

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS
AMÉRICAS**

CARRERA DE FARMACIA

**DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN POBLACION EN
CONDICION DE HOSPITALIZACION CON DEPRESIÓN
MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO
MANUEL ANTONIO CHAPUÍ Y TORRES EN EL PERIODO
DEL PRIMERO Y SEGUNDO SEMESTRES DEL 2019**

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

LUIS ARTURO DÍAZ SÁNCHEZ

TUTORA: LAURA VANESSA SÁNCHEZ ORTIZ

SEDE ARANJUEZ

ABRIL 2021

Contenido

Tablas	4
Figuras	6
Resumen	¡Error! Marcador no definido.
Agradecimientos	8
Dedicatoria	9
Resumen	10
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
OBJETIVOS	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
JUSTIFICACIÓN	14
ANTECEDENTES	15
PROYECCIONES.....	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
Hospital Nacional Psiquiátrico.....	19
Historia	19
Organigrama	19
Sistemas de nervioso	20
Neurobiología de la depresión.....	22
Serotonina	26
Dopamina	29
Trastornos Afectivos	31
Depresión	31

<i>Tratamiento de la depresión</i>	45
<i>Adherencia al tratamiento</i>	60
<i>Atención farmacéutica</i>	65
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	77
<i>Tipo de la investigación</i>	77
<i>Enfoque</i>	77
<i>Diseño metodológico</i>	78
<i>Transversal</i>	79
<i>Descriptivo</i>	79
<i>Fuentes de información</i>	79
<i>Validación de los instrumentos</i>	80
<i>Categoría de análisis</i>	81
<i>Instrumentos por utilizar</i>	82
<i>Criterios de inclusión</i>	83
<i>Criterios de exclusión</i>	83
<i>Recolección de datos</i>	83
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	103
<i>Categoría N°1</i>	104
<i>Categoría N°2</i>	109
<i>Categoría N°3</i>	113
CAPÍTULO V:	121
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	121
1. Presentación	128
2. Definición de los conceptos relacionados con el protocolo.	129

3. Descripción del perfil del puesto.....	130
a. Perfil Profesional Farmacéutico 1	130
b. Perfil profesional Farmacéutico 2	131
c. Perfil profesional Farmacéutico 3	132
4. Criterios de inclusión	133
5. Criterios de exclusión	133
6. Evaluación preliminar.....	133
7. Entrevista personal.....	133
9. Terapia farmacológica.....	134
10. Búsqueda de la estrategia	135
11. Evaluación de la estrategia.....	135
12. Recomendaciones al egreso	135
Bibliografía.....	136
ANEXOS	143

Tablas

Tabla 1:	24
Alteración de mecanismo de la neurotransmisión	24
Tabla 2:	28
Anormalidades en los mecanismos de la serotonina en pacientes deprimidos	28
Tabla 3:	29
Descripción de las vías dopaminérgicas de interés psicofarmacológico	29
Tabla 4: Escala de evaluación para la depresión y funcionalidad (EsADFun)	44

<i>Tabla 5:</i>	49
<i>Duración mínima de antidepresivos</i>	49
<i>Tabla 6:</i>	50
<i>Clasificación de los psicofármacos</i>	50
<i>Tabla 7:</i>	54
<i>Ansiolíticos e hipnóticos</i>	54
<i>Tabla 8:</i>	55
<i>Nombres genéricos para el tratamiento farmacológico antidepresivo</i>	55
<i>Tabla 9:</i>	63
<i>Factores involucrados en la adherencia al tratamiento</i>	63
<i>Tabla 10:</i>	66
<i>Elementos clave para el desarrollo de la atención farmacéutica según el pilar de capacidad</i>	66
<i>Tabla 11:</i>	68
<i>Principios de manejo clínico y farmacológico</i>	68
<i>Tabla 12:</i>	69
<i>Evaluación integral del episodio depresivo utilizando instrumentos clínicos</i>	69
<i>Tabla 13:</i>	74
<i>Protocolo de actuación ante hombres con trastornos depresivos graves y crónicos</i>	74
<i>Tabla 14 : Operacionalización de variables</i>	81
<i>Tabla 15:</i>	84
<i>Fuentes de información</i>	84

Figuras

<i>Figura 1:</i>	34
<i>Número de casos de trastorno depresivo alrededor del mundo.</i>	34
<i>Figura 2:</i>	35
<i>Sintomatología del trastorno depresivo mayor</i>	35
<i>Figura 3:</i>	36
<i>Comportamiento lineal del trastorno depresivo mayor</i>	36
<i>Figura 4:</i>	37
<i>Representación gráfica de la distimia</i>	37
<i>Figura 5:</i>	39
<i>Prevalencia de depresión de acuerdo con los grupos etarios</i>	39
<i>Figura 6:</i>	40
<i>Prevalencia de los trastornos depresivos por región</i>	40
<i>Figura 7:</i>	41
<i>Incidencia de la depresión a lo largo del ciclo de vida del hombre</i>	41
<i>Figura 8:</i>	42
<i>Incidencia de la depresión a lo largo del ciclo de vida de la mujer</i>	42
<i>Figura 9:</i>	43
<i>Riesgo de depresión a lo largo del ciclo de vida en la mujer</i>	43
<i>Figura 10:</i>	47
<i>Remisión de los síntomas con antidepresivos en función a la respuesta</i>	47
<i>Figura 11:</i>	48
<i>Esquema del tratamiento de la depresión</i>	48
<i>Figura 12:</i>	51

Clasificación de los diferentes tratamientos antidepresivos, clasificados por su mecanismo de acción.....51

Figura 13:53

Función de los antidepresivos a lo largo del ciclo de vida.....53

Figura 14:77

Los tres principales enfoques de la investigación hoy, incluye subtipos de estudios mixtos.77

Agradecimientos

A Dios por darme la oportunidad de concluir esta etapa y estudiar siempre me ha entusiasmado y apasionado, gracias a Dios por ser tan fiel conmigo y bueno conmigo.

A mi madre Yamileth Sánchez Jiménez, por el apoyo que me brindó durante todo el proceso de estudio, desde lo moral hasta lo afectivo, gracias a sus oraciones constantes hoy cumplo mi sueño, mamita; no sabes cuánto significas para mí, te amo con todo mi corazón y me siento orgulloso de ser tu hijo. Eres la mejor.

A mi papá Pedro Díaz Sánchez quien toda su vida me ha enseñado el ejemplo de superación, papito eres un gran modelo por seguir. Gracias por ayudarme a comprender conceptos que no entendía en algunos cursos siempre. En todo momento buscaste la manera de brindarme ayuda, gracias a eso hoy cumplo mi sueño de las “tres letras”.

A mi esposa Ericka Díaz Cruz que sin cuya ayuda nunca hubiera alcanzado este sueño. Te amo mucho y doy gracias a Dios por situar una gran mujer a mi lado, gracias por la ayuda inmensa e incondicional que me has brindado por fin llegamos al final de esta gran etapa.

A mis hermanas Vivian y Pamela Díaz Sánchez que han visto el sacrificio que he hecho durante todos mis años de estudio.

A mi sobrino Ian Carrillo Díaz, mi motor para cumplir este sueño

A la Dra. Laura Sánchez, por ser parte de mi proceso universitario, y parte de mi formación personal y profesional. Mi eterno agradecimiento

Al Dr. Raymond Jiménez que siempre me ha brindado su apoyo incondicional y ha estado durante todo este proceso.

A quienes estuvieron a mi alrededor durante el proceso: amigos, compañeros y jefes del servicio gracias por ayudarme y apoyarme

Dedicatoria

A Dios

A mis papás, Pedro Díaz y Yamileth Sánchez.

A mis hermanas, Vivian y Pamela Díaz.

Gracias a ellos hoy termino esta etapa.

A mi esposa Ericka Díaz Cruz, sin ella hoy no sería la persona que soy.

Gracias a todos por apoyarme y hacer tantos sacrificios para hacerme llegar a este punto.

¡Los amo mucho!

Resumen

Introducción: actualmente la depresión es una enfermedad neurológica que afecta a más de 300 millones de personas alrededor del mundo, siendo este un problema que afecta principalmente a las mujeres en una proporción de 2:1 con respecto a los hombres por diferentes factores socioeconómicos y sociales, en donde la severidad de los síntomas puede llevar al paciente al suicidio. Dada la severidad de este problema el Hospital Nacional Psiquiátrico no cuenta con un protocolo para poder atender a pacientes con trastorno depresivo mayor. **Objetivo:** diseñar un protocolo intervencional de adherencia farmacológica mediante la atención farmacéutica para personas con trastorno depresivo mayor. **Materiales y métodos:** se analizó la información de la base de datos del Hospital Nacional Psiquiátrico del primer y segundo semestre del 2019, se realizó una encuesta a profesionales en farmacia, esta investigación es cuantitativa, transversal descriptiva no experimental. **Resultados:** la prevalencia para el trastorno depresivo mayor en el año 2019 en el Hospital Nacional Psiquiátrico fue de 18.2 % en un rango de edad de 24 a 36 años y un 16.8 % para un rango de edad de 11 a 23 años, los principales síntomas de esta patología son llanto, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, ideación suicida. **Conclusiones:** las mujeres tienden a estar un mayor número de días internadas dentro de este centro hospitalario, la mayor incidencia para esta enfermedad son mujeres de 24 a 36 años. Existe una necesidad inminente de poder realizar el protocolo para la atención farmacéutica y poder abordarlo en su totalidad.

Abstract

Introduction: currently depression is a neurological disease that affects more than 300 million people around the world, this being a problem that mainly affects women in a 2: 1 ratio compared to men due to different socioeconomic and social factors , where the severity of the symptoms can lead the patient to suicide. Given the severity of this problem, the National Psychiatric Hospital does not have a protocol to care for patients with major depressive disorder. **Objective:** to design an interventional protocol for pharmacological adherence through pharmaceutical care for people with major depressive disorder. **Materials and methods:** the information from the database of the National Psychiatric Hospital for the first and second semesters of 2019 was analyzed, a survey of pharmacy professionals was carried out, this research is quantitative, descriptive, non-experimental cross-sectional. **Results:** the prevalence for major depressive disorder in 2019 at the National Psychiatric Hospital was 18.2% in an age range of 24

to 36 years and 16.8% for an age range of 11 to 23 years, the main symptoms of this pathology are crying, sleep and appetite alterations, fatigue, suicidal ideation. Conclusions: women tend to spend a greater number of days hospitalized within this hospital, the highest incidence for this disease is women between 24 and 36 years old. There is an imminent need to be able to perform the protocol for pharmaceutical care and to be able to address it in its entirety.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Gómez *et al* (2020) en su artículo “El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el trastorno depresivo mayor” explica mediante una entrevista que este trastorno aparece por una o varias causas de diferentes orígenes y que por otro tipo de situaciones puede verse aumentada la posibilidad de padecerla. El estudio principal valoró los eventos estresantes en el trastorno de la depresión mayor y obtuvo como resultado que la baja percepción de control frente al evento estresante es el factor determinante, seguido por la evaluación negativa del evento. (p.68).

De acuerdo con Pérez Padilla, Cervantes Ramírez, Hijuelos García, Pineda Cortés y Salgado Burgos (2017) en “Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor”

“Entre los factores psicosociales, se ha observado que los primeros episodios depresivos aparecen después de algún evento estresante, y el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la fisiología cerebral que pueden producir variaciones a nivel estructural y en el funcionamiento de diferentes áreas cerebrales. Entre los factores genéticos que intervienen en el trastorno depresivo, se ha reportado que alrededor de 200 genes están relacionados con el trastorno depresivo mayor” (p.739).

