los pies y las piernas al corazón, disminuyendo el esfuerzo cardíaco (Matsudo, 2019). De esta forma se

logra cumplir la recomendación de actividad física de intensidad moderada de aproximadamente 150 minutos que recomienda la OMS (2013).

- **El estrés.** En cuanto al manejo del estrés, a modo de prevención, se debe considerar que cuando se maneja a niveles elevados, es posible que resulte en inestabilidad eléctrica cardíaca, isquemia miocárdica, alteración de la placa y formación de trombos, lo cual resultaría en eventos clínicos como arritmia, infarto de miocardio, miocardiopatía y accidentes cerebrovasculares (ACV), y a pesar de que el riesgo de vivir estos escenarios es menor en comparación a los riesgos asociados con el tabaquismo, la HTA, dislipidemias u obesidad, no se debe subestimar, ya que cuando el paciente presenta enfermedad cardiovascular preexistente, el estrés es sumamente importante, porque de su correcto manejo depende que el riesgo de decadencia del paciente aumente (Kivimäki y Steptoe, 2018). Para prevenir la demencia por medio del manejo del estrés, también se debe tomar en cuenta que las catecolaminas forman parte importante de esto, ya que las catecolaminas están relacionadas con la noradrenalina, y al exponer el organismo por mucho tiempo a ello, puede resultar en una causa de miocardiopatías, debido a que aumenta la vasoconstricción y con ello la presión arterial del organismo (Wittstein, 2012).
- **Procurar consumir una dieta mediterránea.** Radica en armar menús diarios con frutas, verduras, legumbres y cereales integrales, evitando azúcares libres y grasas trans. Esto se logra limitando la ingesta de grasas saturadas y dándole prioridad a las no saturadas, que se encuentran en el pescado, aguacate, frutos secos y aceite de oliva. En caso de tener que comer en restaurantes, la opción ideal es procurar variar el menú e intentar que en él estén presentes las verduras, las legumbres, la fruta y el pescado, todo esto para procurar el consumo mínimo de alimentos grasos que posteriormente resulten en placas de ateroma y demás afectaciones cardiovasculares (Dussailant *et al.*, 2016).

Tabla 6.

Elementos dietéticos que modifican el colesterol y los triglicéridos y alimentos que los contienen.

Nutriente	Efecto	Alimentos que los contienen
Ácidos grasos saturados	Elevan Col-Total, Col-LDL y TG	Manteca, margarina, aceite de palma, quesos con alto contenido de grasa, natilla, queso crema, crema dulce, aceite de coco, grasa de la carne.
Ácidos grasos trans (Grasas hidrogenadas)	Elevan Col-T, Col-LDL y TG	Cremas para café, aceites y grasas parcialmente hidrogenados, repostería, margarinas, galletas y alimentos de paquete.
Colesterol de la dieta	Eleva colesterol total y Col-LDL	Yema de huevo, carne de cerdo y res, quesos cremosos y maduros, natilla, vísceras, mariscos.
Azúcar	Eleva TG	Azúcar de mesa, miel de abejas, jalea, sirope, agua dulce, postres, mieles, refrescos embotellados y jugos empacados regulares.
Alcohol	Eleva TG	Bebidas alcohólicas (Ron, Guaro, Whisky, Cerveza).
Ácidos grasos Monoinsaturados	Reducen col-LDL y TG	Aceite de oliva, aguacate, aceite de maní, aceite de soya
Ácidos grasos polinsaturados	Reducen col-T y Col-LDL	Aceite de girasol, maíz, soya
Ácidos grasos omega 3	Reducen col-LDL y TG	Sardinas, atún fresco o enlatado, pescado
Ácidos grasos omega 6		Aceite de soya, semillas de girasol
Vitaminas antioxidantes: Vitamina C, carotenos	Reducen Col-LDL Evita la oxidación del Col-LDL	Ayote sazón, zanahorias, espinaca, hojas de mostaza, Chile dulce, brócoli, tomate, mango maduro, papaya, piña, naranja, guayabas, moras, limón dulce, manzana, cas.
Vitamina E	Evita la oxidación del Col-LDL	Aceites de girasol, soya, maíz, alimentos integrales
Fibra soluble dietética	Reduce Col-LDL	Frijoles, lentejas, cubaces, garbanzos, avena, frutas, vegetales, harinas, panes y arroz integral.
Col-T Colesterol total Col-DL Colesterol LDL TG- Triglicéridos		

Fuente: Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), (2004), citando a Kathleen Mahan y Escott, (1998).

- **Higiene del sueño.** Como prevención de enfermedades cardiovasculares, es recomendable que se acostumbre el cumplimiento de horarios ya que esto provee un descanso de calidad; además, en la última década, según Javaheri y Redline (2017), existe una relación entre el insomnio y las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, la enfermedad coronaria y la insuficiencia cardíaca. El National Institute of Heart (NIH) ha encontrado que la falta de sueño contribuye a la aterosclerosis (2019), debido a que las placas de ateroma se forman porque se desencadena una inflamación crónica, que contribuye a la formación de placa y al endurecimiento de las arterias.

Con respecto al este aspecto, la patogenia de las patologías cardiovasculares no se comprende completamente al correlacionarla con el insomnio que produzca, que posteriormente resulte en demencia vascular; empero, existen múltiples mecanismos que sí se relacionan con esto, tal como la desregulación del eje hipotalámico-hipofisario, la modulación anormal del sistema nervioso autónomo, el aumento de la actividad del sistema nervioso simpático y el aumento de la aterogénesis (Figura 1). El insomnio se considera un estado que está relacionado con aumentos en la actividad del sistema nervioso simpático y hormonas, tales como el cortisol, que aumenta la presión arterial, y el aumento de la hormona adrenocorticotrópica, que estimula la secreción de la hormona anterior (Castro-Diehl, Roux, Redline, Seeman, Schragger y Shea, 2015).

La mayor problemática reside en que la desregulación del eje HPA no solo conduce a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, sino también a resistencia a la insulina, diabetes y trastornos de salud mental como ansiedad y depresión. Por lo tanto, el insomnio se asocia a alteraciones del metabolismo de la glucosa y diabetes, que pueden servir como mediadores en el camino hacia las enfermedades cardiovasculares (Fernández-Mendoza y Vgontzas, 2013).

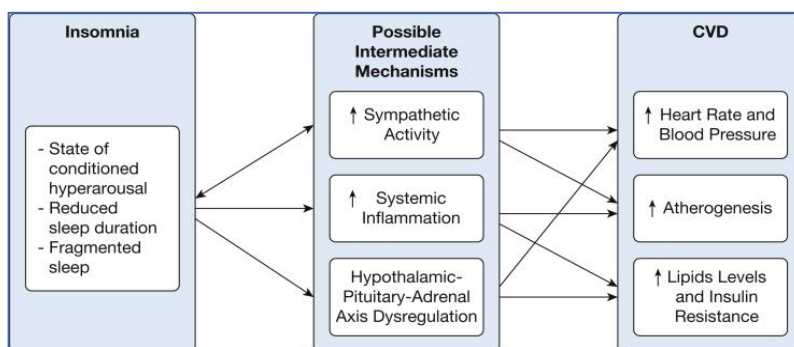


Figura 1. Diagrama de flujo sobre posibles mecanismos fisiopatológicos subyacentes a la relación entre insomnio y enfermedad cardiovascular (CVD: "cardiovascular disease").

Fuente: Javaheri y Redline, (2017).

Todo lo anteriormente mencionado, sobre la actividad física, la alimentación saludable, el manejo del estrés, y en especial la higiene del sueño, pueden reducir hasta en un 65% el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares en los pacientes que lo llevan a cabo regularmente (Fundación Española del Corazón, 2021).

Adherencia al Tratamiento en el Paciente con Demencia Vascolar

Factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

Existen múltiples causas a las que se les puede atribuir la deficiencia en la adherencia al tratamiento; en específico, en pacientes con demencia vascular se consideran ciertas condiciones que están directamente relacionadas a la enfermedad y no a otros aspectos, como falta de adherencia adrede. De manera general, la OMS clasifica en cinco categorías los factores que inciden en la adherencia:

- 1. Factores relacionados con el paciente.** En este aspecto se deben considerar la edad y el género, ya que en esta patología hay una afectación mayor en función a estas dos variables; por otro lado, el nivel de formación académica y el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento son factores que influyen y adicional a ello, la actitud hacia la situación debido a la presencia de desgaste cognitivo. Es común que se presente un deterioro sensorial debido a pérdida de la visión o audición, lo cual limita la cantidad de información obtenida cuando se dan instrucciones verbales o escritas. Por último, en la población geriátrica se presentan factores que influyen en la adherencia, tales como la limitación para desplazarse y la pérdida de destreza, que puede afectar, por ejemplo, para para abrir envases con protección de seguridad (Ortega *et al*, 2018).
- 2. Factores socioeconómicos.** En Costa Rica, se cuenta con el apoyo de CONAPAM y la CCSS para disminuir el impacto en este ámbito, inclusive en pacientes con dificultad en lectoescritura, debido a que no tuvieron condiciones económicas para estudiar, especialmente en zonas lejanas del país. Se adaptan las indicaciones a pictogramas para que la adherencia terapéutica no se vea afectada. Sin embargo, aún hay deficiencias con respecto a la economía, porque en caso de que el sistema de salud pública no cuente con el tratamiento requerido, muchas veces el paciente posee los medios para costear tratamientos a nivel privado, limitando la capacidad del cuidador o familiar para administrarle el medicamento requerido (Jiménez, 2020).
- 3. Factores relacionados con el tratamiento.** Con el paso de los años, en los pacientes aumenta también la cantidad de medicamentos a utilizar, por lo que también incrementa la complejidad del tratamiento utilizado debido a que el cuidador debe considerar las dosis, el almacenamiento, el tiempo en el que se debe realizar la administración y los efectos secundarios. Adicional a ello, como se mencionó anteriormente, los pacientes

deben acoplarse a tratamientos no farmacológicos que llegan a ser tediosos debido a la falta de costumbre y gusto, tales como dietas y actividad física (Alayón, 2017).

4. Factores relacionados con la enfermedad. En la demencia vascular es usual la presencia de depresión, la cual es un factor que influye profundamente en la falta de apego al tratamiento, por lo que ante los signos presentes en la tabla 2, se debe abordar rápidamente de forma psicológica y farmacológica para que el paciente no se predisponga en cuestión de resistencia a recibir su tratamiento (Ortega *et al.*, 2018).

5. Factores relacionados con el profesional sanitario. Cuando en el abordaje al paciente, el profesional en salud posee una inadecuada preparación, una capacidad deficiente para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas, una falta de conocimiento sobre la importancia de la adherencia; poco interés por explicar a los cuidadores, familiares o pacientes sobre el uso correcto y cuidados de la medicación indicada; aunado a un personal con una remuneración económica baja y alta carga de trabajo, es posible que resulte en consultas bajas o carentes de calidad y empatía con las personas enfermas; todo esto resulta en una atención deficiente que influye de forma importante sobre el proceso de adherencia al tratamiento (Ortega *et al.*, 2018).

Enseñanza al Cuidador sobre la Farmacoterapia del Paciente

La OMS explica en su apartado sobre la demencia revisado en 2021, en su página web oficial, que esta condición es una de las principales causas de dependencia entre las personas adultas mayores a nivel mundial, lo cual es abrumador tanto para el paciente como para su familia, pero a pesar de estar entre las causas más trascendentales, sigue habiendo un déficit de concientización a nivel social que provoca una estigmatización que se convierte en un gran obstáculo para obtener servicios de salud de calidad y atención oportunos, lo cual es razón de impacto psicológico, económico, social y físico para todas las personas implicadas en la búsqueda del bienestar de la persona diagnosticada con demencia.

Demencia en Costa Rica

Situación Actual de la Demencia en Costa Rica

En el artículo llamado “Características clínicas de los casos de demencia diagnosticados en la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología” (2015), se describe que en Costa Rica la situación de demencia vascular se registra hasta el año 2013 con un porcentaje de

28,5% (tabla 4). Con respecto a género, hay predominancia de pacientes masculinos diagnosticados con demencia vascular (tabla 5); a pesar de ello, no hay investigación al respecto para saber el motivo de esta mayoría.

Los autores Miranda-Valverde *et al.* confeccionaron una lista (tabla 7) donde se cuantificó la aparición de alteraciones neuroconductuales según el tipo de demencia. Se aprecia que, en pacientes con demencia vascular, las ideas delirantes, agresividad, actos repetitivos y depresión son las más usuales.

Tabla 7.

Tipos de demencias registradas. Clínica Memoria HNGG 2007-2013.

Tipo de demencia	N° casos	Porcentaje	IC 95%
EA (probable / posible)	468	42,9	42,6-48,7
DV (probable / posible)	311	28,5	27,5-33,1
Formas mixtas	187	17,1	15,9-20,6
Otras	126	11,5	10,3-14,3
Total	1092	100	

EA: enfermedad de Alzheimer, DV: demencia de origen vascular

Fuente: Miranda-Valverde et al., (2015).

Tabla 8.

Tipos de demencia, según sexo. Clínica Memoria HNGG 2007-2013.

	Total		EA		DV		DM		Otros	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Hombre	369	33,8	136	38,9	109	31,1	73	20,9	32	9,1
Mujer	723	66,2	332	49,1	202	29,9	114	16,9	28	4,1

EA: enfermedad de Alzheimer, DV: demencia de origen vascular, DM: demencias mixtas, Otros: se incluyen solo los tipos clasificables.

Fuente: Miranda-Valverde et al., (2015).

Tabla 9.

Alteraciones neuroconductuales, según tipo de demencia. Clínica Memoria HNGG 2007-2013.

Alteración neuroconductual	EA	DV	DM	Otros
Ideas delirantes	222	139	94	29
Alucinaciones	164	114	70	29
Ilusiones	34	21	12	2
Agitación psicomotriz	127	86	54	20
Depresión	212	130	66	23
Disforia	37	13	11	2
Ansiedad	156	95	53	15
Euforia	27	24	14	5
Apatía	137	102	62	22
Desinhibición	57	60	22	11
Agresividad	201	130	84	31
Vagabundeo	132	74	60	18
Actos repetitivos	244	147	97	28
Hipersexualidad	20	15	13	10
Hiperfagia	109	75	38	14
Trastornos del sueño	142	91	64	15

EA: enfermedad de Alzheimer, DV: demencia de origen vascular, DM: demencia mixta, Otros: demencia de etiología desconocida.

Fuente: Miranda-Valverde et al., (2015).

Protocolos en Costa Rica sobre demencias.

Actualmente, en el sistema de salud del país se cuenta con la Norma Nacional de Atención a Personas Adultas con Deterioro Cognitivo y Demencia, publicada por parte del Ministerio de Salud (2016), donde se indica que, para abordar esta patología, se debe contar con un equipo interdisciplinario conformado por personal de Medicina (Psiquiatría, Geriátrica o Neurología), Psicología Clínica, Enfermería, Farmacia, Microbiología, Fisioterapia e incluso, de Trabajo Social.

En dicha norma, se menciona que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) no cuenta con datos estadísticos actualizados desde el 2015 sobre los diferentes tipos de demencias, además de los únicos datos publicados por parte de la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, los cuales son sistematizados y confiables según se indica en la norma mencionada. Sin embargo, se presenta una limitante, ya que solamente

los pacientes de más de 60 años están incluidos en los datos, por lo que el cálculo de la incidencia y prevalencia de la demencia en Costa Rica se reduce a esta población.

Por otra parte, en dicho documento se exponen los marcos normativos que debe cumplir el personal relacionado con la atención a pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo y demencia en Costa Rica, lo cual es un aspecto sumamente beneficioso que indica que a nivel nacional hay suficiente amparo en cuanto al aspecto de derechos humanos que goza el adulto mayor, los cuales deben ser cumplidos a cabalidad, y si el cumplimiento normativo es acompañado por habilidades blandas e inteligencia emocional, resulta en una atención de alta calidad ante la percepción del adulto mayor, sus familiares y cuidadores.

Los documentos legales que fungen en el país son los siguientes:

Normativas internacionales:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948.
- Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre. 1948.
- Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Viena. 1982.
- Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. 1991.
- Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Madrid. 2002.
- Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores incluido el Envejecimiento Activo y Saludable. Organización Mundial de la Salud. 2009.
- Estrategia y Plan de Acción sobre Demencias en las personas mayores. OMS. 2010-2015.

Normativas internacionales:

- Ley 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. 1999.
- Ley 7130. Código Procesal Penal.
- Ley 5395. Ley General de Salud. 1984.
- Política Nacional de Salud Mental. 2012-2021.
- Plan Nacional de Salud 2010-2021. 2010.
- Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. 2011-2021. Decreto N° 38036-MP-MBSF. 2011.
- Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Reglamento del Seguro de Salud. 2010.
- Reglamento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. 2005.

- Reglamento del Régimen No Contributivo de Pensiones. 2008.
- Política de Atención Preferencial en la Caja Costarricense de Seguro Social. 1997.
- Oficialización de la operación funcional de los programas de atención a las personas en la institución. GM-MDC-2166-14.
- Plan Estratégico Institucional 2015-2018.
- Instructivo Programa Régimen No Contributivo para el trámite y control de las pensiones por vejez, invalidez, orfandad e indigencia. 2013.
- Política Integral del Buen Trato. 2013.
- Plan para el desarrollo del fortalecimiento de los Servicios de Geriátría. 2009.
- Decreto de Vigilancia de la salud 37306-S.

Todas estas normativas, planes, reglamentos y declaraciones incluyen a los profesionales en Farmacia, quienes deben velar por su cumplimiento en caso de percibir lo contrario, con el fin de cumplir el principio de justicia que se jura ante el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, el cual está indicado en el Código de Ética Farmacéutica (2015), donde especifica que:

Las personas profesionales en farmacia, en el ejercicio profesional, deberán adoptar todas las previsiones necesarias para brindar a los pacientes un trato equitativo. Velarán porque los establecimientos de salud públicos y privados cumplan con este principio en la programación de los servicios farmacéuticos que ofrecen a la población. El ejercicio de la farmacia, en cualquiera de sus ámbitos, se orienta por el respeto y armonía de los principios de libertad, dignidad, equidad, igualdad y no discriminación, solidaridad, seguridad y respeto de la diversidad humana. (p. 14).

Atención Farmacéutica

Concepto

Según el Sistema Costarricense de Información Jurídica (2015), la atención farmacéutica se define de la siguiente forma:

Práctica profesional en la que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico. Es el compendio de actitudes, comportamientos, compromiso, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con el objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y en la calidad de vida del paciente.

En dicha destreza, se debe pretender el desarrollo de habilidades para implementar de una manera integral servicios de dispensación farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, farmacovigilancia, indicación farmacéutica para poner a disposición del paciente una información y servicio de calidad, además de lograr identificar, resolver y prevenir problemas relacionados con medicamentos (PRM) (Goienetxea, 2017).

Esta práctica profesional facilita los resultados que se buscan mediante la farmacoterapia y minimiza la aparición de efectos secundarios a tratamientos, interacciones farmacológicas, toxicidad por dosificaciones erróneas, disminuye grandes inversiones económicas por consultas médicas privadas y, por último, al mejorar la relación farmacéutico-paciente, se contribuye a que la adherencia terapéutica y persistencia en su cumplimiento sea óptima (Mastroianni y Machuca, 2012).

Una de las herramientas más útiles en la atención farmacéutica al adulto mayor para poder monitorizar y detectar prescripciones potencialmente inapropiadas en los medicamentos (PPIM), son los criterios STOPP-START (*Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions y Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*), los cuales permiten identificar las indicaciones inapropiadas por parte de los médicos y la omisión de los tratamientos que podrían ser necesarios para la salud del adulto mayor (Gallo, Vilosio y Saimovici, 2015).

Cuando el farmacéutico considera que alguna prescripción médica es inapropiada, generalmente es debido a que se está administrando algún medicamento con una frecuencia mayor a lo indicado, así como cuando el uso de un tratamiento demuestra que hay un mayor riesgo en comparación al beneficio; por ejemplo, si el fármaco en cuestión interacciona considerablemente con alguno otro o si se está sobre dosificando al paciente al utilizar principios activos duplicados o de la misma clase. (Rodríguez, Blanco, *et al*, 2019)

Habilidades Duras o Técnicas en el Farmacéutico

Durante la preparación profesional, se aborda de manera específica la formación del estudiante de Farmacia en cuanto a visión estratégica, orientación a resultados, compromiso profesional, liderazgo, orientación al cliente, capacidad analítica, toma de decisiones, capacidad de aprendizaje, capacidad de negociación y capacidad de innovación, lo cual se adquiere por medio de entrenamiento por medio de formación interna en laboratorios y prácticas clínicas simuladas, o formación externa por medio de prácticas de campo. Son conocimientos relacionados a la

educación recibida y nivel de experiencia, que permiten el manejo de datos, equipos y sistemas (Laker y Powell, 2011).

Como farmacéuticos, se necesita una conciencia social realista sobre el ámbito del manejo de fármacos, con el fin de que, al momento de ser utilizados por los pacientes, sea de una forma correcta y responsable, al dar indicaciones precisas y correctas así como posibles interacciones y recomendaciones al utilizar el tratamiento, con el fin de contribuir a la mejoría en la salud del paciente y a lograr generar una sociedad más educada y consciente de la importancia del uso racional de los medicamentos (Viquez, 2018).

Habilidades Blandas o No Técnicas en el Farmacéutico

Según Espinoza (2019), las habilidades blandas se conforman por una actitud benéfica para los demás a su alrededor, por poseer un pensamiento crítico, así como habilidades para comunicarse con los demás de manera asertiva y empática con el uso constante de las habilidades socio-emocionales. Todos estos son aspectos que no son únicamente cognitivos del ser humano, sino que se consideran aptitudes que le permiten interactuar con sus pares y desenvolverse en la sociedad, mejorando el desempeño en el ámbito tanto laboral como académico, catapultando su carrera profesional y prediciendo el éxito laboral de quien fortalece estas habilidades no técnicas constantemente.

En el caso del farmacéutico, el fortalecimiento de habilidades blandas es un aspecto de suma importancia, ya que al momento de interactuar con los pacientes, es necesario que se presente una actitud empática, teniendo en cuenta que la persona a quien está atendiendo se encuentra con una condición de salud deteriorada, que depende en gran parte de la intervención farmacéutica para su mejoría, y en dicha intervención, además de proveer las indicaciones, recomendaciones, advertencias y respuestas a las dudas relacionadas, se debe generar un ambiente de confianza para que el paciente se sienta tranquilo y pueda expresarse abiertamente de forma sincera, todo esto con el fin de fortalecer la relación paciente-farmacéutico y obtener mejores resultados en la adherencia terapéutica (Vílchez, 2018, citando a European Pharmaceutical Student's Association, 2017).

Por lo tanto, promover un vínculo con el paciente por medio del uso de habilidades blandas permite un seguimiento farmacoterapéutico más amigable, lo cual es factible también con familiares y cuidadores. Todas estas destrezas crean empatía y forjan mejores resultados a partir de los temas desarrollados durante la consulta farmacéutica.

Abordaje al Paciente con Demencia y Educación Farmacéutica a su Cuidador

El apoyo al cuidador por parte del personal de salud es sumamente importante para lograr mantener esta atención a disposición del paciente a largo plazo; sin embargo, el cuidado se vuelve riesgoso cuando la persona encargada está pasando por mucho estrés, ya que el agotamiento puede encaminarle al abuso y a la negligencia en la atención al anciano con demencia (Silva, Gonzales, Márquez y Partesani, 2016).

Silva *et al*, (2016) también mencionan que cuando los cuidadores son familiares o personas sin preparación en el ámbito de cuidado a adultos mayores, tienen un mayor riesgo de pasar eventos desafortunados, ya que no cuentan con la experiencia y el conocimiento que posee el personal de salud, lo cual vuelve más difícil la detección de signos de estrés, depresión y deterioro de la salud en el paciente.

A pesar de que el farmacéutico no es el encargado de proveer cuidados para el cuidador, es importante que realice aportes desde su área de trabajo para conservar y fortalecer este recurso, escuchando al cuidador, dándole indicaciones de tratamientos y siempre con disposición a aclarar dudas con respecto a los medicamentos que se están utilizando, con el fin de que la educación en la atención farmacéutica dé buenos resultados para el bienestar del paciente.

Además, es importante que el cuidador tenga presente que la demencia vascular radica a partir de eventos cardiovasculares, por lo que es necesario que, como parte de los cuidados, se tenga presente, en cuanto al aspecto de la alimentación, que se cumpla dentro de lo posible con la siguiente tabla de recomendaciones nutricionales de la Caja Costarricense del Seguro Social:

Tabla 10.

Recomendaciones nutricionales para el paciente y frecuencia de alimentación.

Recomendaciones dietéticas	Frecuencia sugerida	Alimentos
Incluir alimentos bajos en grasa saturada y colesterol	Diaria	Leche descremada, semidescremada 2%, yogurt descremado
Incluir leguminosas	Diaria	Frijoles, lentejas, garbanzos, cubaces
Incluir algún tipo de alimentos harinosos	diaria	Yuca, papa, camote, tiquisque, ñampi, ñame, tortilla, plátano, avena, arroz, pastas, pan
Consumir variedad de vegetales (incluye hojas verdes)	diaria	Tomate, zanahoria, brócoli, pepino, vainicas, ayote sazón, ayote tierno, zapallo, zuchini, espinacas, hojas de mostaza, remolacha, repollo, Chile dulce, cebolla, coliflor
Consumir variedad de frutas	diaria	papaya, piña, mango, manzana, naranjas, guayaba, mandarina, limón dulce, banano, durazno, yuplón, cas, moras, fresas, jocotes
Utilizar aceites y alimentos con grasa insaturada	diaria	Aceite de oliva, girasol, maíz, soya, aguacate, semillas de maní, linaza
Incluir alimentos bajos en grasa saturada	2-3 veces por semana Al menos dos veces a la semana	Queso tierno, cuajada, cottage, turrialba, pollo sin piel, carne sin gordo, huevos. Atún fresco o enlatado, sardina, otro tipo de pescado

Fuente: CCSS, (2004), citando las Guías de alimentación y nutrición de Costa Rica, (1997).

Esto también toma relevancia además de la prevención del empeoramiento o desarrollo de patologías, debido a que es común que en este grupo etario se presenten deficiencias nutricionales; en especial es usual que se presenten niveles bajos de ácido fólico, magnesio, zinc, vitaminas E, B6, B12, C y tiamina, por lo que también se puede optar por el uso de suplementos vitamínicos y minerales, bebidas nutricionales o leche fortificada, con el fin de satisfacer sus necesidades. No se debe llegar a ninguno de los dos extremos de alimentación, ya que ambos representan un peligro grave para la salud del paciente (Dahl, 2017).

Por otro lado, la persona encargada del cuidado debe comprender que, dentro de los procesos de esta etapa vital en el paciente, además de vivir gran cantidad de situaciones a nivel emocional y físico, se le da una importancia especial al ámbito espiritual, lo cual, por lo general, es debido al

sentimiento de proximidad de la muerte, por lo que se busca comodidad y esperanza en la fe para la preparación del espíritu para la vida que le queda; por lo tanto, tanto el cuidador como el personal de salud deben sensibilizarse para conversar con ellos sobre estos temas de manera paciente y respetuosa (Ministerio de Salud del Ecuador, 2011). Este aspecto tiene relevancia debido a que es ideal que el paciente cuente con una perspectiva lo suficientemente benigna de la vida, para que acceda con facilidad al cumplimiento de las atenciones médicas y los tratamientos farmacológicos necesarios.

FORTALEZAS. (LO QUE DEBE HACER)	DEBILIDADES. (LO QUE NO DEBE HACER)
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizarse a las necesidades espirituales para escuchar y comprender los temores de las personas adultas mayores. • Tener actitud respetuosa y una gran sensibilidad en relación con el momento de vida por el que atraviesa. • Recordar que las personas adultas mayores piensan irremediablemente en la muerte. Quizá repita con frecuencia: ¡Qué pronto ha pasado todo! ¡Qué pena tener que morirme! etc. • Proporcionarle tiempo y espacio para la reflexión sobre la soledad, el abandono, la alegría, el sufrimiento, el dolor, etc. • Compartir y/o respetar con ellos las prácticas y ritos religiosos. • Facilitarles lecturas, poemas, oraciones y otros materiales que les distraiga. • Comprender al menos los aspectos más importantes de las creencias que tienen de acuerdo a su cultura y principios. • Contactarse con personas que ayuden en este tipo de prácticas como por ejemplo: Sacerdote rabino, capellán, un familiar o un amigo solicitado por la persona adulta mayor 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionar la espiritualidad con la religión, no le ayudará a comprender que la espiritualidad es más amplia y la rechazará. • No tomar en cuenta las necesidades espirituales de las personas adultas mayores, porque no está preparado para ayudarlo. • Sentir miedo de hablar de la muerte no le ayudará a dar respuestas correctas sobre este tema. • Rechazar los temas sobre problemas de la existencia y la muerte. • Evitar los temas de la soledad, abandono, porque no se siente capaz de darle respuestas adecuadas. • Resistencia a compartir por miedo a sentirse también afectado.

Figura 2. Abordaje del personal de salud ante de la espiritualidad en el adulto mayor.

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2011).

En cuanto al aspecto de educación, apoyo y atención farmacéutica al cuidador, se toma un papel importante como profesional al dar la información pertinente como parte del trabajo interdisciplinario junto al personal de salud involucrado para el cuidado y la prevención de las posibles exacerbaciones de las comorbilidades presentes en el paciente que están relacionadas con el avance de la demencia vascular. Algunas de las enfermedades crónicas son la hipertensión arterial, *diabetes mellitus* y eventos cerebrovasculares.

Recomendaciones farmacológicas para el abordaje de HTA en el adulto mayor.

En cuanto a los pacientes que padecen de hipertensión arterial, es importante indicar al cuidador, además de que debe cumplir con la toma de la medicación diaria indicada por el médico, que es recomendable que el paciente tenga un registro de presión arterial de forma regular para detectar algún dato anormal de forma temprana y poder actuar rápidamente con atención médica, en caso de que sea necesario. Por último, que inste al paciente a que realice ejercicios activos y pasivos siempre y cuando se cumpla con los cuidados necesarios, para evitar la hipotensión por exceder sus limitaciones físicas (Ayala *et al.*, 2010).

Por otro lado, se recomienda el cumplimiento de los requerimientos nutricionales mencionados en la tabla 10 y, por último, que mantenga una comunicación continua con los profesionales en ciencias de la salud ante cualquier duda o efecto adverso que esté notando en el adulto mayor (Ministerio de Salud del Ecuador, 2011).

Recomendaciones farmacológicas para el abordaje de diabetes en el adulto mayor.

El cuidador debe tomar en alta estima la recomendación farmacéutica en cuanto a lo que se trata de la diabetes en el paciente, ya que, además de exacerbar la demencia vascular, puede avanzar y ser causa de ceguera, patologías renales, derrames cerebrales y amputación de extremidades; por lo tanto, se le puede comentar al paciente lo siguiente, basándose en la OMS (2019):

- La importancia del cumplimiento de horarios para la administración de los medicamentos, con el fin de prevenir reacciones no deseadas por la falta del tratamiento, por lo que es importante que la persona logre convencerse de que solo con el tratamiento se pueden evitar las complicaciones de esta enfermedad.
- Existe una relación estrecha entre el sobrepeso y la diabetes (OMS, 2014), por lo que la dieta toma un rol importante para mejorar el estado de salud del paciente diabético, siempre y cuando se tome en consideración una nutrición balanceada. Sin embargo, en

caso de tratarse de un adulto mayor, es usual que existan deficiencias de vitaminas por falta de apetito y otros factores que se encuentran en la figura 3, que pueden influenciar para que se complique la alimentación al adulto mayor, por lo que se debe tener presente y manejar con mucha paciencia.

- La OMS recomienda, tanto para personas diabéticas como para quienes no lo son, que se consuman azúcares libres de forma muy reducida a lo largo de toda la vida, esto incluye a los monosacáridos o disacáridos añadidos, que traen los alimentos y bebidas comerciales, además de los añadidos por el consumidor y los azúcares presentes en la miel, los jugos de frutas y los concentrados de frutas.

Factores de riesgo	Factores socioeconómicos	Factores Biológico	Factores fisiológicos
Desnutrición y mal nutrición.	-Abandono de la actividad laboral. -El bajo poder adquisitivo y las pensiones recibidas. Hábitos alimentarios muy rígidos.	-Disminución del metabolismo basal. - Trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción	-Salivación disminuida Enfermedades crónicas. -Disminución del peristaltismo
Factores Físico	Factores psicosociales	Factores sociales	Necesidades de nutrientes
-Masticación, salivación y deglución. - Deterioro sensorial. -Discapacidad, déficit mental.	-Aislamiento social -pobreza. - Inadecuados hábitos alimentarios. -Estilos de vida, soledad, depresión y anorexias.	-Modelo dietéticos de baja bio-utilización.	-Menor actividad física. - Uso elevado de fármaco. - Eficacia digestiva y metabólica digestiva.

Figura 3. Clasificación de los factores que inciden en el estado nutricional para el manejo de enfermedades crónicas en el adulto mayor

Fuente: Castillo, Guerra y Carbonell, (2018).

Recomendaciones farmacológicas para el cuidado de enfermedades cerebrovasculares en el adulto mayor.

Por último, sobre la educación al paciente en el tema de enfermedades cerebrovasculares, teniendo presente que esta condición se presenta mayoritariamente en varones y aumenta el riesgo conforme envejece el paciente, al igual que la demencia vascular, se recomienda un registro de presión arterial de forma regular para la detección prematura de algún resultado anómalo, además de seguir recomendaciones nutricionales y un estilo de vida saludable con ejercicio regular dentro de las capacidades del paciente. El fumado se debe detener de forma rápida, al igual que el consumo de cocaína u otras drogas ilícitas, ya que dañan los vasos sanguíneos, debilitándolos y haciéndolos susceptibles a rupturas y resultar en accidente cerebrovascular. (Goldstein, 2020).

Método DÁDER

El método DÁDER, según Arroyo y Castro (2017), es un procedimiento sencillo que funciona para llevar a cabo un seguimiento farmacoterapéutico eficaz a cualquier tipo de paciente con cualquier enfermedad o problema de salud, en cualquier entorno, y por cualquier fármaco, con la finalidad de que este método resulte en:

1. Realizar u obtener las evaluaciones necesarias del estado de salud del paciente al ofrecerle este servicio de nueve fases (oferta del servicio, primera entrevista, estado de situación, fase de estudio, fase de evaluación, fase de intervención, resultado de las intervenciones, nuevo estado de situación y entrevistas sucesivas).
2. Formular un plan de farmacoterapia eficaz y seguro.
3. En caso de ser necesario, proceder a seleccionar, iniciar o modificar tratamientos realizando consulta previa al médico tratante.
4. Dar seguimiento al paciente para saber cómo ha sido su respuesta al tratamiento, consultándole sobre la efectividad que ha percibido.
5. Realizar una revisión profunda de la medicación para identificar, resolver y prevenir problemas relacionados con los medicamentos, incluyendo efectos adversos.
6. Proporcionar educación al paciente para promover la idoneidad de uso de sus medicamentos y la adherencia terapéutica.

Identificación de PRM.

Los problemas relacionados con medicamentos (PRM) se encuentran en estrecha relación con el uso de fármacos que llegan a causar, o podrían causar, un resultado negativo asociado a ello. El riesgo aumenta proporcionalmente a la cantidad de medicamentos utilizados (Garin, Sole y Lucas, 2021). Se clasifican en ocho tipos de problemas para identificar puntualmente la problemática y así analizar los factores de riesgo potenciales (Figura 4).

- Clasificación de Strand y cols. 1990**
- PRM 1. El paciente tiene un estado de salud que requiere farmacoterapia (indicación de farmacoterapia), pero el paciente no está recibiendo un fármaco para esa indicación
 - PRM 2. El paciente tiene un estado de salud para el que utiliza un medicamento erróneo
 - PRM 3. El paciente tiene un estado de salud para el que toma muy poco de un medicamento correcto
 - PRM 4. El paciente tiene un estado de salud para el que toma demasiado de un medicamento correcto
 - PRM 5. El paciente tiene un estado de salud resultante de una reacción adversa medicamentosa
 - PRM 6. El paciente tiene un estado de salud resultante de una interacción medicamento-medicamento, medicamento-alimento o medicamento-prueba de laboratorio
 - PRM 7. El paciente tiene un estado de salud resultante de no recibir el medicamento prescrito
 - PRM 8. El paciente tiene un estado de salud resultante de tomar un medicamento no indicado

Figura 4. Clasificación de problemas relacionados a medicamentos.

Fuente: Faus, Amariles y Martínez, (2016), citando a Strand *et al.*, (1990).

Las intervenciones ante algún PRM detectado pueden variar en cuanto al abordaje del farmacéutico en aspectos como la conciliación de la medicación, la adherencia terapéutica, los ajustes de dosis o la indicación terapéutica. Sin embargo, en las actividades en la práctica, el abordaje no es estandarizado (Tariq, 2021).

En el caso del adulto mayor, los problemas relacionados a medicamentos se relacionan directamente con las enfermedades crónicas y la polimedicación, o también llamada polifarmacia, que se define como “el consumo diario de cinco medicamentos o más” (Molina, Carballo, Palma, López, Domínguez y Morales, 2019).

Seguimiento Farmacoterapéutico

Constituye un servicio profesional que abarca integralmente los aspectos relacionados a problemas de salud en el paciente, así como los medicamentos que se están utilizando, de manera tal que se centra para valorar la necesidad, efectividad y seguridad de la farmacoterapia. En la tabla 11 se detallan las posibles formas de abordaje para dar un seguimiento farmacoterapéutico

adecuado, interviniendo para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores (Goienetxea, 2019).

Tabla 11.

Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en el adulto mayor.

Reducción de la complejidad del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la frecuencia de dosis • Reducción del número de fármacos • Adaptación de la pauta a los hábitos de vida • Organizadores de medicación (sistemas personalizados de dosificación, calendarios, cuentadosis, etiquetas...)
Información / Educación sanitaria (oral y escrita)	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de por qué, para qué, cuándo y cómo tomar medicamentos; qué hacer si se me olvida; relevancia de los efectos adversos, beneficios esperados, riesgo de interacciones si se automedica... • Información sobre la enfermedad y su evolución (qué es la enfermedad, por qué es importante, causas, síntomas, factores que influyen...) • Transmitir la información más relevante al principio y al final de la intervención
Relación médico-paciente (profesional sanitario)	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades para la interacción: amabilidad, ánimo, cercanía, cooperación • Escucha activa, percepción de temores o expectativas sobre el tratamiento y/o la enfermedad (p.ej: "si me encuentro mejor dejo de tomar la medicación", "como no noto nada no lo tomo", "dejar descansar al cuerpo" (temor a la adicción) • Consideración de aspectos culturales (p.ej. Ramadán) • Potenciar la participación activa del paciente para integrar la nueva conducta en su actividad diaria
Soporte social y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar accesibilidad al centro (transporte, citación...) • Valorar disponibilidad de tiempo para acudir al médico a solicitar las recetas • Valorar el posible apoyo familiar
Situación especial: paciente anciano	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de medicación en lo posible • Valorar falta de visión, destreza manual, dificultad para tragar • Valorar deterioro cognitivo

Fuente: Molina, Carballo, Palma, López, Domínguez y Morales. (2019).