Cañazas, Catalán, Raya y Real (2014); en su artículo “Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado” menciona que en Europa la depresión es la tercera causa de consulta al médico. Por esta razón existen guías de práctica clínica para el manejo de la depresión que incluyen psicoterapias como primera elección, sin embargo, se evalúa la evolución del paciente con terapia propias del cuidado personal determinado si la mejoría de la sintomatología está asociada directamente a la calidad de los pacientes. (p.145).

En Costa Rica, la consulta médica del seguro social según el (Ministerio de Salud [M.S.], 2012) tiene como característica una atención en la cual solo se valora la enfermedad como tal y no se ofrece un valor humanitario dada la extrema limitación de tiempo con que cuentan los médicos para efectuar una óptima revisión. Esto conlleva tanto a fallas terapéuticas como de diagnóstico. Así mismo hoy tampoco existen políticas de formación para atender aquellas necesidades en el campo de la salud mental. El país tampoco cuenta con promociones de salud mental en las que se incluyan actividades de recreación y de empleo-adequado del tiempo libre para mejorar la calidad

de vida. Por ello, a falta de estos instrumentos, se promueve aportar a la sociedad una guía para mejorar la condición de salud mental.

Aragones *et al* (2017) han demostrado mediante “Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria” la deficiencia que existe en el manejo de esta patología. Proponen guías que vienen a revolucionar el diagnóstico y el abordaje terapéutico de la depresión mayor, pues enfatizan un seguimiento sistémico para evaluar la condición clínica y con ello readecuar el tratamiento a las necesidades del paciente. Se logra así una mejor adherencia al tratamiento y se evita que sea recurrente el abandono del tratamiento farmacológico.

Se ha tenido dificultades para darle un adecuado seguimiento aquellos pacientes que presentan la patología. Según (De Paz Soto, 2017) en su tesis “factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes de psiquiatría del hospital regional docente de Trujillo” un abordaje inicial para disminuir la sintomatología requiere alrededor de seis meses. Sin embargo, en algunas ocasiones en un menor tiempo ya presentan una mejoría, disminuyen los síntomas y, por ende, el abandono a la medicación. El desarrollo de un programa en conjunto con una adecuada atención farmacéutica facilita la adherencia a los antidepresivos prescritos por el médico en conjunto con otros servicios de apoyo.

Por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la importancia de los programas de seguimiento farmacoterapéutico de adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con depresión mayor en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres?

OBJETIVOS

Objetivo General

Diseñar un protocolo intervencional de adherencia farmacológica mediante la atención farmacéutica para personas con trastorno depresivo mayor.

Objetivos Específicos

Determinar la incidencia de trastorno depresivo mayor en los pacientes que ingresan al Hospital Nacional Psiquiátrico mediante un historial de casos de hospitalización por crisis depresiva.

Establecer el perfil sintomatológico de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor mediante una revisión teórica, para abordarlos en su totalidad en la atención farmacéutica.

Establecer un documento en el cual se indique los rubros a seguir para un seguimiento farmacoterapéutico adecuado.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la (O.M.S., 2020) “la depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo” por lo que se convierte en una enfermedad que conlleva la incapacidad afecta en la mayoría de los casos al sexo femenino.

Una depresión sin tratamiento farmacológico es potencialmente capaz de llevar a un suicidio. Depende reaccione contra aquellas emociones que se puedan enfrentar día con día. Con este dato se demuestra la incidencia del trastorno depresivo mayor en el que viene en auge con el paso del tiempo, ya que cada vez existen más factores que contribuyen a desarrollarla

Asimismo, la depresión en Costa Rica está dentro de las diez enfermedades que más se consulta en la Caja Costarricense del Seguro Social. Esta es la quinta causa de todas las incapacidades otorgadas. El país está adoptando un cambio en la metodología para promover un modelo de prevención de la salud mental, porque constituye un alto costo económico para la economía del país. Con ellos se pretende realizar la inclusión de otras instituciones públicas para dar un mejor abordaje desde todas las disciplinas involucradas, según la (Universidad de Costa Rica [U.C.R.], 2018).

Como consecuencia de las incapacidades que genera esta enfermedad (Gómez y otros 2020) han expuesto como recomendación el uso de estrategias para el desapego de los síntomas que más afectan, como la falta de relación interpersonal o laboral que se posee cuando se padece depresión, el bajo rendimiento académico que les imposibilita cumplir metas. La sociedad debe comprender que la depresión integra factores genéticos y ambientales, por lo que es considerada una enfermedad neuropsiquiátrica prevalente en nivel mundial, motivo por el cual resulta trascendente realizar estudios sobre la situación actual y ampliar conocimientos acerca de este trastorno.

Lorenzo, Díaz, Ordóñez, Quintero y Vitón (2019) indican, que independientemente de la clasificación con que se le diagnostique la enfermedad, la sintomatología se torna en un decaimiento del ánimo, una reducción de las energías para realizar sus actividades cotidianas. Por ello, para disminuir los episodios clínicos se desarrolla un programa que va de la mano con un

buen tratamiento terapéutico junto a otros servicios de apoyo, el paciente se verá beneficiado mediante este programa implementado en la atención farmacéutica.

De esta manera se puede demostrar la importancia de implementar un programa donde se intervenga al paciente en aras de evitar la cronificación del diagnóstico depresivo o enfermedades concomitantes. Se readecuarían los horarios de todos los tratamientos que necesita para obtener una mayor adherencia tanto a los antidepresivos como a los de otras patologías para que no abandone la medicación, evite recaídas depresivas que consecuentemente terminan en hospitalizaciones y un nuevo inicio de los esquemas.

ANTECEDENTES

En los tiempos prehistóricos, las causas de los trastornos mentales estaban dado por lo que se creía sobre los fenómenos sobrenaturales; en particular por aquellos que se relacionaban con espíritus. El sistema que existía en ese momento era mágico-religioso que actuaba para las curaciones del alma y así tratar las enfermedades mentales que los afligían. Fue hasta tiempo después que Homero, Plutarco, Hipócrates y Areteo pudieron describirla como cualquier observador moderno y no solo lograron describirla, sino que también la separaron de las demás enfermedades mentales, puntualizaron sus características y propusieron tratamientos razonables para esa época (Zoch Zannini, 2002).

En el artículo “Antecedentes y presencia de trastornos depresivos como factor de riesgo de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 74 años atendidos en un servicio de urgencias”, (Suárez, Cobo, Suárez, García, y Álvarez, 2009) demuestran que hay estudios realizados alrededor de 1980 que muestran una mayor incidencia de personas con trastorno de depresión mayor. Estudian una población mayor de 74 años en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias y concluyen que, independientemente de su estado civil raza o sexo, el paciente con sintomatología depresiva presenta grandes posibilidades de un nuevo ingreso hospitalario cuando se efectúe un chequeo médico.

El “estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela” (Borges Grün, 2017) describe que durante los años setentas se iniciaron los primeros diagnósticos de enfermedades mentales y tuvieron un gran auge. De ahí en adelante se ha logrado explicar la mayoría de los síntomas que presenta la depresión, una muestra de 814 participantes venezolanos que mediante un cuestionario de salud del paciente se diagnostica rápidamente las principales

características del trastorno depresivo. Se obtuvo así un 10.6% de la muestra total con depresión. Como resultado final se concluyó que la depresión en Venezuela durante los años setenta estaba influenciada por la región geográfica.

Espinosa Muñoz, Orozco Ramírez e Ybarra Sagarduy (2015) indican que en México durante el 2009 las instituciones públicas de salud proporcionaron más de nueve mil millones de consultas externas de las cuales el 1% fueron de atenciones referentes a enfermedades de salud mental. No obstante, la Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica (ENEP) reporta que el 28.6% de los mexicanos presentó algún tipo de trastorno mental mencionado en la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), los trastornos depresivos fueron los más recurrentes. La depresión es la enfermedad que genera mayor número de incapacidades por encima de las enfermedades crónicas como: hipertensión arterial o diabetes y que en conjunto con otra enfermedad física exacerba el dolor interfiriendo con la adherencia terapéutica. En México, según la ENEP, se observa que en la mujer prevalece esta enfermedad con un 11.2%; mientras en los hombres solo alcanza el 6.7%.

De acuerdo con Párraga y otros (2014), en el artículo “Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo” hay una trazabilidad de aquellos pacientes inician un tratamiento con antidepresivos para determinar la causa del abandono del tratamiento. Mediante un estudio observacional prospectivo de 185 pacientes analizados durante 180 días aproximadamente, se concluyó que el 46.9% tuvo una tendencia de incumplimiento, ya que se le hizo un conteo de las tabletas desde el inicio hasta el final. Un 48.5% a los 15 días de iniciado este estudio ya le hacía falta parte del tratamiento. La parte restante de la población demostró tener efectos secundarios con los medicamentos prescritos. Se evidenció que el mayor porcentaje de los pacientes posee una inadecuada adherencia a este tipo de tratamiento farmacológico.

El estudio de De Paz Soto (2017) sobre los “Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, febrero-marzo 2016” contempla todas aquellas posibilidades del porqué no se hace una adherencia a los fármacos antidepresivos. A través de un estudio descriptivo-relacional transversal por medio de una encuesta realizada por el tesista, con 91 encuestas válidas, muestra que hubo 51 no adherentes y que 40 se apegaron muy bien al tratamiento, Se concluye entonces que, factores como

la percepción de la enfermedad o las creencias, poseen mucha relación con el momento de tomar antihipertensivos.

A través del ejercicio se rebela que existe una correlación entre todas aquellas enfermedades crónicas y el trastorno depresivo mayor. El principal factor es la baja adherencia a los tratamientos y es así como (Ivanovic, 2020) en su estudio “Patologías crónicas, depresión y adherencia a tratamientos y controles de salud” implementa un estudio cualitativo con entrevistas realizadas a pacientes diagnosticados con depresión y a sus respectivos familiares de mayor cercanía. Todos refirieron que, debido a la depresión, las otras patologías se agravaron por falta de interés en asistir a citas de control rutinario, paralelamente se llega a un abandono de la medicación antidepresiva, por lo que los equipos de salud deberían adquirir el compromiso de darle un mejor seguimiento farmacológico para que con ello exista una mejor cohesión del tratamiento.

El autor (Gómez, 2019) en la “eficacia y coste-efectividad de la investigación estilo de vida saludable aplicada por medio de tics para el tratamiento de la depresión en atención primaria: un estudio controlado” evalúa que mediante un cambio de estilo de vida de los pacientes puede existir una mayor mejora en los síntomas depresivos. Mediante un ensayo clínico donde participaron 120 personas diagnosticados con depresión. De ellos solo se reclutaron 111, en el 48.6% de ellos la depresión tenía relación con el estilo de vida. Al 51.4% restante les aplicaron el programa de control diario. Se demostró que un estilo de vida saludable disminuye rápidamente los síntomas depresivos y una mejora en el estado de salud del paciente como tal.

El doctor (Odio, 2017) señala que el trastorno mental de la depresión se ha vuelto más común en los últimos años, pero con ellos se ha dado una práctica inusual en el momento del abordaje terapéutico. En su tesis “Sobrediagnóstico y medicalización de los trastornos depresivos en el I primer nivel de atención” utiliza un estudio descriptivo y concluye que el problema de esta enfermedad no tiene un origen, sino que más bien es multifactorial que van desde fallas terapéuticas hasta situaciones socioeconómicas. Este estudio finaliza con que el tratamiento farmacológico debe ser de primera línea para tratar el trastorno depresivo mayor, sin embargo para depresiones leves y moderadas se podría considerar un tratamiento placebo.

En el artículo de (Millán, 2014) se realiza un abordaje colaborativo al evaluar el modelo costarricense para tratar la depresión en la actualidad mediante una revisión bibliográfica. Se muestra que en Costa Rica existe un modelo de atención de referencia, esto conlleva aumentar la brecha de tratamiento que se debe iniciar en medicina general y si fuese posible tener el

complemento de los otros servicios para potencializar la disminución de los trastornos depresivos y lograr una mayor adherencia tanto al tratamiento farmacológico como al no farmacológico.

Para (Jiménez, 2014) existen ciertos aspectos de mayor relevancia en el proceso de la adherencia a los tratamientos farmacológicos siempre en busca en mejoras en la salud puestos en evidencia por la revisión bibliográfica de artículos científicos que demuestran que a lo largo del tiempo se ha usado diversos modelos, prospectos y hasta programas para darle una mejor adherencia al paciente

En este mismo artículo Jiménez (2014) cita la gran gama de factores asociados al buen apego al tratamiento, entre ellos: la autoestima, la edad o las adicciones condicionan la efectividad del tratamiento. Esta revisión concluye que para llegar a la adherencia necesaria se requiere de mucho esfuerzo, ya que en el proceso se entrelazan diversos aspectos que deben considerarse en el seguimiento del paciente, pues no todos tienen las mismas situaciones personales ni las mismas patologías.

PROYECCIONES

- Se pretende brindar herramientas a los farmacéuticos que laboran en el centro hospitalario para abordar la adherencia de los tratamientos antidepresivos.
- Se proporcionará una descripción sintomatológica de los pacientes, tratamientos y estancias en el centro de salud.
- Con esta investigación se proporcionará facilitará a los pacientes información y se educarán en la importancia no abandonar los tratamientos antidepresivos y para alcanzar una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Hospital Nacional Psiquiátrico

Historia

El Hospital Nacional Psiquiátrico en los inicios fue llamado el hospital de los insanos fue inaugurado el 4 de mayo de 1890, pero antes dio inicio un programa con unas casas de cuidado impulsadas por el Obispo Lorenzo, quien dada la pobreza extrema que pasaba Cartago deseaba convertir la iglesia en casa de hospital de caridad donde se albergaría a personas con lepra, y es en ese momento es donde nacen las casas de cuidado (Rodríguez Jiménez, 2015).

Se retoma en 1877 la creación de un centro hospitalario exclusivo para enfermos mentales, ya que en el Hospital San Juan de Dios había seis personas internadas por esta condición. Así nace la idea crear este centro llamado en 1833 “Asilo Chapuí”. Desde su fundación el Hospital de Insanos sobresalió por sus grandes cualidades de eficiencia y buenas prestaciones hacia la población. Durante los primeros diez años de funcionalidad fueron atendidos 814 enfermos unos diagnosticados con unos con esquizofrenia, otros con demencia o problemas mentales producidos por el exceso al alcohol. (Rodríguez Jiménez, 2015).

Alrededor de los años 1900 la Caja Costarricense del Seguro Social acoge al Hospital Psiquiátrico y le provee fondos, cuenta así con más recursos humanos y financieros que refuerzan los programas en el campo técnico, médico y administrativo. Al consolidarse esta brecha, se le reconoce al hospital los aciertos como la inclusión del servicio de terapia, con acciones terapéuticas como la distracción del paciente para mejorar la salud mental de cada uno de ellos. (Rodríguez Jiménez, 2015).

Organigrama

Según (Rodríguez Jiménez, 2015) el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí-Torres en su organización cuenta con: “un Director y Subdirector, un Administrador y Subadministrador, apoyo de los Consejos Técnicos y Administrativos, entre otros. Los servicios de Apoyo Clínico son: Nutrición, Trabajo Social, Odontología, Terapia Ocupacional, Psicología clínica, Anestesia, Psiquiatría Comunitaria, Estadística y Registros Médicos, Farmacia, Laboratorio Clínico, Electroencefalografía, Centro de Equipos y Esterilización, Biblioteca y Enfermería”

Uno de los servicios que ha marcado diferencia a través de los años es el servicio de hospital diurno, que nace como una iniciativa donde un grupo de profesionales ofrecen a la población asistencia psiquiátrica y psicológica. El principal objetivo de este servicio es complementar al paciente no solo con tratamiento farmacológico, sino lograr también una convivencia y relación terapéutica para que aquellas personas que se han visto afectadas por esa enfermedad logren una reestructuración y adaptación activa en el entorno. (Rodríguez Jiménez, 2015).

El servicio de la farmacia dio inicio sin profesionales. Era ofrecido por personas con gran voluntad para satisfacer las necesidades del hospital, inclusive solo se preparaba un tipo botiquín contra la lista que el médico enviaba. Años más tarde se trabaja despachando contra receta y así fue evolucionando este servicio y hoy ya existen profesionales en farmacia aportando todo el conocimiento. (Rodríguez Jiménez, 2015)

Sistemas de nervioso

En particular el sistema nervioso central está compuesto de neuronas y por células de sostén, las primeras inducen impulsos eléctricos para conducir estímulos que liberan reguladores químicos los cuales permiten actividades como el aprendizaje, la memoria y el control de los músculos. Las células de sostén son complemento de las neuronas y ayudan las funciones de estas, son más abundantes ya que pueden realizar mitosis. Esto explica por qué la mayoría de los tumores están llenos de células de sostén o bien llamadas células gliales, según su origen tiene una clasificación tanto funcional como estructural (Ira Fox, 2014)(p.163).

Se conoce que la neurona es la unidad básica del sistema nervioso, célula altamente especializada con capacidad de recibir, procesar y enviar información. Este tipo de estímulo se logra mediante la génesis de impulsos nerviosos de tipo eléctrico en donde actúan sodio (Na^+) y calcio (Ca^+) que gracias a las bombas iónicas asociadas a la membrana y dependientes de energía transportan de forma activa las partículas con carga activa. La comunicación interneural está organizada de tal manera que se puede enviar información sináptica a otra neurona así como recibir dicha información, existen diferentes tipos de sinapsis químicas dependiendo en la zona donde ocurra. Torales y Arce (2017) las clasifican como:

- Sinapsis axodendríticas: conexión que ocurre entre el axón de una neurona y las dendritas de otra. Es la forma más común en el sistema nervioso;
- Sinapsis axosomáticas: conexión entre el axón de una neurona y el soma neuronal de otra

- Sinapsis dendrodendríticas: conexión entre dendritas de dos neuronas; y,
- Sinapsis axoaxónicas: conexión entre axones de dos neuronas.
- Sinapsis químicas según el estado de activación de las neuronas:
- Sinapsis tipo I: En ella se produce la activación de la neurona postsináptica. En este tipo de sinapsis generalmente se liberan neurotransmisores excitadores como el glutamato o la acetilcolina y son fundamentalmente axodendríticas; y,
- Sinapsis tipo II: ~~En las que~~ se produce la inactivación de la neurona postsináptica. En este tipo de sinapsis generalmente se suelen liberar neurotransmisores inhibidores como el ácido gamma-aminobutánico (GABA) y la glicina y son fundamentalmente axosomáticas. (p.63)

El sistema nervioso tiene la particularidad de reconocer objetos, discernir sus cualidades y de ahí generar una respuesta adaptativa ante cualquier estímulo que se presente. La revista (Ramírez, y otros, 2018) biomédica en su nueva teoría sobre la depresión indica que los síntomas o manifestaciones conductuales de la depresión surgen por el inicio estímulos que sufre la corteza cerebral. Lograron determinar que el sistema inmunitario se activa conjuntamente. Es provocado por algún estrés que desencadena inflamación.

El aumento de las concentraciones en sangre de marcadores biológicos inflamatorios conlleva a los primeros síntomas de la depresión que son confundidos con una gripe, ya que provocan anorexia, fatiga e inclusive trastornos del sueño, en este estudio se recomienda la terapia que controle el sistema inmunológico, siendo las citosinas responsables de las reacciones inflamatorias en fase aguda causantes de síntomas depresivos como hiperactividad, alteración del metabolismo de la serotonina y síntomas neurovegetativos. (Ramírez, y otros, 2018).

El papel de las hormonas sexuales en la teoría de Slavich y Sacher (2019) describe que: “Los mecanismos neuronales, fisiológicos, moleculares y genómicos que vinculan las experiencias de adversidad socio ambiental con procesos biológicos internos que impulsan la patogénesis, el mantenimiento y la recurrencia de la depresión, así como la co-ocurrencia de la depresión con otra inflamación, trastornos neuropsiquiátricos, del neurodesarrollo y neurodegenerativos relacionados. En resumen, las circunstancias socioambientales que se evalúan neurocognitivamente como amenazas están representadas en el cerebro, lo que a su vez influye en la actividad del SNS, el eje HPA y el nervio vago. Las moléculas

neuroefectoras de estos sistemas involucran programas de transcripción de genes específicos altamente conservados en diferentes células diana”.

Se han realizado estudios génicos en seres humanos y en roedores con el fin de demostrar las conexiones cerebrales que existen para este trastorno, el humano por su parte maneja todas las emociones mediante el sistema límbico, regulado por diversas vías nerviosas que liberan neurotransmisores químicos como la noradrenalina, dopamina, serotonina y la acetilcolina. Individuos diagnosticados con algún tipo de depresión suelen presentar un mayor metabolismo en zonas como la amígdala, corteza orbital y tálamo medial. De igual manera se puede apreciar un leve descenso en las zonas dorso y corteza del cerebro. Todas estas funciones, por lo general, se ven influenciadas por la serotonina y sus respectivos receptores inducidos por la poca ingesta o concentración de L-triptófano inclusive en pacientes con tratamiento antidepresivo como en personas con algún tipo de predisposición. (Pérez Padilla, Cervantes Ramírez, Hijuelos García, Pineda Cortés y Salgado Burgos 2017)

Neurobiología de la depresión

A causa del gran impacto del trastorno depresivo mayor que sufre la población mundial, (Díaz Villa & González González, 2012) un estudio sobre las actualidades en neurobiología de la depresión, indica que las primeras investigaciones fueron realizadas sobre las monoaminas por la gran variedad de fármacos antidepresivos que se utilizan. Sin embargo, hoy existen muchas teorías en relación con el desarrollo de la depresión, que van desde cambios estructurales del cerebro hasta alteraciones en neurotransmisores como el glutamato. Por medio de la radiología se ha demostrado que pacientes en estado de depresión mayor sufren cambios estructurales en el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal.

El autor Ira Fox (2014) explica que la sinapsis es una unión entre dos neuronas si nos posicionamos en el sistema nervioso central, pero si fuera en el sistema nervioso parasimpático la unión de la neurona puede ocurrir con una célula efectora de un músculo o una glándula. Estas uniones neuromusculares se dan principalmente por axón y las dendritas de una segunda neurona, dependiendo de la unión de estas dos neuronas se van a clasificar y se les pondrá un nombre específico para reconocer ese enlace químico. Casi todas las transmisiones celulares tienen un solo sentido que va desde el axón de la primera neurona (presináptica) hacia la segunda (postsináptica). Con el transcurso de los años y estudios se demostró que la conducción sináptica era química donde

se libera lo que hoy se conoce como neurotransmisores, que cambian los potenciales de acción. (pp. 180-184).

Algunas sustancias liberadas en la hendidura sináptica son consideradas transmisoras las cuales poseen algunas características comunes una de ellas es la neurona presináptica, estas moléculas transmisoras pueden comportarse como neurotransmisor, neuromoduladores y neuroreguladores las cuales son definidas por (Torales & Arce, 2017) como:

“Neurotransmisor: es una biomolécula, sintetizada por las neuronas, que se vierte, a partir de vesículas existentes en la neurona presináptica, hacia la brecha sináptica y produce un cambio en el potencial eléctrico de la neurona postsináptica. Los neurotransmisores son, por tanto, las principales sustancias de las sinapsis. Así, los neurotransmisores provocan en el terminal postsináptico de la célula con la que están en contacto, cambios electrofisiológicos que se traducen en potenciales postsinápticos excitadores o inhibidores

Neuromoduladores: son moléculas liberadas en la sinapsis que, si bien no generan potenciales de acción, influyen y modifican la capacidad de respuesta generada por los neurotransmisores.