Simulación Clínica

Definición de Simulación Clínica

Constituye una representación de un acto o de un sistema como metodología de enseñanza que brinda la posibilidad de realizar una práctica similar a lo que realizará como profesional, de manera segura y controlada. Los estudiantes interactúan en un entorno que simula la realidad en la que tendrá que resolver una situación o caso clínico. Hay principalmente cuatro objetivos a lograr con esta metodología, los cuales son: educación, evaluación, investigación e integración del sistema de salud, todo esto para poder mejorar la seguridad y eficiencia de los sistemas de salud (Abellán *et al.*, 2012).

Andragogía

La andragogía es un tipo de aprendizaje activo que está centrado en dar educación a personas de todas las edades, basándose en principios de aprendizaje que implican la resolución de problemas relevantes para las experiencias cotidianas del alumno. Aplicando lo dicho, las experiencias cotidianas se consideran los casos clínicos a resolver día a día (Abellán *et al.*, 2012).

Tipos de Simulación Clínica

Según Abellán (2012), quien cita al INACSL (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, 2016), la simulación se divide en los siguientes tipos:

- Casos de simulación por escrito
- Modelos en 3D
- Programas informáticos
- Pacientes estandarizados
- Entrenadores parciales de tareas y/o procedimientos (baja fidelidad)
- Simulaciones de pacientes de alta fidelidad
- Simuladores de Entornos Reales (SER)

Evaluación en la Simulación Clínica

Mediante esta metodología, es posible realizar una enseñanza objetiva, controlada y segura para lograr optimizar la adquisición de competencias específicas contempladas en los programas de la carrera de interés, además de consolidar con experiencia al estudiante en cuanto a cuidados de la salud y poder analizar, evaluar y certificar las competencias desarrolladas por el practicante (Horra, 2010).

El personal docente y el personal encargado de evaluación en la universidad debe procurar que se garantice la calidad de las simulaciones del estudiante, por lo tanto, es necesario que la elaboración de los casos clínicos y las simulaciones se lleve a cabo con cuidado y dándole énfasis a que el procedimiento, el contenido y la similitud a la realidad sean de calidad, con el fin de reforzar la comprensión, la retención y el desarrollo de los contenidos de los cursos clínicos que componen el desarrollo curricular; además, para que esto sea un potenciador como motivación del alumno, como resultado de que se utilicen metodologías innovadoras (Abellán *et al.*, 2012).

Diseño de Casos Clínicos

El aprendizaje mediante la simulación clínica es dependiente del diseño de cada caso presentado, por lo que se debe cumplir con una serie de condiciones para que se logre asegurar que habrá un resultado positivo en el estudiante (Sánchez, 2019):

1. Debe haber un guion y un objetivo claramente establecidos previamente.
2. Deben ser lo más apegados a la realidad, dentro de lo posible.
3. Deben ser repetitivos.

4. Debe ser parte del currículum en pregrado, postgrado y formación continua.
5. El grado de dificultad debe adaptarse al nivel de competencia de los alumnos.
6. Debe realizarse un *debriefing* o *feed-back* al final de toda sesión de simulación.

Guías de Simulación Clínica

Amaya (2011) indica que las guías de simulación son herramientas didácticas que se utilizan en varias profesiones de ciencias de la salud, adicional al método pedagógico. Se pretende estandarizar los procesos de enseñanza en el estudiante para lograr mejores desempeños y, por consiguiente, resultados óptimos según el interés institucional de formación profesional. Amaya las define de la siguiente manera:

Son herramientas didácticas utilizadas en simulación clínica, producto de un consenso académico de docentes quienes unifican criterios para generar conceptos claros, con identidad científica, de grupo y de institución, para dar respuesta a un sentido de formación profesional con base en un proyecto educativo con identidad propia que responde a las necesidades curriculares que exige en la actualidad la resolución de los problemas individuales, sociales y culturales de atención en salud. (p. 310)

Rol del Instructor de Simulación

Según Hughes y Hughes (2020), el instructor tiene como función cuatro aspectos principalmente, los cuales son:

- **La revisión de metas y objetivos de cada sesión.** Se deben revisar estos aspectos del proceso de aprendizaje con el fin analizar si la secuencia de eventos de la sesión de simulación que se llevó a cabo, y si funcionó para que los participantes se familiarizaran con el entorno clínico.
- **Establecer un escenario lo suficientemente cercano a la realidad.** La persona guía encargada es la responsable de generar un escenario lo más cercano a la realidad aún con las limitaciones que conlleva el entorno simulado. Esto se logra efectivamente con el compromiso de los estudiantes, quienes se deben comprometer con su participación de forma plena en la simulación al actuar como si las situaciones se estuvieran desarrollando en la vida real.

- **Proporcionar los detalles clave y necesarios a los estudiantes participantes.** En este aspecto, el instructor se encarga de brindar los detalles logísticos a los estudiantes, mencionando cuánto tiempo dura la sesión incluyendo el *prebriefing*, el caso clínico y el *debriefing*, además de cómo administrar las llamadas telefónicas en caso de ser necesario. También se puede dar recomendación de páginas web y aplicaciones que constituyen *Fuentes* confiables de consulta durante la resolución del caso clínico durante la sesión.
- **Comunicarse de manera respetuosa, asertiva además de escuchar.** En esta última función, en especial el instructor debe analizar sobre cómo lleva a cabo el proceso de toma de decisiones el alumno y cuál es el fundamento de sus elecciones, para lograr proporcionar al educador una perspectiva de las lagunas de conocimiento del alumno y ayuda a orientar la retroalimentación.

Prebriefing y Debriefing

Ambos términos hacen referencia a reuniones que se realizan con los participantes de las sesiones de simulación clínica, en cada sesión.

Con respecto al *prebriefing*, se trata de una reunión antes de cada sesión para que la persona encargada de guiar a los estudiantes les informe sobre qué trata el caso clínico, el tiempo con que se cuenta para desarrollarlo y les dé instrucciones e información preparatoria con datos importantes a considerar para cada caso y así, sentar las bases para el escenario y ayudar a que se aborde al paciente de manera efectiva según lo esperado en cada situación (León-Castelao y Maestre, 2019).

Asimismo, se define en el artículo de los autores al *debriefing* como una reunión que se realiza posterior a una actividad guiada por un instructor. Dicha reunión se lleva a cabo para fomentar la autoevaluación de los participantes, así como el aprendizaje reflexivo y significativo para su carrera. Se lleva a cabo cumpliendo tres fases durante el *debriefing*. Primero se les pide a los estudiantes que describan qué sucedió durante el caso según su perspectiva y cómo se sintieron, luego se les consulta qué dedujeron mediante análisis acerca de la situación y, por último, se escucha qué medidas proponen los participantes que se pueden aplicar para mejorar la práctica. Se busca una reflexión guiada.

Ventajas y Desventajas de la Simulación Clínica

Tabla 12.

Ventajas y desventajas de la simulación clínica como metodología de aprendizaje.

Ventajas	Desventajas
Permite practicar los diferentes eventos clínicos tantas veces como se quiera sin poner en riesgo la vida de los pacientes, lo que permite rectificar errores cometidos.	Los modelos de simulación en una computadora son costosos y requieren mucho tiempo para desarrollarse y validarse.
Contribuye al repaso de algoritmos y protocolos ante ciertas situaciones que lo ameritan.	Gran parte del peso de la enseñanza con simulación recae en el profesor, quien debe cambiar su modelo tradicional y entrenarse en otro modo de enseñanza.
Se pueden reproducir casos clínicos poco frecuentes en la práctica habitual o de rutina, lo que permite el entrenamiento en dichas situaciones.	La simulación ha demostrado que traslada de manera fidedigna las habilidades técnicas adquiridas a la práctica clínica, sin embargo, esto no está demostrado para las habilidades cognitivas. La respuesta aprendida en una simulación aplicada a una situación real debe predecirse con cautela, puesto que la simulación puede provocar en el alumno un exceso de confianza.
Permite la grabación de casos para un posterior análisis de la situación, lo que estimula la autocrítica y el refuerzo positivo de actitudes del estudiante.	Los alumnos en situaciones de simulación pueden generar estrés e intimidación.
Desarrolla un aprendizaje basado en la experiencia del alumno, centrándose en él y no en el docente.	

Fuente: Elaboración propia, (2021), a partir de Horra, (2010).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Con el fin de verificar las investigaciones y las contribuciones disponibles, como estrategia metodológica se llevó a cabo una revisión de la literatura, y para apoyar el proceso de indagación se formuló una pregunta de investigación. Se utilizaron diferentes referencias académicas de investigación presentes en Pubmed, Cochrane library, US National Library of Medicine National Institutes of Health, Scholar Google, Medscape, UpToDate y Scielo. En esta etapa, se utilizaron términos consolidados de búsqueda formulados en inglés y español, con tres palabras claves: *simulation, education, pharmacy*.

Enfoque de la Investigación

La presente investigación se realiza mediante un método cualitativo, el cual es un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, y logran convertirlo en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es interpretativo, ya que procura encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorgan, todo esto según Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista en el primer capítulo del libro *Metodología de la Investigación* (2014).

Hernández *et al.* se refieren este enfoque y explican que se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes, como sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos que son subjetivos. También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. Debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas. (Hernández *et al.*, 2014).

Diseño de la Investigación

El diseño se define como “el abordaje general que se utilizará en el proceso de investigación” (Hernández, *et al.* 2014, p.470). En la tabla 13, se exponen los objetivos y procedimientos de cada una de las modalidades de diseño cualitativo.

Considerando cada una de estas modalidades y sus pretensiones anteriormente mencionadas del método cualitativo, se deduce que la presente investigación se enfoca en el diseño investigación-acción, ya que su fin es indagar sobre problemáticas o situaciones que competen a

un grupo o comunidad (Cresswell, 1998, citado por Hernández, *et al.*, 2014). En este caso, el grupo en cuestión son los estudiantes de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas.

Tabla 13.

Diseños cualitativos e información que se obtiene de cada uno.

Pregunta de investigación	Diseño, marco o abordaje	Información que proporciona
Preguntas sobre procesos y relaciones entre conceptos que conforman un fenómeno.	Teoría fundamentada	Categorías del proceso o fenómeno y sus vínculos. Teoría que explica el proceso o fenómeno (problema de investigación).
Preguntas sobre las características, estructura y funcionamiento de un sistema social (grupo, organización, comunidad, subcultura, cultura), desde una familia, hermandad o hinchada hasta una megaciudad.	Etnográfico	Descripción y explicación de los elementos y categorías que integran al sistema social: historia y evolución, estructura (social, política, económica, etc.), interacciones, lenguaje, reglas y normas, patrones de conducta, mitos y ritos.
Preguntas orientadas a comprender una sucesión de eventos, a través de las historias o narrativas de quienes la vivieron (experiencias de vida bajo una secuencia cronológica). Eventos como una catástrofe, una elección, la biografía de un individuo, etcétera.	Narrativo	Historias sobre procesos, hechos, eventos y experiencias, siguiendo una línea de tiempo, ensambladas en una narrativa general. Categorías relacionadas con tales historias y narrativa.
Preguntas sobre la esencia de las experiencias: lo que varias personas experimentan en común respecto a un fenómeno o proceso.	Fenomenológico	Experiencias comunes y distintas. Categorías que se presentan frecuentemente en las experiencias.
Preguntas sobre problemáticas o situaciones de un grupo o comunidad (incluyendo cambios).	Investigación-acción	Diagnóstico de problemáticas sociales, políticas, laborales, económicas, etc., de naturaleza colectiva. Categorías sobre las causas y consecuencias de las problemáticas y sus soluciones.

Fuente: Hernández, *et al.* (2014), citando a Morse y Field, (1995).

Fuentes de Información

En esta investigación se recolecta información a partir de fuentes como artículos científicos, tesis asociadas al tema en estudio, libros que incluyen información de carácter técnico científico; información adquirida a partir de entidades costarricenses que abordan a pacientes con demencia vascular, tales como la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Ministerio de Salud y FundAlzheimer, así como organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Adicional a esto, se usan encuestas al analizar

los criterios provistos por profesionales, para así elaborar a partir de ello los casos clínicos a desarrollar en cada escenario para el estudiante en simulación.

Posterior a esto, se diseñan los escenarios clínicos con un total de cuatro casos formulados para la resolución por parte de las y los estudiantes, en función a lo indicado por los profesionales en el área de salud para que sean lo más apegados a la realidad. Considerando lo indicado por dichas personas consultadas, se procede a realizar una revisión bibliográfica para la realización de cada caso al que se va a exponer al estudiante de Farmacia, para que posterior a la sesión, el estudiante tenga a su disposición el respaldo científico que respalde la correcta resolución del problema presentado.

Como última etapa de la recolección de información, se toman en cuenta cuatro estudiantes activos de la carrera de Farmacia en la Universidad Internacional de las Américas que estén recibiendo clases en cursos de Farmacia Hospitalaria y Farmacia Comunitaria durante el II cuatrimestre del año 2021, que de forma voluntaria deseen participar de esta investigación, con el fin de que sea un trabajo complementario a la formación que se está recibiendo en dichos cursos de enfoque clínico y se toman los datos obtenidos de estos participantes que resolvieron los casos que se le presentaron en el centro de simulación clínica de la Universidad Internacional de las Américas.

Sujetos

Los sujetos de estudio serán cuatro estudiantes de la Universidad Internacional de las Américas de la carrera de Farmacia matriculados en los cursos de carácter clínico mencionados anteriormente.

Población

La población de la que se recolectan los datos está conformada por todos los estudiantes activos de la carrera de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas que estén recibiendo clases en cursos de Farmacia Hospitalaria y Farmacia Comunitaria durante el II cuatrimestre del año 2021, independientemente de su edad, ocupación y género.

Muestra

Con respecto a la muestra, tomando en cuenta que la presente investigación tiene carácter cualitativo, los tipos de muestras escogidos son de tipo cualitativo, al tratarse de estudiantes que participan de manera voluntaria (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Por lo tanto, se consideran bajo este aspecto, cuatro estudiantes activos de la carrera de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas que pertenezcan a la población anteriormente descrita para que asistan a la práctica simulada durante las cuatro sesiones de manera voluntaria sin ningún tipo de retribución adicional al aprendizaje adquirido.

Criterios de Exclusión e Inclusión

En cuanto a los criterios a considerar para tomar o no en cuenta, se define como parte del estudio a la población mencionada anteriormente, pero se debe cumplir con una serie de características expuestas a continuación:

Criterios de Inclusión

Las cualidades aceptadas en los participantes de esta investigación son las siguientes:

- Estudiante de Farmacia perteneciente a la Universidad Internacional de las Américas.
- Estar matriculado en Farmacia Comunitaria o Farmacia Hospitalaria de la carrera de Farmacia de la UIA
- Ser voluntarios y poseer tiempo para asistir a cuatro sesiones.
- Cualquier grupo etario, de ambos géneros.
- Profesionales en Ciencias de la Salud que estén implicadas en la atención de pacientes con demencia vascular: Medicina, Farmacia, Enfermería, Microbiología y Psicología.

Criterios de Exclusión

- Estudiante de Farmacia perteneciente a otra universidad.
- Estudiantes de Farmacia de la U.I.A. que no se encuentren matriculados en el II cuatrimestre del 2021.
- Estudiantes que no estén matriculados en cursos clínicos de la carrera.
- Investigaciones realizadas con más de 10 años de antigüedad y que no se apeguen a la temática de la investigación.

Unidades de Análisis

Tabla 14.

Matriz de conceptualización: investigaciones con enfoque cualitativo.

Objetivo	Categoría de análisis	Definición conceptual	Instrumento
<p>Evaluar el progreso de los estudiantes de Farmacia participantes del centro de simulación clínica de la Universidad Internacional de las Américas hacia el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje de habilidades blandas en el ejercicio de atención farmacéutica en pacientes con demencia vascular</p>	<p>Nivel de progreso en la atención farmacéutica.</p>	<p>Atención farmacéutica es la práctica profesional en la que el paciente es beneficiario de las buenas actitudes, comportamientos, compromiso, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con el fin de lograr resultados óptimos para la salud y en la calidad de vida del paciente. (Código de Ética Farmacéutica. COLFAR, Costa Rica, 2015).</p>	<p>Escala de medición del progreso tipo Lickert.</p>
<p>Valorar la mejora de las habilidades blandas para el ejercicio profesional por parte de los estudiantes de la carrera de farmacia ante escenarios con pacientes adultos mayores con demencia vascular.</p>	<p>Utilización de las habilidades blandas.</p>	<p>Las habilidades blandas son la buena actitud, el pensamiento crítico, las habilidades comunicacionales, el manejo del tiempo, entre otras, forman parte de las habilidades blandas, las que se refieren a aspectos no cognitivos del ser humano; son aptitudes que le permiten interactuar con sus pares, dentro del ambiente laboral y desenvolverse en la sociedad. (Espinoza, 2020).</p>	<p>Evaluación del uso de sus habilidades blandas en la atención farmacéutica o si prescinde de su uso.</p> <p>Cuestionario de autoevaluación de avance y aprendizaje durante el <i>debriefing</i>.</p>

Elaborar un manual para la implementación de la evaluación de las habilidades blandas en el estudiante de farmacia de la Universidad Internacional de las Américas durante la simulación clínica.	Utilidad del manual implementado en el progreso de competencias en los participantes	Un manual describe los procedimientos que se llevarán a cabo para realizar determinada actividad, constituyendo una guía de ayuda para personal nuevo ya que provee una pauta para proceder en la ejecución de las funciones del tema en cuestión. (Zambrano, 2011).	Tabla de cotejo para estar al tanto del progreso de los participantes a lo largo de las sesiones.
Comparar el avance y mejora de los estudiantes en cuanto al desarrollo de las habilidades blandas con los pacientes con demencia vascular en función del tiempo.	Avance del desarrollo de competencias	Las competencias son capacidad de una persona "de relacionarse con otros y consigo mismo, comprender y manejar las emociones, establecer y lograr objetivos, tomar decisiones autónomas y confrontar situaciones adversas de forma creativa y constructiva" (Ortega, 2016).	Guía de escenarios de simulación clínica sobre pacientes con demencia vascular.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Instrumentos

Un instrumento que se considera apropiado es el que logra registrar datos que representan fielmente los conceptos y variables que se necesitan para la investigación (Grinnell, Williams y Unrau, 2009, citados por Hernández *et al.*, 2014, p. 199). Por lo tanto, toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos: ser confiable, válido y objetivo.

Para cubrir parte de la información necesaria, inicialmente se confeccionan preguntas dirigidas hacia los profesionales de la salud mencionados en los criterios de inclusión, quienes serán encuestados con instrumentos digitales para que se facilite el proceso de recolección de datos. La encuesta no será presencial, debido a la emergencia internacional de la COVID-19 y la necesidad de distanciamiento social. Se validó el instrumento dirigido a dichos profesionales antes

de su aplicación, esto por medio de la revisión previa de las preguntas por parte de dos docentes de la carrera de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas.

Posterior al análisis de las encuestas de los profesionales y la confección de los escenarios, se efectúa otro cuestionario que es utilizado como autoevaluación de los estudiantes participantes con respecto a su percepción de estado inicial antes de llevar a cabo las prácticas simuladas.

Luego de cada sesión, durante el *debriefing*, los estudiantes tendrán un espacio destinado a responder preguntas relacionadas con el caso clínico desarrollado, con el fin de que, al terminar las cuatro sesiones, se pueda cuantificar si hubo diferencias notables o no al aplicar este método andragógico de simulación clínica. Adicional a ello, se realizan preguntas a los cuatro participantes de la simulación clínica de manera virtual, después de cada sesión, con el fin de conocer su percepción del escenario desarrollado, así como sus recomendaciones y sus niveles de satisfacción.

Finalmente, con respecto a la evaluación del desarrollo de habilidades blandas, se utilizará un instrumento de Tabla de cotejo con la finalidad de evaluar el desempeño individual de cada participante durante la sesión, considerando las competencias aplicadas según sea necesario, tales como el liderazgo, el trabajo en equipo, la seguridad, el conocimiento, la comunicación asertiva, la capacidad de escucha y la toma de decisiones, así como las habilidades técnicas en función del escenario clínico en cuestión donde también se evalúa que haya logrado apreciar ciertos detalles propios del caso que resolvió.

Proceso de Recolección y Análisis de Datos

En la presente sección, se muestran los pasos a seguir como proceso de recolección de datos y su posterior análisis, esto mediante los instrumentos elegidos como más óptimos según la naturaleza de cada una de las fases secuenciales que se llevan a cabo mediante un orden lógico en función del tiempo.

Fase 1. Criterio de Profesionales Relacionados con la Atención al Adulto Mayor con Demencia Vascular sobre Temas de Habilidades Blandas y Aspectos Técnicos-Científicos ante la Toma de Decisiones en Pacientes con Dicha Patología

Como primer paso, se contacta a los profesionales en ciencias de la salud en las áreas de Farmacia, Medicina, Psicología, Microbiología y Enfermería, esto por medio de herramientas tecnológicas de mensajería de texto tales como WhatsApp, con el fin de obtener su consentimiento

para proceder a realizarles las preguntas pertinentes a la investigación por medio de un formulario realizado mediante la tecnología de Google Forms (Anexo 1).

La encuesta fue respondida por 27 profesionales de las 5 áreas mencionadas anteriormente, tal como se refleja en la figura 5, el grupo conformado por 13 farmacéuticos, 3 médicos, 4 enfermeros, 3 psicólogos y 4 microbiólogos, quienes ejercen sus distintas labores tanto en instituciones públicas como la Caja Costarricense del Seguro Social, así como en laboratorios y consultorios privados.

Estos profesionales son valiosos para el presente trabajo final de investigación ya que, como menciona el Ministerio de Salud de Costa Rica, en su “Normativa nacional de atención a personas con deterioro cognitivo y demencia” (2016), los miembros que conforman las Clínicas de Memoria destinadas a la atención especializada de personas con demencia vascular, son: personal médico, de enfermería, psicología, trabajo social, microbiología y farmacia, lo cual respalda la elección de las profesiones elegidas para dar inicio a la formulación de los casos clínicos.

Esta fase va orientada hacia la obtención de información con respecto a la posición personal de cada uno de los encuestados sobre la aplicación de habilidades blandas y aspectos técnico-científicos durante el abordaje de los pacientes diagnosticados con demencia vascular, y la importancia del fortalecimiento de estos aspectos en los estudiantes de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas.

Fase 2. Estructuración de los Casos Clínicos y su Temática en Función de los Criterios Profesionales Recibidos en el Instrumento Aplicado con Google Forms

A partir de la información recolectada con el instrumento aplicado a profesionales en ciencias de la salud, se realiza la base para la estructuración de los cuatro escenarios clínicos a aplicar en los estudiantes que participan en la simulación clínica, esto mediante la identificación de los temas con mayor número de elecciones en los resultados de la encuesta aplicada, a fin de que sean fortalecidos los aspectos que tienden a presentar cierta debilidad en el ámbito laboral. En la tabla 15 se aprecian las temáticas elegidas para los escenarios de simulación.

Con el fin de obtener la información necesaria para fundamentar esta fase, como estrategia metodológica para la recolección y el análisis de datos se llevó a cabo una revisión de la literatura disponible con no más de 10 años de antigüedad, utilizando diferentes referencias académicas de investigación presentes en Pubmed, Cochrane Library, US National Library of Medicine National

Institutes of Health, Scholar Google, Medscape, UpToDate y Scielo; también *Fuentes* de información de artículos nacionales sobre la demencia vascular. En esta etapa, se utilizaron términos consolidados de búsqueda formulados en inglés y español, con tres palabras claves: *simulation*, *education* y *pharmacy*, procurando que la información sea confiable y veraz.

Tabla 15.

Temáticas elegidas para las sesiones simuladas.

Sesión	Tema desarrollado
1	Educación inicial al cuidador y al paciente recientemente diagnosticado con demencia vascular en aspectos terapéuticos (farmacológicos y no farmacológicos).
2	Atención farmacéutica y educación sobre el cuidado cardiovascular en la demencia vascular y promoción de estilos de vida saludables para evitar el avance rápido de la patología en el paciente.
3	Abordaje de los aspectos de autoestima del paciente con demencia vascular a través de la atención farmacéutica y detección de signos de depresión con tendencia suicida.
4	Abordaje de un plan de acción que involucre el trabajo interdisciplinario de las diferentes entidades de salud

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Fase 3. Comunicación con los Estudiantes Interesados en Participar en la Simulación Clínica Mediante Virtualidad

Se procede a la siguiente etapa mediante el contacto directo con los participantes interesados, para hacerles llegar la información pertinente sobre las sesiones de simulación clínica a realizar en modalidad virtual, donde se va a estimular la confianza y la participación de los integrantes del grupo para que sientan la libertad de consultar y ejercer según su parecer.

Además, se les explica que las sesiones se ejecutan dos veces a la semana durante dos semanas consecutivas, con duración de 30 minutos cada una, distribuidas de la siguiente forma:

- *Prebriefing*: en la primera sesión se desarrolla un tiempo de presentación y orientación a los estudiantes sobre el proceder en cada sesión de la simulación clínica virtual, en cuanto a las normativas a cumplir, y posterior a ello, se conversa sobre el caso clínico a evaluar. Esta fase posee una duración de cinco minutos.
- Caso clínico: los estudiantes se enfrentan al escenario clínico durante 20 minutos, distribuidos en cinco minutos para leer la narrativa del caso y la ficha de información del paciente, y 15

minutos para resolver caso en equipo, según su parecer. En este lapso se evalúa el desempeño ante la situación de manera individual y el avance que se ha presentado, para proceder a realizar un registro durante dos semanas y así comparar el progreso obtenido en habilidades blandas en conjunto con su conocimiento técnico como futuros farmacéuticos. Con los resultados se puede comparar el rendimiento presentado desde el inicio hasta el final del abordaje.

- *Debriefing*: en la fase final, se reflexiona fuera del escenario todos los aspectos que se consideren relevantes en cuanto a contenido, emociones, recomendaciones y aprendizaje, se lleva a cabo una retroalimentación en grupo manteniéndose al margen del respeto y la empatía, ya que se espera adicionalmente un avance y un aprendizaje a nivel interpersonal en cuanto a habilidades blandas y no solamente frente al paciente, lo cual se puede poner en práctica en esta fase, la cual tendrá una duración de cinco minutos. En este lapso, se le brindará al estudiante un cuestionario de auto evaluación para analizar su percepción durante su desempeño en la simulación.

Antes de proseguir a la siguiente fase, se lleva a cabo una autoevaluación (Anexo 6), donde se le provee a cada integrante del grupo de simulación una serie de preguntas, y con la información recolectada se pretende evaluar el estado inicial de los participantes en cuanto a la autopercepción del abordaje a pacientes y la aplicación de habilidades blandas, así como conocer qué tanto se han desarrollado dichos aspectos desde la formación académica en los cursos relacionados con temas clínicos. Esto servirá de base para describir la importancia de abordar y fortalecer este aspecto en la formación farmacéutica de cada estudiante de la Universidad Internacional de las Américas.

Fase 4. Valoración del Desempeño de los Participantes en Cuanto a Aplicación de las Habilidades Blandas y Competencias Técnicas en la Atención Farmacéutica

En cada escenario, se aplica un instrumento de evaluación para proceder a realizar un análisis de las competencias de cada uno de los participantes utilizando un instrumento de evaluación adecuado a cada sesión (anexos 2.1, 3.1, 4.1 y 5.1). Al llegar al momento de *debriefing*, cada estudiante procede con una autoevaluación (anexo 8), y con la información recolectada en dicho instrumento se pretende evaluar la eficacia del uso de la simulación clínica como forma de fortalecimiento de habilidades blandas y qué tanto se han desarrollado dichos aspectos después de cada sesión. Esto con el fin de que sirva de base para describir la importancia de abordar y fortalecer este aspecto en el ámbito de formación farmacéutica en cada estudiante.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se explican los resultados obtenidos a partir de los cuatro escenarios desarrollados mediante simulación clínica, cuya temática fue elegida a partir de lo indicado por los profesionales en Ciencias de la Salud consultados y fueron aplicados a los estudiantes participantes que accedieron a ser evaluados al participar de esta investigación.

Fase 1. Análisis del Criterio de Profesionales Relacionados con la Atención al Adulto Mayor con Demencia Vascular sobre Temas de Habilidades Blandas y Aspectos Técnico-Científicos ante la Toma de Decisiones en Pacientes con Dicha Patología

Para iniciar, se recolectó información al consultar a distintos profesionales de las áreas de Farmacia, Medicina, Psicología, Microbiología y Enfermería sobre distintos puntos relacionados a los temas de habilidades blandas, aspectos técnicos-científicos ante la toma de decisiones en pacientes con demencia vascular, esto por medio de herramientas tecnológicas de mensajería de texto tales como WhatsApp, con el fin de obtener su consentimiento para proceder a realizarles las preguntas pertinentes a la investigación utilizando un formulario realizado mediante la tecnología de Google Forms (Anexo 1).

La encuesta fue respondida por 27 profesionales de las cinco áreas mencionadas anteriormente, tal como se refleja en la figura 5 y las respuestas están disponibles digitalmente para quien desee leerlas. El grupo estuvo conformado por trece farmacéuticos, tres médicos, cuatro enfermeros, tres psicólogos y cuatro microbiólogos, quienes ejercen sus distintas labores tanto en instituciones públicas como la Caja Costarricense del Seguro Social, así como en laboratorios y consultorios privados, y la mayoría ha laborado entre seis y 10 años en sus profesiones (figura 6). Sus nombres no trascienden debido a que a cada persona se le indicó, antes de responder, que dicho dato es completamente confidencial y con fines estrictamente académicos.

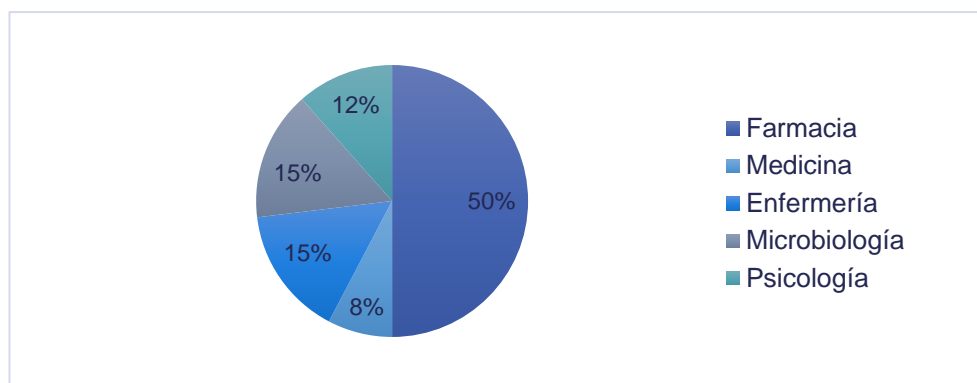


Figura 5. Área de profesión de los profesionales encuestados.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

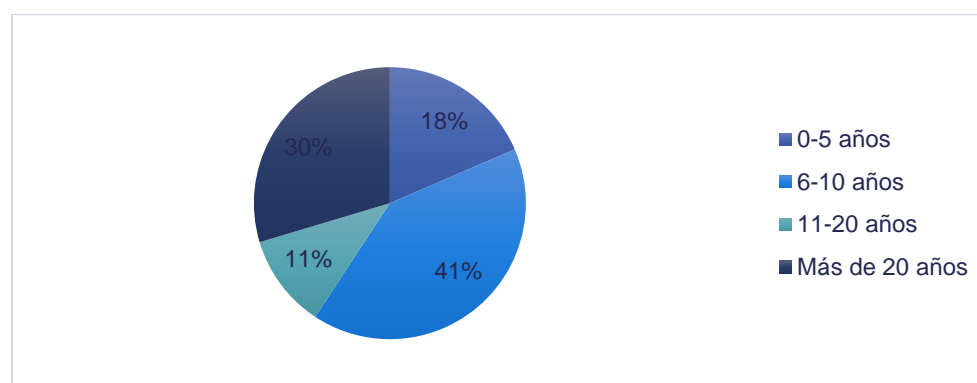


Figura 6. Años de experiencia laboral en los profesionales participantes.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

La razón que respalda la elección de estas cinco profesiones está basada en que conforman el personal esencial ante cualquier escenario que se presente en caso de atender a un paciente con demencia vascular, debido a que, como se mencionó anteriormente por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (2017), esta patología se presenta en promedio a partir de los 60 años de edad.

Por lo tanto, ya que se trata de población adulta mayor, es usual la atención médica periódica por parte de diversos especialistas, quienes usualmente solicitan análisis de laboratorio por parte del personal de microbiología para tomar una decisión con respecto a los valores obtenidos y así indicar el tratamiento farmacológico más adecuado, que luego será despachado por parte de un farmacéutico; y como tratamiento no farmacológico, está implicada la atención psicológica tanto del paciente como de sus familiares y cuidadores.

Por otra parte, el personal de enfermería es sumamente esencial en la atención de esta condición, tal y como lo indica García (2017):

El papel de enfermería en la prevención, mediante la educación para la salud de los pacientes clasificados de riesgo vascular y en la detección temprana de demencia vascular mediante test de evaluación, contribuyen notablemente a su propósito fundamental: mejorar la calidad de vida del paciente, retrasando en la medida de lo posible la aparición de la enfermedad y dependencia que desencadena. (p. 4)

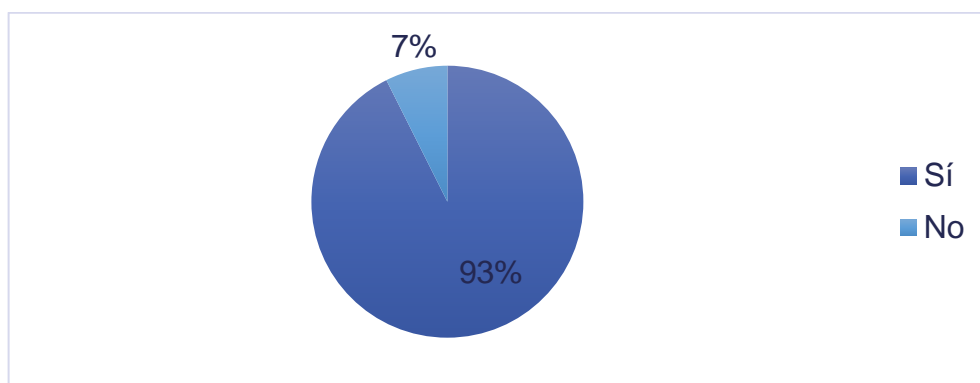


Figura 7. Criterio profesional sobre la inclusión de simulación clínica en los planes de estudio de Ciencias de la Salud.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Con respecto a la pregunta realizada a los profesionales encuestados sobre la necesidad de inclusión de la metodología de simulación clínica no solo en la preparación académica en farmacia, sino a nivel general en el área de Ciencias de la Salud, dos personas respondieron que no era necesario mientras que el 93% de las respuestas (representando 25 profesionales de diferentes áreas), indicaron que sí estaban de acuerdo, lo cual es esperable, ya que, como indica Urbina-Soto (2019), los profesionales de Ciencias de la Salud forman parte de circunstancias muy variadas en las cuales se debe contar con alta capacidad de adaptación, además de saber encontrar y llevar a cabo soluciones de manera rápida y eficaz ante los cambios abruptos de casos clínicos que se están atendiendo, y todo esto se debe lograr sin dejar de lado la comunicación clara y efectiva en cuanto al trabajo en equipo, procurando mantener la serenidad para enfrentar los diferentes conflictos y apuros comunes en el área de la salud.



Figura 8. Criterio profesional de las habilidades blandas que deberían fortalecerse en estudiantes de farmacia.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Por otro lado, en la encuesta realizada se preguntó cuáles habilidades blandas debían ser fortalecidas según las necesidades vistas en su día a día al laborar con profesionales en Farmacia. Tomando en cuenta las tres respuestas con más votos, se logró determinar que en orden de mayor a menor elección se encuentran: la falta de poner en práctica la empatía con 23 votos, la inteligencia emocional con 21 y, por último, se indicó la deficiencia de demostrar paciencia y comunicación asertiva con 19 votos. Dichos datos sirven como aspectos base de fortalecimiento y evaluación en los practicantes de los casos clínicos, con el fin de que, al hacerles notar dichas características, puedan ponerlas en práctica enfáticamente tanto en las simulaciones como en el ámbito laboral e interpersonal.

Según Ortega, 2017, hay un interés creciente originado por la necesidad de la formación de personas que ofrezcan tanto capacidad técnica como fruto de una institución educativa, así como habilidades socioafectivas (habilidades blandas), que van más allá de un aprendizaje en función de un cronograma de curso, sino que son aspectos que sirven durante toda la vida y en diferentes situaciones.

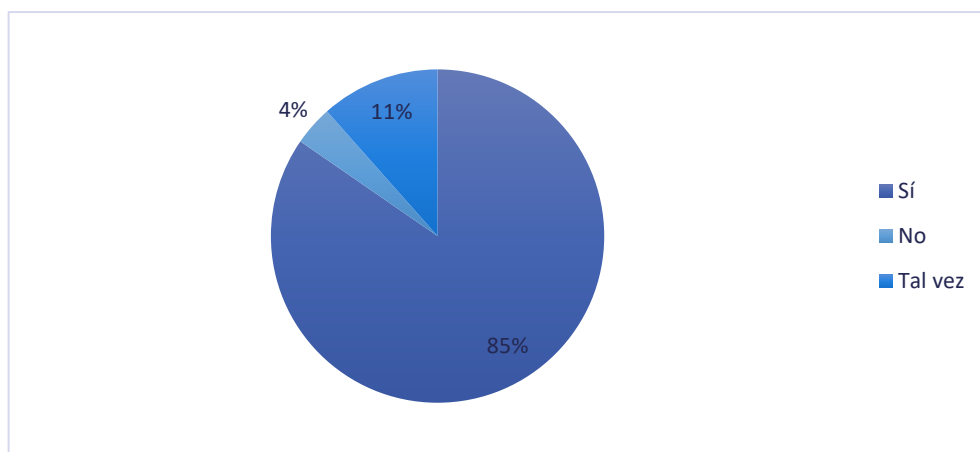


Figura 9. Criterio profesional de la influencia del uso de habilidades blandas en la probabilidad de conseguir trabajo.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Los diversos aspectos mencionados en los resultados graficados en la figura 8, influyen en la siguiente pregunta que se realizó, y sus resultados se encuentran reflejados en la figura 9, la cual fue presentada a los 27 profesionales y resultó en 85% de participantes que consideran que al llevar a cabo la práctica de habilidades blandas durante la entrevista, habrá una influencia positiva al presentarse en entrevistas de trabajo, donde el personal de recursos humanos podrá apreciar dichos atributos personales, además de los aspectos técnicos afines al puesto; mientras que un 11% (tres personas) indicaron que tal vez podría influir positivamente, y una persona indicó que considera que no hay relación alguna de un aspecto con el otro.

Sobre este tema, Esquén (2017) se refiere en UNICEF sobre la necesidad que tienen las instituciones al contratar personal que posea, además de su formación académica acorde al puesto, habilidades sociales o blandas, tales como la tolerancia, la paciencia, la capacidad de adaptación ante los cambios y el manejo adecuado del estrés para que resulte en una correcta comunicación asertiva.

Por otra parte, en el área educativa universitaria, las autoridades de cada institución soportan una gran presión creciente en los últimos años, debido a que el mundo laboral en la actualidad se vuelve cada vez más estricto y no termina de ser suficiente el conocimiento de habilidades técnicas o duras, sino que se necesita una participación activa con profesionales que demuestren habilidades blandas en sus cualidades personales, lo cual los transforma en colaboradores más proactivos, adaptables, responsables y resilientes (Vera, 2016).

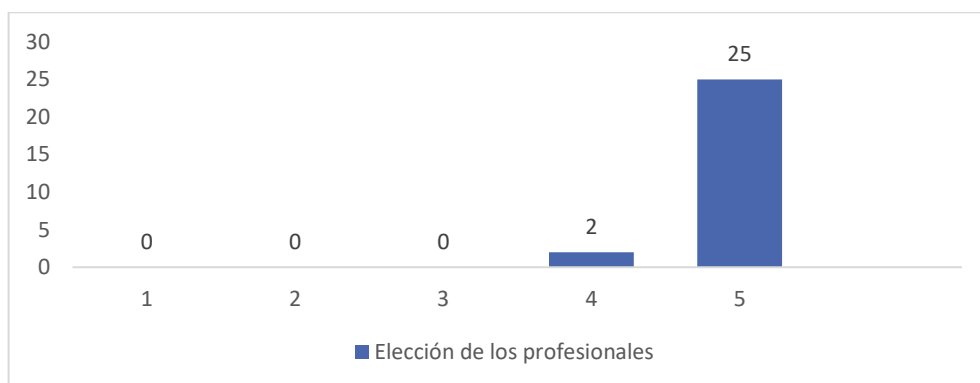


Figura 10. Criterio profesional de la importancia del fortalecimiento de habilidades blandas en el estudiante de Farmacia para abordar pacientes, cuidadores y compañeros de trabajo.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Con respecto al abordaje por parte del farmacéutico hacia el paciente, cuidadores, familiares y otros profesionales, se debe reconocer que la comunicación es una aliada fundamental para lograr fomentar la adherencia terapéutica y también para obtener los beneficios esperados en la salud gracias al trabajo interdisciplinario de todas las personas que intervienen en la atención al paciente con demencia vascular. Por lo tanto, se consultó en el instrumento aplicado a los 27 profesionales de salud si creen que se deba fortalecer la aplicación de habilidades blandas con enfoque hacia la atención a pacientes y compañeros de trabajo, y en dicha pregunta se obtuvo que 25 personas eligieron la mayor calificación (el valor 5) según la escala de Likert aplicada, indicando que están muy de acuerdo con esta implementación, mientras que dos de ellas eligieron el valor 4 (figura 10). Ambos valores, al ser los más altos en cuanto a conformidad con lo consultado, permiten concluir que los encuestados son conscientes de la necesidad que existe en el área de farmacia de transmitir amabilidad y empatía de forma efectiva en las relaciones mencionadas, lo cual, según Oldfield (2015), es especialmente útil para fomentar los siguientes aspectos en la relación farmacéutico-paciente:

- Considerar de manera integral las circunstancias del paciente (físicas, sociológicas, culturales y psicológicas).
- Incentivar al paciente a expresarse con libertad validando sus emociones, sin juicios de valor, interpretándole según el contexto y circunstancias en las que se encuentre para lograr la satisfacción de sus necesidades.

- Interpretar el lenguaje no verbal y escuchar atentamente al paciente para valorar su condición, considerando señales de alerta tanto para la salud física como la mental, en cuyo caso se pueden identificar sus miedos, dolores, preocupaciones o dudas para poder darles abordaje o, si hay posibilidad, referirle al servicio de atención orientada a la pronta ayuda según cuál sea el área que la requiera.

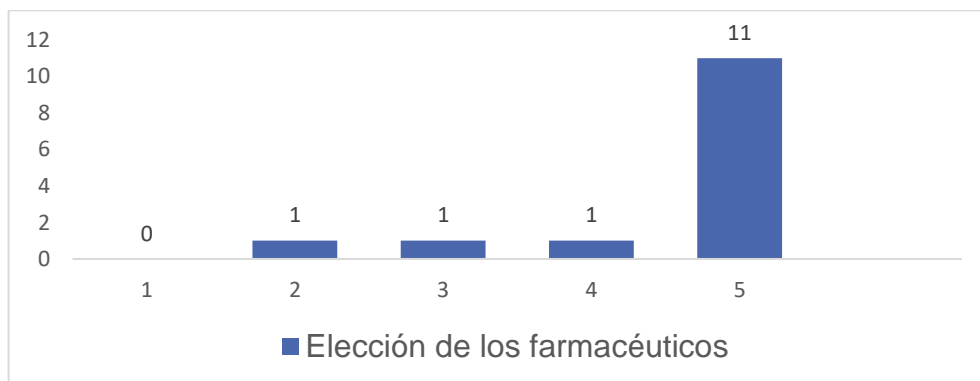


Figura 11. Criterio farmacéutico de la importancia del conocimiento adecuado por parte del estudiante de farmacia durante su formación profesional con respecto al abordaje farmacoterapéutico de la demencia vascular.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

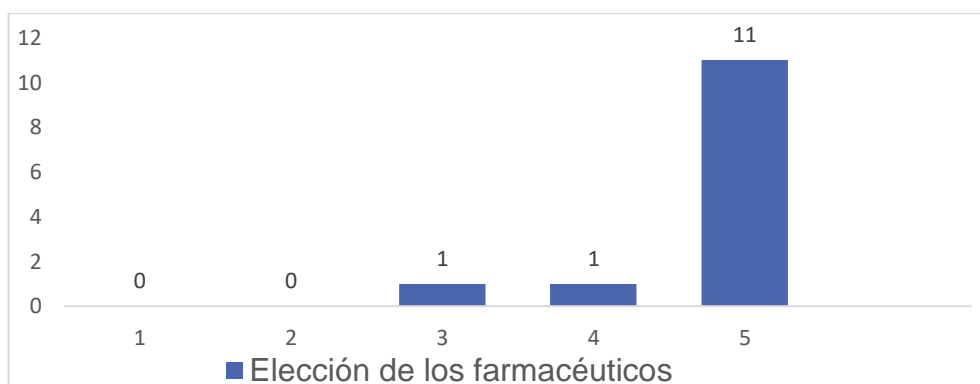


Figura 12. Criterio farmacéutico de la importancia del fortalecimiento a la atención farmacéutica dirigida a los familiares del paciente con demencia vascular.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Con respecto a las figuras 11 y 12, se representan las respuestas de las consultas dirigidas directamente a profesionales de Farmacia, excluyendo a todos los de las demás áreas, ya que no se

enfocan en aspectos acordes a sus profesiones y experiencias. Se realizó en ambos casos una escala de Likert.

En el primero hubo 11 farmacéuticos que estuvieron totalmente de acuerdo con la capacitación farmacoterapéutica desde la formación académica del estudiante de Farmacia con respecto al tema de demencia vascular, mientras que hubo tres farmacéuticos que eligieron votar por los niveles 2, 3 y 4, lo cual podría deberse a que, según su experiencia, no es una patología comúnmente abordada en sus trabajos o por el desconocimiento de la importancia que posee un abordaje de calidad debido a las proyecciones de la Asociación *Alzheimer's Disease International* (2013) sobre los diagnósticos de demencia vascular en Costa Rica, donde se refiere a que en 2030 y 2050, habrá 71.000 y 160.000 casos de demencia respectivamente para dicha época.

Cabe destacar que no pasarán más de 10 años para cuando estas cifras comiencen a presentarse. Otro punto de interés para que el estudiante de Farmacia domine apropiadamente los tratamientos de esta patología, es el hecho de que se debe actuar prontamente, proveyendo el medicamento más adecuado, ya que la tasa de mortalidad para los pacientes con demencia vascular después de cinco años de avance es de 61%, lo cual supera la tasa de mortalidad en comparación al resto de demencias. Esto podría explicarse por la presencia de trastornos ateroscleróticos y otras alteraciones cardiovasculares (Huang, 2019).

En el segundo gráfico, se tomó en cuenta que especialmente en farmacia de comunidad hay una mayor afluencia de personas que acuden a realizar diversas consultas farmacológicas y no farmacológicas, lo cual incluye no solo a pacientes, sino a sus familiares y cuidadores, y en muchos casos, los familiares también toman el rol de cuidadores, por lo que se consultó a los profesionales del área sobre la importancia de la preparación del estudiante de Farmacia para contar con suficiente conocimiento acerca del abordaje correcto a esta población, enfatizando en los casos de familiares de pacientes con demencia vascular, quienes usualmente no pueden acudir a citas de consulta con el geriatra o neurólogo para aclarar sus dudas, por lo que encuentran auxilio en la atención farmacéutica. En los resultados de la figura 12, se aprecia que 11 farmacéuticos estuvieron totalmente de acuerdo (al votar por el valor 5 de la escala de Likert) y dos farmacéuticos indicaron los valores 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo) y 4 (de acuerdo) con respecto a la preparación de los estudiantes en este aspecto.

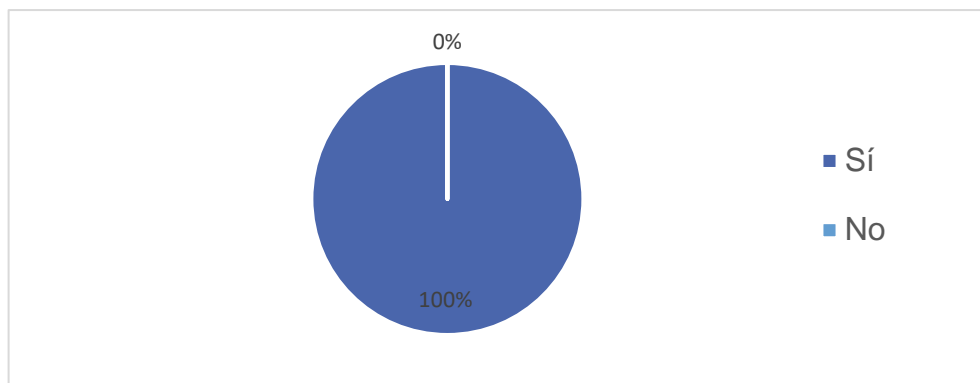


Figura 13. Criterio profesional sobre el énfasis que debería darse a que el estudiante de farmacia realice prácticas sobre la correcta comunicación interpersonal con otros profesionales de Ciencias de la Salud

Fuente: Elaboración propia, 2021.

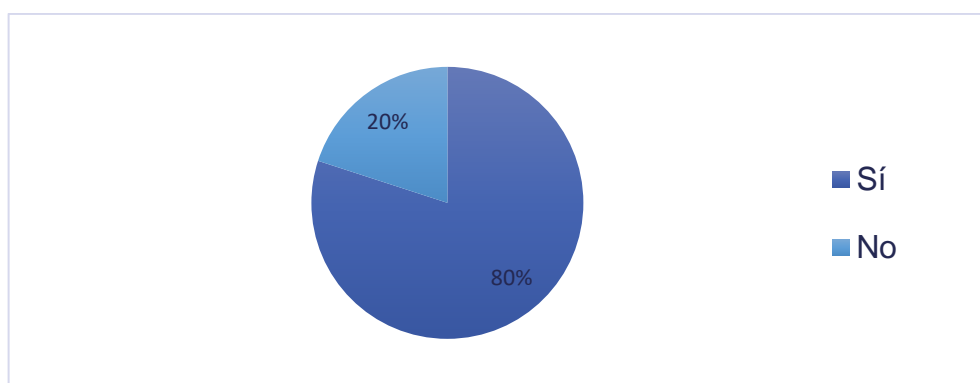


Figura 14. Criterio profesional sobre capacitar para que sepan brindar instrucciones no farmacológicas (nutrición, estilo de vida, contención emocional, entre otras) al cuidador y al paciente con demencia vascular.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

La pregunta representada en la figura 14, a diferencia de la 11 y 12, se redactó de manera que todos los profesionales pudieran dar su punto de vista sobre la necesidad de capacitación académica para que el farmacéutico sepa brindar instrucciones no farmacológicas (nutrición, estilo de vida, contención emocional) al cuidador y al paciente con demencia vascular. Se obtuvo un 80% (24 personas) que indicó estar de acuerdo, contra un 20% (seis personas) que indicaron que no había necesidad de que se abordaran estos temas en la farmacia, esto debido a que no es su campo

de ejercicio laboral tal como lo sería de un nutricionista en el ámbito alimenticio o de un psicólogo en un momento de contención emocional.

Esta pregunta está directamente relacionada con las respuestas del gráfico de la figura 13, donde el 100% de los encuestados indicó que hay gran relevancia en la comunicación interpersonal asertiva del farmacéutico con otros profesionales de Ciencias de la Salud; por lo tanto, se deduce que es sumamente importante en el ámbito laboral saber comunicarse con los expertos de cada área para lograr el bienestar del paciente pero el farmacéutico no se debe desentender de inmediato del abordaje que puede dar a cada caso, ya que las necesidades del cuidador, familiar o paciente están urgidas de soluciones, y hay que procurar la comodidad de las personas dentro de lo posible al poder responder a sus dudas. Sin embargo, se deben conocer las limitaciones en el accionar de cada caso para no incurrir en un ejercicio ilegal de la profesión.

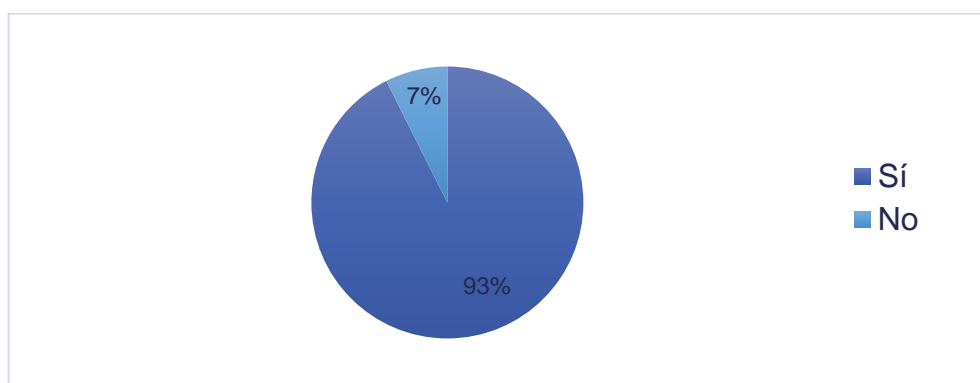


Figura 15. Criterio profesional sobre la posibilidad de prevención del suicidio en los adultos mayores si los profesionales en salud son capacitados para actuar rápidamente ante señales de alarma tempranas que indican la presencia de depresión.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

El 93% de las personas encuestadas consideran que los profesionales de Ciencias de la Salud tienen la capacidad de actuar prontamente ante las distintas señales de alarma relacionadas a la depresión, y por lo consiguiente, al suicidio. El 7% restante opina que no hay suficiente capacitación para el abordaje de estas situaciones, en las cuales, según la OMS (2006), si existe un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor en el anciano, hay más probabilidad de que llegue a cometer suicidio.

Sin embargo, además de eso, existen otros factores que el personal de salud debe tener muy presente cuando está atendiendo un caso, debido a que pueden afectar ante la toma de la decisión de acabar con su vida. Dicha Organización menciona que los elementos podrían ser:

- Un bajo nivel socioeconómico y educativo.
- Pérdida de empleo.
- Presión social.
- Familia y relaciones sociales disfuncionales.
- Traumas como abuso físico y sexual.
- Pérdidas personales.
- Depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo y abuso de sustancias.
- Sentimientos de falta de valor y desesperanza.
- Problemas de discriminación por orientación sexual.
- Problemas de juicio, falta de control de los impulsos y comportamientos autodestructivos.
- Enfermedad física y dolor crónico.
- Exposición al suicidio de otras personas.
- Acceso a medios para hacerse daño (medicamentos, armas, cuchillos, entre otros).

Por lo tanto, al tener presentes los puntos clave para no bajar la guardia ante los casos que podrían tener este riesgo, el profesional puede intervenir, abordar al paciente mediante la utilización de habilidades blandas, y posterior a ello, de manera rápida, referir al servicio de atención más óptimo para el caso. Además, si existe la oportunidad de comunicación con un círculo de apoyo, se puede sacar provecho, ya que, al menos en el campo farmacéutico, se vuelve un poco más difícil dar seguimiento y cuidados adecuados al paciente.

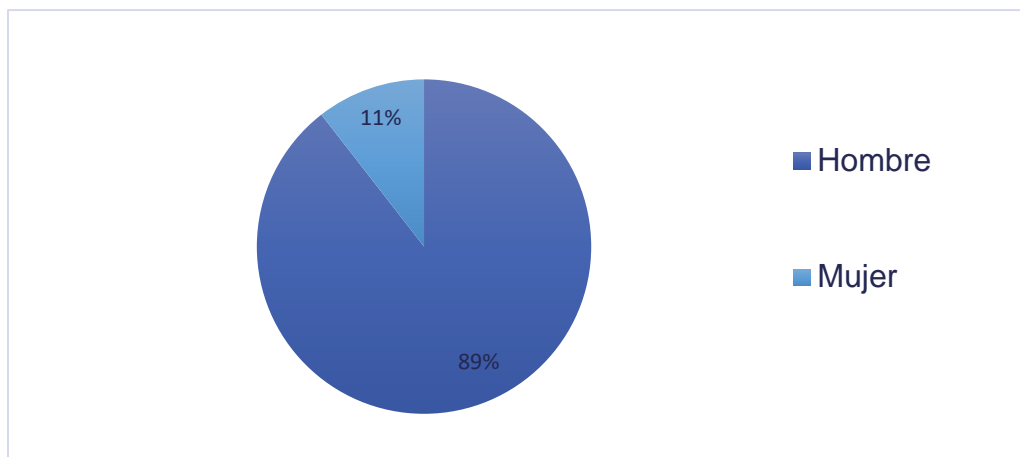


Figura 16. Género predominante en la atención a pacientes con demencia vascular según lo indicado por los profesionales consultados.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

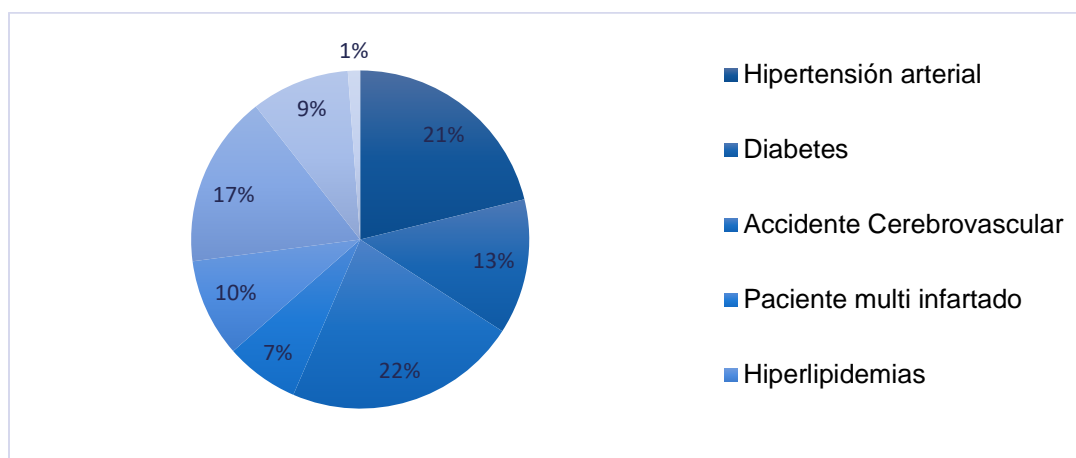


Figura 17. Patologías más comúnmente presentes en los pacientes con demencia vascular atendidos por los profesionales consultados.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Para conocer los casos más comunes, se consultaron dos aspectos clave, el género y las patologías subyacentes mayoritariamente presentes en los casos que los profesionales encuestados han abordado a lo largo de su práctica profesional. En el gráfico 16, se observa en los resultados que la mayoría de profesionales han atendido a pacientes masculinos (el 89% de las respuestas,) y el 11% restante a pacientes femeninas; y en el gráfico 17, las dos patologías que más votos obtuvieron fueron el accidente cerebrovascular y la hipertensión arterial, coincidiendo con Camafort y Sierra (2016), quienes exponen la idea de que la hipertensión arterial es un factor

predictivo muy alto de demencia, y también se enlaza a la alta posibilidad de que el paciente sufra un accidente cerebrovascular como resultado de una alta presión en las arterias cerebrales, lo cual también es causal de demencia vascular porque hay muerte de las células cerebrales al no recibir suficientes nutrientes debido al poco flujo sanguíneo (Alzheimer's Society, 2018). Los notorios resultados de estos nutrientes y oxígeno disminuidos en las células cerebrales del paciente, son:

- Problemas para planificar u organizar, tomar decisiones o resolver problemas.
- Dificultades para seguir una serie de pasos (como al cocinar una comida).
- Velocidad de pensamiento más lenta.
- Problemas para concentrarse, incluidos breves períodos de confusión repentina.

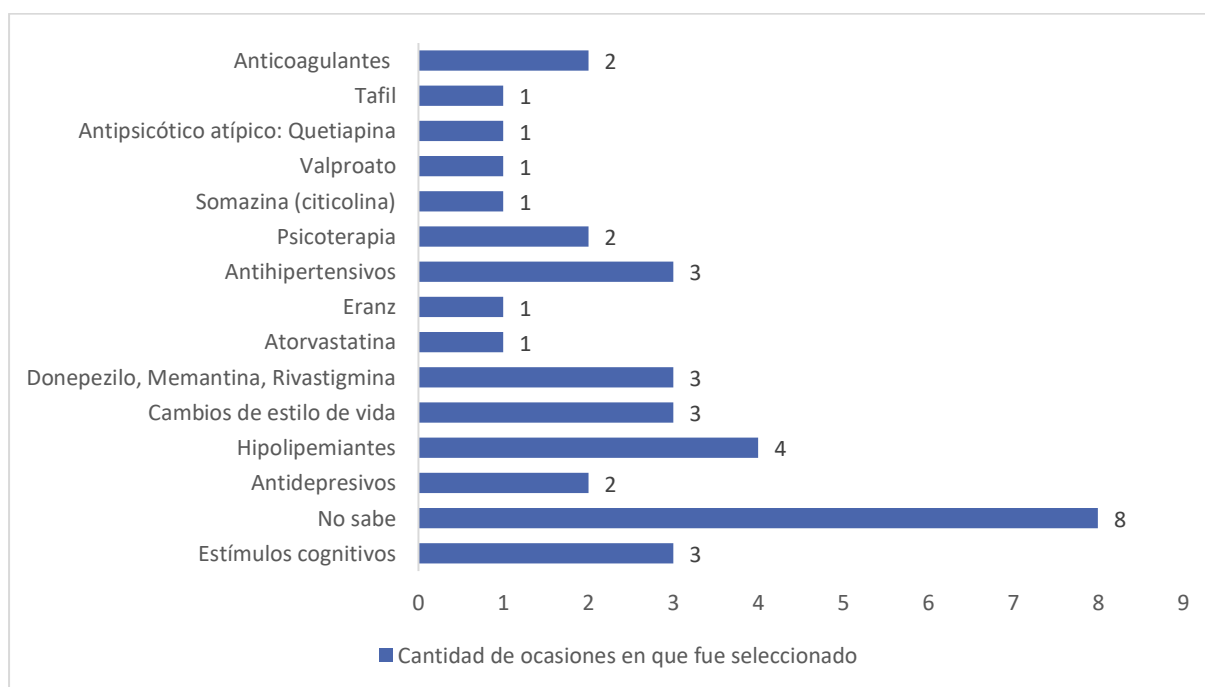


Figura 18. Tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado frecuentemente a los pacientes con demencia vascular abordados por los profesionales consultados.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Con respecto a la figura 18, se representan las respuestas de la consulta de cuáles tratamientos estaban recibiendo los pacientes que fueron atendidos durante la atención de cada profesional. La respuesta mayoritaria fue de ocho personas de los 27 participantes que indicaron no saber de los tratamientos debido a diferentes motivos:

- El paciente no lo indicó.
- No era su área de interés.
- Era pertinente al médico.
- No aplicaba a su puesto.

El segundo resultado con mayor cantidad de votos (4) fue el tratamiento con hipolipemiantes. Según Huang (2019), al ser la hiperlipidemia un factor de riesgo de progresión de la demencia vascular, es esperable que una cantidad considerable de adultos mayores en Costa Rica esté recibiendo atención para la patología; sin embargo, la presencia de este trastorno pudo ser el causal o uno de los causales del desarrollo de la demencia vascular, en especial si la adherencia terapéutica al tratamiento no es la más adecuada.

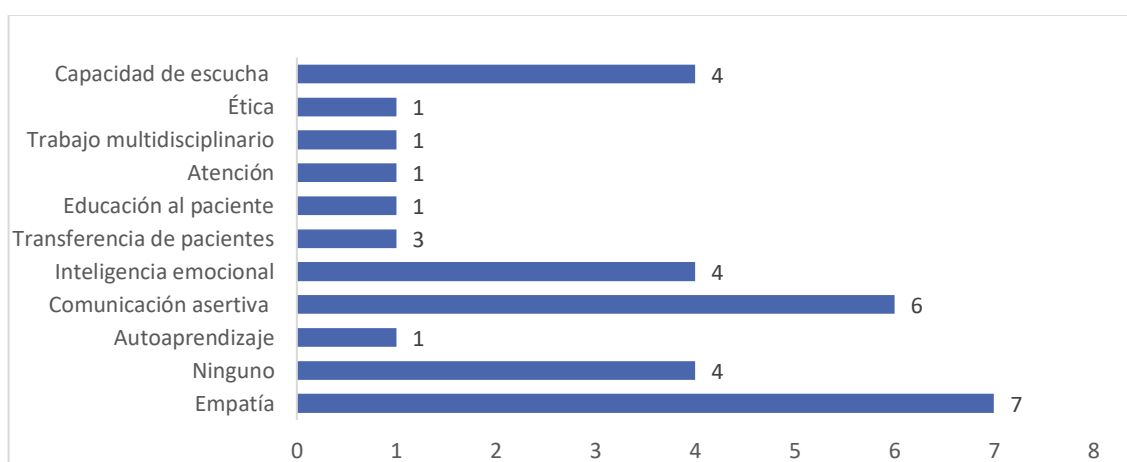


Figura 19. Aspectos que según el criterio de los profesionales deben fortalecerse en el actuar de los farmacéuticos.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

En la figura 19 quedó evidenciado que la empatía es el aspecto que más debería fortalecerse en el actuar de los y las farmacéuticos, al notar que entre las características deseables fue la más repetida, seguida de la necesidad de comunicación asertiva; y como tercer aspecto de los más relevantes, se encuentran mencionadas cuatro veces la inteligencia emocional y la escucha activa, por lo que la aplicación de habilidades blandas puede solucionar estos vacíos apreciados en los profesionales encuestados.

Sin embargo, se debe considerar que no es sencillo. El análisis realizado al respecto por parte de Espinoza y Gallegos (2020) expone que estas características tienen mucha relación con el

estado emocional de la persona, además de la calidad de sus relaciones interpersonales según con quién trate. Y aunque la aplicación de habilidades blandas es difícil de evaluar, es posible llevarlo a cabo para mejorar la calidad de comunicación y mejorar la empatía demostrada a los demás profesionales, independientemente de factores externos, con la finalidad de no afectar al paciente con situaciones personales. Las habilidades no cognitivas son fundamentales para el desempeño exitoso en el lugar de trabajo y en su posición social.

Por otra parte, para llevar a cabo lo anterior, se debe aumentar la relevancia que se brinda a este aspecto en los sistemas educativos, con la finalidad de aumentar el acceso a la información sobre habilidades blandas de manera detallada para conocer las competencias más importantes y demandadas por parte del sector productivo.

El Banco de Desarrollo de América Latina ha promovido la certificación de estas competencias como un modelo emergente en dicha área geográfica, con el fin de representar prometedoramente que se está logrando cerrar la brecha que separa el sistema educativo y el mercado laboral debido a este tipo de deficiencias que no son abordadas en la preparación académica (Fiszbein, Cosentino y Cumsille, 2016).

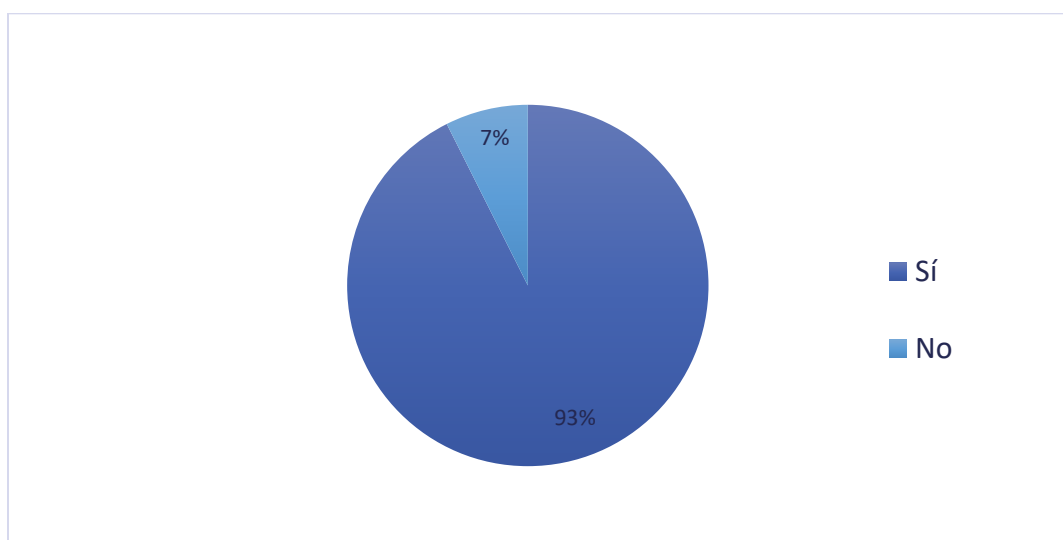


Figura 20. Criterio profesional de la obligatoriedad del trabajo interdisciplinario para el abordaje de la demencia vascular en adultos mayores.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

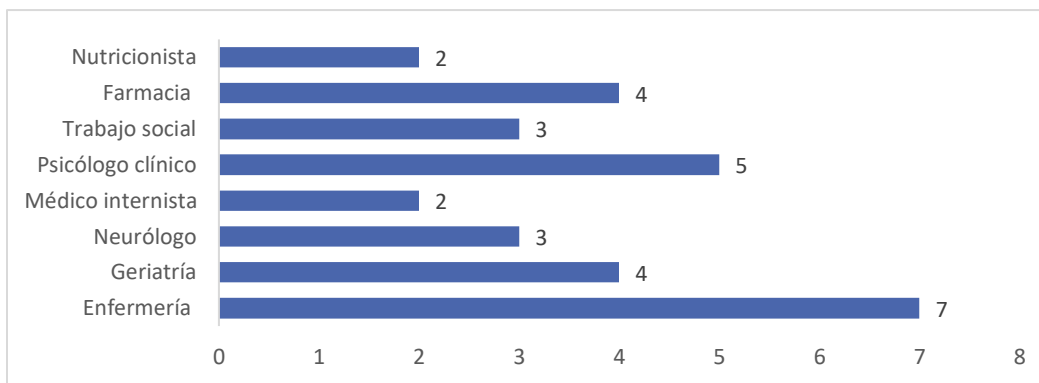


Figura 21. Criterio profesional de la profesión más óptima para referir a un paciente con demencia vascular.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

La práctica interdisciplinaria se define, según Miró (2016), como:

El proceso en el cual distintos profesionales y disciplinas se reúnen para resolver problemas y participar en la toma de decisiones, reconociendo la responsabilidad compartida de los resultados, para proporcionar así una atención integral al trabajar con los pacientes, sus familias y las comunidades y ofrecer así la más alta calidad de la atención en todos los entornos. (p. 22)

En las dos últimas preguntas realizadas, se orientó la temática al aspecto del trabajo interprofesional, por lo que se consultó el criterio profesional de la importancia de la obligatoriedad de la práctica estudiantil donde se considera el trabajo colaborativo en el abordaje de la demencia vascular. Se obtuvo 2 respuestas negativas y 25 positivas, y la siguiente, reflejó que a pesar de que la práctica colaborativa es la base de la atención de calidad al paciente, hay una mayoría de personas que consideran al personal de enfermería como el área más óptima para enfatizar una mejor relación interpersonal, con el fin de dar atención al paciente con demencia vascular, seguido de la atención de la psicología clínica. Ambas profesiones acoplan las necesidades principales en cuanto al abordaje de manera constante al paciente, con el fin de dar mantenimiento y atención a sus necesidades físicas y psicológicas, todo esto sin dejar de lado el reto de mantener la práctica interdisciplinaria que conlleva todo el proceso.

Fase 2. Estructuración de los Casos Clínicos y su Temática en Función de los Criterios Profesionales Recibidos en el Instrumento Aplicado

Para llevar a cabo el proceso de diseño y estructuración de los casos a aplicar, se identificaron los aspectos clave en las respuestas provistas por parte de los profesionales en Ciencias de la Salud encuestados. La temática elegida en cada escenario se basó en las necesidades expuestas mayoritariamente entre las respuestas, por lo que, en cada caso clínico, se procurará conversar, poner en práctica y analizar bajo un enfoque clínico la aplicación de las habilidades blandas de forma integral, en especial durante el *debriefing*, con el fin de intercambiar ideas, fomentar la comunicación, capacidad de escucha, y de ser necesario, construir un debate sano en caso de algún tema donde los participantes no tengan puntos de vista similares. Por lo tanto, los temas elegidos para aplicar en las cuatro sesiones son los expuestos en la tabla 15.

Posterior a la elección de temáticas, se procedió a diseñar la estructura de los casos a utilizar en cada sesión mediante la consideración de la preparación previa y los detalles a considerar al finalizar cada reunión realizada con respecto a tiempo, requisitos y descripción de cada fase, tal como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 16

Diseño de la estructura a cumplir durante los casos clínicos.

Primera parte: detalles previos a la sesión	
Destinatarios:	Participantes del caso clínico.
Cantidad de participantes:	De cuatro a seis personas.
Persona encargada:	Redacción de narrativa del caso. Búsqueda y elección de la bibliografía relacionada. Elaboración.
Preparación previa de cada estudiante:	Realizar las lecturas recomendadas presentes en la guía al estudiante, facilitada por medios virtuales. Tener a disposición aproximadamente 60 minutos para llevar a cabo la resolución del caso clínico presentado. Poseer un dispositivo disponible con conexión a Internet.

	Puntualidad para iniciar la sesión a la hora especificada por respeto a la persona encargada y demás participantes.
Segunda parte: desarrollo del caso diseñado	
Fase de desarrollo:	Saludo por parte de la persona encargada hacia los participantes.
	Retroalimentación con respecto al caso resuelto anteriormente a partir de las respuestas de los estudiantes.
	<i>Prebriefing</i>
	Duración de 15 minutos Lectura de: <ul style="list-style-type: none"> • El título del caso del día. • Una reflexión afín al tema por parte de alguno de manera voluntaria y opinión al respecto. • Objetivos a lograr del caso clínico.
	<i>Resolución de caso</i>
	Duración de 30 minutos. Toma de notas por parte de la persona encargada y escucha activa sin intervención alguna. Deliberación entre estudiantes sobre los diferentes puntos de vista acerca de la temática del caso presentado.
	<i>Debriefing</i>
	Retroalimentación sobre los puntos relevantes a considerar en la resolución del caso realizado. Espacio para consultas y observaciones.
Tercera parte: evaluación de los participantes	
Fase final	Evaluación individual de cada participante y análisis de su avance en cuanto a la aplicación de habilidades blandas a lo largo de las sesiones.

Fuente: Elaboración propia, 2020.

El contenido de cada caso de simulación que se le brinda a los participantes está orientado hacia la aplicación de las habilidades blandas en el ejercicio de la profesión en la atención farmacéutica en pacientes con demencia vascular. Posee el objetivo del caso, los títulos de las lecturas recomendadas, la historia clínica del paciente con la ficha de identificación, familiar de contacto, médico responsable del paciente, antecedentes personales patológicos (APP), antecedentes personales no patológicos (APnP), antecedentes quirúrgicos (AQx), antecedentes gineco obstétricos (AGO), antecedentes heredo-familiares AHF, motivo de la consulta, tratamiento actual y narrativa del caso. Todo esto para que se facilite la resolución del caso clínico en cuestión.

Fase 3. Comunicación con los Estudiantes Interesados en Participar en la Simulación Clínica Mediante Virtualidad y Análisis de la Autoevaluación Inicial de Cada Uno de Ellos

Luego de proceder a contactar a los estudiantes que voluntariamente decidieron participar de esta investigación, se acordó, mediante la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp, que para llevar a cabo estos casos clínicos se utilizaría la plataforma de videoconferencias Zoom, con el objetivo de lograr una comunicación con un desarrollo más fácil y cómodo.

Para conocer la condición inicial de los cuatro participantes, se aplicó un instrumento evaluativo mediante Google Forms que fue validado previamente, el cual contiene preguntas orientadas hacia aspectos como su experiencia durante su formación académica sobre el abordaje del tema de habilidades blandas, así como la percepción de sus propias capacidades y debilidades ante ciertas situaciones que impliquen el uso de inteligencia emocional. También se consideró su criterio sobre la necesidad existente en la carrera de Farmacia sobre estos tópicos junto a los que ya forman parte del plan de estudios actual.