Neuroreguladores: sustancias originadas en células diferentes de las neuronas, que influyen en la excitabilidad de las células nerviosas. En el grupo de neuroreguladores se incluyen a las prostaglandinas, el óxido nítrico y esteroides que circulan por el sistema nervioso central” (p.64)

Las investigaciones que se han desarrollado en los últimos años, vinculan que las hormonas sexuales están ligados a los procesos inflamatorios y por ende en el desarrollo del trastorno depresivo mayor y otros trastornos neuropsiquiátricos, por lo que las mujeres parecen ser más vulnerables a presentar enfermedades neurodegenerativas a lo largo de la vida con respecto a los hombres sobre todo en los períodos de transición hormonal. Tanto el estrógeno como la progesterona actúan a través de los receptores genómicos están altamente expresados en las áreas del cerebro que involucra la emoción y a cognición tales como la amígdala y el hipocampo. (Slavich y Sacher, 2019).

Una de las teorías correspondiente a las monoaminas propone que el trastorno depresivo mayor se debe a la falta de serotonina (disminución de triptófano) , norepinefrina (disminución de fenilalanina-tirosina) y en menor cantidad la dopamina, Mediante un metaanálisis que incluyó 90 estudios aleatorios se demuestra que esta disminución no tiene relación con los estados de ánimo

de las personas sanas, sin embargo aquellos que tienen historia familiar de depresión mayor si tuvieron una disminución del estado de ánimo. (Díaz Villa y González González, 2012).

Las funciones de la norepinefrina son reguladas por los receptores adrenérgicos y los transportadores de norepinefrina (TNE), por lo que se sugiere que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación o producción de la norepinefrina. Se señala un desbalance del sistema noradrenérgico el cual tiene un rol fundamental en la fisiopatología de los trastornos afectivos. Cuando se conoce esto se da inicio con los tratamientos antipsicóticos, psicoestimulantes y antidepressivos, los cuales actúan potencializando la actividad sináptica de la norepinefrina. (Díaz Villa & González González, 2012)

Es importante conocer las diferentes alteraciones que presenta la neurotransmisión, ya que ahí es donde se origina la acción terapéutica de los diferentes fármacos. Estos trastornos en tres niveles.

Tabla 1: Alteración de mecanismo de la neurotransmisión

Alteración a nivel de la síntesis y almacenamiento de neurotransmisores	Inhibir la síntesis de neurotransmisores: Por ejemplo, la α -metil-p-tirosina (AMPT) es una molécula inhibidora de la enzima tirosina-hidroxilasa, con la cual se impide el paso de tirosina a L-dopa y, consecuentemente, se disminuye la síntesis de dopamina y noradrenalina.
	Proporcionar a la neurona mayor cantidad de sustancia precursora; por ejemplo, algunos fármacos que se utilizan en la enfermedad de Parkinson proveen de mayores cantidades de L-dopa, con la cual las neuronas pueden sintetizar mayores cantidades de dopamina.
	Inhibir la recaptación de neurotransmisores en las vesículas de almacenamiento de los terminales presinápticos, con lo que los mismos se encuentran desprotegidos y expuestos a la degradación enzimática (por ejemplo, a las monoamino-oxidasas). Un ejemplo es la reserpina, que depleciona las reservas de serotonina y noradrenalina en el cerebro, médula suprarrenal, y otros tejidos, y reduce la recaptación de catecolaminas por los terminales nerviosos adrenérgicos
	Disminuyendo la entrada de iones Ca^{+2} al terminal presináptico mediante, por ejemplo, el aumento de las concentraciones de Mg^{+2} , que es un ion que compete con el Ca^{+2} para entrar a la célula

Alteración en nivel del proceso de liberación de neurotransmisores	Agotando las fuentes de un neurotransmisor. Por ejemplo, el veneno de arañas de género <i>Latrodectus</i> (viuda negra) puede provocar una liberación masiva de acetilcolina, provocar convulsiones, parálisis muscular y afectación de funciones fisiológicas controladas por el sistema nervioso autónomo que pueden llevar a la muerte.
Alteración en nivel del proceso de inactivación de neurotransmisores	<p>Algunas sustancias inhiben las enzimas que afectan la degradación de los neurotransmisores, aumentan por ende su concentración en la hendidura sináptica y potencian de esa forma su efecto. A modo de ejemplo, existen sustancias que inhiben la acetilcolinesterasa, enzima encargada de degradar la acetilcolina. Estas sustancias pueden ser:</p> <p>1. Inhibidores irreversibles: Como los fosfatos orgánicos (ésteres del ácido fosfórico), utilizados en algunos insecticidas y plaguicidas, y muy neurotóxicos.</p> <p>2. Inhibidores reversibles: Como el donepezilo, fármaco diseñado para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, que inhibe de manera reversible a la acetilcolinesterasa y, secundariamente, a la butirilcolinesterasa, aumentando de esa manera la concentración de la acetilcolina en la hendidura sináptica</p> <p>Otro mecanismo es el producido por sustancias que impiden que los neurotransmisores (dopamina, serotonina y noradrenalina) sean recaptados adecuadamente por el terminal presináptico, aumentando la concentración de los mismos en la hendidura sináptica. Esta es la base de la acción de muchos fármacos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina), los inhibidores de la recaptación/antagonistas de serotonina (trazodona), inhibidores de la recaptación de dopamina-noradrenalina (bupropión), inhibidores de la recaptación de noradrenalina (atomoxetina, reboxetina), inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (duloxetina, venlafaxina) y de los inhibidores duales de la recaptación de serotonina (vilazodona)</p>

Nota: tomado de Torales y Arce (2017)

Serotonina

Torales y Arce (2017) la definen como: “amina biogénica indolaminérgica, sintetizada fundamentalmente en los núcleos del rafe del tronco encefálico, desde donde se envían proyecciones que se distribuyen por diversas regiones del sistema nervioso central.” (p.64) su síntesis va a depender de la recaptación activa de triptófano metabolizado luego por una enzima específica para ella que la convierte en serotonina (5-hidroxitriptamina) la cual juega un papel importante en la regulación del sueño, aumento del umbral del dolor, humor alterado, regulación del apetito, de la conducta agresiva y sexual.

Según los autores Strüder y Weiker (2010) el neurotransmisor central serotonina (5-HT) es el encargado de regular el sistema conductal, la neurotransmisión depende del equilibrio existente entre el almacenamiento, la liberación presináptica y la recaptura en la hendidura sináptica de los transportadores. El sistema 5-HT funciona como apoyo en la transmisión neuronal del cerebro durante o después de aquellos episodios que lo afectan por estrés y en el trastorno depresivo mayor para mejorar la clínica del paciente debido al sistema compensatorio en el que participa la serotonina. Las proyecciones de 5-HT están dadas por impulsos intrínsecos y extrínsecos de diferentes áreas del cerebro que contienen información sobre la planificación y mayormente en la motivación (pp. 467-481).

Otra de las múltiples funcionalidades que mencionan Cobo-Realpe, Collazos, Castellanos y Herrera-Mendoza (2020) es la regulación de las funciones integradas del sistema nervioso central implicadas directamente en el estado de ánimo, la ansiedad, la alimentación y el estrés:

“Se encuentra localizada en las neuronas de la protuberancia del rafe y el tronco del encéfalo superior, que se proyectan al encéfalo anterior, además, coexisten extensas proyecciones desde la amígdala, el núcleo accumbens, el fascículo estriado anterior, tálamo e hipotálamo. Siendo importante en la neuropsicofarmacología debido a que muchos de los antipsicóticos usados para el tratamiento de la depresión actúan sobre las vías serotoninérgicas. Aunque, entre los antidepresivos altamente selectivos para los transportadores de serotonina (TSER) están citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina y sertralina.”(p40)

El transportador de serotonina toma protagonismo en la neurotransmisión serotoninérgica porque facilita la recaptura de serotonina en la hendidura sináptica. En el ser humano existen genes y uno de ellos es el 5-HTT (SLC6A4), que contiene uno largo (L) y uno corto (S), este último tiene estrecha relación con la disminución del 50% del transportador de 5-HT. En un estudio realizado

a 92 sujetos se concluyó que dicha actividad se hallaba en la amígdala con respecto al alelo largo. Mediante la investigación por resonancia magnética se encontró polimorfismo funcional hipocampales y se demostró un menor volumen de la sustancia gris (Díaz Villa González González, 2012).

Como consecuencia de estos estímulos Velásquez (2008) señala a la serotonina como un neurotransmisor, que disminuye la luz de los vasos e interviene en la motilidad intestinal. Durante el paso de los años, la 5-HT tiene relevancia para la neurofarmacología; porque participa en distintos procesos tanto fisiológicos como funciones fisiológicas, el de mayor importancia es la recaptación de serotonina. Es importante señalar que posee receptores para regular la actividad dopaminérgica, y justificar una inhibición de la actividad dopaminérgica de acuerdo con la parte anatómica donde se encuentre, ya que si está en vías corticales y límbicas se relaciona con la emotividad y el estado de ánimo. Por ello existen muchos medicamentos que actúan sobre esta vía, e incluso sobre otras, con el propósito de realizar otros efectos terapéuticos (pp.206-207).

Existe una diferencia entre ambos sexos en cuando al trastorno depresivo mayor se refiere. Esta diferencia puede verse afectada por el funcionamiento de las monoaminas entre sexos, el descenso de los niveles de triptófano da como resultado una disminución en la transmisión de serotonina y aumenta los síntomas depresivos más en las mujeres más que en los hombres. Este cambio en los niveles cerebrales tanto de serotonina como de noradrenalina están relacionados con la edad, tal como lo ha demostrado un estudio de 75 voluntarios sanos en un rango de edad entre 1-80 años con 40 mujeres y 35 hombres, se encontró que la monoamino oxidasa plaquetaria. (Srameck, Murphy, y Cutler, 2016).

(Calderón Gómez, 2020) se refiere a Hernández, Coronel, Aguilar y Rodríguez (2016), al mencionar que existen varias teorías sobre la serotonina, la principal de ellas es la hipótesis monoaminérgica, en la cual se menciona que existe una disminución circulante de noradrenalina (NA), dopamina (DA), pero sobre todo de serotonina (5-HT) dado que existe una alta degradación de ella. Muchos de los hallazgos encontrados a través de tomografías en pacientes con depresión mayor exponen que existe un aumento en la síntesis en la monoamino-oxidasa A (MAO-A) en el tálamo, la corteza prefrontal, la corteza temporal, el hipocampo, el mesencéfalo y el núcleo accumbens y se genera con ello un gran déficit de serotonina.

(Calderón Gómez, 2020) menciona a Cowen (2008), al exponer que diversos estudios en el tiempo han discutido esta hipótesis y la han desmentido lo que ha llevado a grandes demandas de las industrias farmacéuticas por la utilización de antidepresivos como una estrategia de marketing sin evidencia que lo respalde. Por este motivo se han replanteado los estudios enfocados en el triptófano que dan como resultado una reducción en la recaptación de serotonina por las plaquetas y la disminución de los niveles de triptófano, lo cual se demuestra en la tabla 2

Tabla 2: Anormalidades en los mecanismos de la serotonina en pacientes deprimidos

Medida 5-HT	Anormalidad reportada en pacientes deprimidos
Captación de plaquetas 5-HT	Disminuida
Unión plaquetaria imipramina	Baja
Unión al receptor plaquetario 5-HT _{2A}	Incrementado
Triptófano en plasma	Baja
LCR 5-HIAA	Baja
Respuesta de la prolactina a los bloqueadores de la recaptación de 5-HT	Disminuida
Unión al receptor cerebral 5-HT _{1A} (PET)	Disminuida
Unión al receptor cerebral 5-HT _{2A} (PET / SPET)	Baja, aumentada y normal
Medida 5-HT	Anormalidad reportada en pacientes deprimidos
Unión 5HTT cerebral (PET / SPET)	Baja, aumentada y normal

Nota: tomado de (Calderón Gómez, 2020) mencionando a Cowen (2008).