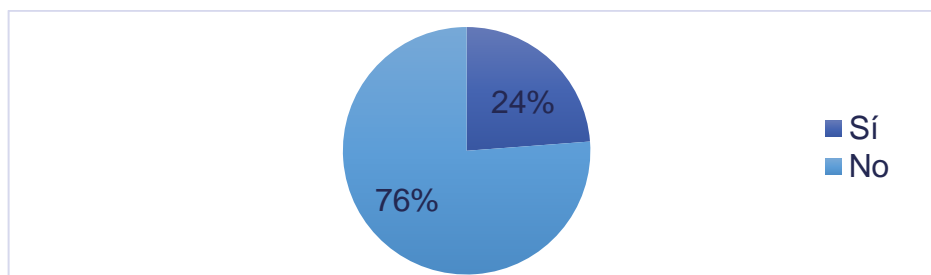


Figura 22. Apreciación de los estudiantes sobre el abordaje del tema de habilidades blandas en los cursos de su formación académica.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Con respecto a la primera consulta realizada, solo uno de los estudiantes indicó que sí se ha abordado el tema de habilidades blandas en su formación académica, y detalló que ha sido en el curso de Farmacia Comunitaria en la Universidad Internacional de las Américas. Los tres restantes externaron que nunca han recibido ningún tipo de formación, charla o práctica sobre el tema en cuestión, lo anterior es una problemática que limita a los estudiantes y egresados en cuanto a contar con las competencias asociadas a la resolución de circunstancias asociadas a la inteligencia emocional en las relaciones cercanas entre los profesionales, sus pacientes y sus familiares cercanos (Urbina-Soto, 2019).

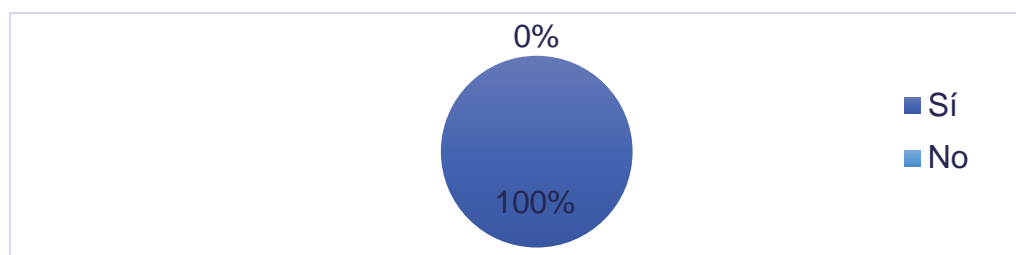


Figura 23. Criterio de los participantes sobre la necesidad del abordaje y práctica de habilidades blandas como parte crucial en el comportamiento del farmacéutico.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

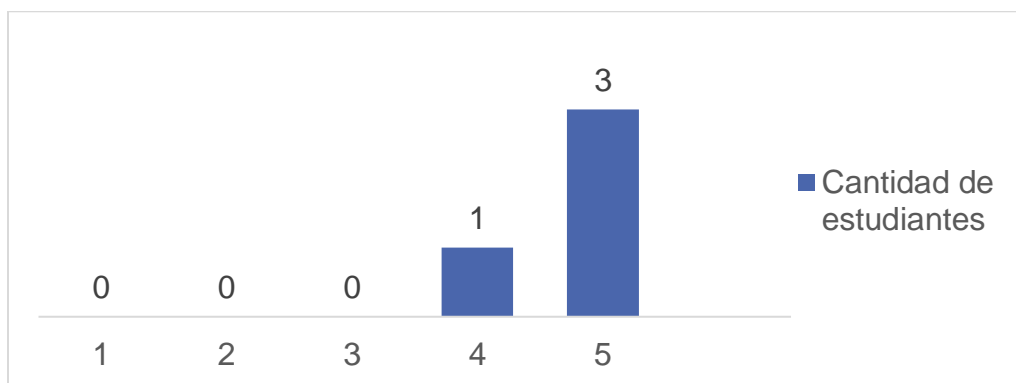


Figura 24. Criterio de los participantes sobre la importancia del fortalecimiento de habilidades blandas desde la formación académica en el trato al paciente, cuidador y compañeros.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Las preguntas reflejadas en las figuras 23 y 24 se realizaron con base en el interés de conocer la postura de los participantes con respecto a la percepción de la necesidad existente entre la población estudiantil con respecto a la práctica de habilidades blandas durante su formación

académica. Según los resultados, se señala que la muestra de estudiantes utilizada sí es consciente en su totalidad de la falta existente de este abordaje (figura 23) y de su necesidad (figura 24). En cuanto al criterio de los cuatro participantes con respecto al último aspecto, según la escala de Likert aplicada, tres indican estar totalmente de acuerdo y uno estar de acuerdo con el fortalecimiento de las habilidades blandas para aumentar la calidad de atención farmacéutica para el trato hacia el paciente, cuidador, familiares, e incluso la mejora de las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo en el futuro.

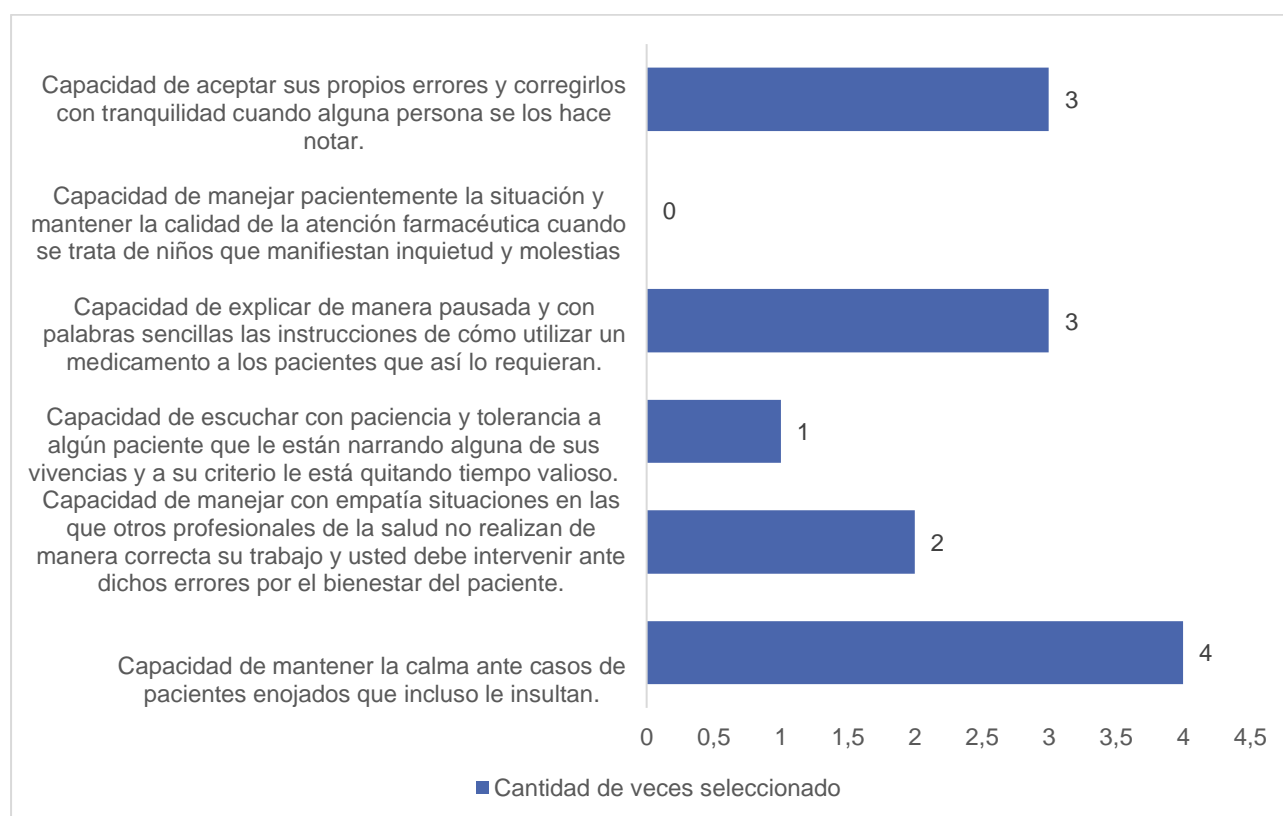


Figura 25. Opinión de los participantes sobre las habilidades blandas que causan mayor dificultad al aplicarlas.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Es de suma importancia la identificación de los aspectos considerados debilidad para los participantes, ya que, de esta manera, es posible orientar a los estudiantes con mayor énfasis hacia los factores que representan un problema al momento de aplicar las habilidades blandas; de esta manera, al desarrollar los casos clínicos a abordar, estos aspectos se toman en cuenta para ponerlos a prueba y que así, mediante la retroalimentación, se logre un reconocimiento más claro y

específico de los motivos que podrían ser causales de dificultad a la hora de ejecutar ciertas acciones en sus relaciones sociales.

La capacidad de mantener la calma cuando un paciente se encuentra enojado e incluso insulta, fue la opción elegida por todos los participantes, lo cual es un punto importante a considerar, porque los casos clínicos de esta investigación giran alrededor de pacientes con demencia vascular.

Según Miranda-Valverde *et al.* (2015), entre las alteraciones neuroconductuales, las ideas delirantes, la agresividad, los actos repetitivos y la depresión son las más usuales, y los pacientes se caracterizan por una conducta variable, pero entre los comportamientos más comunes entre esta población se encuentra la agresividad, tal y como lo señalan los autores, por lo que se vuelve un tópico de suma importancia a la hora de redactar la narrativa de cada caso de manera repetitiva, ya que entre los beneficios de la simulación clínica se encuentra la posibilidad de cometer errores varias veces y tener la oportunidad de corregirlos y mejorar mediante la práctica (Horra, 2010), tal como en este caso.



Figura 26. Criterio de los participantes con respecto a deficiencias de habilidades blandas en sus compañeros (as) de carrera.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Contar con la capacidad de reconocer los errores propios es un avance en cuanto al crecimiento personal del ser humano, ya que permite un autoconocimiento más integral para saber cómo abordar las deficiencias percibidas; sin embargo, también es funcional saber reconocer los aspectos que los demás alrededor podrían mejorar por un bien común; por lo tanto, se procedió a consultar a los participantes sobre las deficiencias de aplicación de habilidades blandas en el actuar de sus compañeros de carrera a partir de su experiencia en la Universidad Internacional de las Américas, y, según los resultados expuestos en la figura 26, la deficiencia más común reconocida entre los integrantes es el trabajo en equipo, seguido de una comunicación asertiva.

Dichas destrezas, al igual que las demás, se pueden integrar en los casos de simulación clínica, ya que, al tratarse de una metodología de enseñanza que se desarrolla mediante el trabajo en equipo, se torna más fácil de abordar el fortalecimiento y la práctica de estas habilidades blandas si se compara con una clase magistral o un laboratorio, donde, a pesar de que las prácticas se llevan a cabo en equipos de trabajo, se utiliza un procedimiento estandarizado donde este tipo de aspectos no se evalúan explícitamente, a pesar de que este aspecto es clave para un buen resultado.

A partir de lo mencionado, se puede analizar la metodología de operación de los laboratorios, ya que la calidad de los resultados obtenidos durante las sesiones semanales realizadas se ve directamente afectada por el desarrollo de las habilidades blandas en cada uno de los integrantes del equipo conformado a inicio de cuatrimestre, esto debido a que, si entre los estudiantes hay una comunicación asertiva, colaboración constante, comportamiento empático y tolerancia ante las opiniones distintas (especialmente si algún integrante del equipo está equivocado), se construye un entorno agradable, provechoso y satisfactorio para el proceso de aprendizaje en grupo. Por lo tanto, hay beneficios en múltiples ámbitos de la carrera si se integra la evaluación de estas habilidades, para que el estudiante se sienta comprometido a trabajarlas.

Por último, en la autoevaluación realizada se redactó una pregunta abierta, en la cual se consultó a cada participante si opina que existe algún aspecto que debería abordarse desde el ámbito académico que no se esté considerando actualmente con respecto al fortalecimiento de las habilidades blandas en los estudiantes de la carrera de Farmacia, según su percepción y experiencia durante los años cursados (Tabla 18). Es relevante señalar que los criterios de cada estudiante que se encuentran en la tabla 18 no se alteraron, se muestran tal y como los redactó el participante.

Como se puede apreciar en las frases remarcadas, a pesar de que los criterios fueron variados en cuanto a los puntos que mencionaron, cada uno consideró un aspecto diferente y

sumamente relevante, tales como la ética, el profesionalismo, la salud mental, el acompañamiento emocional, la mejor atención y el servicio farmacéutico, la observación de casos clínicos con diversas discapacidades y la importancia de las habilidades blandas en la formación personal. Todos estos aspectos son opiniones valiosas que no se están tomando en consideración para formar farmacéuticos capaces de gozar plenamente de un desarrollo social y laboral, ya que representan una reestructuración de los abordajes estandarizados que se llevan a cabo en las sesiones de simulación clínica, donde los participantes se desempeñan bajo pautas de habilidades duras o técnicas para demostrar el conocimiento farmacológico, farmacocinético y pensamiento clínico, dejando de lado estos aspectos.

Sin embargo, no es tarea solamente del área de simulación clínica, sino de todos los docentes, independientemente del curso que están impartiendo, ya que, además de demostrar con su comportamiento un ejemplo, pueden incluir en la evaluación aspectos relacionados a estas habilidades de inteligencia emocional que los estudiantes están mencionando como necesidad, considerando que, en su mayoría, se realizan trabajos en grupo o parejas para llevar a cabo proyectos o investigaciones que son presentadas a final del cuatrimestre; y al ser parte de la formación profesional, la comunicación de ideas, el lenguaje corporal, el reflejo del trabajo en equipo, el liderazgo, la motivación, el respeto y la empatía son igual de importantes que el conocimiento técnico-científico.

Tabla 17.

Criterio de los estudiantes sobre los tópicos que deben abordarse durante la formación académica.

Estudiante	Respuesta
1	“Primeramente, el explicar que son las habilidades blandas y como implementarlas en el escenario farmacéutico, desde la ética y profesionalismo sin que estos sean los que sobresalgan en la consulta. Así mismo, el valorar diferentes opiniones para así dar la mejor atención y servicio farmacéutico a los pacientes”.
2	“Considero debería abordarse también un acompañamiento emocional en ciertos momentos de la carrera que promueva incluso la salud mental del estudiante, pero que además permita que este logre concluir acerca de la importancia de la salud mental y relacionarlo con las habilidades blandas que puede desarrollar a nivel profesional”.
3	“Quizás observar más casos con personas con distintas discapacidades en donde en objetivo sea mejorar las habilidades blandas”.
4	“Es importante enseñar sobre habilidades blandas desde el inicio de la carrera para una mejor formación profesional ”.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Fase 4. Análisis del Avance de los Participantes en Cuanto a Aplicación de las Habilidades Blandas y Competencias Técnicas en la Atención Farmacéutica Durante los Cuatro Casos de Simulación Clínica

En la última fase, se aplican los escenarios clínicos considerando tanto las necesidades en el mundo laboral señaladas por 27 profesionales de Ciencias de la Salud mediante el instrumento del anexo 1, así como las limitaciones percibidas por parte de cuatro estudiantes activos de la carrera de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas, con el fin de integrar todos los aspectos indicados en casos de pacientes con las patologías más comúnmente vistas según la figura 17, para que sean lo más similares a la realidad laboral de Costa Rica.

Se valoran las competencias de los estudiantes al resolver cada escenario mediante la atención farmacéutica a pacientes, cuidadores y familiares relacionados con la demencia vascular,

esto mediante un instrumento adecuado y estandarizado para las cuatro sesiones (Anexos 3.1, 4.1, 5.1 y 6.1), y con la información recolectada en dicho instrumento, se pretende evaluar la eficacia del uso de la simulación clínica como forma de fortalecimiento de habilidades blandas y el desarrollo de los aspectos mencionados en dichos anexos después de cada sesión, para poder observar los comportamientos de cada persona participante, analizarlos y describirlos para reflejar la importancia de abordar y fortalecer las habilidades blandas en el ámbito de formación farmacéutica en cada estudiante.

Cabe destacar que las competencias que serán observadas y analizadas, según el Observatorio Nacional de Profesiones (2013, citando al Ministerio de Educación Nacional, 2003) se definen de la siguiente manera:

El concepto de competencia surge de la necesidad de valorar no sólo el conjunto de los conocimientos apropiados (saber) y las habilidades y destrezas (saber hacer) desarrolladas por una persona, sino de apreciar su capacidad de emplearlas para responder a situaciones, resolver problemas y desenvolverse en el mundo. (...) El desarrollo integral de un estudiante debe atender todas sus dimensiones, de ahí que en la actualidad se otorgue especial énfasis a la formación y evaluación de competencias de distinto tipo: básicas (relacionadas con el lenguaje, la matemática y las ciencias), ciudadanas (referidas a la capacidad de actuar en sociedad) y laborales (necesarias para actuar como ser productivo). (p. 3).

Aunado a lo anterior, es relevante destacar las competencias profesionales necesarias en el ámbito laboral, según las definiciones brindadas por parte del OLAP (2013):

- Aplicación de conocimientos: capacidad de hacer frente a situaciones reales del entorno laboral, usando conocimientos teóricos e información disponible.
- Comunicación asertiva: capacidad de expresar con claridad ideas, conocimientos y sentimientos mediante el habla, haciendo uso adecuado del lenguaje.
- Ética y honestidad: compromiso con las normas, principios y valores de la profesión y el trabajo, que hacen responsable al individuo de su propio bienestar y el de los demás.
- Toma de decisiones: capacidad de elegir una opción entre varias alternativas; producto del análisis, comprensión y comparación entre ellas.

- Trabajo en equipo: capacidad para trabajar en conjunto con otras personas, en busca de un objetivo común, respetando las ideas de otros y fortaleciendo un trabajo armónico.

Resultados de las Evaluaciones de Cada Estudiante Durante las Cuatro Sesiones Realizadas

Cada uno de los temas discutidos contiene dentro de sí aspectos que en conjunto están destinados a complementarse de manera precisa, para que se potencien los conocimientos teóricos y científicos que los estudiantes poseen como farmacéuticos junto a la práctica de habilidades blandas, y al proveer un espacio donde se pueda desarrollar libremente una conversación e intercambio de ideas de los participantes, se fomenta considerablemente una de las debilidades más citadas, el trabajo en equipo. Los cuatro casos clínicos presentados son enfocados al género masculino, ya que es el que presenta en mayor proporción la patología de demencia vascular con el aumento en edad.

Al finalizar la sesión, se logró indagar junto a los participantes algunos aspectos relacionados al caso clínico, tales como sus perspectivas al respecto y las emociones experimentadas durante la resolución del caso presentado, con la finalidad de debatir según las opiniones que deseen expresar. También se permitió cuestionar según las dudas que surgieran durante el desarrollo de la sesión y, por último, se reflexionó y proveyó retroalimentación alusiva al tema.

Tema 1. Educación inicial al cuidador y al paciente recientemente diagnosticado con demencia vascular en aspectos terapéuticos (farmacológicos y no farmacológicos).

El primer escenario de simulación clínica trató sobre la educación inicial al cuidador y al paciente recientemente diagnosticado con demencia vascular en cuanto a aspectos terapéuticos farmacológicos y no farmacológicos. Es posible que justo después de conocer el diagnóstico del avance irreversible de la demencia vascular, el paciente no esté abierto a hablar de sus sentimientos de miedo, incertidumbre, dudas y quizás enojo, para no herir ni preocupar más a sus familiares o amigos, por querer sentir el control dentro de una situación que avanza irreversiblemente.

Este caso toma en consideración a un paciente masculino de edad avanzada recién diagnosticado con demencia vascular, quien se presenta molesto y cohibido. Es bastante común que en la población de este género se considere que no es varonil expresar emociones y sentimientos asociados al miedo e incertidumbre, tal como lo explica Ramírez (2013) en su artículo “Masculinidad y emociones: Una aproximación a su construcción social”, donde detalla que el

control de las emociones es uno de los costos que pagan muchos hombres para reafirmar la estructura de la sociedad patriarcal que impone que esto sea así, demostrando un rechazo a la empatía, la receptividad y la compasión. También explica un punto importante sobre el aislamiento y la falta de diálogo, lo cual conduce a que las dudas, confusiones, dolor, miedo y tensiones lleguen a ser experimentadas de manera oculta por el temor a recibir críticas por parte de sus pares, por lo que el paciente, aunque se inflige dolor, no lo reconoce y lo suprime.

Cabe destacar que cuando el paciente continúa acumulando sus emociones, resulta en graves consecuencias patológicas, tal como lo dicen Bahremand, Alikhani *et al.* (2016). La supresión de las emociones como la ira, la culpabilidad, el miedo y la ansiedad se asocia a la aparición de enfermedades cardíacas, lo cual, a su vez, está directamente relacionado con la aparición y el empeoramiento de la demencia vascular. Esto permite evidenciar la importancia de que el profesional en Farmacia tenga un avanzado dominio de la paciencia y la capacidad comunicativa entre sus habilidades blandas, ya que es clave para abordar efectivamente a este tipo de pacientes. Debido a esto, se propuso como objetivo orientar al paciente diagnosticado con demencia y a su hija sobre aspectos relevantes de su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

En el primer caso, se presentó a un adulto mayor fumador, con sobrepeso, hipertenso, asmático, y con una hernia de disco en la zona lumbar, quien después de recibir el diagnóstico de demencia vascular se presenta muy molesto, abrumado y alterado. Después de la cita con el especialista, llega junto a la hija al servicio de Farmacia por interconsulta del médico para la revisión de los tratamientos indicados al paciente (Co-Diován, salbutamol, Eutebrol, ibuprofeno y Protón), con el fin de que el farmacéutico fomente la adherencia al tratamiento, indique el uso adecuado de los medicamentos, además de que brinde educación a la hija, quien también es cuidadora del paciente, con el fin de que el abordaje farmacoterapéutico sea provechoso, considerando que el paciente en cuestión presenta resistencia a tomar los fármacos indicados.

Considerando el escenario, los cuatro participantes procedieron a la lectura de la historia clínica para considerar el peso del paciente, así como sus alergias, signos vitales, dosis de los medicamentos y los valores obtenidos en la química sanguínea reportados por parte de la microbióloga a cargo. Posterior a ello, procedieron a un intercambio de ideas con respecto al abordaje que consideraron pertinente. Los cuatro estudiantes lograron entablar una conversación asertiva al emitir sus ideas sin necesidad de contradecir o interrumpir a los demás, por lo que en el gráfico representativo de este aspecto (figura 32) se refleja que se logró cumplir a cabalidad la

ejecución de esta habilidad blanda según lo esperado, ya que para una comunicación efectiva, es importante establecer una conversación con terminología clara y comprensible, con el fin de satisfacer las necesidades del paciente de la manera más oportuna posible.

Sin embargo, hay un aspecto relevante a considerar que influye directamente con el aspecto mencionado de la comunicación asertiva, y es que, en la primera sesión, ningún participante optó por saludar ni presentarse a sí mismo ante la cuidadora y el paciente (figuras 27 y 28), a quienes tampoco llamaron por sus nombres, lo cual constituye una deficiencia en el cuidado integral al paciente. Al no llevarlo a cabo, no se está estableciendo una relación de confianza para generar un espacio con disposición al diálogo ni brinda una sensación de bienestar y cercanía a la atención profesional farmacéutica, lo cual es especialmente importante, ya que la hija del paciente presentaba emociones aflitivas notorias tales como inseguridad, cansancio, miedo y preocupación, y el profesional en Farmacia no debe pasar por alto este tipo de situaciones, pudiendo abordarlas desde su sitio de trabajo ofreciendo seguridad, confianza y palabras de apoyo afectivo.

La capacidad de liderazgo se notó deficiente durante la toma de la decisión de realizar un cambio de tratamiento farmacológico. Hubo dificultad para definir la necesidad sobre esto, por lo que los participantes decidieron no realizar ningún cambio. Tal como se aprecia en la figura 36, solo la mitad del grupo de participantes consideró importante brindar recomendaciones adicionales en cuanto a aspectos no farmacológicos, considerando el estilo de vida del paciente, quien evidentemente debe ser abordado por un profesional en Nutrición debido a su mala alimentación y toxicomanía con respecto al consumo de alcohol y tabaco, porque todo lo mencionado influye negativamente en la progresión de la demencia vascular, además de los otros aspectos mencionados en el caso clínico, recordando que esta progresión no es continua, sino escalonada, donde se pueden presentar periodos de estabilidad y de manera abrupta, un empeoramiento brusco, por lo que si se controlan estos factores de riesgo, el proceso se logra enlentecer.

A pesar de que no se reflejó suficiente importancia a las recomendaciones no farmacológicas, en lo que respecta a las farmacológicas sí se le dio un énfasis ampliamente desarrollado por parte de los cuatro participantes reflejado en una conversación enriquecedora en este tema (figura 37), resultó en el comportamiento esperado según la formación académica recibida en la UIA, por el énfasis que se les ha dado a todos los aspectos relacionados a la atención farmacológica. Entre las recomendaciones farmacológicas se mencionó que se podría brindar consejos a la cuidadora sobre el correcto almacenamiento de los medicamentos (evitar la

exposición a la luz y las temperaturas elevadas, mantener atención constante a fechas de vencimiento de los fármacos, entre otras recomendaciones), también se ofreció colaboración por medio de la atención farmacéutica para confeccionar un horario sencillo, inclusive utilizando pictogramas en caso de ser necesario, a fin de que la adherencia terapéutica no se viera afectada por dificultades en las tomas que corresponden a cada hora del día, especialmente por parte del paciente, quien se debe quedar solo gran parte del día y medicarse por su cuenta debido a que su hija, quien es su cuidadora, trabaja todo el día y no tiene disponibilidad por sus horarios laborales.

Con lo que respecta al último punto mencionado en el párrafo anterior sobre la cuidadora, los participantes dejaron por fuera durante análisis grupal que se llevó a cabo el énfasis que se hizo al final de la narrativa del caso, donde se indicó que ella se encontraba muy asustada y preocupada por el comportamiento inusualmente agresivo de su padre, ya que se omitió la posibilidad de dar un abordaje emocional en la situación, y tal como se observa en el gráfico de la figura 38; además, en la intervención no se realizó ningún tipo de consulta a la cuidadora sobre si desde su posición como profesional en Farmacia podría ayudarle a resolver alguna duda o inquietud sobre los tratamientos del paciente (figura 37), lo cual deja un vacío en cuanto a la atención farmacéutica brindada por parte de la totalidad de los estudiantes, siendo este un aspecto sumamente importante, ya que es el momento óptimo para aclarar todas las dudas posibles y brindar indicaciones con el fin de evitar una manipulación errónea de los fármacos, en especial en estos casos donde el paciente que tiene demencia vascular debe mantenerse estrictamente bajo medicación para que no avance el deterioro cognitivo.

Por otra parte, según la evaluación realizada, solo dos personas procuraron consultar a los demás cómo podrían orientar a la cuidadora de manera efectiva, desarrollaron con mayor seguridad sus ideas, y condujeron el hilo de la conversación, por lo que en la figura 31 se aprecian los resultados de este aspecto, el cual no tuvo mayor impacto de crecimiento durante las tres sesiones restantes; sin embargo, tampoco hubo ningún dato decreciente, lo cual indica que conforme avanzan las sesiones, es posible que este aspecto logre fortalecerse por medio de la retroalimentación y la práctica constante.

Tema 2. Atención farmacéutica y educación sobre el cuidado cardiovascular en la demencia vascular y promoción de estilos de vida saludables para evitar el avance rápido de la patología en el paciente.

Para la segunda sesión, se planteó como objetivo promover estilos de vida saludables en el paciente para que no avance el deterioro cardiovascular y, por consiguiente, no empeore la demencia, con el fin de analizar y discutir el tema de la atención farmacéutica y la educación sobre el cuidado cardiovascular en la demencia vascular, además de la promoción de estilos de vida saludables, con tal de evitar el avance rápido de la patología. Para este caso clínico, hubo disponibilidad de dos de los cuatro participantes, por lo que los resultados obtenidos son distintos a los demás escenarios.

Considerando el tema propuesto, se diseñó el caso tomando en cuenta la información disponible en artículos tales como “La reducción de ingesta de azúcares libres en adultos para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles”, publicado por la OMS en el año 2019; “Guía de tratamiento farmacológico de dislipidemias en el primer nivel de atención”, publicado por parte de la *Revista Mexicana de Cardiología* en 2013; y “Evaluación del dolor en el adulto mayor”, del *Acta Ortopédica Mexicana*, en 2016; con la finalidad de desarrollar el historial clínico del paciente fundamentado con los datos provistos en los artículos mencionados. Por otra parte, tomando en cuenta que entre las lecturas recomendadas se encuentran las que se utilizaron para diseñar el caso, para el estudiante será más sencillo resolverlo al estar familiarizado con la información con la que se preparó antes de iniciar la sesión correspondiente.

Se propuso, como motivo de consulta, a una adulta mayor quien se identifica como la esposa del paciente que fue diagnosticado con demencia vascular, la cual llega al servicio de farmacia para consultarle al farmacéutico que está regentando cómo se usan los tratamientos indicados para su marido, por lo que está solicitando educación farmacéutica; además, pregunta cómo puede evitar que la demencia de su esposo avance tan rápido. En este escenario, el comportamiento esperado por parte de los estudiantes recae principalmente en el conocimiento de base para brindar recomendaciones no farmacológicas, tomando en cuenta que, en el primer caso efectuado, este aspecto no fue considerado ni cumplido a cabalidad por parte de los cuatro participantes, por lo que se procedió a realizar una retroalimentación con respecto a los aspectos que no fueron tomados en cuenta, con el fin de hacerles notar los puntos en que deben mejorar con respecto a la atención farmacéutica.

En cuanto al abordaje, se busca que haya una identificación de factores de riesgo que estén influyendo en el avance de la demencia vascular. A partir de la evaluación del pensamiento clínico de los participantes durante el análisis de antecedentes patológicos y no patológicos, se aprecia en la figura 34 que ambos participantes tomaron en consideración ampliamente estos aspectos al lograr visualizar e identificar los factores de riesgo más relevantes en la salud del paciente. En la tabla 20 se menciona cada uno de ellos y se respaldan individualmente con su explicación técnico-científica sobre la relación existente entre la demencia vascular y el aspecto considerado riesgoso.

Tabla 18.

Influencia de las costumbres y toxicomanías sobre la progresión de la demencia vascular.

Costumbre o factor de riesgo	Proceso relacionado
Sobrepeso	El sedentarismo del paciente y la mala alimentación conducen a un índice de masa corporal alarmante para el adulto mayor en cuestión, lo cual representa una condición que desencadena disfunción metabólica que aumenta el riesgo de aparición de enfermedades cardiovasculares, tales como enfermedad arterial coronaria, infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, hipertensión, entre otras. Esto resulta también en un mayor riesgo de trombosis e inflamación endotelial, que empeora alarmantemente el avance de la demencia vascular, por la aparición de placas de ateroma que bloquean el flujo normal sanguíneo que provee de nutrientes a las células corporales, incluyendo a las neuronas, por lo que resulta en muerte neuronal y, posteriormente, una mayor disfunción cognitiva (Bryce-Moncloa <i>et al.</i> , 2017).
Edad avanzada (más de 65 años)	El paciente del caso tiene 81 años, y a partir de los 65 años es normal la aparición del endurecimiento endotelial e hipertrofia vascular debido a que la elastina del vaso sanguíneo se fractura. Esto sucede como proceso fisiológico normal conforme avanza el tiempo, por lo que se presenta un mayor riesgo de aparición de patologías cardiovasculares, más vasoconstricción, menor cantidad de ATP transportado hacia las neuronas, tal y como sucede con el resto de las células, por lo que finalmente resulta en la disfunción celular neuronal.

Convivencia con fumadores	Al exponer al paciente a inhalar el humo de tabaco, le convierte en fumador pasivo y es causal de graves enfermedades cardiorrespiratorias, debido a que las arterias se presentan más rígidas y la presión arterial se mantiene elevada por más tiempo, porque hay una interferencia por parte del óxido nítrico que funciona como vasodilatador y los mecanismos endoteliales que están constreñidos.
Actividad física nula	El paciente tiene sobrepeso y, debido a ello, se le complica la realización de actividad física. Esto constituye un factor de riesgo sumamente importante, ya que la endotelina es una sustancia que estimula la actividad vasoconstrictora, la coagulación y la formación de agentes reactivos de oxígeno, lo que constituye una problemática para el paciente que se debe inhibir por medio de la actividad física, lo cual, en este caso, no se está haciendo, y está progresando el envejecimiento endotelial.
Hipertensión arterial	Es posible que, debido a la poca actividad física del paciente (además de su historial familiar de hipertensión), se haya desarrollado dicha condición patológica en las arterias con el paso de los años, lo cual resulta en vasoconstricción, poca llegada de oxígeno y ATP a las células, resultando en disfunción celular neuronal y problemas vasculares cerebrales.
Mala alimentación	Se considera una alimentación deficiente como factor de riesgo en el paciente debido a que la esposa menciona que hay un mínimo consumo de agua y frutas con un alto consumo de harinas y café.

Fuente: Elaboración propia, 2021, a partir de Pemberthly *et al.*, 2015, y Bryce-Moncloa, 2017.

Los dos participantes realizaron un excelente desempeño con respecto a la identificación de factores de riesgo en el caso presentado; sin embargo, solo uno de los participantes procedió a dar indicaciones no farmacológicas con respecto a ello (figura 36). Dicho estudiante mencionó que a la esposa del paciente se le podría indicar una modificación de la dieta como punto inicial, explicándole sobre la importancia de la atención nutricional de un profesional del área y sobre la dieta DASH, seguido de una explicación sobre en qué consiste (menor consumo de sal, mayor consumo de frutas y verduras), e hizo énfasis en una disminución del consumo de azúcar por sus antecedentes familiares de diabetes. También recomendó atención por parte de un fisioterapeuta, con el fin de que el paciente reciba atención e indicaciones adecuadas sobre su capacidad de

movimiento y acompañamiento para retomar el ejercicio físico paulatinamente de acuerdo con sus capacidades físicas.

Además de realizar este abordaje, ambos estudiantes brindaron apoyo emocional a la cuidadora del paciente adicional a la atención farmacéutica. Tal se logra detallar en la figura 40, en dicho gráfico se nota una mejoría por parte de los participantes en este aspecto, ya que después de que recibieron la retroalimentación del primer caso sobre este tipo de atención al paciente y cuidador, lograron mejorarlo poniéndolo en práctica, al igual que el saludo inicial a la persona que llega al servicio de farmacia (figura 27).

Con respecto a la revisión del tratamiento farmacológico, la figura 30 presenta que se realizó de manera efectiva, ya que ambos estudiantes detallaron la función de cada fármaco, y si, según la información que poseían, consideraron si realmente existía la necesidad de tomarlo (figura 35).

Luego de verificar que todo se encontraba en orden, procedieron a dar la educación farmacológica a la esposa del paciente mediante las indicaciones al respecto de manera sencilla para la comprensión; además, se le brindó a la adulta mayor el número telefónico de la farmacia, con el fin de que, en caso de necesitarlo, no dudara en realizar la consulta por dicho medio. Este último aspecto refleja un interés por disminuir el posible error relacionado a un mal manejo de fármacos por desconocimiento y dificultad para obtener la información necesaria, lo cual constituye un buen ofrecimiento para evitar desenlaces no deseados y evitables.

Al finalizar, durante el *debriefing*, se realizó una retroalimentación con respecto a los aspectos que se mejoraron durante la segunda sesión, así como los que aún deben trabajarse para mejorar. También se aclararon algunas dudas generadas durante la resolución del caso clínico.

Tema 3. Abordaje de los aspectos de autoestima del paciente con demencia vascular a través de la atención farmacéutica y detección de signos de depresión con tendencia suicida.

Un profesional en Ciencias de la Salud, tal como lo es el farmacéutico, debe contar con las siguientes tres virtudes para ejercer su profesión de manera integral: la ejecución de habilidades blandas para el beneficio de la población, los conocimientos técnicos propios de cargo, y capacidades de adaptación social y conductual en función a la realidad social, considerando que no se debe excluir a ningún paciente por ningún motivo, lo cual incluye aspectos como la preferencia sexual en la población LGTBI, el género, la religión que profesa, enfermedades de transmisión sexual, alguna discapacidad física o intelectual, la cultura de la cual proviene o su etnia.

Lo anterior se relaciona con la consciencia del amplio entorno sociocultural en el que se encuentra el farmacéutico, por lo que la socialización profesional debe estar suficientemente fortalecida para dar un correcto abordaje en cualquiera de los casos que se puedan presentar durante la atención farmacéutica, ya que en cada uno hay variables a considerar que deben desarrollarse integralmente al atender al paciente. Según Shinyashiki *et al.* (2016), la socialización profesional se define de la siguiente manera: “Es la adquisición de habilidades y conocimientos necesarios y también el desarrollo de su identidad ocupacional e internalización de normas ocupacionales típicas de un profesional completamente calificado” (p. 602).

Por lo tanto, en el tercer caso clínico desarrollado se incitó a demostrar las destrezas sociales de los participantes ante aspectos socioculturales típicos del área simulada que se presentó en el caso (la provincia Limón), con el fin de aumentar la complejidad al tener que considerar los siguientes aspectos entrelazados entre sí: el diagnóstico de demencia vascular, el trato adecuado al paciente y a su cuidadora (quien está alterada emocionalmente por la situación), la detección de signos de depresión y tendencia suicida, el abordaje farmacoterapéutico, recomendaciones de aspectos no farmacológicos, consideración de la presencia de trastornos neuroconductuales, y la costumbre del fumado de tabaco y marihuana.

Se espera que el estudiante de Farmacia actúe principalmente sin ningún prejuicio, discriminación u otro acto de repudio, tomando en cuenta la emergencia que está en el caso en cuestión, sin dejar de lado la aplicación de las habilidades blandas y la toma de decisiones de manera rápida, donde se presenta la necesidad del abordaje de los aspectos de autoestima del paciente con demencia vascular a través de la atención farmacéutica y detección de signos de depresión con tendencia suicida.

Para definir el abordaje esperado por los tres estudiantes, se consideró la información presente en la Política Nacional de Salud Mental (2016), la Prevención del Suicidio, por parte del Ministerio de Salud de Costa Rica, y las “Consideraciones especiales de la hipertensión arterial sistémica en afrodescendientes latinoamericanos”, documento publicado por la Sociedad de Cardiología y Cirugía Cardiovascular en el 2017. En este último, se respaldan los aspectos clínicos típicos en una persona afrodescendiente, como la del paciente del caso 3, en quien la hipertensión arterial se mantiene más elevada por factores genéticos, y esto aumenta la posibilidad del empeoramiento de la demencia vascular, además de poseer una mayor morbilidad y mortalidad debido a ello. Por lo tanto, se consideró un tema de suma importancia para esta investigación.

Con respecto a las primeras sesiones, en la tercera hubo mejoría evidente con respecto a los aspectos evaluados. En cuanto al saludo del paciente, todos los estudiantes presentes lo llevaron a cabo, así como su presentación personal como farmacéuticos y mención de su nombre (figuras 27 y 28), además de presentar liderazgo y seguridad en el momento de la toma de decisiones, ya que se generó un sano debate sobre cómo se debería abordar una emergencia como la que se les presentó y, tal como mencionan Barroso y Salazar (2010), para que un liderazgo sea eficaz, se debe basar en valores orientados hacia el bien común, teniendo como meta la transformación personal, el crecimiento de las relaciones interpersonales y aportar con la transformación de la sociedad, así como sucedió en este caso, ya que entre las propuestas mencionadas que reflejaron seguridad, se notó la orientación hacia un bien común mediante el abordaje inicial a la mujer alterada que llegó a la farmacia, y según la figura 33, se generó una adecuada comunicación farmacéutico-paciente al procurar ofrecerle agua. Un ambiente seguro para escuchar atentamente lo que sucedió, brindarle recomendaciones y orientarla con respecto a lo que estaba viviendo su pareja, con el fin de poder aportar las soluciones que llegó a buscar, brindando una comunicación de calidad con empatía y capacidad de escucha.

Sin embargo, se presentaron aspectos que aún deben fortalecerse en cuanto a su mejoría sin la necesidad de que se deba recordar, tales como la acción de consultar si a la cuidadora o al paciente le surgió alguna duda adicional con respecto al tratamiento después de llevar a cabo la explicación de aspectos farmacológicos y no farmacológicos (figura 37), lo cual resulta de gran importancia para evitar los errores en la medicación. En cuanto al pensamiento clínico, al analizar el tratamiento del paciente considerando los APP y APnP, en la figura 34 se observa que no se logró a cabalidad por parte de los participantes, hubo una persona que no los logró reconocer en cuanto a las señales de alarma de la depresión presente en los aspectos no patológicos ni determinó que existía una necesidad de tratamiento farmacológico para dicho estado emocional depresivo.

Días después de la emergencia, el paciente regresó a dar agradecimientos por la ayuda brindada por parte del farmacéutico, y, en los resultados obtenidos en la figura 38, al evaluar el abordaje emocional al paciente, se aprecia que los tres participantes consideraron que era un momento óptimo para conversar con el afectado, con suficiente sensibilidad emocional, sabiendo que, en el pasado, él ha sido blanco de chistes racistas y sexistas, agresiones físicas y psicológicas por ser afrodescendiente incluso en servicios de atención de salud. En este aspecto, todos estuvieron de acuerdo en ofrecer apoyo desde la atención farmacéutica sin ningún tipo de discriminación.

Posterior a la atención brindada al ámbito emocional, consideraron el antecedente de infección urinaria en el paciente, y tal como se aprecia en el gráfico de la figura 36, los tres estudiantes recomendaron varias medidas de prevención ante una reinfección de vías urinarias: el aumento del consumo de agua diario, aumento de la ingesta de vitamina C, y tomar jugos de arándano, además de algunos medicamentos como Cisticran y Acicran, los cuales se tomaron en cuenta por la acción bacteriostática de los arándanos, que inducen a la inhibición de la adherencia de bacterias a las células epiteliales de la vía urinaria; por ejemplo, *E. coli*, que es causa del 90% de las infecciones urinarias, no logra la unión a dicho epitelio (Brenes y Sawicka, 2018). Entre las indicaciones, se recalcó que, a pesar de esta funcionalidad, no son sustitutos de un tratamiento antibiótico. Además de ello, propusieron medidas a aplicar durante las noches para que el adulto mayor logre conciliar un sueño de calidad y reconfortante, tales como:

- Eliminar la toma de cafeína después de las 4:00 p.m.
- Evitar el consumo de alcohol debido a que actúa como diurético y aumentará la necesidad de micción durante la noche, resultando en interrupción del descanso
- Dejar el fumado tanto por evitar el daño cardiovascular como para lograr conciliar un descanso más favorecedor, debido a que la nicotina podría ser excitante.
- Adecuar la zona de descanso y evitar los distractores como la televisión, los ruidos fuertes, las luces u olores desagradables que puedan influir en la relajación del adulto mayor.

Tema 4. Fortalecimiento del trabajo interdisciplinario junto a profesionales de Ciencias de la Salud ante un caso de emergencia en un paciente con demencia vascular.

En la última sesión, se llevó a cabo el análisis de caso clínico con enfoque hacia el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario con otros profesionales de Ciencias de la Salud de distintas áreas ante un caso de emergencia por un paciente con demencia vascular. Se mencionó que el trabajo en equipo proporciona mejores resultados al ser consciente de que cada profesional es especialista en su área de trabajo.

Con respecto al trabajo en equipo, Bobadilla *et al.* (2018) explican que los seres humanos necesitan lograr una adaptación a su lugar de trabajo con el fin de conservar en buen estado su salud, y en caso de que en este proceso exista una dificultad, ya sea social o laboral, es muy posible que se presenten patologías mentales psicoafectivas y también físicas. En cuanto a estas, las más comunes son enfermedades ácido pépticas y cardiovasculares.

Por lo tanto, mantener un buen ambiente laboral donde todos los trabajadores tienen clara la importancia de mantener en alta estima los cargos de sus pares, se vuelve una necesidad vital por el bien individual, de la institución y de los pacientes, al poseer personal con una salud laboral de calidad que pueda ofrecer seguridad y calidad por medio de una productividad suficiente donde las habilidades blandas en todo el personal son las que construyen dicho ambiente.

Considerando lo anterior, en las instituciones enfocadas a la atención de la salud, se debe fomentar y facilitar el desarrollo personal y profesional de cada trabajador mediante capacitaciones, charlas y conferencias orientadas a ello, con el fin de obtener mejoras en cuanto a su marco social de desarrollo sin dejar un ámbito o el otro, sino procurando el crecimiento integral en ambos aspectos. Lo anterior interviene positivamente en la salud laboral, proveyendo bienestar físico, emocional y mental que posteriormente será depositado día a día en el comportamiento con los demás compañeros y en la atención de cada paciente, al proporcionar una comunicación atenta y asertiva, empatía, capacidad de escucha y otras competencias profesionales asociadas a las habilidades blandas (Pujol, 2019).

Dicho todo esto, se puede considerar actualmente que a nivel universitario, es posible promover de manera temprana el fortalecimiento de esta área mediante la simulación clínica al promover el trabajo en equipo no solamente entre profesionales de Farmacia y Medicina, sino que de manera conjunta con otras disciplinas como la Microbiología, Psicología, Enfermería e incluso Trabajo Social, se impulse el logro de un bien mayor en los pacientes, por lo que se procedió con el último caso orientado a ello.

Se les presentó a los participantes en la última sesión una situación donde se vieran en la necesidad de un abordaje en conjunto e integrado de manera interdisciplinaria en el que la responsabilidad es de todos los involucrados y cada quien posee un campo de acción determinado para lograr contribuir en el logro de un objetivo común: el bienestar del paciente. En dicho último caso, se debió abordar a un médico pensionado que fue diagnosticado con demencia vascular y es fumador. A pesar de que pareció un abordaje sencillo, no lo fue, ya que el paciente demostró ser poco receptivo, insultante y sumamente agresivo con el personal, lo cual resultó en la necesidad de la atención del equipo de enfermería, la atención farmacéutica, la paciencia y técnica adecuada del personal de microbiología para realizar un análisis de muestras indicado por el médico emergenciólogo, además de la necesidad de abordaje psicológico y de trabajo social, debido a que

vive solo en un estado patológico en el que no es recomendable que acontezca dicha falta de atención.

Ante la problemática del caso en el paciente diagnosticado con demencia vascular, se debe iniciar con la identificación de factores de riesgo patológicos y no patológicos. Según la figura 34, los cuatro participantes lograron analizar correctamente, ya que lo concerniente al fumado, el sobrepeso, ser del género masculino, poseer antecedentes familiares de trastornos cardíacos y apnea obstructiva crónica, representan un peligro para el paciente por empeoramiento de sus síntomas.

Durante la narrativa, se les menciona a los estudiantes que el paciente se encuentra muy deshidratado, por lo que lo esperado es que logren reconocer que el comportamiento errante del paciente no está justificado solamente por su diagnóstico de demencia vascular, sino que al considerar más allá de ello, se logre asociar que estos son comportamientos son frecuentes durante un cuadro de deshidratación grave, que constituye un aspecto de sumo cuidado en los pacientes adultos mayores, porque el cerebro retiene gran cantidad de agua (75%), lo cual interviene en la regulación de las funciones cerebrales, entre las que la cognición es fundamental. Con el fin de calificar si entre el análisis del caso se consideró este aspecto para brindar recomendaciones, la figura 36 representa el proceder de los estudiantes al dar indicaciones no farmacológicas, resultando en el dato más elevado de las cuatro sesiones, con tres de los participantes que consideraron, mediante su pensamiento crítico, que debió coexistir junto al diagnóstico de base un motivo adicional por el cual el adulto mayor del caso se comportara así, y una persona logró relacionar la poca hidratación del paciente con el comportamiento.

Con respecto a las demás evaluaciones, existió mejoría reflejada en el logro del cumplimiento de los cuatro participantes:

- La ejecución del saludo inicial al paciente y acompañante (Figura 27).
- La presentación profesional de manera empática (nombre y puesto) (Figura 28).
- La revisión del tratamiento. En este caso mencionaron que sería con el fin de identificar PRM y descartar si el comportamiento errante podría ser una interacción medicamentosa o un efecto secundario (Figura 30).
- La comunicación de calidad con empatía y capacidad de escucha (figura 32), y la comunicación farmacéutico-paciente se representó en el gráfico de la figura 33, con una totalidad de cumplimiento de los participantes, el cual se percibió sumamente pleno y natural en cada estudiante, al demostrar una preocupación notoria por el paciente que

presentó golpes en la zona lumbar y rostro, producto de la caída que sufrió. Realizaron diversas preguntas enfocadas hacia el conocimiento de dolores físicos articulares o musculares, así como otras relacionadas con aspectos emocionales, para inducir a catarsis al paciente en caso de ser necesario; sin embargo, en este último aspecto se aconsejó que no era pertinente debido a que en la formación farmacéutica no se abarca una enseñanza orientada al abordaje profundo en casos como este, dando como resultado el gráfico de la figura 38, al dar un sobresaliente apoyo emocional.

- En las figuras 34 y 35 hay una relación estrecha en cuanto al aspecto evaluado, ya que se tomó en cuenta el pensamiento clínico de los participantes y el proceder a dar indicaciones farmacológicas de manera sencilla, respectivamente. En este último escenario se presentó al paciente como un médico pensionado, quien se automedica con diuréticos y AINES según su conocimiento por profesión; sin embargo, por la condición patológica que posee, representa un peligro para su salud el hecho de mantener tratamientos farmacológicos a su alcance por varios motivos expuestos por los estudiantes: automedicación, intentos suicidas, mala utilización, sobredosificación, almacenamiento incorrecto y falta de revisión en las fechas de vencimiento. Por lo tanto, se procedió a conversar con el paciente a modo de recordatorio sobre el impacto de estos aspectos sobre él, y la importancia de que tenga a una persona que le dé atención y compañía, tal como una persona asistente de pacientes, quien tiene experiencia en estos casos.

Hubo otros ámbitos en las evaluaciones realizadas donde no hubo un avance notorio, específicamente en dos: en lo que respecta a la figura 37, cuando se evaluó el proceder de los participantes a consultar al paciente, a su acompañante o familiar si había alguna duda para aclarársela. En la última sesión, 3 de 4 estudiantes lo consideraron, sin embargo, no es considerado como un fracaso, aunque es una diferencia mínima, sigue siendo un avance y es válido.

Por otra parte, el hábito de despedirse también fue un comportamiento al que se le dio poca importancia, tal como está reflejado en el gráfico de la figura 41. Este aspecto es sumamente importante ya que representa una forma de respeto al paciente y sus acompañantes para generar un ambiente de armonía en la atención farmacéutica, dejando abierta la disponibilidad de conversar sobre algún otro aspecto relacionado al caso y denotando la importancia debida a las personas presentes, ya sea en una sala de atención médica, una farmacia de comunidad o una farmacia de

hospital, todo esto con la finalidad de no dejar el diálogo iniciado sin concluir, con un comportamiento descortés.

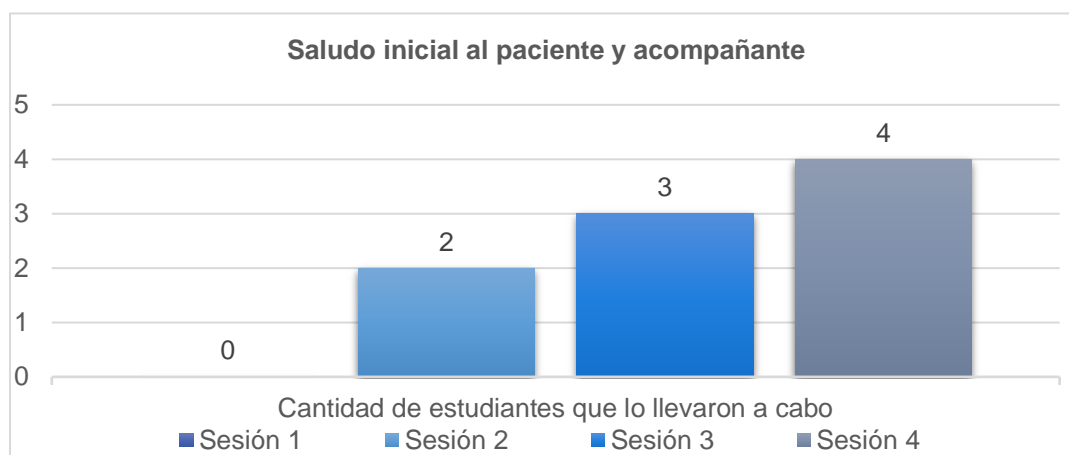


Figura 27. Resultados obtenidos de la evaluación de la ejecución del saludo inicial al paciente y acompañante.

Fuente: Elaboración propia, 2020.



Figura 28. Resultados obtenidos de la evaluación de la ejecución de la presentación a sí mismo(a) como farmacéutico (a).

Fuente: Elaboración propia, 2020.

La importancia del saludo se desarrolla en un artículo publicado en 2017 por parte de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, de Chile. Es una forma de interacción simple, pero que sostiene un trasfondo psicobiológico por el efecto positivo en cuanto a gratitud, confianza, humildad y empatía que se genera en la conversación, lo cual, acompañado de gestos y posturas corporales adecuadas, aporta bienestar tanto al emisor como al receptor, en este caso, enfocado al paciente; de la misma forma que la presentación personal, la cual representa suma relevancia

también en cuanto a relaciones interpersonales en el clima laboral, lo cual es valioso y aporta para el bienestar de la comunidad institucional.

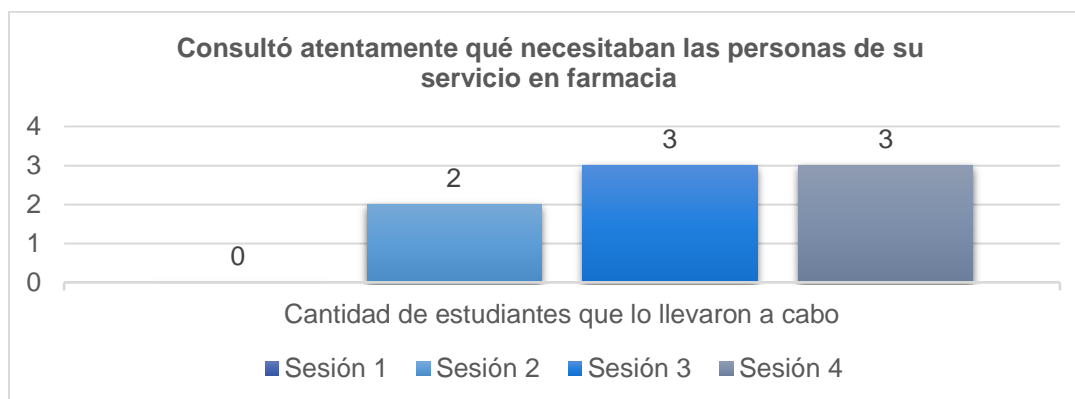


Figura 29. Resultados obtenidos de la evaluación de la ejecución de la consulta al paciente sobre la ayuda que podría brindarle.

Fuente: Elaboración propia, 2020.

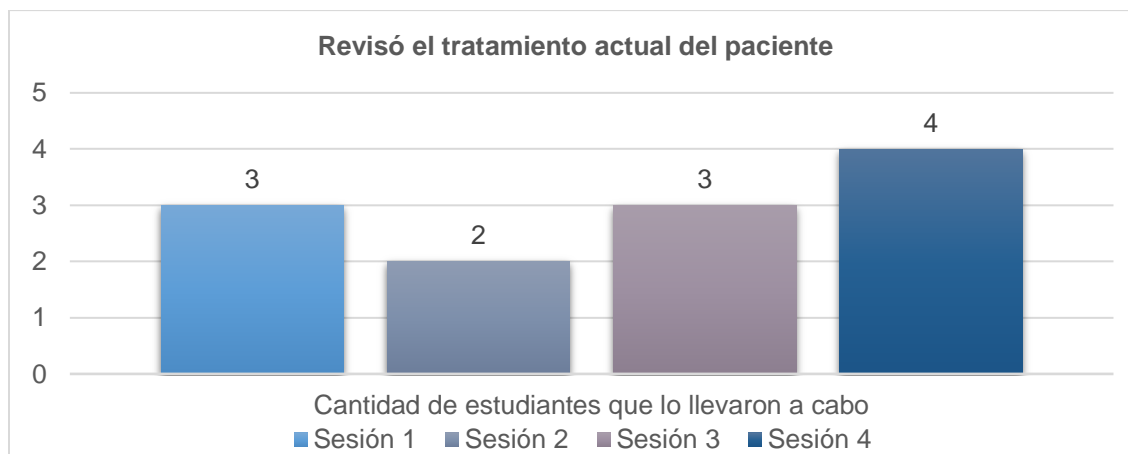


Figura 30. Resultados obtenidos de la evaluación de la revisión del tratamiento farmacológico por parte de los participantes.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Tal como se explica en el diario *online* de salud llamado *Salud y Medicina*, en el 2016, llevar a cabo una rigurosa revisión de los fármacos representa una pieza fundamental en cuanto a la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la verificación de que las dosis que está recibiendo sean las adecuadas, así como que no existan efectos adversos graves en la salud o interacciones que estén influyendo en el fin terapéutico de uno o más de los tratamientos, resultando en una inversión monetaria que no está siendo aprovechada porque el medicamento no está siendo

funcional ni suponiendo una mejora sustancial en la vida del adulto mayor, en este caso. También se menciona que tanto el paciente, el cuidador y el familiar deben ser conscientes de que, aunque haya una prescripción de un fármaco por parte del especialista que le haya atendido, no quiere decir que sea válida para siempre, debido a que en el organismo se pueden presentar cambios que produzcan que ya no sea necesario, por lo tanto, la revisión de fármacos por parte de un profesional en Farmacia es preciso para mantener un buen control de los tratamientos utilizados.



Figura 31. Resultados obtenidos de la evaluación de liderazgo y seguridad en la resolución del caso clínico.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Para que un trabajo en equipo sea eficaz, es necesario que se ejerza liderazgo para lograr mejores resultados por parte de los miembros del grupo, ya que en todo grupo se necesita a una persona que guíe a los demás para lograr éxito en los objetivos individuales y colectivos. Para ello, un líder debe contar con habilidades blandas además de su capacidad de promover el orden, escuchar a los demás, supervisar el trabajo individual, dar retroalimentación y guía para mejorar el rendimiento para que resulte en una potenciación de las habilidades de los demás integrantes del grupo. Esta persona debe lograr la promoción del respeto y la confianza para promover la participación de los demás, y así poder escuchar sus opiniones antes de emitir una respuesta ante determinada situación. Cuando se logra esta dinámica, los resultados son cada vez de mejor calidad, por una buena distribución de ocupaciones donde todos están de acuerdo con la persona que les lidera, ya que es una representación colectiva que emite seguridad ante cada contexto que así lo amerite.

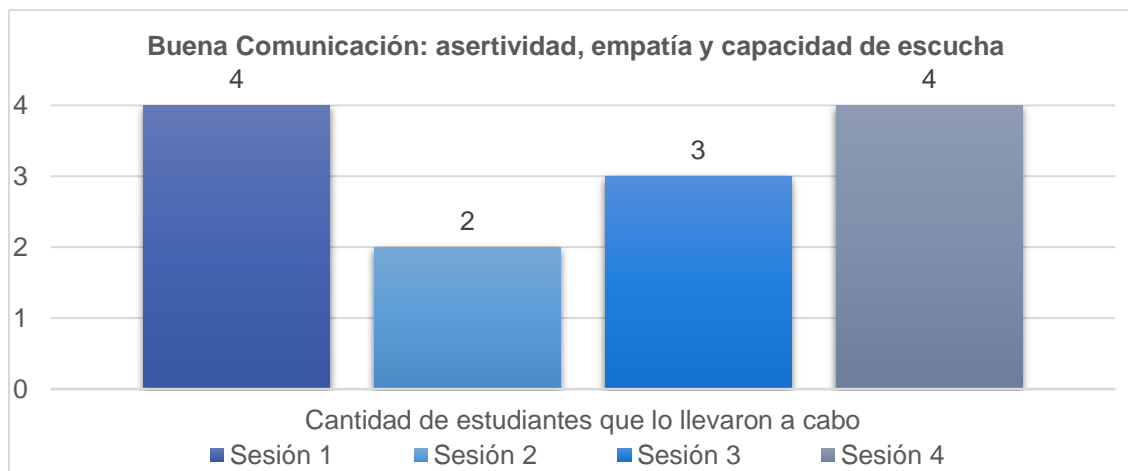


Figura 32. Resultados obtenidos de la evaluación de la comunicación de calidad con empatía y capacidad de escucha.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Durante la comunicación, el farmacéutico debe saber sobre el tema que está exponiéndole al paciente, al cuidador, familiar e inclusive a otros profesionales, lo cual es primordial, pero también lo es conocer la mejor manera de hacerlo, utilizar las expresiones adecuadas, saber modular los gestos y los movimientos corporales, debido a que, con una buena administración de dichos recursos, la información brindada llega al receptor con una mejor comprensión. Debido a esto, se tomó en cuenta este aspecto en la rúbrica de los casos clínicos simulados, ya que representa una pieza importante para que no se genere ningún tipo de confusión.



Figura 33. Resultados obtenidos de la evaluación de la comunicación farmacéutico-paciente.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Establecer una comunicación adecuada con los pacientes es clave para que se deposite confianza en el farmacéutico como personal sanitario preparado en el área, por lo que se consideró dicho aspecto entre las rúbricas de evaluación y se obtuvo los resultados de la figura 34. Sobre este tema, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2018) ha realizado varias recomendaciones alusivas a al progreso de la comunicación farmacéutica tanto entre profesionales como para los pacientes. Para utilizar adecuadamente la comunicación como herramienta, se puede llevar a cabo lo siguiente: tener claros los objetivos del acto comunicativo, adquirir continuamente conocimientos técnicos, alcanzar una mejoría de habilidades sociales tales como asertividad, técnicas de autocontrol en momentos complicados y escucha activa. Todo esto permite que el farmacéutico se desenvuelva de manera óptima en la relación con sus pacientes.

Los consejos brindados por dicha agencia proveen mejoras notables como una mayor satisfacción en los pacientes, mejor adhesión al tratamiento, disminución de la angustia y depresión, facilidad en la resolución de los síntomas, reducción de riesgos en cuanto a efectos adversos, reducción de reclamos y quejas por parte de los pacientes y mejoramiento en los resultados finales obtenidos en la salud.

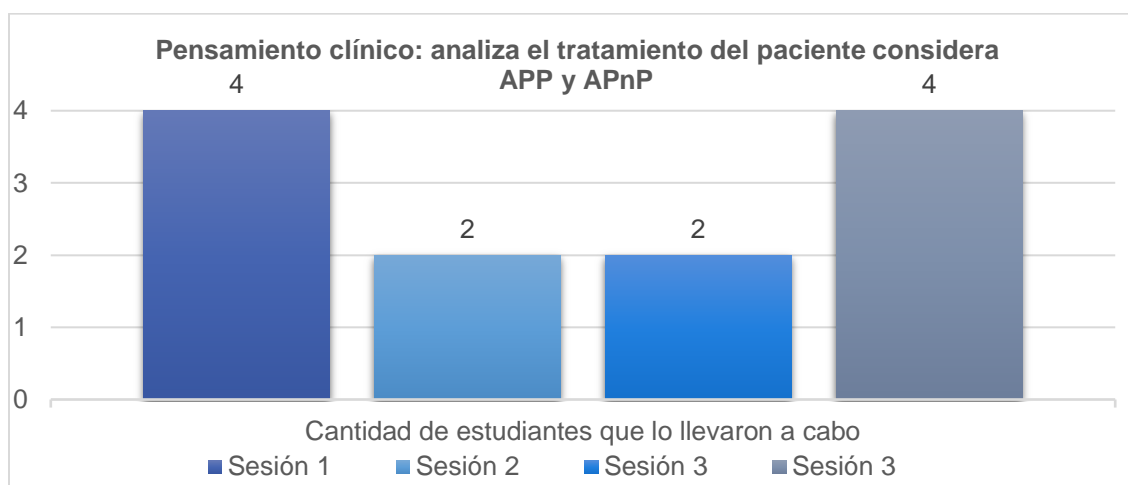


Figura 34. Resultados obtenidos de la evaluación del pensamiento clínico de los participantes.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

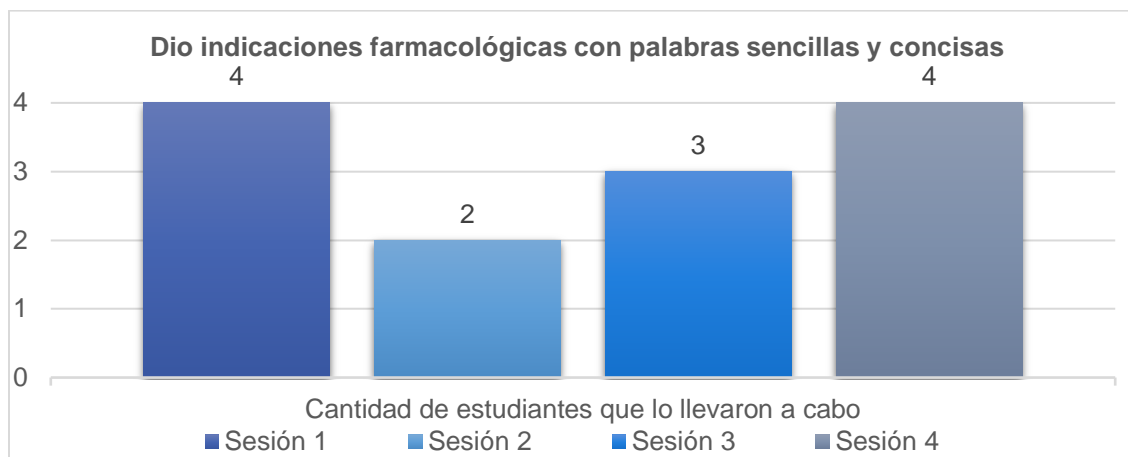


Figura 35. Resultados obtenidos de la evaluación del proceder a dar indicaciones farmacológicas de manera sencilla.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

En este apartado, se evaluó el conocimiento técnico farmacológico, así como la habilidad para simplificar la información según el requerimiento de la persona con quien se generó la conversación, ya que a pesar de que el estudiante puede poseer una buena perspectiva y conocimiento del tema, debe manejar la destreza de la simpleza en cuanto a las ideas proyectadas, con la finalidad de que queden claras.



Figura 36. Resultados obtenidos de la evaluación del proceder a dar indicaciones no farmacológicas.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

La prescripción de fármacos por parte del médico es una de las principales funciones de dicha profesión para la mejora del paciente, por lo tanto, conocer el ámbito farmacológico es sumamente importante para buscar el beneficio diana, al igual que los aspectos no farmacológicos. Los efectos secundarios, efecto placebo, la falta de adherencia terapéutica, el valor económico de los medicamentos, las representaciones psicológicas tales como símbolos, significados, creencias y estigmas además de las alteraciones neuroconductuales que representan gran dificultad para la administración de los tratamientos, son aspectos que logran producir efectos sobre la salud y pueden determinar un cambio de actitud en los pacientes o familiares al atribuir a los prescriptores las fallas terapéuticas.

Por lo tanto, desde el puesto de farmacéutico, es sumamente relevante que se logren dos aspectos: la identificación de temas no farmacológicos que podrían representar un PRM y la capacidad de llevar a cabo un abordaje útil y ético al caso en cuestión con el fin de extraer toda la información necesaria y así conocer la motivación de fondo que conlleva a que el paciente sea expuesto a escenarios que le afectan negativamente, para proceder a brindar indicaciones no farmacológicas con el objetivo de lograr una mejora del estilo de vida mediante la corrección de algunas costumbres, sin embargo, no solamente se trata de modificar costumbres sino intentar que se agreguen otras, tales como una alimentación más balanceada por medio de la dieta DASH o el aumento de ejercicio físico.

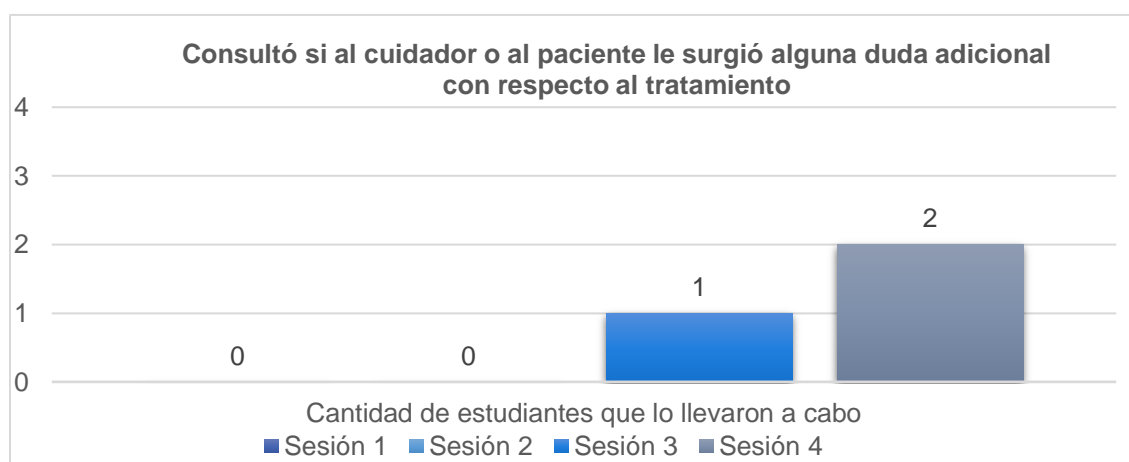


Figura 37. Resultados obtenidos de la evaluación del proceder a consultar si había alguna duda para aclarar.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

El hábito de evacuar dudas al paciente, cuidador o familiar es uno de los temas que representó mayor dificultad para los participantes por dar enfoque a otras áreas durante la atención farmacéutica, en las dos primeras sesiones no se llevó a cabo y en las dos últimas, hubo un ligero incremento con un máximo de tres ocasiones que procedieron con la pregunta, pero sigue representando una debilidad de parte de los estudiantes.

Dicha problemática detectada en los estudiantes influirá negativamente en los pacientes si no se corrige a tiempo desde su formación académica, debido a que habrá una deficiencia en la educación al paciente en caso de tener dudas adicionales que no consultó, las cuales podrían tratar sobre la utilización correcta de los fármacos, los cuales, a pesar de poseer gran valor terapéutico, si no se administran correctamente no se obtiene el efecto deseado, además, la seguridad también se ve afectada si las indicaciones farmacéuticas están ausentes, ya que, si no se considera brindar advertencias, hay potencialidades intrínsecas peligrosas del medicamento, el cual si se utiliza bien no representa un peligro y es lo que el farmacéutico debe procurar.

En los estudiantes de farmacia hay suficiente conocimiento farmacológico tal como se ha demostrado a lo largo de las sesiones cuando se ha evaluado dicho rubro, por lo que se deduce que también cuentan con la capacidad de aclarar dudas, por lo que se debe considerar el fortalecimiento y recordar la importancia de llevar a cabo este hábito.

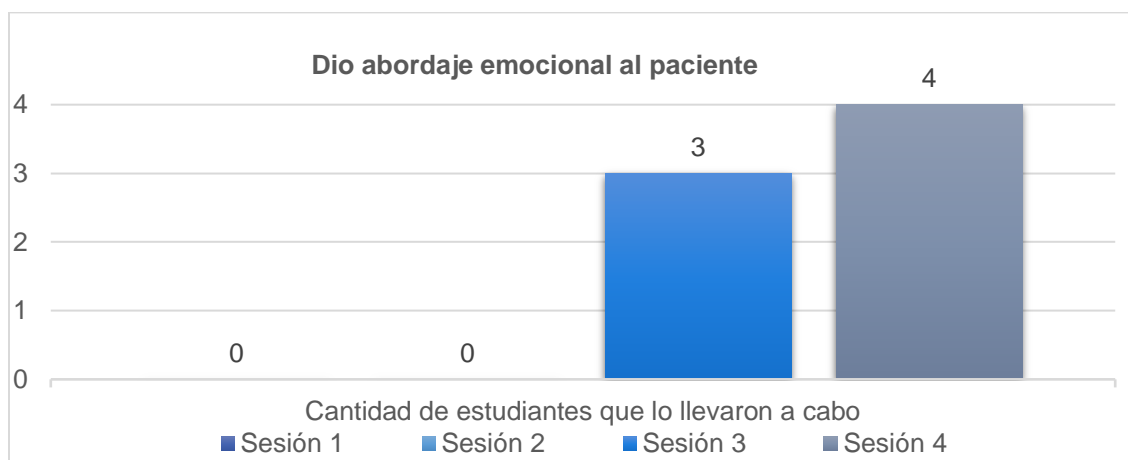


Figura 38. Resultados obtenidos sobre la evaluación del abordaje emocional al paciente o acompañante.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Con respecto al ámbito emocional de un paciente diagnosticado con alguna patología, en especial si es crónica, es necesario entender que la parte racional no es tan trascendental en comparación y el paciente necesitará expresar las emociones que está viviendo y ser escuchado con la atención y respeto que merece. A pesar de que no es sencillo, se puede fortalecer el abordaje emocional al paciente mediante mucha práctica para ayudar a afrontar el problema.

Las emociones asociadas al diagnóstico de demencia vascular no siempre son tristeza, ansiedad o preocupación, también pueden ser enojo y mucha molestia que pueden robustecer una actitud defensiva. Cualquier comentario, gesto, indicación o corrección que brinde el farmacéutico puede ser causa de rechazo, especialmente si es sobre algún aspecto sobre la medicación, por lo que la inteligencia emocional constituye un componente esencial para sobrellevar la situación con paciencia y sabiduría. Es preferible que no se diga al paciente que está haciendo las cosas mal, sino que es una mejor opción explicarle las consecuencias de no usar adecuadamente los medicamentos. (Suárez, 2020).

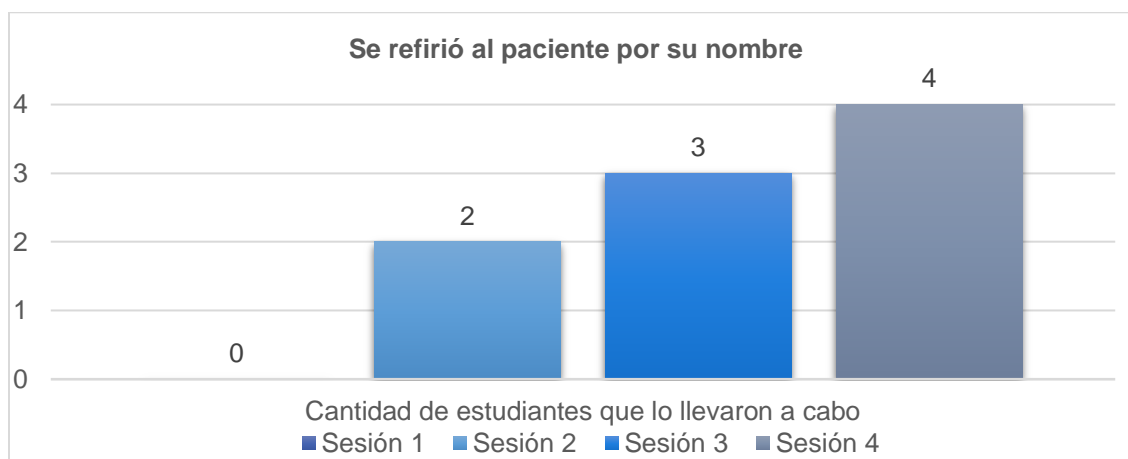


Figura 39. Resultados obtenidos sobre la evaluación de referirse al paciente por su nombre.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Cooper, Haney, Krieg y Brownell (2017) explican que referirse a las demás personas llamándoles por su nombre, denota respeto y empatía, además de que les hace sentir reconocidas e inclusive especiales y, desde un punto de vista social, la aprobación.

Por lo tanto, en el quehacer farmacéutico es sumamente relevante que los pacientes perciban los aspectos anteriormente mencionados. Sin embargo, la falta de memoria, la carga laboral, la falta de interés o un marcado individualismo pueden ser factores que influyen negativamente y

constituyen una debilidad en la comunicación, lo cual que debe ser corregido en los estudiantes de Ciencias de la Salud, en este caso en los de Farmacia, con el fin de que logren brindar sensación de bienestar a los pacientes en todos los ámbitos posibles.



Figura 40. Resultados obtenidos sobre la evaluación del apoyo ofrecido al cuidador del paciente.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

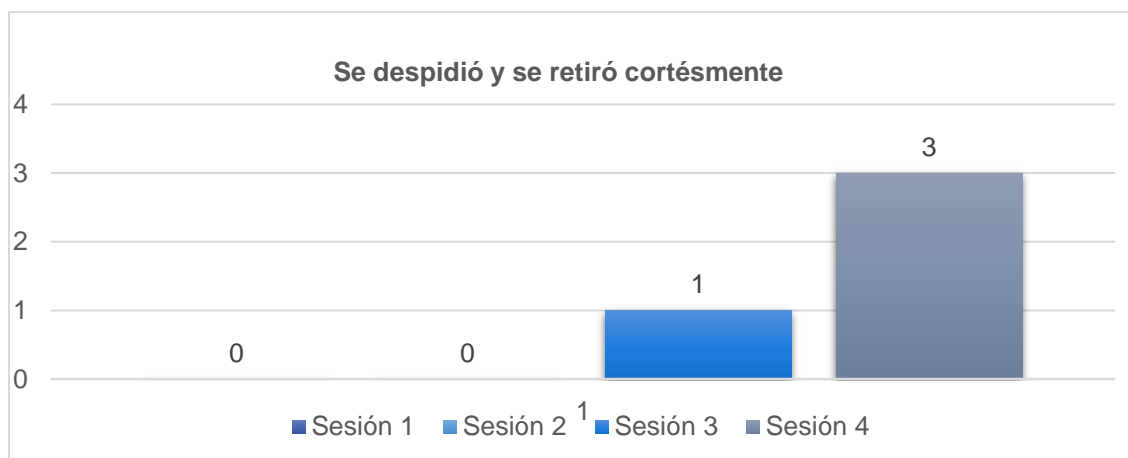


Figura 41. Resultados obtenidos sobre la evaluación del proceder a despedirse.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis de las autoevaluaciones posteriores a la aplicación de los cuatro casos de simulación clínica.