Para darle más peso a esta hipótesis se han realizado estudios mediante pruebas con triptófano en las cuales se evalúa el efecto que se produce al reducir los niveles de la función de 5-HT mediante la técnica "agotamiento del triptófano" (TRD). Se reduce el triptófano en plasma y cerebro mediante la administración de una mezcla libre del aminoácido triptófano. Este agotamiento puede producir una disminución de la actividad central del 5-HT, la cual es responsable de producir los síntomas característicos en los pacientes depresivos. (Calderón Gómez, 2020)

Dopamina

Velásquez (2008) refiere que la dopamina es “catalogada como catecolamina con poca distribución en el sistema nervioso central (SNC), pero situada mayormente en ganglios basales que emiten señales hacia el SNC” (pp. 203-204). En el trastorno depresivo mayor existe un síntoma muy característico llamado anheonia el cual consiste en no tener deseos de realizar nada gratificante para la persona (Calderón Gómez, 2020). La dopamina juega un papel importante en el desarrollo de este trastorno, al activar aquellas señales placenteras y obtener una recompensa, el estado emocional y los incentivos transforman todas aquellas deficiencias en percepciones de agrado en las actividades rutinarias, (Belujon & Gracee, 2017).

Esta catecolamina está situada según (Torales & Arce, 2017) en: “el área tegmental ventral y la sustancia nigra del mesencéfalo, se sintetiza a partir de la tirosina. Esta es captada por los terminales dopaminérgicos y luego es metabolizada por la enzima tirosina-hidroxilasa y convertida en L-dopa. Finalmente, la L-dopa es descarbolixada y la dopamina resultante es almacenada en las vesículas presinápticas” (p.66). Todo este proceso ocurre mediante vías dopaminérgicas donde cada una de ellas está situada en un lugar diferente y cumple una función específica.

Tabla 3: Descripción de las vías dopaminérgicas de interés psicofarmacológico

Nombre	Distribución	Fisiología
Vía nigroestriatal	Directa: Incluye estructuras del estriado medial, el pálido y la sustancia nigra (pars compacta). Indirecta: incluye neuronas del putamen, el pálido, el núcleo subtalámico y la sustancia nigra (parsreticulata).	Estimulación del movimiento intencional.
Vía mesolímbica	Desde el área tegmental ventral al núcleo accumbens, tubérculo olfatorio, estria terminalis, septum lateral y regiones de la corteza	Motivación, emociones, placer, recompensa

	cerebral frontal, entorrinal y cíngulo	
Vía mesocortical	Desde el área tegmental ventral a la corteza prefrontal dorsolateral y ventromedial.	Cognición y función ejecutiva (corteza prefrontal dorsolateral), emociones y afectividad (corteza prefrontal ventromedial).
Vía tuberoinfundibular	Desde el núcleo arqueado del hipotálamo a la cara externa de la eminencia media de la hipófisis.	Inhibición tónica de la liberación de prolactina

Nota: tomado de Torales y Arce (2017)

Se conoce que las investigaciones se inclinan más por otros neurotransmisores, pero se demuestra que la dopamina juega un papel importante en la regulación de las funciones motoras, cognitivas y emocionales. Una parte del cerebro es altamente inervada por dopamina teniendo relevancia en el trastorno depresivo mayor. Díaz Villa y González (2012 señalan que receptores de dopamina como D1, D2 y D4 se expresan en la amígdala en niveles más altos que los receptores D3 y D5 en personas sanas. Sin embargo, el receptor D4 en pacientes con esta patología contiene niveles muchos más altos, podría decirse que el doble de los demás receptores.

A través de estudios se ha demostrado que la dopamina tiene gran importancia en la patogenia de la depresión. Las mujeres presentan mayor volumen de dopamina sináptica en el cuerpo estriado que los hombres, ya que la edad hace que disminuya más el sistema dopaminérgico en los hombres que en las mujeres. Aparte de esto las hormonas femeninas aumentan la renovación de dopamina presináptica del mismo modo las mujeres tienen una mayor reducción en la liberación de dopamina como respuesta a las anfetaminas en relación con el sexo masculino. (Srameck, Murphy y Cutler, 2016).

Trastornos Afectivos

Depresión

En la antigüedad se creía que todos los episodios de tristeza se relacionaban con los humores del cuerpo. Se le llamaba “bilis negra” y se referían de igual manera a la “melancolía”. La tristeza requiere hoy soluciones a esta emoción tan desagradable, porque nadie puede explicar un episodio depresivo si en su alma abunda la alegría y la felicidad. Las personas deprimidas difícilmente encuentran ese consuelo propio si piensan que su situación también la pueden vivir otros individuos, se les dificulta sentir amor por otros, existe un tormento dentro de ellos que obstaculiza el luchar para ser auto suficiente. Euba (2011 fundamenta que en los estados depresivos existe una controversia entre qué se debe al estado de genética y qué a los factores del entorno. La herencia, posee un mayor peso, porque se considera un factor desencadenante.

Es importante mencionar las siguientes definiciones correspondientes a las enfermedades mentales, desarrolladas según Espinoza Aguilar, y otros, (2017):

“Depresión: Estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más. Se deberán presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: Disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

Depresión enmascarada: Se habla de ella cuando un estado depresivo es suplido por uno o varios síntomas, por ejemplo: Dolores crónicos que no han respondido al tratamiento o quejas desproporcionadas o manifestaciones somáticas no sistematizadas que ocultan el trastorno afectivo en el curso de la depresión.

Trastorno depresivo inducido por abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias: Se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una droga, medicamento o tóxico se considera etiológicamente relacionado con la alteración del estado de ánimo

Trastorno bipolar: Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. La diferencia con episodio depresivo mayor es que éste es sólo uno de sus componentes.

Episodio maniaco: Período durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable.

Trastorno distímico: Se caracteriza porque por lo menos durante dos años se han tenido días con estado de ánimo depresivo, acompañado además de otros síntomas depresivos, pero que no cumplen los criterios para un episodio de depresión.

Trastorno psicótico breve o brote psicótico: Cuadro clínico en el que se presentan uno o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado durante episodios inferiores a un mes.

Riesgo suicida: Grado de probabilidad de que una persona atente contra su propia vida, valorado por la presencia del pensamiento de auto agresión, de intentos previos, así como la intencionalidad y letalidad de éstos.

Duelo: Es una reacción afectiva esperada ante una pérdida importante que habitualmente empieza a disminuir a partir del tercer mes y antes de los 18 meses, sin gran afectación del patrón funcional.

Respuesta parcial al tratamiento o mejoría parcial: Proceso de disminución de la intensidad y número de síntomas depresivos, sin desaparecer.

Remisión: Período que se inicia en el momento en que desaparecen totalmente los síntomas y hasta seis meses después.

Recuperación: Período mayor a seis meses durante el cual el paciente esté asintomático.

Recaída: Reparición o agravamiento de los síntomas depresivos durante la remisión o la recuperación.

Recurrencia: Reparición de la enfermedad, después de un período de recuperación mínimo de seis meses.” (p.73)

Los trastornos depresivos son muy heterogéneos y no es sencilla su clasificación. Según Flores (2008) la depresión es una enfermedad mental que: “se estima entre el 3% y el 5% de la población y que, a lo largo de la vida puede afectar entre un 10 y un 20% de los adultos” (p.647). Además describe que la mujer muestra un mayor riesgo, dos o tres veces, mayor que el hombre. Esta patología presenta síntomas muy característicos como: pérdida del ánimo, del humor o abandono de las actividades cotidianas, fatiga, sentimientos de inutilidad, falta de concentración, deseos de muerte, pérdida de peso o de apetito, insomnio, agitación o retraso psicomotor. Todo esto acompañado de somatizaciones más o menos pronunciados

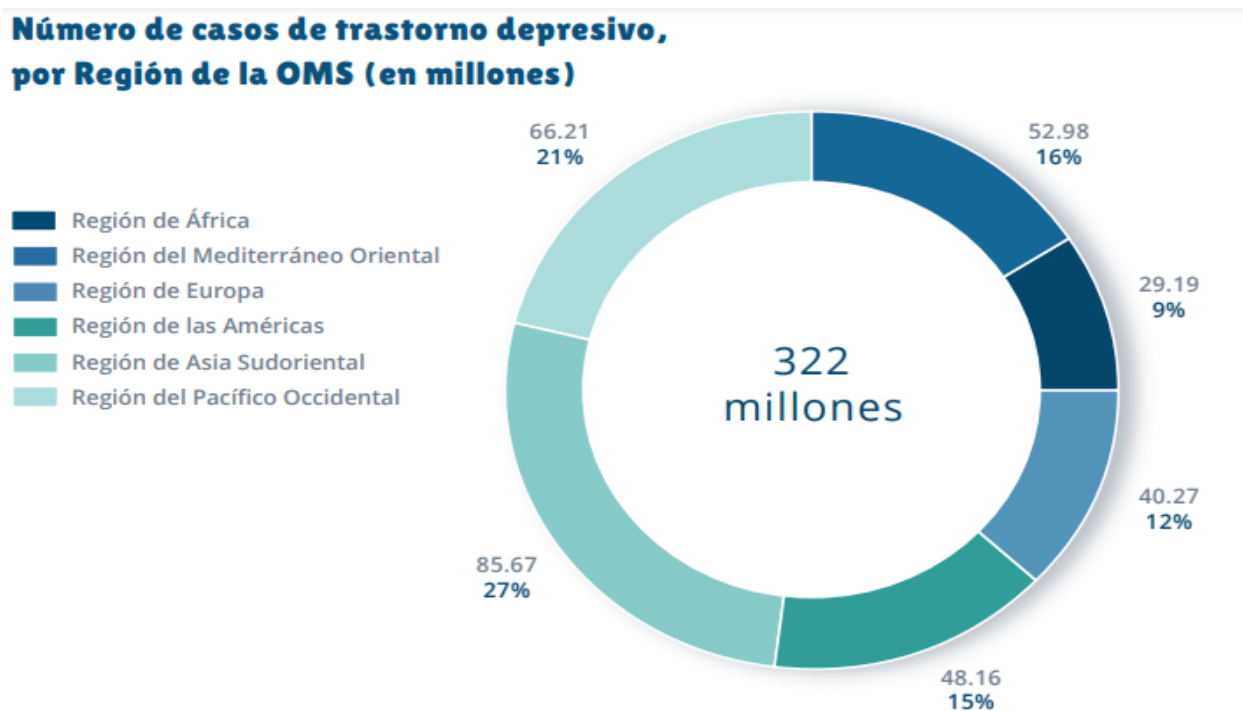
La depresión es una enfermedad que afecta a miles de personas alrededor del mundo, está catalogada como una patología incapacitante. Según Carretero Colomer (2017) en su artículo de revisión se puede clasificar en leve, moderada y grave; pero también en mayor, menor, atípica y distimia, la diferencia que hay entre cada una de ellas es la presencia de síntomas que posea el paciente y la frecuencia con que los presente. Así por ejemplo, una depresión mayor presenta cinco síntomas como mínimo durante dos semanas y podría prolongarse meses, mientras que en la menor se presentan cinco síntomas solamente por dos semanas. Una depresión atípica es aquella que presenta síntomas anormales o poco comunes como delirios.