Al finalizar con la sesión de simulación clínica, se procedió a facilitar a los participantes un instrumento de autoevaluación (anexo 8), con la finalidad de conocer la percepción por parte de cada uno acerca de su progreso en las sesiones de simulación clínica.

Tabla 19.

Respuestas de los participantes sobre sus experiencias de simulación después de cada sesión.

Persona	Criterio emitido			
	Primera sesión	Segunda sesión	Tercera sesión	Cuarta sesión
1	<p>“Preocupada pero bien. Ya que no son cosas que se enseñan al día a día en la U y qué tal vez uno por falta de práctica se le pasan algunas cosillas, pero muy interesante y más el trabajar en equipo”</p>	<p>No asistió a la sesión.</p>	<p>“Fue una experiencia en donde me hizo reflexionar el papel del farmacéutico en aspectos más allá de la farmacología, si no como una persona de ayuda y que está para servirle a la sociedad”.</p>	<p>“Todo esto me hizo reflexionar de la importancia que tienen estos temas y a pesar de que siento que aprendi bastante, me gustaría mejorar mas”.</p>
2	<p>“Muy bonita, es una forma más de aprendizaje y de trabajo en equipo, y explorar temas qué tal vez no son tan vistos en los cursos”.</p>	<p>No asistió a la sesión.</p>	<p>“Me hizo pensar que los farmacéuticos muchas veces somos primera línea de atención y no solo a temas relacionados a farmacia, por lo cual me parece necesario el refuerzo de habilidades blandas, así como de abordajes integrales sobre diferentes pxs”.</p>	<p>Sin criterio emitido.</p>
3	<p>“Me pareció bastante interesante poder realizar una discusión en relación con el tema y definir el abordaje desde varios puntos de vista”.</p>	<p>“La discusión que surgió en torno al tema fue provechosa, sentí un intercambio de ideas bastante profesional y hacía la búsqueda del</p>	<p>No asistió a la sesión.</p>	<p>“Me gustó mucho, es un tema que me gustaría que se siguiera tomando en cuenta!”.</p>

		beneficio del paciente”.		
4	“Que aún debo seguir practicando mis habilidades blandas”.	“Ya más confiado en el trato de los pacientes”.	“Un poco nervioso al inicio, pero se logró dar el mejor abordaje posible”.	“Todavía me hace sentir medio nervioso pero me siento mas preparado”.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

El cuadro anterior reúne la perspectiva de los cuatro participantes sobre su experiencia durante cada escenario clínico por medio de una pregunta abierta, en la cual se logra apreciar el impacto de cada escenario para cada uno. En las réplicas se refleja una posición positiva a lo largo de las sesiones donde se puede observar que los participantes inicialmente indicaron que les parece una forma de aprendizaje que al involucrar el trabajo en equipo se vuelve más interesante y el método al incluir un espacio para reflexionar durante el debriefing, permite que el criterio emitido sea menos incitado según los intereses de la investigación, por lo que más allá de eso, cada estudiante logra formar su posición al respecto, por ejemplo, el estudiante 1 opinó que después de desarrollar la tercera sesión que envolvía la temática de un intento de suicidio en un adulto mayor, le hizo reflexionar que el papel del farmacéutico influye en aspectos más allá de los farmacológicos y concluyó que no se trata de ser solo un profesional, sino un ser humano que sirve a la sociedad, en concordancia con la opinión del estudiante 2, quien agregó que es necesario el refuerzo de las habilidades blandas para abordar integralmente a los pacientes. En lo que respecta a los estudiantes 3 y 4, detallaron respectivamente que el abordaje desde diferentes puntos de vista fue provechoso, para lograr un intercambio de ideas profesional por el bienestar del paciente y que a pesar de las emociones tales como incertidumbre, al finalizar se genera una sensación de confianza para el trato de los pacientes.

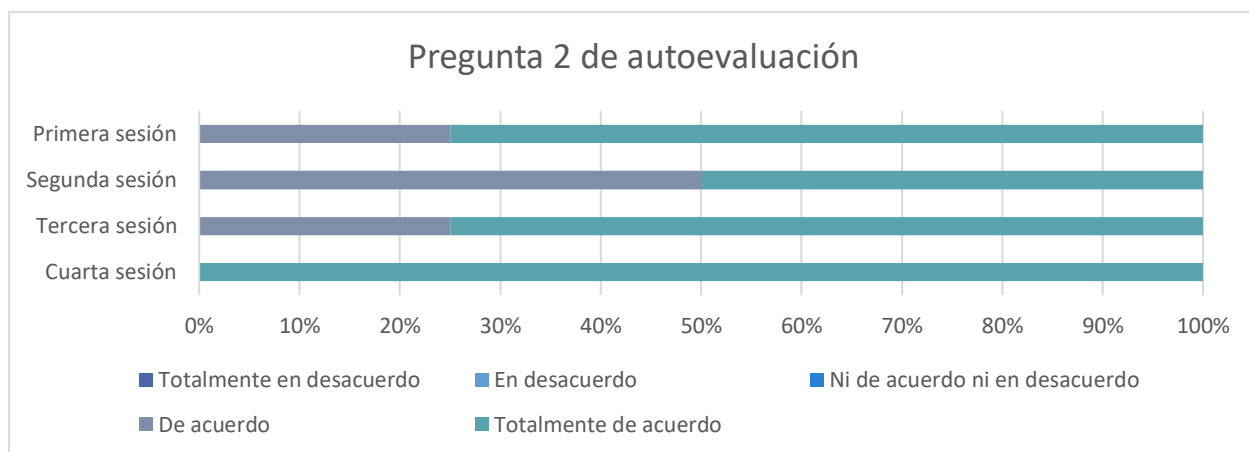


Figura 42. Porcentaje de respuestas en la escala Likert sobre la importancia de fortalecer las habilidades blandas en los escenarios propuestos.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

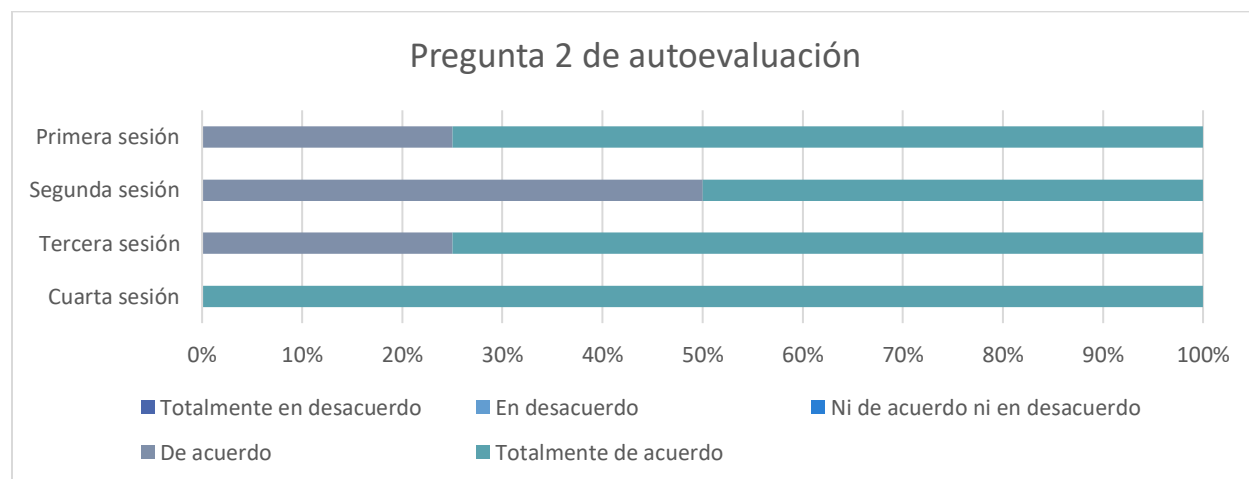


Figura 43. Porcentaje de respuestas en la escala Likert sobre el nivel de complejidad de la toma de decisiones.

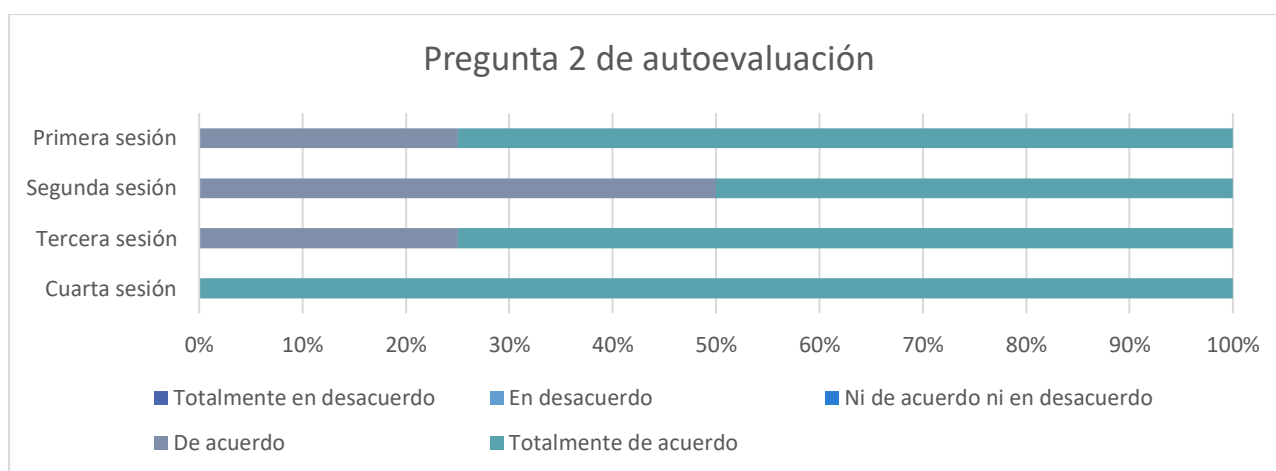
Fuente: Elaboración propia, 2021.

Los porcentajes obtenidos para el primer escenario enfocado a promover estilos de vida saludables en el paciente para enlentecer el deterioro cardiovascular y el avance de la demencia vascular sobre la importancia de la aplicación de habilidades blandas en el caso, las respuestas fueron de 25% que manifiestan estar de acuerdo y un 75% totalmente de acuerdo, con resultados equivalentes al tercer escenario, el cual trató sobre el abordaje de los aspectos de autoestima del paciente con demencia vascular a través de la atención farmacéutica y detección de signos de depresión con tendencia suicida. En la segunda sesión, los resultados fueron 50% totalmente de

acuerdo y 50% de acuerdo sobre la importancia de la aplicación de estas habilidades para la resolución del caso sobre la atención farmacéutica y educación sobre el cuidado cardiovascular en la demencia vascular y promoción de estilos de vida saludables para evitar el avance rápido de la patología en el paciente. Por último, el 100% estuvo totalmente de acuerdo con le relevancia de este aspecto en el escenario del fortalecimiento del trabajo interdisciplinario junto a profesionales de Ciencias de la Salud ante un caso de emergencia en un paciente con demencia vascular.

Figura 44.

Porcentaje de respuestas en la escala de Likert sobre la utilidad de la simulación clínica para la toma de decisiones.



Fuente: Elaboración propia, 2021.

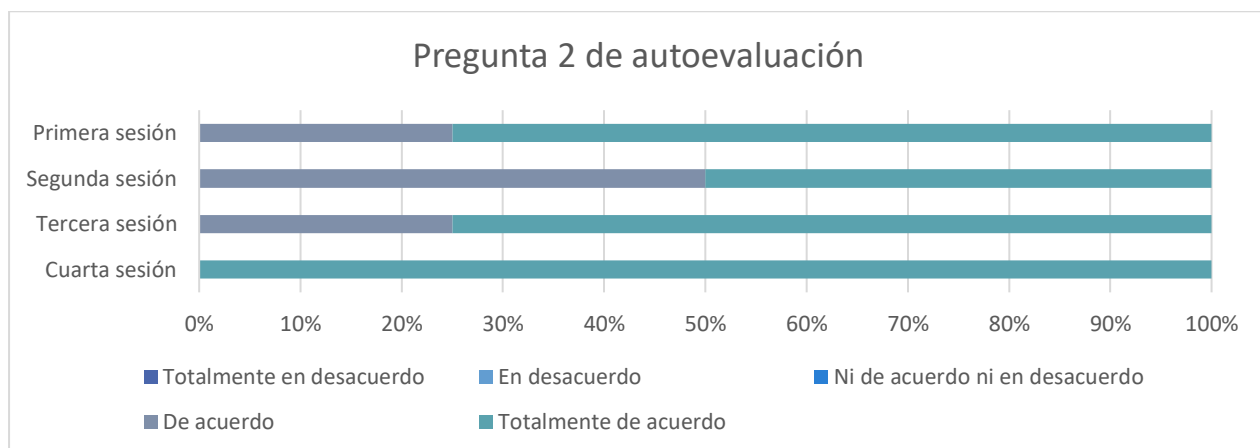


Figura 45. Porcentaje de respuestas en la escala de Likert sobre el nivel de satisfacción al terminar la sesión.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

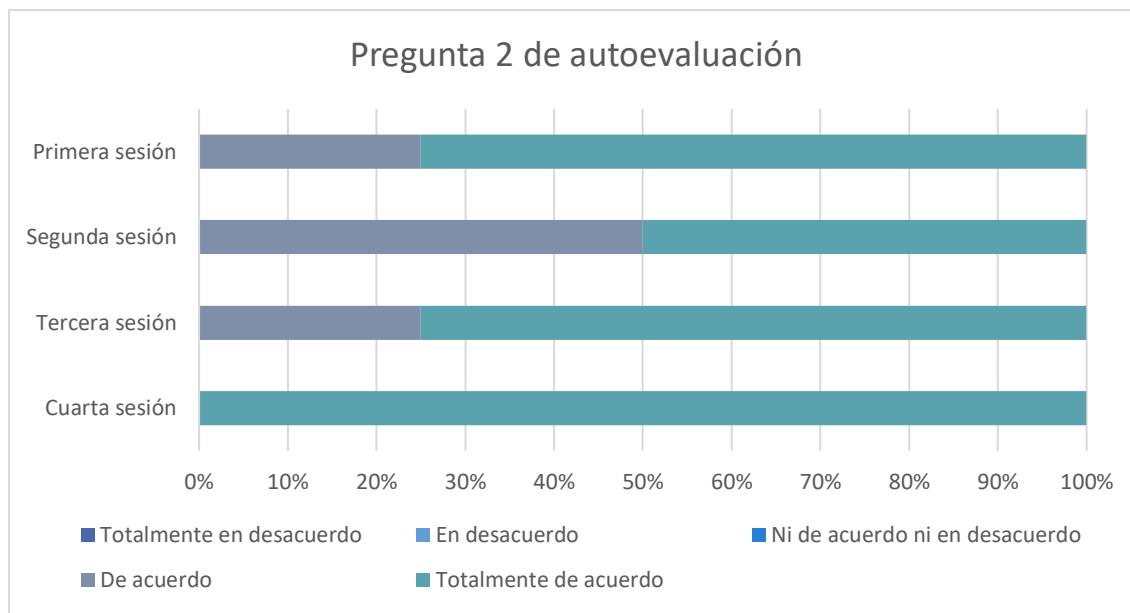


Figura 46. Porcentaje de respuestas en la escala de Likert sobre la percepción de mejoría de habilidades blandas y duras.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

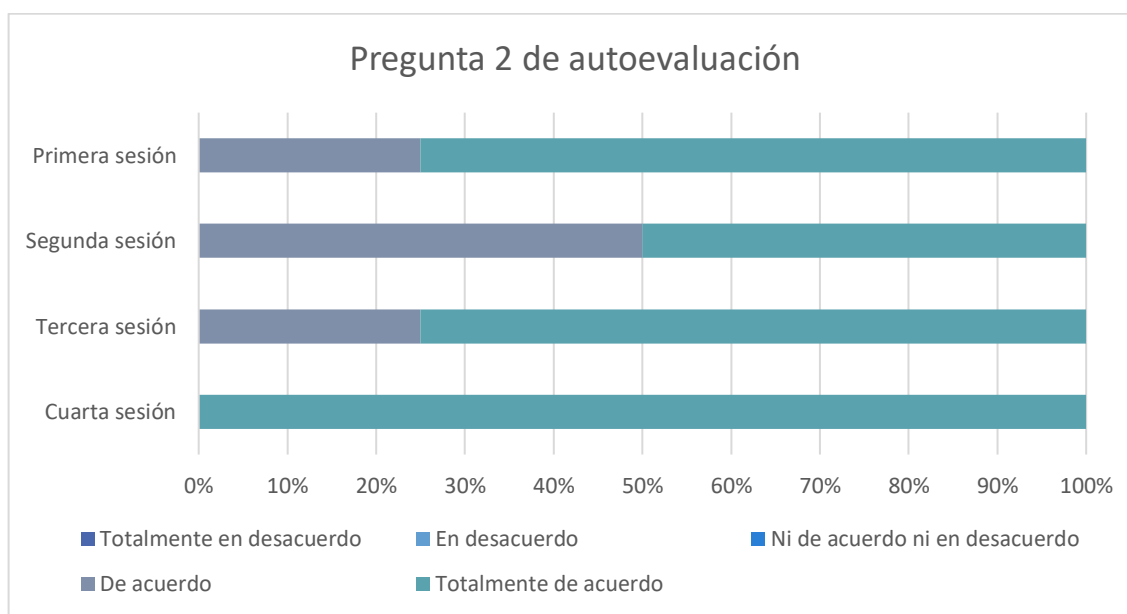


Figura 47. Porcentaje de respuestas en la escala de Likert sobre el nivel de motivación para profundizar sobre los temas abordados.

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Tabla 20.

Recomendaciones y comentarios de los participantes acerca de las sesiones realizadas.

Persona	Criterio emitido			
	Primera sesión	Segunda sesión	Tercera sesión	Cuarta sesión
1	“Considerar la decisión tomada grupal en relación con el sistema de dosificación individual, debido a que el paciente no podría ser capaz de realizar el apego correcto al tratamiento”.	No asistió a la sesión.	“Sería genial poder saber más sobre la teoría o las bases de la investigación y de aspectos de la demencia en este caso, para poder asociar más y mejorar las habilidades”.	No respondió.
2	“Quizás brindar los objetivos que se tiene con cada simulación o los aspectos que se prefieren discutir”.	No asistió a la sesión.	No respondió.	“Me he dado cuenta de muchas deficiencias que tengo para trabajar con otras personas y ya se que debería empezar a mejorar”
3	“A mi me parece muy importante el recalcar que aunque vamos a llegar a ser profesionales de salud primeramente somos personas. Y es cierto que no se debería crear un lazo con los pxs sin embargo, no se nos puede olvidar la empatía y el al menos hacerles sentir que pueden acudir a uno sin ningún temor y desde ahí uno hacer las recomendaciones	No respondió.	No asistió a la sesión.	“Honestamente, no estuve de acuerdo el sistema de dosificación personalizada propuesto por los demás participantes por el tipo de paciente que se trataba, por la poca seguridad, sin embargo con el intercambio de ideas sin llegar a una

	pertinentes según su terapia farmacológica o hasta bien recomendar a algún otro profesional de la salud”.			discusión pude notar que es efectivo tener presente el aplicar las habilidades blandas”.
4	“Estuvo muy interesante toda la actividad, me gustó mucho”.	“Con el prebreafing me di cuenta que no nos presentamos adecuadamente en el caso anterior y en este siguiente si o hicimos y por lo general mucho profesional lo olvida”.	No respondió.	“Siento que todos hemos mejorado mucho en general y si seguimos poniendolo en practica podemos dar una mejor atención”.

Nota: Elaboración propia, 2021.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este apartado, se especificarán las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo final de graduación, que expone a la simulación clínica como metodología andragógica para el desarrollo de habilidades blandas en equipo entre los estudiantes de cursos clínicos de la carrera de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas, dándole énfasis a la patología de demencia vascular en el adulto mayor.

Conclusiones

Con respecto a la pregunta de investigación, se consideró que al evaluar la atención que brindaron los estudiantes de la carrera de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas a través de la simulación clínica, se logró la adquisición progresiva por parte de cada uno de estos participantes en cuanto al aprendizaje de habilidades blandas. Se valoró la comunicación asertiva, la capacidad de escucha y tolerancia ante las opiniones diferentes de los demás compañeros a la hora del abordaje del caso; por lo tanto, se demuestra que, como herramienta andragógica, tiene beneficios en cuanto al fortalecimiento y la mejora de las necesidades señaladas por parte de los profesionales encuestados y de los estudiantes.

Con respecto al progreso de los estudiantes hacia el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje, durante la simulación del ejercicio de atención farmacéutica en pacientes con demencia vascular, se logró que, mediante la aplicación de los escenarios clínicos, se percibiera un alcance óptimo de las habilidades blandas, al incorporar el conocimiento técnico científico que poseían como base por parte de la preparación académica, la información provista en las lecturas previas a cada caso y las competencias sociales relacionadas a la inteligencia emocional al actuar, cumpliendo los objetivos propuestos al inicio de cada sesión.

Se logró la valoración del nivel inicial del estudiante de Farmacia en cuanto a la constancia de la aplicación de las habilidades blandas ante los escenarios simulados con pacientes adultos mayores con demencia vascular, determinando que las competencias en este ámbito estaban disminuidas en comparación a los niveles esperados en un estudiante de Farmacia que está a punto de ser egresado, sin embargo, se logró un avance valioso.

Se evaluó la atención que brindaron los estudiantes de farmacia utilizando la guía de simulación clínica elaborada con cuatro escenarios clínicos basados en la demencia vascular como patología de base, a partir de ello, se determinó que los estudiantes poseen disponibilidad para

afinar la práctica de habilidades blandas incorporándolas a los conocimientos de educación tradicional y gracias a ello, con el paso de las sesiones ofrecieron una atención mejorada en la mayoría de los aspectos evaluados.

Se compararon el avance y la mejora de los estudiantes en cuanto al desarrollo de las habilidades blandas con los pacientes con demencia vascular, donde se logró apreciar el avance en muchos aspectos relacionados a la atención farmacéutica. En función del tiempo, se pudo apreciar que en cada participante se presentó un fortalecimiento de sus habilidades tanto técnicas como blandas. Sin embargo, hubo dos aspectos que no presentaron una mejoría notable tal como en los demás, los cuales fueron despedirse del paciente antes de retirarse y consultarle a él o a su acompañante si alguna duda surgió, para aclarársela lo más pronto posible. En ambos aspectos hubo dificultad; a pesar de ello, la mejoría fue mínima y sigue siendo válida.

Se comprobó que la simulación clínica brinda un aporte valioso para desarrollar las habilidades blandas en el estudiante de Farmacia al ser utilizada como mediación andragógica en el centro de simulación de la Universidad Internacional de las Américas, para ofrecer atención farmacéutica a pacientes con demencia vascular mediante la práctica y la escucha de retroalimentación orientada hacia aspectos de mejora en dicho ámbito del ejercicio profesional.

Recomendaciones

Al Personal Docente y Administrativo de la Universidad Internacional de las Américas

Capacitar al personal docente en cuanto a la importancia del dominio de habilidades blandas, a fin de que sean ejemplo de la aplicación de estas capacidades y den la importancia necesaria a la evaluación de su uso durante la atención farmacéutica que brindarán los actuales estudiantes de Farmacia.

A los Estudiantes de Farmacia

Aprovechar todas las sesiones de simulación clínica recibidas por parte de los docentes de la Universidad Internacional de las Américas, buscando más información de los temas abordados con el fin de aumentar la capacidad autodidacta, y que la resolución de problemas en el futuro sea menos complicada.

Continuar la investigación enfocada en la aplicación de habilidades blandas en la atención farmacéutica realizando la evaluación en el campo profesional con farmacéuticos que estén ejerciendo.

Procurar autoevaluarse a sí mismos con el fin de reconocer cuáles habilidades blandas consideran que deberían fortalecerse, para trabajarlas y mejorar la atención farmacéutica que van a brindar como profesionales, así como sus relaciones interpersonales.

A los Próximos Investigadores con Temas Afines

Integrar, mediante la investigación, diversos temas relacionados al quehacer farmacéutico y la aplicación de habilidades blandas, así como dar enfoque a otras patologías mediante la simulación clínica para el fortalecimiento del abordaje por parte de los estudiantes de Farmacia, utilizando una población muestra lo más grande posible.

Proveer a los participantes una inducción teórica sobre el tema mediante sesiones provistas por la persona que está realizando la investigación antes de iniciar con la resolución de los casos confeccionados con el fin de que sea más provechoso al tener la información necesaria más presente.

Al buscar participantes de la investigación, incentivar a formar parte de la muestra mencionándoles el valor agregado que hay al ser parte de la investigación, ya que, más allá de la participación, les permitirá un aprendizaje adicional acerca del tema, con el fin de obtener una cantidad grande de partícipes.

Ampliar el Manual HABSIC agregándole instrumentos de evaluación de aspectos técnicos acordes a las necesidades básicas de cursos en específico que implementen el uso de Simulación Clínica, tales como Farmacología, Farmacia Comunitaria y Farmacia Hospitalaria.

Confeccionar casos clínicos que representen un reto al estudiante al presentar circunstancias poco comunes en el ejercicio de atención profesional en farmacia comunitaria con el fin de proveerles una preparación ampliada del manejo de situaciones extraordinarias y en caso de ser posible, incluir personas que participen como actores o actrices.

A las Demás Instituciones Académicas que Forman Profesionales de Ciencias de la Salud

Incorporar a la infraestructura un área destinada a la simulación clínica, como mediación andragógica para una mejor preparación y obtención de múltiples beneficios en los estudiantes. Y en caso de poseer dichas áreas, integrar la evaluación y el análisis del uso de las habilidades blandas durante el uso de esta metodología de enseñanza.

REFERENCIAS

- Abellán, J., Fuentes, C., Castro, C., Martínez, M. y Moreno, L. (2012). *Manual de casos clínicos simulados*. <https://rodin.uca.es/handle/10498/14872>
- Abrahamson S., Denson, J. & Wolf, R. (1969). Effectiveness of a simulator in training anesthesiology residents. *Journal Medical Education*. 44. 515–519. <https://doi.org/10.1097/00001888-196906000-00006>
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). (2019). Comunicación interprofesional, escucha activa y asertividad, claves en el trato sanitario-paciente. <https://www.diariomedico.com/farmacia/profesion/comunicacion-interprofesional-escucha-activa-y-asertividad-claves-en-el-trato-sanitario-paciente.html>
- Aggarwal, R., Mytton, O., Derbrew, M., Hananel, D. & Heydenburg, M. (2011). Training and simulation for patient safety. *Qual Saf Health Care*. 34-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20693215/>
- Alarcón, R. (2019). GLUTAMATO Y DEMENCIA. *Revista Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 17(2), 487-491. <http://acgg.org.co/pdf/pdfrevista03/17-2-articulo2.pdf>
- Allegri, F., Arizaga, L., Bavec, V., Colli, L., Demey, A., Fernández, M. C. y Zuin, R. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3(2), 120-137. [https://doi.org/10.1016/s1853-0028\(11\)70026-x](https://doi.org/10.1016/s1853-0028(11)70026-x)
- Alzheimer's Disease International. (2013). La prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia. *Alzheimer's Disease International*. <https://www.alzint.org/u/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>
- Alzheimer's Society: United against dementia. (2018). High blood pressure and dementia. *Alzheimer's Society: United against dementia*. <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/risk-factors-and-prevention/high-blood-pressure>
- American Psychiatric Association (APA). (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*.
- Antón, M. y Abellán, G. (2007). *Tratado de geriatría para residentes* (1 ed.). España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología SEGG.

- Arroyo, D., & Castro, F. (2017). Pharmaceutical care practice in patients with chronic kidney disease. *Farmacia Hospitalaria*, 41(2), 137–149. <https://doi.org/10.7399/fh.2017.41.2.10508>
- Ayala, L. K., Condezo, M. K. y Juárez, J. R. (2010). Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con hipertensión arterial. *Ciencia e Investigación*, 13(2), 78–81. <https://doi.org/10.15381/ci.v13i2.3230>
- Bahremand, M., Alikhani, M. y Zakiei, A. (2016). Emotion Risk-Factor in Patients with Cardiac Diseases: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies, Positive Affect and Negative Affect (A Case-Control Study). *Global Journal of Health Science*, 8(1), 173-179. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p173>
- Barroso, F. y Salazar, J. (2010). Liderazgo y clima organizacional en maquiladoras textiles de exportación. *The Anáhuac Journal Business and Economics*, 10(2), pp. 67-96. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v9n1/rus27117.pdf>
- Battle, C., Abdul-Rahim, A., Shenkin, S., Hewitt, J., & Quinn, T. (2021). Cholinesterase inhibitors for vascular dementia and other vascular cognitive impairments: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1–71. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013306.pub2>
- Blom, L. y Krass, I. (2011). Introduction: The role of pharmacy in patient education and counseling. *Patient Education and Counseling*. 83(3), 285–287. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.021>
- Bradley, P. (2006). History of simulation in medical education and possible future directions. *Medical Education*, 40(3), 254-262. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02394.x>
- Brayne C, Richardson K y Matthews FE. (2009). Neuropathological correlates of dementia in over-80-year-old brain donors from the population-based Cambridge city over-75s cohort study. *Journal of Alzheimers Disease*. 18(3):645-58. <http://doi.org/10.3233/JAD-2009-1182>
- Bryce-Moncloa, A., Alegría-Valdivia, E., y Mauricio G. (2017). Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 202-206. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13218>
- Bobadilla, C., Garzón, L., Charría, V. (2018). IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN UNA CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD. *Revista Psicología desde el Caribe*. 35(2). 131-144. <https://doi.org/10.14482/psdc.35.2.7650>

- Caja Costarricense del Seguro Social. (2004). *Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención*. <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/dislipidemias.pdf>
- Calvo, M. y Sáenz, G. (2017). El estudiante se vuelve dueño de su proceso de aprendizaje. *Revista Ciencia y Salud*, 1(3), 10-11. <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/73/125>
- Camafort, M. y Sierra, C. (2016). Hipertensión arterial y demencia: una relación compleja [Hypertension and dementia: A complex relationship]. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51(1), 3-4. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.018>
- Castro, L. y Galvis, C. (2018). Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3). <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/979/1111>
- Castro-Diehl C., Roux AV, Redline S., Seeman T., Schrage S. y Shea S. (2015). Association of the duration and quality of sleep with alterations in the hypothalamic-pituitary adrenocortical axis: the multiethnic study of atherosclerosis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 100(8): 3149-3158. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-1198>
- Cooper, J. y Taqueti, V. (2004). A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. *Quality & Safety Health Care Journal*. 13(1), 11-18. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fqshc.2004.009886>
- Corvetto, M. (2013). Simulación en educación médica: una sinopsis. *Revista médica de Chile*. 141(1). 70-79. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000100010>
- Cooper, M., Haney, B., Krieg, A., Brownell, E. (2017). What's in a Name? The Importance of Students Perceiving That an Instructor Knows Their Names in a High-Enrollment Biology Classroom. *CBE: Life Sciences Education* <https://www.doi.org/10.1187/cbe.16-08-0265>
- Cui, S., Chen, N., Yang, M., Guo, J., Zhou, M., Zhu, C., & He, L. (2019). Cerebrolysin for vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008900.pub3>
- Dahl, W. (2017). *Malnutrición y los Adultos Mayores*. <https://edis.ifas.ufl.edu/publication/FS180>

- Dávila-Cervantes, A. (2014). Simulación en Educación Médica. *Revista Investigación en Educación Médica*, 3(10), 100-105. http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/A3Num10/06_AR_SIMULACION_EN_EDUCACION.PDF
- Deepti, V. (2012). Patient Simulation to Demonstrate Students' Competency in Core Domain Abilities Prior to Beginning Advanced Pharmacy Practice Experiences. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76(9), 1-10. <https://doi.org/10.5688/ajpe769176>
- Dichgans, M. & Leys, D. (2017). Vascular cognitive impairment. *Circulation research*, 120(3), 573-591. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308426>
- Dussailant, C., Echeverría, G., Urquiaga, I., Velasco, N. y Rigotti, A. (2016). Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. *Revista médica de Chile*, 144(8), 1044-1052. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000800012>
- Espinoza, M. y Gallegos, D. (2020). Habilidades blandas en la educación y la empresa: Mapeo Sistemático. *Revista Científica UISRAEL*, 7(2), 39-56. <https://doi.org/10.35290/rcui.v7n2.2020.245>
- Espinoza, M. y Gallegos, D. (2020). Habilidades blandas y su importancia de aplicación en el entorno laboral: perspectiva de alumnos de una universidad privada en Ecuador. *Revista Espacios*, 41(23), 109-120. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n23/a20v41n23p10.pdf>
- Esquén, S. (2017). Entrevista “Adquirir habilidades blandas influye en el éxito laboral” Rosa María Flores Araoz Cedrón. UNICEF. <https://www.unicef.org/peru/spanish/Entrevista-Rosa-Maria-Flores-Araoz-Adquirirhabilidades-blandas-influye-en-exito-laboral.pdf>
- Faggioni, G., Herbozo, G., Campoverde, P., Rodríguez, R. y Acuña, G. (2018). Demencia por Cuerpos de Lewy, un Reto Diagnóstico. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(3), 69-73. https://www.researchgate.net/publication/333015576_Demencia_Por_Cuerpos_De_Lewy_Un_Reto_Diagnostico
- Fernández-Mendoza J. y Vgontzas, A. N. (2013). El insomnio y su impacto en la salud física y mental. *Curr Psychiatry Rep.*, 15(12), 418. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-013-0418-8>

- Fiszbein, A., Cosentino, C., y Cumsille, B. (2016). El desafío del desarrollo de habilidades en América Latina. Un diagnóstico de los problemas y soluciones de política pública. Washington: Diálogo Interamericano, Mathematica Policy Research, CAF. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1031>
- Fhon, J., González, J., Marques, S. y Partesani, R. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 34(3). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58704>
- Flores-Soto, M., Chaparro-Huerta, V., Escoto-Delgado, M., Vázquez-Valls, E., González-Castañeda, R. y Beas-Zárate C. (2012). Estructura y función de las subunidades del receptor a glutamato tipo NMDA. *Revista Neurología*. 27(5). 301-310. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.10.014>
- Fundación Española del Corazón. (2021). Medidas saludables en el trabajo, una herramienta para combatir la enfermedad cardiovascular. *Fundación Española del Corazón*. <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/3703-medidas-saludables-en-el-trabajo-una-herramienta-para-combatir-la-enfermedad-cardiovascular.html%7B>
- Gallo, C., Vilosio, J. y Saimovici, J. (2016). Actualización de los criterios STOPP-START: una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. *Revista Evidencia: actualización en la práctica ambulatoria*, 18(4), 124–129. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v18i4.6366>
- García, C. (2017). *Papel de enfermería en la prevención y detección de la Demencia Vascular en la atención primaria*. Universidad de Valladolid, Palencia.
- Garin, N., Sole, N. y Lucas, B. (2021). Drug related problems in clinical practice: a cross-sectional study on their prevalence, risk factors and associated pharmaceutical interventions. *Scientific Reports*. 11, 883. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80560-2>
- Giménez, C., Zafra, F. y Aragón, C. (2018). Fisiopatología de los transportadores de glutamato y de glicina: nuevas dianas terapéuticas. *Revista de Neurología*, 67(12), 491-504. <https://doi.org/10.33588/rn.6712.2018067>
- Ginarte, M., Escalona, M. y Beltrán, K. (2016). Protocolo de actuación en rehabilitación integral al adulto mayor en atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 8(2):156-166. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfr162b.pdf>

- Goienetxea, E. (2017). Seguimiento farmacoterapéutico: competencia del farmacéutico. *Farmacéuticos Comunitarios*, 9(4), 14–17. [https://doi.org/10.5672/fc.2173-9218.\(2017/vol9\).004.03](https://doi.org/10.5672/fc.2173-9218.(2017/vol9).004.03)
- Goldstein, L. (2019). Prevention and management of ischemic stroke. <https://emedicine.medscape.com/article/1916852-treatment>
- Gutiérrez, P. (2017). La importancia del saludo. *Universidad Católica de la Santísima Concepción*. <https://www.ucsc.cl/comunicacion-interna/la-importancia-del-saludo/>
- Horra, I. (2010). La simulación clínica como herramienta de evaluación de competencias en la formación de enfermería. *Revista Educa (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2(1), 549–580. <https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2014/11/simulacion-clinica-como-herramienta-de-evaluacion-de-competencias-en-la-formacion-de-enfermeria.pdf>
- Huang, J. (2019). Demencia vascular. *Manual Merk*. <https://www.merckmanuals.com/es-pr/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/demencia-vascular>
- Hughes, P. & Hughes, K. (2020). Briefing Prior to Simulation Activity. *Treasure Island (FL): StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545234/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Diagnóstico y tratamiento de la demencia vascular. Guía de práctica clínica. Guía de referencia Rápida*. SEDENA, México. IMSS-456-11
- Javaheri, S., & Redline, S. (2017). Insomnia and Risk of Cardiovascular Disease. *CHEST*, 152(2), 435–444. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.01.026>
- Jiménez, J. (2020). Esfuerzo de farmacéutica traspasa fronteras y gana premio por ayudar a la población cabécar. *Universidad de Costa Rica*. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2020/02/26/esfuerzo-de-farmaceutica-traspasa-fronteras-y-gana-premio-por-ayudar-a-la-poblacion-cabecar.html>
- Johannesson, E. (2012). *Learning manual and procedural clinical skills through simulation in healthcare education*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Linköping, Suecia. <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:507532/FULLTEXT01.pdf>
- Kivimäki, M. y Steptoe, A. (2018). Efectos del estrés en el desarrollo y progresión de la enfermedad cardiovascular. *Nature Reviews Cardiology*, 15, 215–229. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189>

- Laker, D. R. y Powell, J. L. (2011). The differences between hard and soft skills and the relative impact on training transfer. *Human Resource Development Quarterly*, 22(1), 111–122. <https://doi.org/10.1002/hrdq.20063>
- León-Castelao, E. y Maestre, J. (2019). Prebriefing en simulación clínica: análisis del concepto y terminología en castellano. *Educación Médica*, 20(4), 238-248. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.011>
- Lopreiato, J., Downing, D., Gammon W., Lioce L., Sittner B. & Slot V. (2016). Healthcare Simulation Dictionary. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 16(17). http://medicina.uach.cl/wp-content/uploads/2020/08/diccionario_simulacion_spanish_v1_0.pdf
- Luna-Muñoz, J., Fuentes, P., Hernández, N., Martínez-Fong, D., Zamudio, S., De la Cruz, F. y Mena, R. (2010). Nuevas alternativas para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Potencialidad de los factores neurotróficos. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 11(1), 39-45. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2010/rmn101h.pdf>
- Mancilla, A., De la Hoz, P., Ortiz, C., Vivallos, M. y Del Pilar, B. (2014). Impacto de la simulación clínica en el nivel de confianza adquirido según características académicas y sociodemográficas de los estudiantes de tercer año de enfermería de la Universidad del Bío Bío Chillán. <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1650/1/Angel%20Mancilla%2C%20Pamela%20Andrea.pdf>
- Maroto, M., Blanco, V., Berrocosa, J., Sánchez, T. y Saavedra, C. (2011). *Córtex, programa para la estimulación y el mantenimiento cognitivo en demencias manual*. Madrid: TEA Ediciones. <http://web.teaediciones.com/CORTEX--PROGRAMA-PARA-LA-ESTIMULACION-Y-EL-MANTENIMIENTO-COGNITIVO-EN-DEMENCIAS.aspx>
- Marrero, O. (2018). Habilidades blandas: necesarias para la formación integral del estudiante universitario. *Revista Científica Ecociencia*. 5. 1-18. <https://doi.org/10.21855/ecociencia.50.144>
- Martí-Gil, C., Barreda-Hernández, G., Pérez, M. y Barreira-Hernández D. (2013). Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. *Revista Farmacia Hospitalaria es el órgano de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)*. 37(3), 236-239. <http://dx.doi.org/10.7399/FH.2013.37.3.559>

- Mastroianni, P. y Machuca, M. (2012). La pedagogía de la autonomía para optimizar los resultados del tratamiento farmacéutico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32, 387-388. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v32n5/387-388/es/>
- Matsudo, S. (2019). Recomendaciones de actividad física: un mensaje para el profesional de la salud. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 2(2). <https://doi.org/10.35454/rncm.v2n2.006>
- McShane, R., Westby, M., Roberts, E., Minakaran, N., Schneider, L., Farrimond, L. & Debarros, J. (2019). Memantine for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1–291. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003154.pub6>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2016). *NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS ADULTAS CON DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA*. https://www.ministeriodesalud.go.cr/empresas/normativas/DGASS/DGASS_norma_aten_pers_adul_deter_cogn_demen.pdf
- Ministerio de Salud del Ecuador. (2011). *Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente. Dirección de normatización de SNS área del adulto mayor*. Quito, Ecuador. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20PARA%20CUIDADORES%20DE%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf>
- Miranda-Valverde, E., Valerio-Aguilar, D., Hernández, H., Peralta, M., Corrales, L. y Córdoba, J. (2014). Características clínicas de los casos de demencia diagnosticados en la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología. *Acta Médica Costarricense*, 57(3), 130-136. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/1820/art06v57n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Molina, T., Carballo, M., Palma, D., López, S., Domínguez, J. y Morales, J. (2019) Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. *Atención Primaria*. (44), 216-22. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/0816803f-ad3d-11e4-9053-9d1690bb437a/Formato_electronico_Guia_Farmacogeriatría
- Morris, M., Tangney, C., Wang, Y., Sacks, F. M., Barnes, L., Bennett, D. y Aggarwal, N. (2015). MIND diet slows cognitive decline with aging. *Alzheimer's & Dementia*, 11(9), 1015–1022. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.04.011>

- Moscoso, J. N. (2017). Los métodos mixtos en la investigación en educación: hacia un uso reflexivo. *Cadernos de Pesquisa*, 47(164), 632-649. <https://doi.org/10.1590/198053143763>
- Moya, R. (2017). Efectividad de la simulación en la educación médica desde la perspectiva de seguridad de pacientes. *Revista médica de Chile*, 145, 514-526. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n4/art12.pdf>
- MSD Manuals: Merck Sharp & Dohme Corporation. (2018). Demencia frontotemporal. *MSD Manuals: Merck Sharp & Dohme Corporation*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/demencia-frontotemporal>
- Muñoz, M. y Espinosa, D. (2016). Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(6), 85-96. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn166h.pdf>
- Muramatsu, R., Litzinger, M. y Fisher, E. (2010). Alternative Formulations, Delivery Methods, and Administrations Options for Psychotropic Medications in Elderly Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *American Journal Geriatry and Pharmacotherapy*. (8) 98-114
- National Institute of Heart (NIH). (2019). How disrupted sleep may lead to heart disease. *National Institute of Heart*. <https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/how-disrupted-sleep-may-lead-heart-disease>
- Nelson, P. (2007). An Easy Introduction to Egan's Skilled Helper Solution Focused Counselling Approach. <https://docplayer.net/25838023-An-easy-introduction-to-egan-s-skilled-helper-solution-focused-counselling-approach-by-patrick-jm-nelson-part-one.html>
- Núñez, K. (2017). Más de 30.000 casos de Alzheimer se han presentado en Costa Rica. *Colegio de Enfermeras*. <https://boletin.enfermeria.cr/mas-de-30-000-casos-de-alzheimer-se-han-presentado-en-costa-rica/#:%7E:text=En%20Costa%20Rica%2C%20existe%20un,personas%20en%20el%20a%C3%B1o%202050>
- Observatorio Laboral de Profesiones. (2013). *Seguimiento de la condición laboral de las personas graduadas 2011-2013 de las universidades costarricenses*. https://olap.conare.ac.cr/images/Proyectos/Seguimiento/2016/seguimiento_laboral_2011-2013.pdf

- Okuda, Y., Bryson, E., DeMaria, S., Jacobson, L., Quinones, J., Shen, B. & Levine, A. (2009). The Utility of Simulation in Medical Education: What Is the Evidence? *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 76(4), 330-343. <https://doi.org/10.1002/msj.20127>
- Oldfield, E. (2021). Clinical Empathy Key to Pharmacist-Patient Interactions. *Pharmacy Times*. <https://www.pharmacytimes.com/view/clinical-empathy-key-to-pharmacistpatient-interactions>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Prevención del suicidio: recurso para consejeros. *Organización Mundial de la Salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69472/9241594314_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014: Resumen de orientación. *Organización Mundial de la Salud*. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2019). Masculinidad y suicidios entre hombres en las Américas. *Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/hojados-suicidio-masculinidades.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 21 septiembre). Demencia. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Ortega, G. (2016). *Desenredando la conversación sobre habilidades blandas*. Banco de Desarrollo de América Latina (BDAL). Informe de Educación. <https://www.thedialogue.org/wp-content/uploads/2016/05/Policy-Brief-Soft-Skills-Spanish-FINAL.pdf>
- Ortega, C. (2017). Desarrollo de habilidades blandas desde edades tempranas". *Journal of Selection and Assessment*, 21(3), 251-263. <https://www.ecotec.edu.ec/content/uploads/investigacion/libros/desarrollo-habilidades.pdf>
- Palchik, V., Bianchi, M., Colautti, M., Salamano, M., Pires, N. y Catena, J. (2019). Atención farmacéutica de adultos mayores. Aplicación de los criterios STOPP-START. *Revista de investigación sobre la calidad de la atención médica* 35(1). <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.08.003>

- Palomeras, A., Picas, A., Ramió, L. y Álvarez, J. (2019). CADASIL: arteriopatía cerebral autonómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 36(3), 171–173. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2009.09.005>
- Parsons, C., Lim, W., Loy, C., McGuinness, B., Passmore, P., Ward, S., Hughes, C. (2021). Withdrawal or continuation of cholinesterase inhibitors or memantine or both, in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009081.pub2>
- Pemberthy, C., Jaramillo, N., Velásquez, C., Cardona-Vélez, J., Contreras, H. y Jaramillo, V. (2016). Conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*. 23(3). 210-217. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.12.006>
- Prieto, C., Ortiz, M., López, M. y Llanero, M. (2017). Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *FEEN (Fundación Española de Enfermedades Neurológicas)*. http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/IS_EA_y_otros_demencias.pdf
- Pujol, A y Gutiérrez, M. (2019). Enfoque clínico de las relaciones entre salud y trabajo: contribuciones y desafíos. *Open Edition Journals*. 15(2). <https://www.doi.org/10.4000/laboreal.15506>
- Quesada, S. (2020). *Manual de Productos Farmacéuticos: Vademécum latino*. (3ª ed.). ISBN:978-9968-9409-4-8
- Quirós, S. y Vargas M. (2014), Simulación clínica: una estrategia que articula prácticas de enseñanza e investigación en Enfermería. *Revista Texto y Contexto de Enfermería*. 23(4). 817-818 https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/es_0104-0707-tce-23-04-00815.pdf
- Ramírez, J. (2013). Masculinidad y emociones. Una aproximación a su construcción social. En *Acta Científica XXIX Congreso Asociación Latinoamericana de Sociología*. (2013). https://www.researchgate.net/publication/308796528_Masculinidad_y_emociones_Una_a_proximacion_a_su_construccion_social
- Rodríguez-Blanco, R., Álvarez-García, M., Villalibre-Calderón, C., Piña-Ferreras, L., Junquera-Alonso, S. y Alonso-Lorenzo, J. (2019). Evaluación de la actualización de los criterios STOPP-START en atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(3), 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.06.004>

- Sabater, J. (2018). Tabaquismo y demencia. *Medicina personalizada genómica*. <https://www.medicinapersonalizadagenomica.com/taquismo-demencia/#.YKhrR6hKjIU>
- Satava, M. (2007). Historical review of Surgical Simulation- A personal Perspective. *World Journal of Surgery*. 32, 141-148. <https://doi.org/10.1007/s00268-007-9374-y>
- Shinyashiki, G., Méndez, I., Trevizan, M. y Day, R. (2016). Socialización profesional: estudiantes volviéndose enfermeros. *Revista Latino Americana de Enfermería*. 14(4), 601-607. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400019>
- Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (2018). Consideraciones especiales de la Hipertensión Arterial Sistémica en Afrodescendientes Latinoamericanos. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 151-160. <https://www.redalyc.org/pdf/1702/170254309008.pdf>
- Suárez, G. (2020). La salud emocional, la gran olvidada de la población. *Diario Médico*. <https://www.diariomedico.com/medicina/psiquiatria/la-salud-emocional-la-gran-olvidada-de-la-poblacion.html>
- Tin, R., Ho, H., Kai, J., Cheung, K., Chan, W. & Kit I. (2015). A 3-arm randomized controlled trial on the effects of dance movement intervention and exercises on elderly with early dementia. *BMC Geriatry*, 15(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0123-z>
- Torres, A., Romero, C. y González, I. (2020). Riesgo de suicidio en personas diagnosticadas de enfermedad Alzheimer. *Psicoevidencias*. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/banco-de-cat-s/808-riesgo-de-suicidio-en-personas-diagnosticadas-de-enfermedad-alzheimer>
- Urbina-Soto, M. (2019). Habilidades blandas en las Ciencias de la Salud. *Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud*, 5(4), 125–126. <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/408>
- Uwagbai, O. & Kalish, V. (2021). *Vascular Dementia*. Peds Neurology Medical Student (English Edition) (5th ed.). Florida, United States: StatPearls Publishing, LLC.
- Vera, M. (2016). Infusión de habilidades blandas en el currículo de la educación superior: clave para el desarrollo de capital humano avanzado. *Revista Akademeia*. 15(1). <http://revistas.ugm.cl/index.php/rakad/article/view/137>

- Viquez, A. (2018). Desarrollo de Habilidades Blandas en los Estudiantes de Farmacia. *Revista innovación universitaria*. 2(1). 68-80.
<https://revistas.uia.ac.cr/index.php/InnovacionU/article/view/88>
- Vyas, D., Bhutada, N. y Feng, X. (2012). Patient Simulation to Demonstrate Students' Competency in Core Domain Abilities Prior to Beginning Advanced Pharmacy Practice Experiences. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 76(9), 176.
<https://doi.org/10.5688/ajpe769176>
- Wittstein, I. (2012). Stress cardiomyopathy: a syndrome of catecholamine-mediated myocardial stunning? *Cellular and molecular neurobiology*, 32, 847-57.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10571-012-9804-8>
- World Health Organization. (2013). Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. *World Health Organization*.
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
- World Health Organization. (2015). Ingesta de azúcares para adultos y niños. *World Health Organization*. https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/es/
- XD, X., Ren H., Prakash, R. & Vijayadas K. (2013). Outcomes of neuropsychological interventions of stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 16(3), 319-28.
<https://doi.org/10.4103/0972-2327.116909>
- Zambrano, R. (2011). Diseño de un Manual de procedimientos para el Departamento de Operaciones y logística en la Compañía Circolo S.A. y su incidencia en el año 2011. Universidad Politécnica Salesiana de Guayaquil.
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1644/13/UPS-GT000216.pdf>

APÉNDICES

Anexo 1. Encuesta Dirigida a Profesionales en Ciencias de la Salud Involucrados con Pacientes con Demencia Vascolar

“Desarrollo de escenarios y prácticas para el fortalecimiento de habilidades blandas en el estudiante de Farmacia, para la atención del adulto mayor con demencia vascular mediante la simulación clínica como técnica de mediación andragógica”

**Valeria Cerdas Astúa – Carrera de Farmacia
Universidad Internacional de las Américas**

Reciba un cordial saludo y previo agradecimiento por su colaboración al completar esta encuesta que será utilizada en el presente proyecto de graduación. Este instrumento se dirige a profesionales en Ciencias de la Salud relacionados con la atención a pacientes con demencia vascular (DV). Con la información recolectada se pretende reconocer las situaciones más comúnmente atendidas, con el fin de efectuar escenarios clínicos simulados para la posterior resolución por parte de estudiantes avanzados de la carrera de Farmacia, con énfasis en el uso de habilidades blandas en conjunto con la atención farmacéutica.

Por lo tanto, se valora su tiempo para completar las preguntas que se encuentran a continuación en esta encuesta, la cual tiene una duración de cinco minutos aproximadamente y es completamente confidencial, anónima y con fines estrictamente académicos.

1. ¿Cuál es su área de profesión?

- () Farmacia
- () Medicina
- () Psicología
- () Microbiología
- () Enfermería

2. ¿Cuántos años ha laborado en su profesión?

- 0-5 años
- 6-10 años
- 11-20 años
- Más de 20 años

3. ¿Cree que exista la necesidad de reestructurar los planes de estudio universitarios en las instituciones que no incluyan la simulación clínica en la formación de los estudiantes de ciencias de la salud?

Sí ()

No ()

4. ¿Cuáles habilidades blandas cree que deban fortalecerse en los estudiantes universitarios del ámbito sanitario?

- Capacidad de liderazgo
- Empatía
- Comunicación asertiva
- Paciencia y tolerancia
- Adaptación al cambio
- Espíritu colaborativo
- Creatividad e innovación
- Eficiencia y orden en las decisiones
- Inteligencia emocional
- Ética laboral

5. **¿Cree que las habilidades blandas influyan positivamente en el ámbito laboral en cuanto a una mayor probabilidad de conseguir trabajo?**

Sí ()

No ()

6. **En la escala de 1 a 5, ¿qué tan importante cree que sea fortalecer las habilidades blandas en el estudiante de Farmacia como preparación para las conversaciones con el paciente, su cuidador y compañeros de trabajo?**

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

7. **Si usted es farmacéutico (a), por favor indique, en la escala de 1 a 5, ¿Qué tan importante cree que sea que el estudiante de Farmacia tenga el conocimiento adecuado sobre el abordaje farmacoterapéutico en pacientes con demencia vascular?**

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

8. **Si es farmacéutico (a), por favor indique, en la escala de 1 a 5, ¿qué tanto énfasis cree que debe darse al fortalecimiento de la atención farmacéutica dirigida hacia los familiares del paciente con degeneración cognitiva?**

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

9. **¿Cree que se le deba dar énfasis a que el estudiante de Farmacia practique cómo debe ser la comunicación interpersonal con otros profesionales de ciencias de la salud?**

Sí ()

No ()

10. **¿A los estudiantes se les debe capacitar para que sepan brindar instrucciones no farmacológicas (nutrición, estilo de vida, entre otras) al cuidador y al paciente con DV?**

Sí ()

No ()

11. Con respecto al suicidio en los adultos mayores, ¿cree que sea prevenible si los profesionales en salud son capacitados para actuar rápidamente ante señales de alarma tempranas que indican la presencia de depresión?

Sí ()

No ()

12. Con respecto a género, ¿en cuál de los dos ha notado mayor incidencia entre los pacientes diagnosticados con demencia vascular?

Hombre ()

Mujer ()

13. Seleccione, según su experiencia, las patologías más comúnmente presentes en los pacientes con demencia vascular

() Hiperlipidemias

() Hipertensión arterial

() Diabetes

() Accidente cerebrovascular

() Paciente multi infartado

() Depresión

() Enfermedad de Alzheimer

() Otro: _____

14. ¿Cuál(es) tratamiento(s) se indicó a los pacientes en la mayoría de los casos para el manejo de la demencia vascular? (Puede indicar tratamiento farmacológico o no farmacológico)

15. ¿Existe algún aspecto en cuanto habilidades blandas que desde su ámbito profesional ha notado que debería de fortalecerse en el actuar de los farmacéuticos?

16. ¿Un trabajo interdisciplinario es obligatorio para el abordaje de los casos de demencia vascular en los adultos mayores?

Sí ()

No ()

17. En caso de haber respondido que sí en la pregunta anterior, por favor, mencione la profesión que considere más óptima para la colaboración al paciente en sus necesidades.

Anexo 2. Guía Docente de Atención Farmacéutica para el Adulto Mayor con Demencia Vascolar



| CENTRO DE SIMULACIÓN CLÍNICA |



Guía docente

**ATENCIÓN FARMACÉUTICA DEL
ADULTO MAYOR CON DEMENCIA
VASCULAR**

ELABORADO POR VALERIA CERDAS ASTÚA

Recomendaciones iniciales para la aplicación de este manual

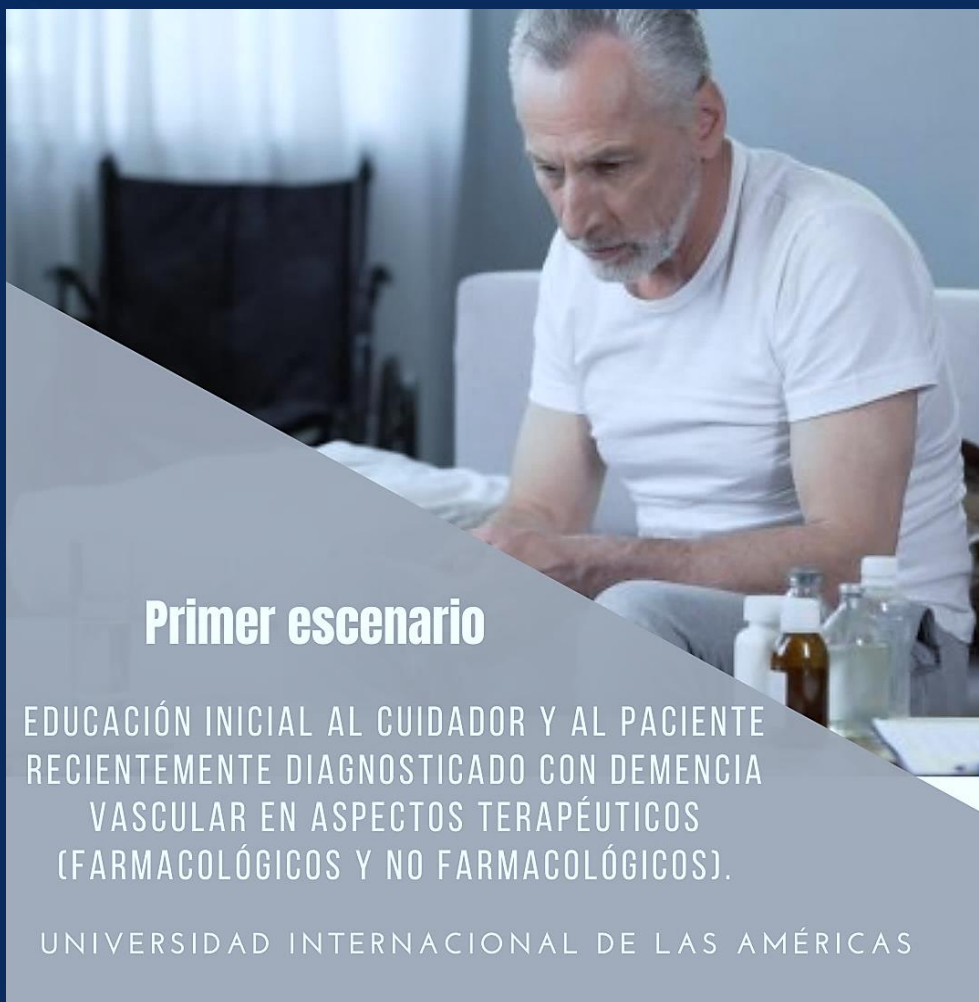
1. El manual de Atención farmacéutica para el manejo de la demencia vascular está diseñado para que sea aplicado en estudiantes de Farmacia que estén actualmente en cursos clínicos de Farmacia Hospitalaria o Farmacia Comunitaria.
2. Se recomienda que se conformen grupos de tres estudiantes por turno para la resolución de cada caso.
3. La vestimenta debe ser formal o scrubs, con gabacha blanca y escudo de la Universidad Internacional de las Américas, como se indica en el reglamento del Centro de Simulación Clínica de la Universidad Internacional de las Américas; es decir, no utilizar pantalón de mezclilla o roto, enagua, cualquier tipo de sombrero o gorra.
4. Duración aproximada:

<i>Prebriefing</i>	15 minutos
Caso clínico	30 minutos (aproximadamente)
<i>Debriefing</i>	15 minutos

Descripción de las actividades

- El inicio de la sesión se da con una bienvenida y agradecimiento a las y los estudiantes que participan en la simulación.
- Presentación del ambiente en el cual se va a desarrollar la simulación.
- Explicación del principio básico del centro de simulación.
- Lectura de los objetivos a cumplir en la sesión.
- Inicio del caso clínico simulado.
- Observación del escenario sin realizar intervenciones entre el estudiante y su paciente.
- Según los objetivos planteados, se da el desarrollo del *debriefing*, aclarando dudas de los participantes sobre el caso clínico.

Anexo 3. Primer Escenario de Simulación Clínica



Primer escenario

EDUCACIÓN INICIAL AL CUIDADOR Y AL PACIENTE
RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADO CON DEMENCIA
VASCULAR EN ASPECTOS TERAPÉUTICOS
(FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS).

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

“Es posible que después de recibir el diagnóstico del avance irreversible de la demencia vascular, el paciente no esté abierto a hablar de sus sentimientos con familiares o amigos, y mucho menos con un médico o un profesional de la salud como el farmacéutico, todo esto por querer enfatizar el autocontrol al considerar que no es varonil expresar emociones y sentimientos asociados al miedo e incertidumbre. La paciencia es clave para abordar a este tipo de pacientes”.

Objetivo

Orientar al paciente diagnosticado con demencia y a su hija sobre aspectos relevantes de su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Lecturas recomendadas

- Artículo de Mayo Clinic: “Hernia de disco”.
- Capítulo 10 del libro *Principios de Neurología* (11ª ed.): “Dolor en la espalda, el cuello y las extremidades > Síndrome clínico de la hernia de disco lumbar”.
- Artículo Elsevier: “MIND diet slows cognitive decline with aging” (Morris *et al.*, 2015)

Abordaje esperado por parte del estudiante

1. Identificación de causas y recomendaciones no farmacológicas

El estudiante debe relacionar la reaparición de una hernia con la profesión del paciente, además de que uno de los factores de riesgo para el desarrollo de hernia discal lumbar es el fumado, ya que el tabaquismo disminuye el suministro de oxígeno al disco, causando que se deteriore más rápidamente.

- Se espera que, entre las indicaciones no farmacológicas, se le mencione al paciente y a su cuidador la importancia del cese del fumado, porque también aumenta el deterioro en la demencia vascular.
- Además, que no levante objetos pesados y que mantenga una buena postura para reducir la presión sobre la espina dorsal y los discos.

2. Recomendaciones farmacológicas y atención farmacéutica

- El tratamiento que se debe recomendar al paciente debe ser a base de reposo absoluto por lapsos breves, analgésicos y fisioterapia, porque permite aliviar los síntomas, y haya recuperación en término de semanas.
- Asimismo, se espera que el estudiante sea capaz de hacer intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica y aumentar el ejercicio físico, además de dar consejos dietéticos para reducir el sobrepeso como la dieta DASH, para evitar el empeoramiento de la demencia vascular e hipertensión arterial.

Adicional al abordaje farmacéutico, se espera que se brinde apoyo emocional al paciente ante el diagnóstico recibido, poniendo en práctica las habilidades blandas.

Historia clínica	
	Fecha de admisión: 14 de julio de 2016
Ficha de identificación	Masculino Hernán Carballo Quirós 72 años. FN:05/05/1949 Nacido en Hospital Adolfo Carit Eva Vecino de Turrúcares, Alajuela Viudo Mecánico automotriz
Familiar de contacto	Hija: Susana Carballo Mora. Teléfono: 8833-7594
Médico responsable	Dr. Barrientos
APP	Hipertenso. Asmático. Sobrepeso
APnP	Fumador (+), 5 cigarros al día. Alcohol (+) en ambiente social. Alergias: Niega Toxicomanías: Niega Esquema de vacunas: cree que sí están al día. Peso: 110 kg
AQX	Cirugía por hernia de disco lumbar hace 7 años.
AGO	No aplica.
AHF	Madre hipertensa Padre hipertenso y asmático
Motivo de la consulta	El médico refiere a servicio de farmacia para la revisión de los tratamientos indicados, para fomentar la adherencia, el uso adecuado y la educación al paciente y a su cuidadora (hija) por parte del farmacéutico (a).
Salón	B
Signos vitales	PA: 160/94 ** No toma el medicamento FC: 116 lpm O ₂ : 94% FR: 20 rpm

Laboratorios	<p style="text-align: center;">Química sanguínea</p> <p>Cr suero: 0.99 mg/dL N Ureico: 10.9 mg/dL Ca Suero: 9.6 mg/dL Mg Suero: 1.68 mg/dL</p>
Tratamiento	<p>Co-Diován® 160/12.5 mg: 1 tableta/día Salbutamol: A demanda Eutebrol 10 mg: 1 tableta/día Ibuprofeno 400 mg: 1 tableta cada 8 h Protón 20 mg: 1 cápsula/día en ayunas</p>
Narrativa del caso	
<p>Este caso trata de un paciente masculino de edad avanzada (72 años) que va acompañado de su hija a cita de control con su geriatra. Ella indica que ha notado algunos comportamientos extraños en su padre, tales como pérdida de la orientación y atención, fallas en el lenguaje, deficiencia en las funciones visoespaciales y del control de la motora gruesa, y quiere una evaluación por parte del médico para saber de qué se trata. Además, don Hernán dice que hace cuatro días ayudó a un amigo con la revisión de un carro, y después de eso, empezó a sentir mucho dolor en la espalda baja. Después de realizar pruebas radiológicas, el médico indica que se trata de una hernia de disco, el mismo escenario de unos años atrás, cuando requirió una cirugía en la misma zona por levantamiento de objetos pesados.</p> <p>Días después, regresan de nuevo a cita con el especialista por los resultados de los laboratorios de rutina que se le realizaron y para saber el diagnóstico final del médico con respecto a los comportamientos, a lo que él les indica que se trata de demencia vascular, y les explica que entre las causas para que aparezca esta afectación está la hipertensión arterial que tiene don Hernán. Actualmente, se encuentra recibiendo como tratamiento antihipertensivo 1 tableta al día de Valsartán/hidroclorotiazida (Co-Diován®) 160/12.5 mg, también se le indican 400 mg de ibuprofeno cada 8 h para la lumbalgia/lumbago y 10mg de Eutebrol como</p>	

tratamiento para la demencia vascular. Además, se le indicó que tome Protón®, como profilaxis de gastritis por esos tres medicamentos.

El paciente y su hija llegan al servicio de farmacia por interconsulta del médico para la revisión de los tratamientos que está recibiendo para la hipertensión, el dolor lumbar y los nuevos medicamentos indicados para la demencia vascular; para fomentar la adherencia, el uso adecuado y la educación al paciente y a su cuidadora (hija) por parte del farmacéutico (a), porque la hija trabaja durante el día como conserje en una escuela, por lo que muchas veces él debe quedarse solo y medicarse por su cuenta. Se le da educación inicial a la cuidadora y al paciente recientemente diagnosticado con demencia vascular en aspectos terapéuticos (farmacológicos y no farmacológicos). Sin embargo, don Hernán se presenta molesto, abrumado y alterado, debido al diagnóstico que recién recibió. Le dice al farmacéutico que le está dando atención que él no está loco y que no se va a tomar ese tratamiento para la demencia porque “lo pondrá peor”, al igual que el Co-Diovan®, el cual no toma con regularidad.

El escenario se continúa desarrollando con el paciente que tiene tendencias cada vez más agresivas al escuchar las explicaciones que le está dando el farmacéutico a su hija (quien se ve evidentemente asustada por el comportamiento tan poco usual de su padre). Minutos después, se mostró pasivo y tomó asiento para escuchar indicaciones, se notó cabizbajo.

Anexo 3.1 Tabla de cotejo para Evaluar el Desempeño del Estudiante en el Caso Clínico.

Aspecto a evaluar	¿El estudiante lo llevó a cabo?	
	Sí	No
Saludó al paciente e hija de forma cordial.		
Se presentó a sí mismo (a).		
Consultó atentamente qué necesitaban del servicio de farmacia.		
Revisó el tratamiento actual (interacciones, efectos adversos, dosis).		
Tuvo liderazgo y buena comunicación.		
Genera una adecuada comunicación farmacéutico-paciente.		
Pensamiento clínico: analiza el tratamiento del paciente considera APP y APnP.		
Dio indicaciones farmacológicas con palabras sencillas y concisas.		
Dio indicaciones no farmacológicas según el caso planteado (Hábitos de salud, importancia del cumplimiento de terapia, cese del fumado).		
Consultó si a la hija o al paciente le surgió alguna duda adicional con respecto al tratamiento.		
Dio abordaje emocional al paciente con respecto a su diagnóstico recientemente recibido, además de consultarle si necesitaba aclarar dudas.		
Se refirió al paciente por su nombre.		
Ofreció apoyo a la cuidadora en cuanto a información del tratamiento que recibe u otro aspecto.		
Se despidió y se retiró cortésmente.		

Anexo 4. Segundo Escenario de Simulación Clínica



Segundo escenario

ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y EDUCACIÓN SOBRE EL CUIDADO CARDIOVASCULAR EN LA DEMENCIA VASCULAR Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA EVITAR EL AVANCE RÁPIDO DE LA PATOLOGÍA EN EL PACIENTE.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

“La comunicación constituye un componente clave en la relación con persona adulta mayor y un buen estilo de vida, ya que, de lo contrario, es imposible que sea consciente de la intención de ayudarlo o del tipo de cuidados que se le ofrecen. También es útil como indicador para que el paciente logre determinar el grado de satisfacción que tiene su cuidador y viceversa, para una relación de cordialidad y empatía, especialmente por parte del cuidador hacia el adulto mayor. Además de ello, es esencial el conocimiento de la influencia de las comorbilidades que pueden deteriorar cognitivamente al paciente y la importancia del cumplimiento de todos sus tratamientos, posología e indicaciones, en dicho escenario, el farmacéutico es fundamental”

Objetivo

Promover estilos de vida saludables en el paciente para que no avance el deterioro cardiovascular y por lo consiguiente, no empeore la demencia.

Lecturas recomendadas

- Evaluación del dolor en el adulto mayor (2016) - *Acta Ortopédica Mexicana*.
- Artículos de Mayo Clinic: “Aterosclerosis y Accidente Cerebrovascular”.
- Guía de Tratamiento Farmacológico de Dislipidemias para el primer nivel de atención (2013) - *Revista Mexicana de Cardiología*.
- Artículo OMS: “¿Afecta el humo de tabaco a los no fumadores?” (2012).
- Artículo OMS: “Reducción de la ingesta de azúcares libres en adultos para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles” (2019).

Abordaje esperado por parte del estudiante

1. Identificación de factores de riesgo y recomendaciones no farmacológicas

- El estudiante debe relacionar el factor de riesgo que tiene el paciente al convivir con familiares fumadores, ya que esto constituye que sea un fumador pasivo, lo cual es causal de graves enfermedades cardiovasculares y respiratorias, entre ellas la cardiopatía coronaria y el cáncer de pulmón. En el adulto, todo esto contribuye a la aparición de aterosclerosis, aunándose al estilo de vida que ha tenido don Arnulfo.
- Se espera que se le mencione al paciente y a su esposa la importancia de que el paciente no sea expuesto al humo del tabaco por parte de sus familiares cercanos, ya que, por lo mencionado anteriormente, esto daña el sistema cardiovascular, aumentando el deterioro en la demencia vascular.

2. Recomendaciones farmacológicas y atención farmacéutica

- Se espera que el estudiante sea capaz de incentivar que se mantenga la adherencia terapéutica, tal como se ha hecho hasta ahora, cumpliendo con las tomas de medicación.
- Dar consejos para reducir el sobrepeso (además de atención nutricional) entre ellos:
 - Dieta DASH.

- Disminución del consumo de sal.
- Consumo de harinas disminuido y aumentar el de frutas, verduras y proteína.
- Incluir alimentos bajos en grasa saturada y colesterol.
- Tratamientos no farmacológicos para reducir los dolores de cabeza
 - Tomar bastante agua durante el día.
 - Descanso suficiente con 7-9 horas de sueño al día.
 - Utilizar compresas frías envueltas en una toalla suave por 10 minutos.
 - Tomar bebidas con cafeína en caso de acostumbrar hacerlo.
- Apoyo emocional a doña Rosa, poniendo en práctica las habilidades blandas y la capacidad de escucha.
- Considerando el antecedente de diabetes, que el consumo de azúcar no sea más de 60g/día.

Historia clínica

Fecha de admisión: 14 de julio de 2016

Ficha de identificación

Masculino
 Arnulfo Chacón Jiménez
 81 años. FN: 07/07/1940
 Nacido en Hospital Dr. William Allen
 Vecino de La Suiza de Turrialba, Cartago
 Casado
 Trabajó como recolector de basura

Familiar de contacto

Esposa: Rosa Gutiérrez Hernández. Teléfono: 6798-2687

Médico responsable

Dr. Carrillo

APP

Signos de aterosclerosis (entumecimiento o debilidad repentinos en las piernas, dificultad para hablar, pérdida temporal de la visión en ojo derecho)
 Antecedente de Ictus Isquémico (ACV)
 Artritis reumatoidea
 Demencia vascular
 Hipertensión arterial

<i>APnP</i>	Fumador (-), núcleo familiar con 2 fumadores activos Alcohol (-) Alergias: niega Toxicomanías: niega Esquema de vacunas: al día Peso: 102 kg (Estatura: 1,72 cm) IMC: 34.5
<i>AQX</i>	Ninguna.
<i>AGO</i>	No aplica.
<i>AHF</i>	Hermana mayor: Hipertensa Madre: Hipertensa Padre: Diabético
<i>Motivo de la consulta</i>	La esposa del paciente llega al servicio de farmacia para consultarle cómo se usan los tratamientos indicados (educación farmacéutica) y pregunta cómo puede evitar que la demencia de su esposo avance tan rápido.
<i>Salón</i>	No aplica.
<i>Signos vitales</i>	PA: 140/83 FC: 116 lpm O ₂ : 94% FR: 20 rpm
<i>Laboratorios</i>	No se le realizaron.
<i>Tratamiento</i>	Lovastatina (triglicéridos) Ibuprofeno 400 mg (artritis) Omeprazol (IBP) Memantina (Eutebrol) 10 mg (Demencia) Concor (HTA) Vitamina D

Narrativa del caso

Don Arnulfo es un paciente de 81 años de edad que desde su juventud se dedicó a la recolección de basura en el Turrialba, lo cual le expuso a trabajar bajo distintos climas, especialmente en épocas de muchas lluvias matutinas, además de levantar grandes pesos en la recolección. Actualmente vive con su esposa en la casa de uno de sus hijos, quien es fumador de 1 cajetilla diaria, y su novia también.

En la última cita de control en la CCSS, su esposa, doña Rosa (quien le acompaña siempre), le indicó al médico que su esposo nunca ha tenido vicios y que su vida ha sido sana, sin embargo, por cuestiones económicas muchas veces no podía comer o comía mal (muchas harinas, comida grasosa, mucho café, pocas frutas y poco consumo de agua); además, el ejercicio físico que realizaba era mínimo, incluso actualmente, ya que por su sobrepeso y articulaciones desgastadas no puede movilizarse con facilidad. En esta cita, el paciente recibió el diagnóstico de demencia vascular y se le indica Eutebrol.

Ahora, a su farmacia llega esta pareja de adultos mayores a contarle todo esto a usted, y buscan respuestas con respecto a que don Arnulfo tiene dolores en la cabeza de manera frecuente que le tienen muy molesto, y le consultan, ¿qué pueden hacer para parar el dolor? Y si usted cree que funcionaría tomar un té de manzanilla; además, dicen que ya tomaron café negro, igual que siempre, y doña Rosa reprocha “es que Arnulfo no me escucha, ya le dije que se tomara el té de manzanilla y que se ponga los anteojos y no me hace caso, ya le dije que es eso, dígale usted a ver si le hace caso”. Usted les hace una serie de preguntas de los medicamentos que está tomando el paciente y pregunta desde cuándo empezó con el tratamiento con Eutebrol, por lo que se da cuenta de que calza con el tiempo que lleva el paciente con cefaleas.

Doña Rosa también pregunta si hay algo más que pueda hacer ella para el bienestar de su esposo, además de buscar que tome sus medicamentos todos los días. Usted le nota muy estresada y cansada físicamente, por lo que procede con una serie de recomendaciones para promover un estilo de vida saludable tanto para ella como para don Arnulfo.