Según la (Organización Panamericana de la Salud [PAHO], 2015) los trastornos depresivos se caracterizan:

“por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio. Los trastornos depresivos incluyen dos subcategorías principales:

- Trastorno o episodio depresivo mayor, que presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se clasifica como leve, moderado o severo; y mayor
 - Distimia, una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos.
- (O.P.S., 2017) (p.7)

Figura 1: Número de casos de trastorno depresivo alrededor del mundo.



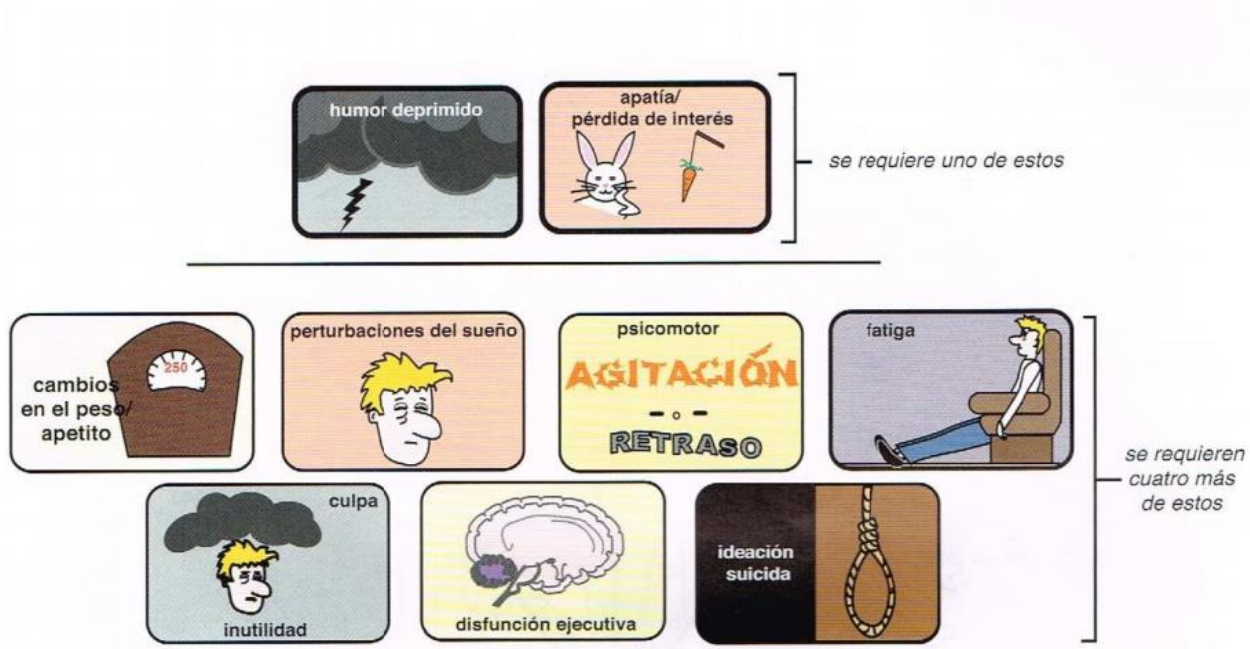
Nota: tomado de OPS (2017)

Las depresiones son tan prevalentes que según Palacio y Toro (2018 en las consultas de psiquiatría, a los médicos especialistas en la materia se les dificulta tratar a todas las personas de una manera adecuada. Por ello se requiere que medicina general sepa identificar la sintomatología a tiempo en este enorme grupo de pacientes y le recete un buen tratamiento farmacológico para que la persona no estigmatice la idea de ir a consulta psiquiátrica y se logre contrarrestar desde la primera consulta todas las afectaciones que esta patología tiene.

El trastorno depresivo mayor es definido por la American Psychiatric Association (2014) como:

“Episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor.” (p.155)

Figura 2: Sintomatología del trastorno depresivo mayor

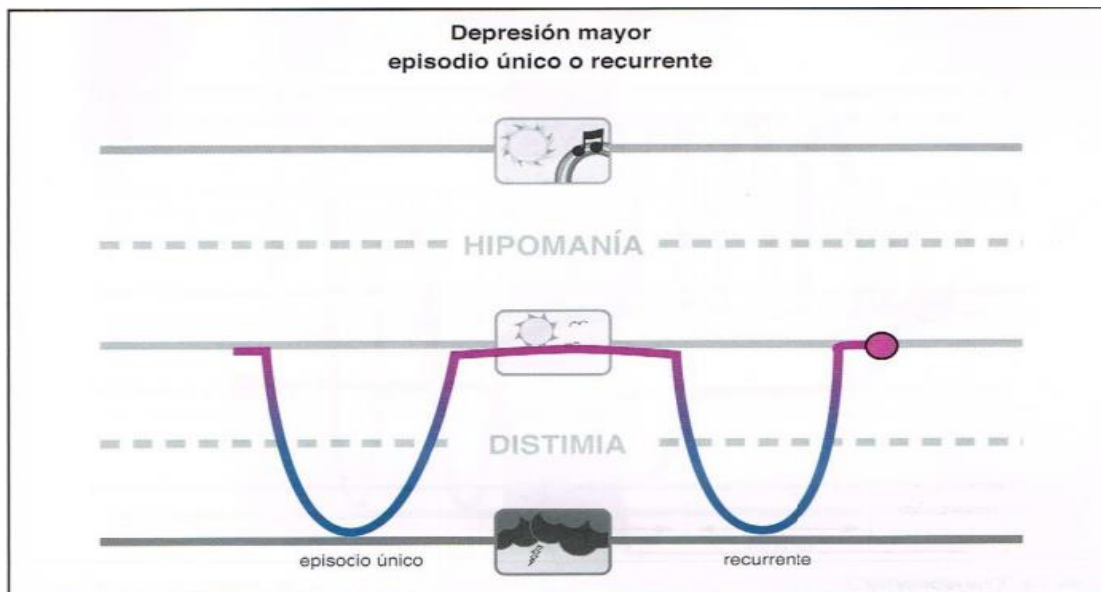


Nota: tomado de (Stahl, 2013)

Como se menciona en el párrafo anterior según la figura 1, son necesarios la aparición de al menos un síntoma ya sea humor deprimido o pérdida de interés, junto con cuatro de los síntomas como cambio en el peso, alteraciones en el sueño, alteraciones psicomotoras, cansancio, culpabilidad, disfunción neurovegetativa o ideas suicidas

En la actualidad la (American Psychiatric Association, 2014) relaciona los trastornos depresivos con aquellas desregulaciones del estado de ánimo, tales como: “el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfóricopremenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado” (p.155). Dicha clasificación se puede diferenciar de un trastorno bipolar porque conlleva un estado de tristeza vacío, inclusive hasta presenta irritabilidad y condiciona la capacidad funcional del paciente. También se enfatiza otro dato la duración de estos rasgos durante al menos dos semanas o más, pero si persisten dos años o más la dolencia se clasifica como un trastorno depresivo persistente.

Figura 3: Comportamiento lineal del trastorno depresivo mayor

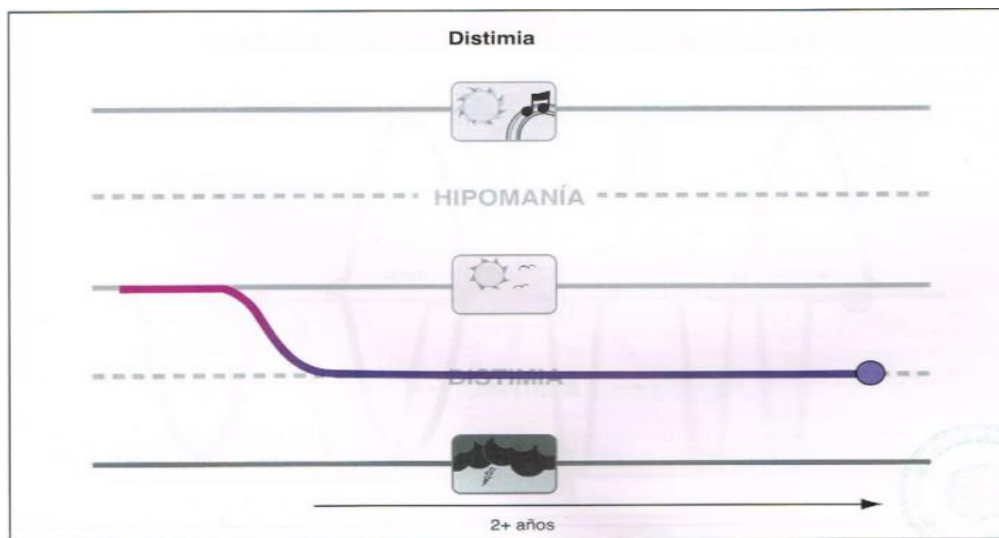


Nota: tomado de Stahl (2013)

El trastorno depresivo mayor es el trastorno del humor más común, caracterizado por la recurrencia de por lo menos un episodio depresivo mayor a pesar que los pacientes refieren presentar episodios recurrente, así en la figura 1 se demuestra linealmente cómo se comporta la recurrencia de esta patología con episodios únicos o recurrentes. (Stahl, 2013)

Los individuos que son diagnosticados con el trastorno depresivo mayor en cualquiera de sus subcategorías suelen tener pérdida del sueño o dificultad para conciliarlo y cansancio, produce alteraciones psicomotrices y, en una baja proporción de casos, se presenta la presencia de culpa. En un inicio el paciente niega estar triste, sin embargo este síntoma se podría detectar mediante la entrevista adecuada que le realice el médico tratante, y descubrir que muestra dificultad de concentración, problemas para pensar o tomar pequeñas decisiones acompañados de falta de memoria. En casos más graves de depresión pueden tener ideas suicidas. La persona indica que no tiene deseo de levantarse o que la familia estaría mejor si ella no estuviera en este mundo. (Carretero Colomer, 2017).

Figura 4: Representación gráfica de la distimia



Nota: Nota: tomado de Stahl (2013)

En la figura 2 se demuestra linealmente el fenómeno de la distimia que es definido por Stahl (2013) como: “forma menos grave de la depresión mayor, pero de larga duración (más de dos años y a menudo sin remisión”. Esto se da la mayoría de los casos por el mal abordaje terapéutico lo que provoca una mala recuperación

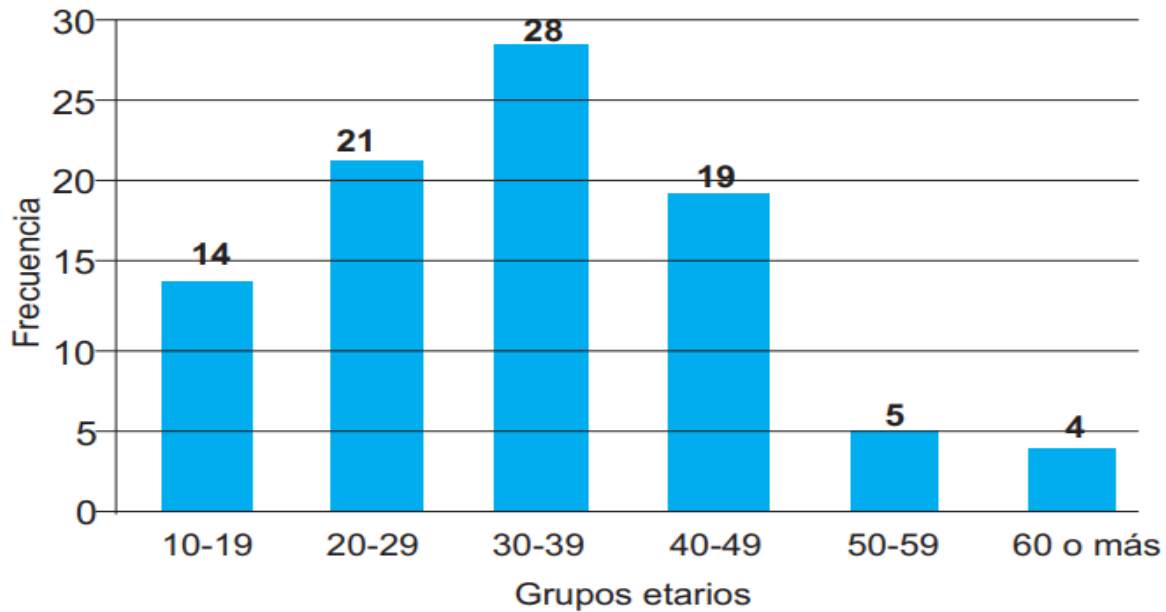
En la actualidad, Slavich y Sacher (2019) analizan las diferentes teorías sobre el trastorno depresivo mayor, la que posee mayor peso en las últimas décadas son los procesos inflamatorios que inducen a estados de depresión y llevan al paciente a tener síntomas como: estado de ánimo triste, anhedonia, fatiga, retraso psicomotor y retraimiento social-conductual. Tanto la edad como

el sexo juegan un papel importante en la respuesta inmune y de los procesos inflamatorios. Las hormonas masculinas se han descrito como antiinflamatorias mientras las femeninas parecen explicar mejor la depresión, ya que a concentraciones bajas actúan como proinflamatorias mientras que a concentraciones altas tienen el efecto contrario. Queda demostrado que las mujeres tienden a padecer más de depresión mayor, en comparación con los hombres, por las fluctuaciones hormonales que presentan.

Los trastornos depresivos involucran alteraciones en el sistema nervioso central en respuesta a niveles de estrés crónico. Este es un factor de vulnerabilidad para los trastornos del estado de ánimo, porque todas estas modificaciones llegan a impedir la sinapsis neuronal y con ello la plasticidad neuronal, frenando la neurogénesis, la formación de espinas dendríticas y el nacimiento de nuevas sinapsis. Cada evento que conlleve estrés de por medio puede tener impactos importantes y duraderos en el cerebro al alterar su función y estructura. Un estudio realizado por Pérez Padilla y otros (2017) ha demostrado que personas expuestas a estrés, en condiciones de maltrato o abuso a temprana edad, incrementan el riesgo de desarrollar depresión mayor en la etapa adulta. Este tipo de estrés excesivo provoca una interacción entre el sistema nervioso central, el eje hipotálamo-pituitario-adrenal que desencadena el proceso depresivo.

Los estudios demuestran que la edad de inicio de los trastornos depresivos es aproximadamente a los cuarenta años, sin embargo, los primeros episodios inician durante la niñez o la adolescencia. Estas personas que tienen una etapa de inicio tan temprana, por lo general poseen una gran probabilidad de alcanzar mayor discapacidad funcional durante el desarrollo de la adultez; así como comorbilidad médica y psiquiátrica al compararlos con otros de mayor edad. Se ha demostrado que en los niños hay una mayor incidencia de padecer depresiones mayores con incremento considerable de la duración de los episodios así como de la sintomatología como ideas suicidas, necesidad de internamientos hospitalarios y un mayor tiempo de toma de medicamentos. En el otro extremo de los grupos etarios, en los adultos mayores, la depresión es un desorden común con síntomas bien documentados en el bienestar diario, mortalidad y utilización de los diferentes servicios. En este grupo la depresión es acompañada de disfunción cerebral difusa, porque en algunas ocasiones está acompañado de enfermedades vasculares, Alzheimer u otro tipo de padecimientos neurodegenerativos. (Mori y Caballero, 2010)

Figura 5: Prevalencia de depresión de acuerdo con los grupos etarios

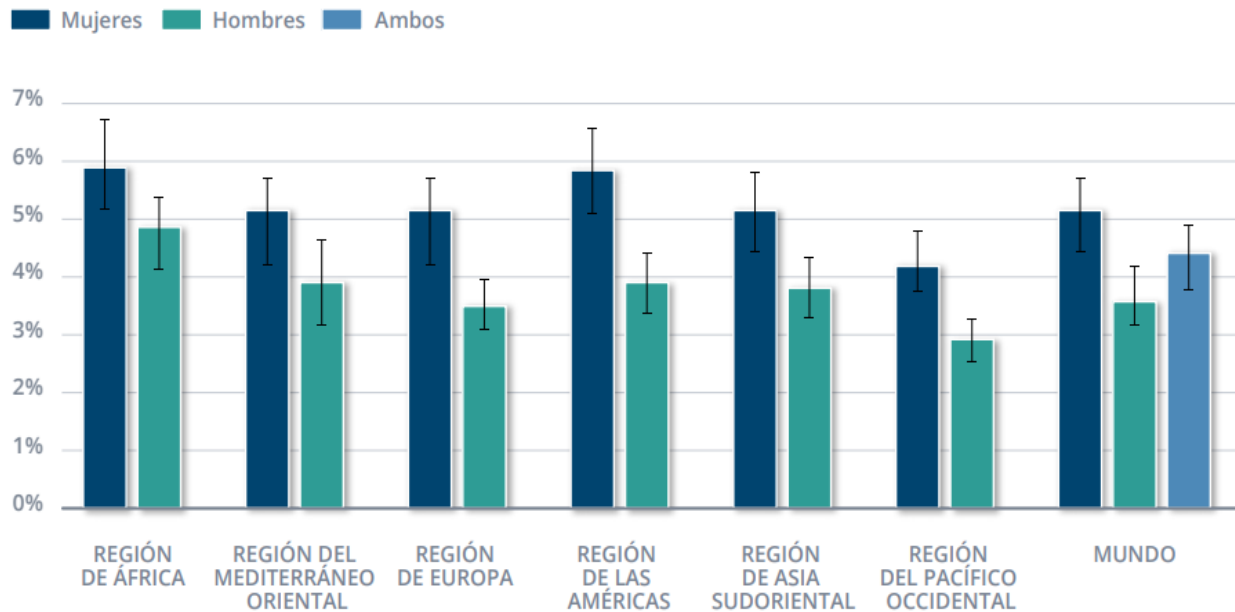


Nota: tomado de Mori & Caballero, (2010)

La incidencia de depresión en las mujeres es casi el doble que en los hombres. Estas diferencias se han encontrado en todos los grupos de edad, en Estados Unidos el riesgo de vida es del 21% de las mujeres frente al 13% en los hombres. El sexo femenino suele presentar síntomas más graves y estar en estado depresivo por periodos más prolongados. Generalmente las mujeres experimentan un mayor aumento de peso, ansiedad y manifestaciones psicomotoras e inicia en periodos de vida más corto. Esto puede relacionarse con los aumentos repentinos de las hormonas reproductivas durante la pubertad. (Sramek, Murphy y Cutler, 2016).

La (O.P.S., 2017) recolecta datos en nivel mundial y grafica la incidencia de los trastornos depresivos que padece la mujer, tal como se presenta en figura 6

Figura 6: Prevalencia de los trastornos depresivos por región

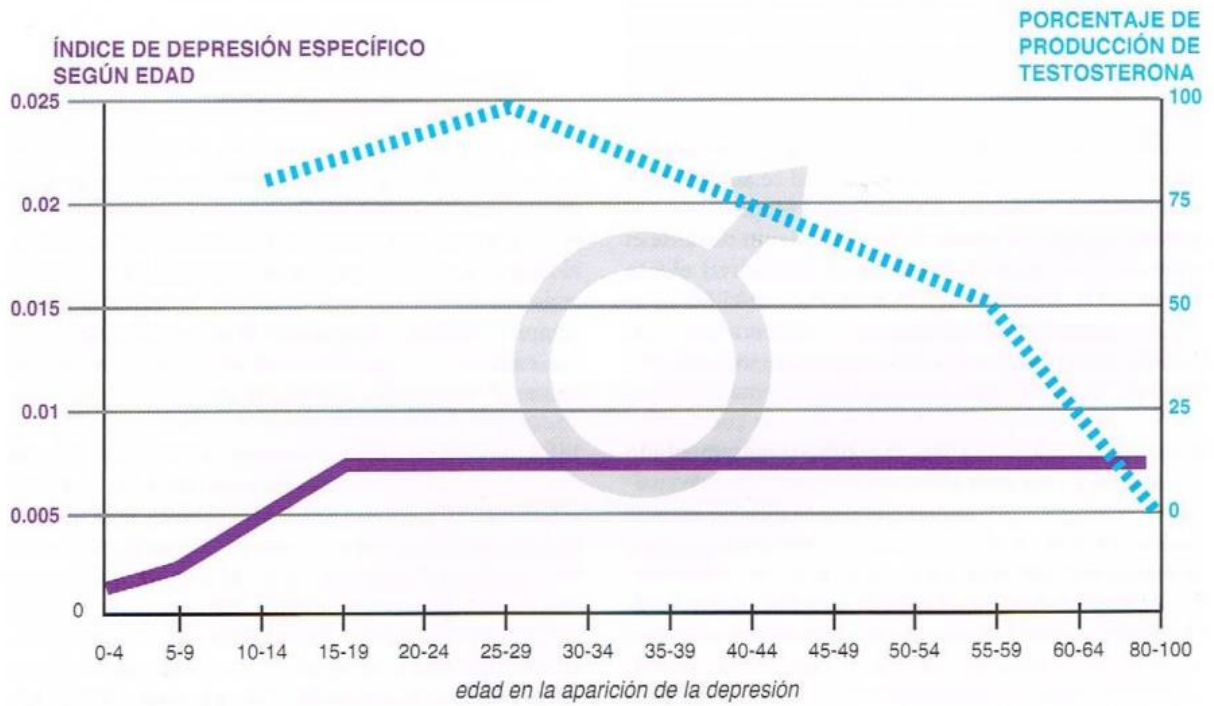


Nota: tomado de O.P.S., (2017)

La figura anterior muestra como el continente americano tiene uno de los índices más altos de padecimiento de la depresión. La mujer es quien mayormente sufre de esta patología con un aproximado del 6% de la totalidad del resto del mundo, seguido por el continente africano. Se evidencia que en cada continente la mujer supera las cifras de diagnóstico en trastorno depresivo mayor. (O.P.S., 2017).