Anexo 4.1. Tabla de cotejo para Evaluar el Desempeño del Estudiante en el Caso Clínico

Aspecto a evaluar	¿El estudiante lo llevó a cabo?	
	Sí	No
Saludó al paciente y a su esposa de forma cordial.		
Se presentó a sí mismo (a).		
Consultó atentamente qué necesitaban del servicio de farmacia cuando los vio llegar.		
Revisó el tratamiento actual (interacciones, efectos adversos, dosis).		
Manejo de roles durante el trabajo en equipo. <ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación asertiva. 2. Liderazgo. 3. Capacidad de escucha a los demás integrantes. 		
Dio indicaciones farmacológicas con palabras sencillas y concisas.		
Dio indicaciones no farmacológicas según el caso planteado (APnP).		
Identificó la correlación de factores de riesgo en el paciente con la afectación vascular.		
Dio abordaje emocional a la esposa del paciente con respecto a este tipo de diagnóstico, además de consultarle si necesitaba aclarar más dudas.		
Se refirió al paciente y a su esposa por sus nombres.		
Se despidió y se retiró cortésmente.		

Anexo 5. Tercer Escenario de Simulación Clínica



Tercer escenario

ABORDAJE DE LOS ASPECTOS DE AUTOESTIMA DEL PACIENTE CON DEMENCIA VASCULAR A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y DETECCIÓN DE SIGNOS DE DEPRESIÓN CON TENDENCIA SUICIDA.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

“Ahora este adulto que solía ser autónomo, tiene afectada su autoestima y sus personas cercanas enfrentan cambios en todo aspecto (social, emocional, económico, laboral y espiritual). Frente a esta situación, la familia del adulto mayor dependiente debe intentar mantener una buena calidad de vida, con comodidad y afecto para él y los profesionales implicados en su atención deben promover dicha atención además de brindarla siempre con una actitud amigable con el paciente para que no se sienta solo en este proceso ya que hay mayor propensión a la depresión y suicidio”.

Objetivos

- Interpretar señales de alarma ante un posible suicidio en el adulto mayor con demencia.
- Referenciar el caso a profesionales en Psicología Clínica y Psiquiatría.
- Orientar al cuidador, familiar o pareja sobre el accionar ante esta situación.

Lecturas recomendadas

- Política Nacional de Salud mental 2016-2021.
- Prevención del suicidio: Ministerio de Salud de Costa Rica y PAHO “de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud”.
- Consideraciones especiales de la Hipertensión Arterial Sistémica en Afrodescendientes Latinoamericanos – Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Abordaje esperado del estudiante

- Abordaje de la situación con la seriedad, severidad e importancia que implica un intento de suicidio.
- El estudiante debe relacionar el factor de riesgo que tiene el paciente al fumar ocasionalmente, ya que esto es causal de graves enfermedades cardiovasculares y respiratorias, entre ellas la cardiopatía coronaria y el cáncer de pulmón. En el adulto, todo esto contribuye a la aparición de aterosclerosis y empeoramiento de la demencia vascular.
- Referir al servicio de atención más óptimo para el caso; además, si existe la oportunidad de comunicación con un círculo de apoyo en el paciente, debe recurrirse a ello.
- Identificación de factores de riesgo:
 - Un bajo nivel socioeconómico y educativo.
 - Pérdida de empleo.
 - Presión social.
 - Familia y relaciones sociales disfuncionales.
 - Traumas como abuso físico y sexual.
 - Pérdidas personales.
 - Depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo y abuso de sustancias.
 - Sentimientos de falta de valor y desesperanza.
 - Problemas de discriminación (orientación sexual, religión, etnia, género, creencias).

- Problemas de juicio, falta de control de los impulsos y comportamientos autodestructivos.
- Enfermedad física y dolor crónico.

Abordaje farmacológico

- Tomar ACICRAN o CISTICRAN como prevención de infecciones agudas del tracto urinario.
- Revisión de interacciones, efectos secundarios, posibles mejoramientos de terapia medicamentosa.

Abordaje no farmacológico

- Aconsejar que le lleven al servicio de Emergencias más cercano para que el paciente sea evaluado.
- Dar consejos de alimentación balanceada y recomendar atención nutricional:
 - Dieta DASH.
 - Disminución del consumo de sal.
 - Consumo de harinas disminuido y aumentar el de verduras, frutas y proteína.
 - Incluir alimentos bajos en grasa saturada y colesterol.
- Apoyo emocional a doña Katherine, poniendo en práctica las habilidades blandas y capacidad de escucha.
- Aconsejar limitar el acceso del paciente a medios para hacerse daño (medicamentos, armas, cuchillos, entre otros) y mantenerle bajo vigilancia.
- Con respecto a la prevención de infección de vías urinarias:
 - Aumento del consumo de agua diario.
 - Aumentar la ingesta de vitamina C.
 - Tomar jugos de arándano.

Historia clínica	
Ficha de identificación	<p>Masculino</p> <p>Kein Thompson Olsen</p> <p>68 años. FN:02/07/1953</p> <p>Nacido en Hospital Dr. Tony Facio Castro</p> <p>Vecino de Colorado de Pococí, Limón</p> <p>En unión libre</p> <p>Abogado pensionado</p>
Familiar de contacto	(Pareja sentimental) Katherine Martínez. Tel.: 8343-2333
Médico responsable	No aplica.
APP	<p>Trastornos neuroconductuales a repetición desde la adolescencia (depresión, ansiedad, irritabilidad, actos repetitivos).</p> <p>Tuvo una infección grave de vías urinarias por la cual estuvo hospitalizado y le diagnosticaron la demencia.</p> <p>Hipertensión arterial.</p>
APnP	<p>Fumador (+), indica fumar tabaco cuando está bajo estrés y hace cinco años dejó de fumar marihuana, lo cual no hacía constantemente sino de manera ocasional.</p> <p>Alcohol (-)</p> <p>Alergias: penicilina</p> <p>Toxicomanías: niega</p> <p>Esquema de vacunas: al día</p> <p>Peso: 67 kg (Estatura: 1,60 cm) IMC: 26.2</p>
AQX	Nariz quebrada producto de un golpe a los 28 años.
AGO	No aplica
AHF	Hipertensión
Motivo de la consulta	Una mujer llega a su farmacia de comunidad y le indica (mientras llora) que su pareja cometió un intento de suicidio con medicamentos. Ella logró inducir el vómito al encontrarle en el acto.
Tratamiento	<p>Antibiótico</p> <p>Adenuric</p>

Concor

Antihipertensivo

Medicamento para dormir (no se lo quiere tomar)

Narrativa del caso

Es miércoles 02 de julio a las 2 de la tarde y usted está en Limón, regentando su farmacia de comunidad, en lo que ve entrar a una mujer de unos 50 años de una manera muy sorprendente, ya que viene llorando y evidentemente muy asustada.

Ella llega al mostrador y usted le pregunta en qué puede ayudarla, a lo que ella le responde:

- Necesito su ayuda, por favor, mi esposo trató de suicidarse. Vine con él a visitar a unos amigos por su cumpleaños, y él se metió al baño; como duraba mucho fui a preguntarle si estaba bien, y como no contestaba, le abrí la puerta y lo encontré tomándose unas pastillas que sus amigos tenían en una caja. Me gritó que él solo quería morirse...
- Regente: ¿El paciente con quién está en este momento?
- Con los amigos. Logramos que vomitara, solo se había tomado cuatro pastillas, eran famotidina. Les dije a mis amigos que vendría aquí a pedir ayuda a la farmacia, porque ellos viven a 100 metros.

El problema es que no sé qué hacer -llora aún más-, él me dijo cosas muy raras de camino, me dijo que celebrar su cumpleaños era una pérdida de tiempo y de dinero, que hubiera preferido quedarse en la casa porque de por sí, cada vez se siente más viejo e inútil, que nada le sale bien y ya quisiera morirse. Cuando me vio la cara y el gesto que tenía, se puso a reír.

Él ha estado en la casa por semanas sin salir desde que supo que tenía demencia vascular, pasan los días y no se baña ni quiere comer, solo quiere estar acostado o en un sillón, fumando. Suele estar molesto y enojado.

Aparte de eso, no habla con nadie, ni sus amigos o familia. Apenas habla conmigo y siento que es mi culpa, no logro llenarlo ni hacerlo feliz.

- Regente: ¿Cuál es su nombre? Disculpe que le pregunte hasta ahora, no quería interrumpirla.
- Katherine Martínez, y él se llama Kein Thompson.
- Para servirle, yo soy “_____” (identificación como farmacéutico (a)).

La conversación sobre el paciente continúa, Katherine detalla que él es afrodescendiente, y que ha recibido mucha discriminación a lo largo de su vida. Estudió Derecho en Estados Unidos y luego trabajó aquí en Costa Rica. Dice la pareja que él menciona haber sido víctima de insultos, discriminación, miradas incómodas y burlas en modo de chistes, incluso, en servicios de salud y que él no quiere que lo traten como basura “nunca más” y que quiere solucionarlo por su cuenta.

Al avanzar la conversación, ella dice que él ha aguantado mucho y que tal vez por eso se quiere suicidar, y narra que, a los 28 años de edad, Kein recibió varios golpes en la cara una noche por parte de su padrastro y uno de sus amigos, quienes estaban pasados de tragos y le golpearon por “ser un negro maricón”, ya que no había tenido novia. Se le cuestionó repetidas veces el tema de su orientación sexual y fue presionado para que estuviera con una mujer en un encuentro sexual, lo cual le afectó en gran medida.

Ella le dice a usted que desde que él fue diagnosticado con demencia se le desencadenó mucho comportamiento autodestructivo y que, además, le mandaron tratamiento para dormir, el cual no toma y durante las noches, ella le escucha sollozar y levantarse varias veces.

Finalmente, Katherine le pregunta a usted: ¿Qué puedo hacer cuando vuelva a casa de mis amigos, debería llamar a alguien? ¿Debería solo darle compañía? ¿Qué hago?

Usted, sabiendo que el apoyo emocional, la comprensión, el tiempo de calidad y la realización de actividades agradables con amistades y familiares sin dejar de lado el consentimiento, pueden ayudar a evitar la depresión, además de la terapia psicológica y el acompañamiento geriátrico, procede a darle una serie de recomendaciones sin dejar de lado todos los detalles que conlleva vivir con un paciente con demencia vascular.

Días después, el paciente acude con su pareja a la farmacia con el fin de agradecer su ayuda el día del incidente; sin embargo, en medio de la conversación, aún se perciben los signos de depresión, heridas emocionales y baja autoestima.

Anexo 5.1. Tabla de cotejo para Evaluar el Desempeño del Estudiante en el Caso Clínico

Aspecto a evaluar	¿El estudiante lo llevó a cabo?	
	Sí	No
Saludó al paciente y a su esposa de forma cordial.		
Se presentó a sí mismo (a).		
Identificó los factores de riesgo relacionados al caso.		
Revisó el tratamiento actual (interacciones, efectos adversos, dosis).		
Manejo de roles durante el trabajo en equipo. a. Comunicación asertiva. b. Liderazgo. c. Capacidad de escucha a los demás integrantes.		
Dio indicaciones farmacológicas con palabras sencillas y concisas.		
Dio indicaciones no farmacológicas según el caso planteado (APnP).		
Identificó la correlación de factores de riesgo en el paciente con la afectación vascular.		
Dio abordaje emocional al paciente con ideación suicida.		
Se refirió al paciente por su nombre.		
Se despidió y se retiró cortésmente.		

Anexo 6. Cuarto Escenario de Simulación Clínica



Cuarto escenario

FORTALECIMIENTO DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO
JUNTO A PROFESIONALES DE CIENCIAS DE LA SALUD
ANTE UN CASO DE EMERGENCIA EN UN PACIENTE CON
DEMENCIA VASCULAR.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

“Una intervención interdisciplinaria procede como una acción simultánea de varias áreas de Ciencias de la Salud para ocuparse del paciente con demencia vascular, esto mediante una agregación de las competencias específicas de cada uno de los profesionales, en especial es necesario cuando hay oposicionismo y apatía, ya que costará más esfuerzo conseguir que el paciente colabore, por lo que es necesaria mucha paciencia ya que es común la aparición de síntomas cognitivos que interfieren en el tratamiento y demás aspectos en su cotidianidad”

Objetivo

Generar una perspectiva fortalecida sobre la importancia del trabajo interdisciplinario durante un abordaje en emergencias de un paciente con demencia vascular.

Lecturas recomendadas

- Salas-Salvadó, J., Maraver, F., Rodríguez-Mañas, L., Sáenz de Pipaon, M. (2020). Importancia del consumo de agua en la salud y la prevención de la enfermedad: situación actual. *Nutrición Hospitalaria*, 37(5), 1072-1086. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03160>
- AEMPS: PROSPECTO EXELON 4,6 mg/24 H PARCHE TRANSDÉRMICO
- Miró, M. (2016). *Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales*.

Abordaje esperado del estudiante

Identificación de factores de riesgo en el caso clínico: fumado, sobrepeso, género masculino, antecedentes familiares de trastornos cardíacos, apnea obstructiva crónica.

Se menciona en la narrativa que el paciente se encuentra muy deshidratado, el estudiante debe considerar que el comportamiento errante no está justificado solamente por su diagnóstico de DV, debe analizar más allá y saber que estos son comportamientos asociados a un cuadro de deshidratación grave, lo cual constituye un aspecto de sumo cuidado en los pacientes adultos mayores, ya que el cerebro contiene gran cantidad de agua (75%), la cual interviene en la regulación de las funciones cerebrales, entre las cuales la cognición es fundamental.

No farmacológico

- Le recuerda al paciente que no es recomendable que salga a caminar solo y mucho menos si es de noche, y considerando lo que le sucedió, una caída grave y alguna fractura (por ejemplo, de cadera) se asocia con un mayor riesgo de muerte.
- La administración de suero se debe realizar a baja velocidad. La rehidratación debe hacerse de manera pausada, debido a que las rehidrataciones bruscas pueden ser causa de insuficiencia cardíaca en el adulto mayor, debido a las deficiencias que presentan los mecanismos reguladores del volumen.
- Contactar al equipo interdisciplinario: abordar depresión, tendencia suicida y nutrición.

Farmacológico

- Abordar automedicación. El paciente está automedicándose con diuréticos, por lo cual, aunado a que no se hidrata adecuadamente, está desechando gran cantidad de líquido, y está resultando en el empeoramiento del estado de consciencia del paciente al resultar en deshidratación.
- Analizar e investigar si los medicamentos de don Florencio poseen interacciones peligrosas para su salud y si se debe intervenir o no.

Historia clínica

Ficha de identificación	Masculino Florencio Chinchilla Rojas 74 años. FN: 25/02/1947 Nacido en Hospital México Vecino de La Uruca, San José Viudo Médico pensionado
Familiar de contacto	(Sobrina) Melanie Chinchilla Castro. Teléfono: 7494-1321
Médico responsable	Dr. Madriz
APP	Apnea obstructiva del sueño Hipertenso
APnP	Fumador (+) 2 cajetillas al día Peso: 59 kg
AQX	Ninguno.
AGO	No aplica.
AHF	Padre: Accidente cerebrovascular Madre: Paro cardiorespiratorio Dos tíos: Demencia vascular
Motivo de la consulta	Adulto mayor que presenta golpes en zona lumbar y rostro, producto de caída.
Salón	B
Signos vitales	PA: 115/80 (baja)

	FC: 96 lpm (rápida) O ₂ : 93% FR: 24 rpm
Laboratorios	No se le realizaron.
Tratamiento	Automedicación: diuréticos Clonazepam gotas Exelon parches AINES y antihistamínicos: según necesidad
Narrativa del caso	
<p>Don Florencio es un paciente de 74 años de edad que salió a caminar dentro del condominio en el que vive y fue encontrado en una acera a varias casas de distancia de la suya, muy desorientado, con algunos golpes en la cara y espalda producto de una caída porque ya era de noche y él no podía ver bien. Las vecinas que lo encontraron lo llevaron al servicio de emergencias en el hospital más cercano e indican que don Florencio vive solo porque hace nueve años su esposa falleció y no tuvieron hijos. Es médico pensionado que recibió el diagnóstico de demencia vascular hace cinco meses. En el hospital hay expediente de él, ya que es el que frecuenta.</p> <p>El personal a cargo de emergencias indica conocerlo, ya que el paciente laboró en ese centro médico. Él le expresa al emergenciólogo que le atiende que él puede comprender la demencia vascular y que ya lo temía porque en su familia varias personas tenían enfermedades, y dos de sus tíos fueron diagnosticados con esto, por lo que ya sabe “cómo va a terminar todo” con esta degeneración neurológica, y abiertamente expresa que se quiere morir, no quiere tomar ningún medicamento ni estar viendo a doctores que le estén diciendo todo lo que él ya sabe, solo quiere fumar.</p> <p>Su aspecto se nota deteriorado, con bajo peso. Al preguntarle, menciona que casi nunca come, duerme poco, solo lo hace cuando toma un medicamento que tenía su esposa en la casa (clonazepam). Tiene signos de deshidratación (boca seca, piel seca y fría, ojos hundidos, apatía), por lo que se le coloca suero IV.</p> <p>Estando en el servicio de emergencias, se le nota desorientado por momentos y se le escuchan las siguientes expresiones:</p>	

- “¿Dónde está mi esposa? Ella debería estar aquí conmigo, nunca le preocupa nada de lo que me pasa. Siempre es lo mismo, cuando la llamo en la casa para que venga a ayudarme no llega”.
- “No quiero estar aquí, este hotel no me gusta, llévenme a mi casa, ni siquiera tuve un golpe importante, ustedes no saben nada”.
- “Les ordené ya que dejen de tocarme. Si el médico aquí soy yo ustedes siguen mis órdenes, inútiles, ¿qué van a saber ustedes que solo son enfermeros?”.
- “¡Que no! No me pueden obligar a tomarme esos medicamentos, no los necesito, quítenme todo esto que me pusieron. Voy a ir a fumarme un cigarro para relajarme, ya me tienen cansado ustedes.”
- “Mi esposa es farmacéutica, que venga ella a decirme las cosas, ella sí sabe y no me va a mentir como lo hacen ustedes. De por sí, ya me di cuenta que estoy en un hospital y no en un hotel, ¡mentirosos, cállense ya!”.

Don Florencio sigue con un comportamiento sumamente agresivo, por lo que proceden a la inmovilización y sujeción mecánica.

Horas después, llega su sobrina, quien usualmente lo acompaña y cuida durante las noches, y le encuentra en un estado mucho más tranquilo, por lo que se le retira la inmovilización. Melanie (cuidadora) solicita al personal de enfermería que le ayude a contactar con el farmacéutico de turno, ya que su tía le inculcó la confianza en estos profesionales y quiere realizar una serie de preguntas:

- ¿Cómo le tengo que colocar los parches a mi tío?
- ¿Qué pasa si él se los arranca? ¿Le pongo otros nuevos?
- ¿Qué hago los medicamentos que mi tía dejó en la casa al fallecer? Mi tío los sigue utilizando para medicarse a sí mismo.
- ¿Puede utilizar clonazepam para dormir o existen algunas otras alternativas?

Se procede a responder dichas preguntas con recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas.

Anexo 6.1. Tabla de cotejo para Evaluar el Desempeño del Estudiante en el Caso Clínico

Aspecto a evaluar	¿El estudiante lo llevó a cabo?	
	Sí	No
Saludó al paciente y a su sobrina de forma cordial.		
Se presentó a sí mismo (a).		
Consultó atentamente qué en qué podría ayudarles.		
Revisó el tratamiento actual (interacciones, efectos adversos, dosis).		
Manejo de roles durante el trabajo en equipo. a. Comunicación asertiva. b. Liderazgo. c. Capacidad de escucha a los demás integrantes.		
Dio indicaciones farmacológicas con palabras sencillas y concisas.		
Dio indicaciones no farmacológicas según el caso planteado (APnP).		
Identificó la correlación de factores de riesgo en el paciente con la afectación vascular.		
Dio explicación paso a paso de cómo utilizar el parche Exelon.		
Se refirió al paciente y a su sobrina por sus nombres.		
Se despidió y se retiró cortésmente.		

Anexo 7. Evaluación Dirigida a los Estudiantes de Farmacia que Participarán en el Proyecto, Antes de la Primera Sesión

“Desarrollo de escenarios y prácticas para el fortalecimiento de habilidades blandas en el estudiante de Farmacia, para la atención del adulto mayor con demencia vascular mediante la simulación clínica como técnica de mediación andragógica”

Valeria Cerdas Astúa – Carrera de Farmacia

Universidad Internacional de las Américas

Reciba un cordial saludo y previo agradecimiento por su colaboración al participar en el presente proyecto final de graduación. Este instrumento se dirige a estudiantes de Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas interesados en la atención a pacientes con demencia vascular (DV). Con la información recolectada en esta encuesta, se pretende evaluar el estado inicial de los participantes con respecto a la autopercepción del abordaje a pacientes en cuanto a habilidades blandas y qué tanto se han desarrollado dichos aspectos desde la formación académica en los cursos relacionados con temas clínicos. Esto servirá de base para describir la importancia de abordar y fortalecer este aspecto en el ámbito de formación farmacéutica en cada estudiante.

Por lo tanto, se valora su tiempo para completar las preguntas que se encuentran en esta encuesta, la cual tiene una duración de cinco minutos aproximadamente y es completamente confidencial, anónima y con fines estrictamente académicos. Se agradece su honestidad en cada respuesta.

A. En su formación académica como farmacéutico (a), durante alguno de los cursos que ha recibido, ¿se ha comentado, abordado o practicado para el fortalecimiento de las habilidades blandas como parte de la atención farmacéutica que usted va a brindar como profesional?

Sí () No ()

B. En caso de que su respuesta anterior fuera SÍ, por favor, indique: ¿en cuál o cuáles cursos se abordó este aspecto?

_____.

_____.

C. Como estudiante actual de la carrera de Farmacia en la Universidad Internacional de las Américas, ¿cree que sea completamente necesario que este aspecto sea abordado y evaluado en la práctica clínica como parte crucial del comportamiento personal del profesional ante el paciente?

Sí () No ()

D. Si su respuesta anterior fue SÍ, indique, según la escala de 1 a 5, ¿qué tan importante cree que sea fortalecer las habilidades blandas en el estudiante de Farmacia como preparación para las conversaciones con el paciente, su cuidador y compañeros de trabajo?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

E. ¿Percibe en sí mismo que alguno de los aspectos mencionados a continuación le causen dificultad y molestia a la hora de llevarlos a cabo?

() Capacidad de mantener la calma ante casos de pacientes enojados que incluso le insultan.

() Capacidad de manejar con empatía situaciones en las que otros profesionales de la salud no realizan de manera correcta su trabajo y usted debe intervenir ante dichos errores por el bienestar del paciente.

() Capacidad de escuchar con paciencia y tolerancia a algún paciente que le está narrando alguna de sus vivencias y a su criterio le está quitando tiempo valioso.

() Capacidad de explicar de manera pausada y con palabras sencillas las instrucciones de cómo utilizar un medicamento a los pacientes que así lo requieran.

() Capacidad de manejar pacientemente la situación y mantener la calidad de la atención farmacéutica cuando se trata de niños que manifiestan inquietud y molestias.

() Capacidad de aceptar sus propios errores y corregirlos con tranquilidad cuando alguna persona se los hace notar.

F. ¿Ha notado en sus compañeros (as) de carrera, alguna deficiencia en cuanto a alguna de las habilidades blandas mencionadas a continuación?

() Trabajo en equipo.

() Comunicación asertiva.

() Comportamiento empático.

- () Tolerancia ante las opiniones distintas.
- () Escucha activa a los demás compañeros.
- () Implementación de las diferentes ideas de cada integrante.
- () Colaboración constante para lograr los objetivos en común del grupo de trabajo.

G. Si hay algún aspecto que crea que debería abordarse desde el ámbito académico con respecto al fortalecimiento de las habilidades blandas en los estudiantes de la carrera de Farmacia, coméntelo en el siguiente espacio.

Anexo 8. Autoevaluación Dirigida a los Estudiantes de Farmacia Después de Participar en Cada Sesión de Caso Clínico con Escala de Likert

“Desarrollo de escenarios y prácticas para el fortalecimiento de habilidades blandas en el estudiante de Farmacia, para la atención del adulto mayor con demencia vascular mediante la simulación clínica como técnica de mediación andragógica”

Valeria Cerdas Astúa – Carrera de Farmacia

Universidad Internacional de las Américas

Reciba un cordial saludo y agradecimiento por su colaboración al participar en el presente proyecto final de graduación. Este instrumento se dirige a los participantes de los casos clínicos simulados en la atención a pacientes con demencia vascular (DV).

Con la información recolectada en esta encuesta, se pretende evaluar la eficacia del uso de la simulación clínica como forma de fortalecimiento de habilidades blandas y qué tanto se han desarrollado dichos aspectos después de cada sesión. Esto servirá de base para describir la importancia de abordar y fortalecer este aspecto en el ámbito de formación farmacéutica en cada estudiante.

Por lo tanto, se valora su tiempo para completar las preguntas que se encuentran a continuación en esta encuesta, la cual tiene una duración de 5 minutos aproximadamente, y es completamente confidencial, anónima y con fines estrictamente académicos. Se agradece su honestidad en cada respuesta.

A. ¿Cómo le hizo sentir esta experiencia de simulación?

_____.

B. Después de esta sesión, considerando su formación académica, en la escala de 1 a 5, ¿qué tan importante cree que sea fortalecer las habilidades blandas en el estudiante de Farmacia ante casos como el que se presentó hoy?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

C. ¿Para usted, ha sido complicado tomar decisiones en este caso clínico?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

D. ¿La simulación clínica es una herramienta útil para desarrollar su capacidad para tomar decisiones?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

E. ¿Fue satisfactoria esta experiencia simulada?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

F. ¿Percibe una mejoría en cuanto a sus capacidades en cuanto a habilidades blandas y conocimientos teóricos?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

G. ¿La metodología de simulación le motiva a profundizar los contenidos abordados en el escenario?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

H. ¿Tiene algún comentario, recomendación o alguna acotación a considerar acerca de esta sesión de simulación clínica?

Anexo 7. Propuesta de manual dirigido a docentes de la Carrera de Farmacia de Simulación Clínica

Descripción de la propuesta

Al finalizar esta investigación, se considera que trabajar el desarrollo de habilidades blandas en los estudiantes universitarios es un proceso que se debe realizar con calma y determinación en cuanto al cumplimiento de los objetivos planteados, por lo que el docente que se compromete a fortalecer estos aspectos, necesita un instrumento útil para introducir la información necesaria para manejar rápidamente tanto los datos de los diversos casos clínicos, como la evaluación del desempeño de los estudiantes durante cada sesión desarrollada, además de analizar la resolución dada por los participantes en las situaciones simuladas y dar retroalimentación.

Por lo tanto, se lleva a cabo el diseño del Manual HABSIC (Habilidades Blandas en Simulación Clínica), el cual es un documento práctico que posee como finalidad el desarrollo y el fortalecimiento de habilidades blandas en los estudiantes durante las sesiones de simulación clínica.

Este instrumento es uno de los resultados de este proceso investigativo, y está elaborado para brindar comodidad y facilidad al usuario encargado de ser guía de un grupo de estudiantes que resuelven escenarios clínicos simulados como metodología de enseñanza, integrando a ello la importancia del uso de habilidades blandas.

Las temáticas abordadas mediante el Manual HABSIC se acoplan a la necesidad del docente a cargo, ya que posee esta versatilidad sin dejar de lado la atención farmacéutica de calidad catapultada por la aplicación del trabajo en equipo, capacidad de escucha, comunicación asertiva, pensamiento analítico y la empatía. En él se pueden plasmar los aspectos esperados en el abordaje del paciente por parte del estudiante, los objetivos a cumplir, lecturas recomendadas antes de desarrollar el caso y rúbrica de evaluación final.

Entre las características que posee este instrumento, se añadieron secciones con información útil para un abordaje complementario a los pacientes durante la atención farmacéutica, incluyendo datos de relevancia, tales como: la narrativa completa del caso en cuestión, los datos del paciente, historial clínico (APP, APnP, AHF, AQx y AGO), motivo de la consulta, signos vitales, resultados de laboratorios, tratamiento farmacológico y no farmacológico, y un interrogatorio al cuidador, familiar o encargado.

Glosario de Términos

Debido a la naturaleza de este tema de estudio, se establece un glosario tomando en cuenta que se trata de una temática muy conocida y con amplia existencia de estudios teóricos realizados previamente.

Tabla 21.

Glosario del Manual HABSIC.

Término	Definición
Manual	Libro que recoge lo esencial o básico de una materia.
Atención farmacéutica	Participación activa del farmacéutico en la asistencia al paciente, en la dispensación y el seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando con el médico y otros profesionales sanitarios, a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente.
Evaluador	Persona que realiza una evaluación de individuos según criterios preestablecidos.
Aprendizaje basado en casos	Presentaciones orales y escritas que se utilizan para presentar y revisar escenarios clínicos, pero no incluyen el aprendizaje práctico.
APP	Antecedentes personales patológicos. Se refiere a las enfermedades que el paciente ha padecido con anterioridad. Se anota la enfermedad y la época en que la padeció.
APnP	Antecedentes personales no patológicos. Se refieren a los antecedentes personales que puedan ocasionar alteraciones de la salud debido a los medios en los que se encuentra el paciente, así como sus toxicomanías, alimentación, vivienda y hábitos higiénicos.
AHF	Antecedentes hereditarios familiares. Son las enfermedades conocidas mediante indagación de la salud de los familiares del enfermo.
AQX	Antecedentes quirúrgicos. Si el paciente ha sido intervenido quirúrgicamente, con anterioridad, se refleja el tipo y la fecha de la operación.
AGO	Antecedentes gineco obstétricos. Es la información que se plantea desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios femeninos, el ritmo menstrual,

	la última menstruación, los trastornos si se presentan, así como la cantidad de gestas, paras y abortos.
Habilidades blandas	Atributos o características de una persona que le permiten interactuar con otras de manera efectiva, lo que generalmente se enfoca en el trabajo, en ciertos aspectos de este, o incluso en la vida diaria.
Simulación clínica	Técnica que crea una situación o ambiente para permitir que las personas experimenten una representación de un evento de atención en salud real con el propósito de practicar, aprender, evaluar, realizar pruebas u obtener una comprensión de los sistemas o acciones humanas.
Reflexión guiada	El proceso alentado por el instructor durante el debriefing que refuerza los aspectos críticos de la experiencia, y alienta el aprendizaje intuitivo que permite al participante vincular la teoría con la práctica y la investigación

Fuente: Elaboración propia, 2021, con base en el Diccionario de Simulación en Salud, 2016.



UN MANUAL PRÁCTICO

HABSI C

MANUAL DE HABILIDADES BLANDAS Y ATENCIÓN
FARMACÉUTICA EN SIMULACIÓN CLÍNICA

Recomendaciones para la aplicación de este manual

1. El manual de Atención farmacéutica para el manejo de la demencia vascular está diseñado para que sea aplicado en estudiantes de farmacia que estén actualmente en cursos clínicos de Farmacia Hospitalaria, Farmacia Comunitaria, Farmacología I o Farmacología II.
2. Se recomienda que se conformen grupos de tres estudiantes por turno para la resolución de cada caso.
3. La vestimenta debe ser formal o *scrubs*, con gabacha blanca y escudo de la Universidad, no utilizar pantalón de mezclilla o roto, enagua, cualquier tipo de sombrero o gorra.
4. Duración aproximada:
 - Prebriefing: 15 minutos
 - Caso clínico: 30 minutos (aproximadamente)
 - Debriefing: 15 minutos

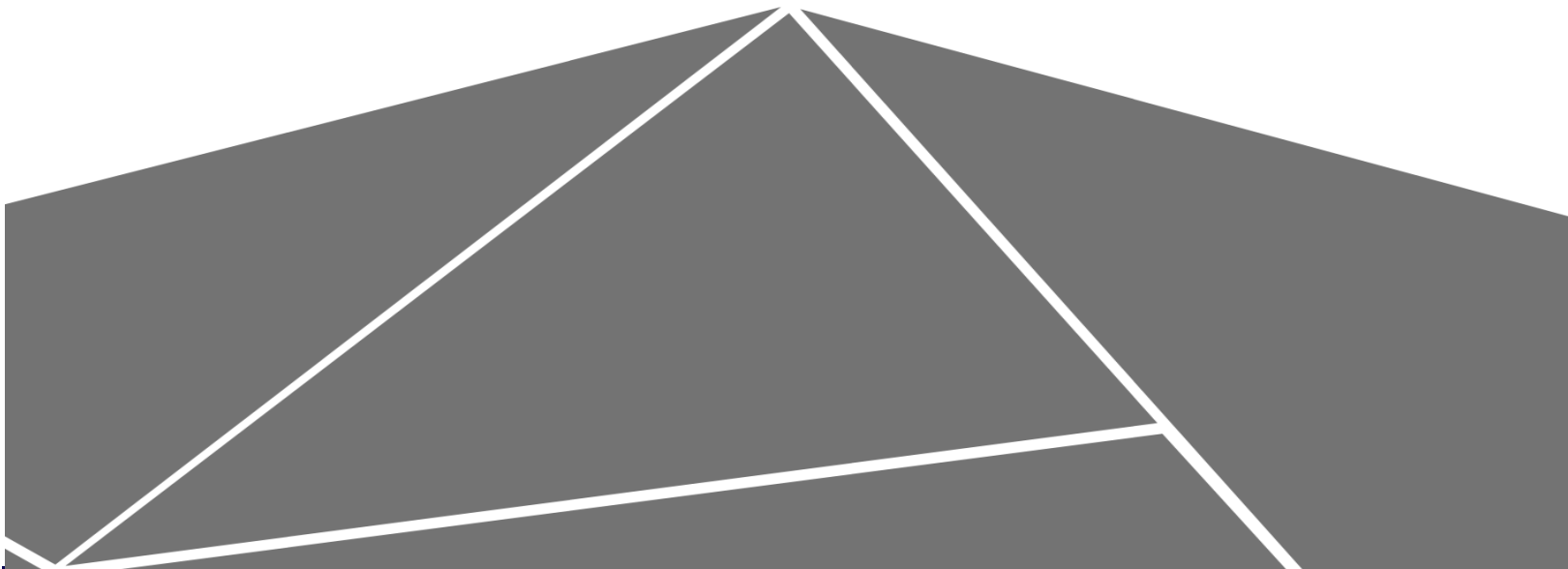
Descripción de las actividades

- El inicio de la sesión se da con una bienvenida y agradecimiento a las y los estudiantes que participan en la simulación.
- Presentación del ambiente en el cual se va a desarrollar la simulación.
- Explicación del principio básico del Centro de Simulación.
- Lectura de los objetivos a cumplir en la sesión.
- Inicio del caso clínico simulado.
- Observación del escenario sin realizar intervenciones entre el estudiante y su paciente.
- Según los objetivos planteados, se da el desarrollo del debriefing aclarando dudas de los participantes sobre el caso clínico.



ESCENARIO SIMULADO

Título del escenario:



Datos del Paciente

Fecha de admisión: ____ / ____ / ____

Nombre y apellidos: _____ Género: F__ M__
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de identificación: _____
Estatura (en centímetros): _____ Peso: _____ kg IMC: _____
Estado civil: _____ Ocupación: _____
Contacto de confianza: _____ Teléfono: _____ / _____
Dirección de vivienda: _____
Médico que le atiende: _____ Salón: _____

Historia Clínica

A P P

A P N P

Alergias: _____
Fumado: Sí ____ ¿Cuánto al día? _____ No ____
Alcohol: Sí ____ ¿Cuánto al día? _____ No ____
Toxicomanías (otras drogas de abuso): _____
Otros:

A H F

A Q X

A G O

P: _____ G _____ A: _____

Otros aspectos: _____



Motivo de la consulta

Signos vitales

Presión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____
O2: _____ Frecuencia respiratoria: _____

Resultados de laboratorios

Tratamiento farmacológico actual

Tratamiento no farmacológico

Otros aspectos

- _____ Dificultad para el habla
- _____ Dificultad para comer
- _____ Paciente sordo
- _____ Habla otro idioma. Indique cuál _____
- _____ No sabe leer
- _____ Vive solo (a)
- _____ Paciente agresivo (a)
- _____ Paciente con discapacidad física. Indique cuál _____
- _____ Paciente necesita ser referido a otro servicio.
Indique cuál _____
- _____ Se identifica un Problema Relacionado a Medicamentos
- PRM de necesidad
 - Problema de salud no tratado
 - Efecto de medicamento innecesario
 - PRM de efectividad
 - Inefectividad no cuantitativa de un medicamento
 - Inefectividad cuantitativa de un medicamento
 - PRM de seguridad
 - Inseguridad no cuantitativa de un medicamento
 - Inseguridad cuantitativa de un medicamento

Descripción del PRM

Plan de Abordaje _____

Interrogatorio del cuidador o familiar cercano del paciente

Tiempo de evolución: _____

Forma en que inició el problema:

Lento ___ Súbito ___ Después de un evento específico: _____ ¿Cuál? _____

Naturaleza de la progresión de la enfermedad:

Lenta ___ Escalonada ___ Rápida ___ Sin progresión ___

¿Qué aspectos le preocupan?

Condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda del paciente:

Material de construcción de la vivienda

Techo: Zinc _____ Teja _____ Paja _____ Otro: _____
Paredes: Madera ___ Concreto ___ Lámina ___ Otro: _____
Piso: Madera _____ Tierra _____ Cerámica ___ Otro: _____

¿Con cuántas personas vive el paciente? _____

¿Hay animales en la vivienda? No ___ Sí ___ ¿Cuántos? _____

¿Se cumple un distanciamiento suficiente al paciente? Sí ___ No ___

¿Cuenta con acceso a agua potable? Sí ___ No ___

¿El paciente se expone a humo por uso de cocina de leña? Sí ___ No ___

¿El paciente duerme solo? Sí ___ No ___ ¿Con quién? _____

Aspectos relacionados con el Servicio Sanitario

¿El paciente cuenta con servicio sanitario? Sí ___ No ___

Este lugar está adaptado a las necesidades del paciente? Sí ___ No ___

¿Al ducharse, el paciente cuenta con agua templada? Sí ___ No ___

Evaluación del desempeño del estudiante

ASPECTO A EVALUAR	¿SE LLEVÓ A CABO?			
	SÍ	NO		
Saludó al paciente y acompañante de forma cordial			7	
Se presentó a sí mismo (a)			5	
Ofreció ayuda atentamente desde el servicio de farmacia			7	
Revisó el tratamiento actual (interacciones, efectos adversos, dosis)			13	
Comunicación asertiva y liderazgo			8	
Dio indicaciones farmacológicas en palabras sencillas y concisas			8	
Dio indicaciones no farmacológicas según el caso planteado			10	
Consultó si surgió alguna duda adicional con respecto al tratamiento			9	
Dio abordaje emocional al paciente con respecto a su diagnóstico			9	
Se refirió al paciente por su nombre			8	
Se despidió y retiró cortésmente			7	
Genera una adecuada comunicación farmacéutico-paciente			9	