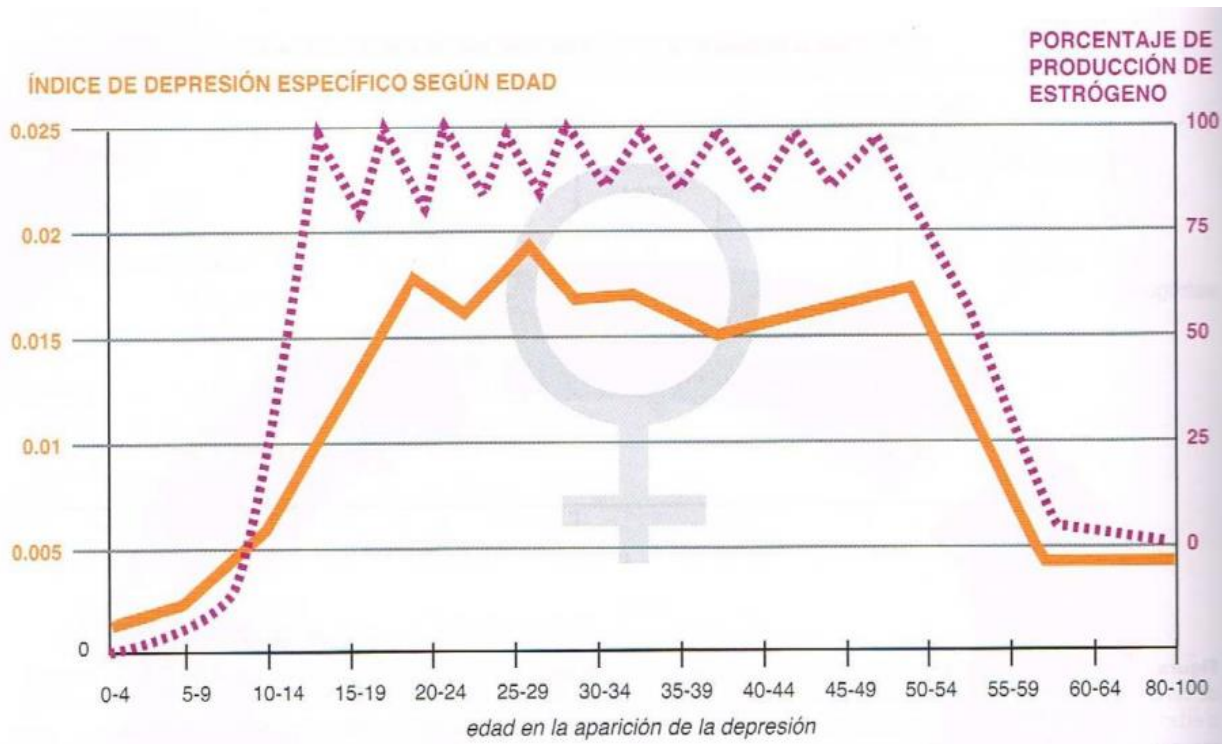
Los niveles hormonales fluctúan a lo largo del ciclo vital de la mujer y la aparición de episodios depresivos ocurre cuando se presentan estos cambios. Al establecer una comparación con el sexo masculino, los hombres incrementan el riesgo de depresión en etapas más tempranas; ya que se hay un aumento de los niveles de testosterona, pero en ellos ese nivel se mantiene a lo largo de la vida y no existen alteraciones. Sin embargo, en las mujeres conforme los niveles de estrógenos aumentan en la pubertad, aumenta la incidencia de padecer esta patología. El mayor riesgo que presenta durante los años fértiles, ya que es ahí donde la mujer presenta el más alto nivel de estrógenos, es por ello que (Stahl, 2013) en la figuras 7 y 8 detalla la comparación entre ambos sexos en relación con la incidencia del padecimiento depresivo mayor.

Figura 7: Incidencia de la depresión a lo largo del ciclo de vida del hombre



Nota: tomado de Stahl (2013)

Figura 8: Incidencia de la depresión a lo largo del ciclo de vida de la mujer

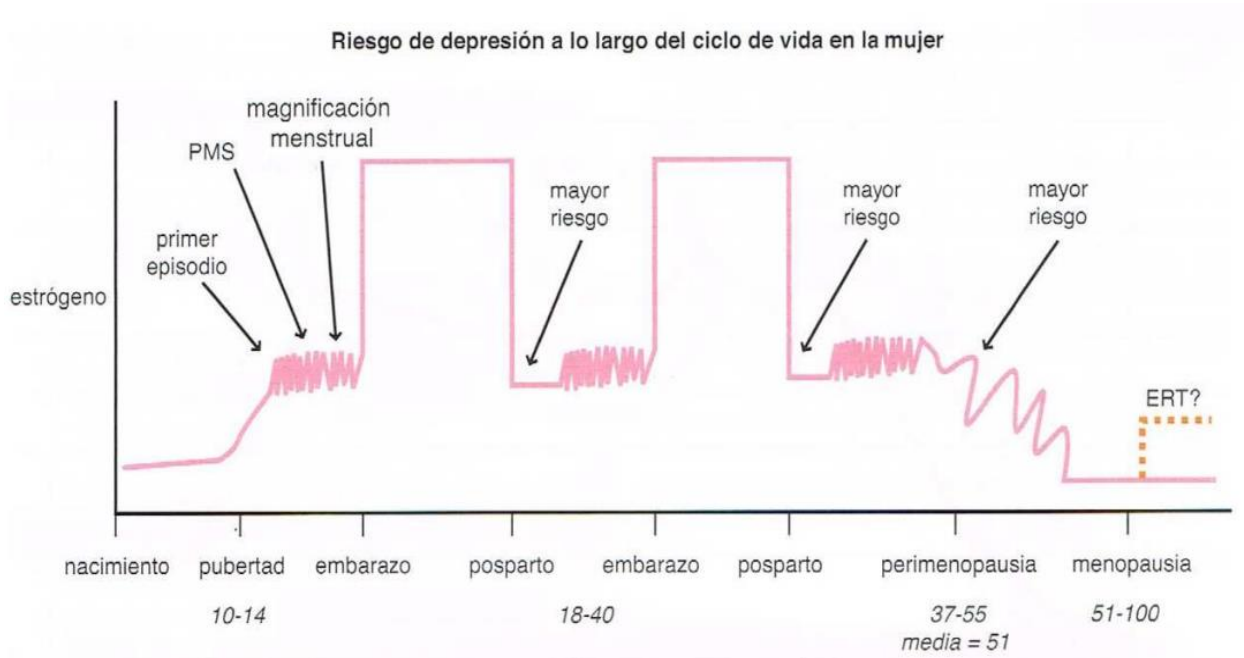


Nota: tomado de (Stahl, 2013)

Una de las áreas mencionada es la recurrencia de los trastornos depresivos mayor en la mujer en estado de embarazo. Ciertos medicamentos podrían plantear algunos riesgos para el feto sobre todo si se administran durante los primeros tres meses de gestación y manifestar síntomas como abstinencia cuando se recetan en el último trimestre. Eso sin considerar que aumentan las probabilidades de nacimientos prematuros. Una depresión no tratada durante el embarazo empeora el panorama tanto para el feto como para la madre, ya que existen evidencias de un aumento de recaídas o bien el empeoramiento de la enfermedad como disminución del cuidado personal, autolesiones inclusive ideas suicidas. En cuanto al feto se verá afectado por el bajo peso o malos cuidados neonatales. (Stahl, 2013)

En la figura 8 Stahl (2013) muestra varios momentos de vulnerabilidad de la mujer en relación con el inicio y la recurrencia de la depresión, se incluye la aparición desde la pubertad hasta la menopausia. Se demuestra que los principales riesgos de padecer una depresión mayor aumentan durante los pospartos por el bajo nivel de estrógenos que se posee en ese momento al igual que ocurre en la perimenopausia.

Figura 9: Riesgo de depresión a lo largo del ciclo de vida en la mujer



Nota: tomado de Stahl (2013)

Investigaciones más recientes realizadas por Pérez Padilla y otros (2017) proponen que la depresión se origina tanto en factores genéticos como ambientales, que terminan en la liberación de los diferentes neurotransmisores. Dicho meta-análisis estima que un 2,84 de los parientes en primer grado de consanguinidad muestran un mayor riesgo de padecer depresión mayor. Además reportan que esta condición afecta más a mujeres que a hombres, ocurre en un 40% del sexo femenino y en un 30% de los masculinos en una población total de 159 personas. Los estudios han arrojado que existen alrededor de 200 genes relacionados con la herencia de esta patología porque en la mujer tiende a ser factor predisponente el adquirirla.

La cognición es la habilidad que tenemos para asimilar y procesar los datos que nos llegan de diferentes vías (percepción, experiencia, creencias...) para convertirlos en conocimiento. La cognición engloba diferentes procesos como el aprendizaje, la atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, la toma de decisiones, entre otros, los síntomas cognitivos son un criterio de diagnóstico referido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. La defunción cognitiva nos lleva muchas veces a tener un pobre desempeño en las tareas cotidianas que se refleja en la falta de motivación que alteran el esfuerzo contenido. En la práctica clínica del día a día el médico evalúa, monitorea e informa el funcionamiento cognitivo del paciente de manera

subjetiva, por ello existe una escala que permite medir las variables de tipo cognitivo cuyas respuestas vienen dadas por una puntuación que indica con qué frecuencia se han tenido efectos cognitivos derivados de la depresión en personas ya diagnosticadas. (Peña-De León, Mejía Martínez, Ruíz Chow, Monsiváis Ríos y Álvarez Bernal, 2019)

Tabla 4: Escala de evaluación para la depresión y funcionalidad (EsADFun)

Durante los últimos siete, que tan seguido...	Nunca en los últimos siete días	Raramente (una o dos veces)	Algunas veces (3 a 5 veces)	Frecuente (alrededor de una vez al día)	Muy frecuente (más de una vez al día)
¿Ha tenido dificultad para organizar sus pendientes?	0	1	2	3	4
¿Se distrae fácilmente de sus actividades cotidianas?	0	1	2	3	4
¿Tuvo problemas recordando los nombres de personas o cosas?	0	1	2	3	4
¿Olvidó para qué había entrado a una habitación?	0	1	2	3	4
¿Le toma más tiempo del habitual realizar sus actividades?	0	1	2	3	4
¿Tuvo problemas para tomar decisiones?	0	1	2	3	4
¿Tuvo problemas poniendo atención en lo que las personas le están diciendo durante una conversación? ⁴⁴	0	1	2	3	4
¿Ha tenido dificultades para comunicar sus sentimientos a los demás?	0	1	2	3	4
¿Olvida con frecuencia donde dejó las llaves o la cartera?	0	1	2	3	4

¿Le toma más tiempo del habitual poner en palabras lo que está pensando?	0	1	2	3	4
Sumar la puntuación de cada columna	0	1	2	3	4

Nota: tomado de Peña-De León, Mejía Martínez, Ruíz Chow, Monsiváis Ríos y Álvarez Bernal (2019)

Según Mori y Caballero (2010) el curso de las depresiones remiten espontáneamente, en promedio los episodios pueden durar desde meses hasta años. Mediante un estudio de 23 años se demostró que la duración media del episodio depresivo es de 12 semanas, con la observación de 92 episodios depresivos mayores analizados durante el estudio, en una mayoría de mujeres y con mayor tiempo de duración media del evento depresivo. La depresión continuó en 15% de estos 92 pacientes. Se documentó que el curso del desorden depresivo mayor se caracteriza por la fluctuación de los síntomas de subtipos depresivos incluidos en los sistemas de diagnóstico oficial. Estos no representan trastornos aislados, sino que son etapas a lo largo de un dimensional de severidad sintomática. Los síntomas depresivos en nivel de depresión mayor, menor, distimia o depresión subumbral, son todos componentes integrales de la estructura clínica longitudinal del desorden depresivo mayor. Cada nivel sintomático representa una fase diferente de intensidad, actividad y severidad de la enfermedad. (Mori y Caballero, 2010).

En este estudio es importante mencionar el pronóstico que tiene la depresión, ya que está asociada en términos generales a muy pobres pronósticos relacionados con el estatus funcional y de la salud percibidos. La depresión impacta adversamente el pronóstico de padecimientos comórbidos como: ictus, enfermedades coronarias y diabetes. Los hallazgos de la tasa de mortalidad son confusos. Este riesgo es independiente de la carga de la enfermedad o realmente es un factor relacionado con ella. Los jóvenes y los adultos jóvenes que mueren por suicidio también tienen altas tasas de depresión, a menudo conjuntamente con otra alteración psiquiátrica como dependencia al alcohol. (Mori y Caballero, 2010)

Tratamiento de la depresión

Los diferentes tipos de trastornos del ánimo afectan a gran parte de la población mundial. Mediante una revisión bibliográfica realizada por Pérez Padilla y otros (2017) se observa que los

medicamentos estabilizadores del ánimo son los más recetados contra el trastorno depresivo en el mundo, pero estos tardan alrededor de varias semanas en hacer el efecto terapéutico adecuado, un ejemplo de ello son los antidepresivos tricíclicos encargados de inhibir la recaptura de serotonina y de noradrenalina. Sin embargo, estos muestran efectos adversos al inicio de las primeras tomas, incluso se presentan antes de que se manifieste el efecto antidepresivo. Investigaciones en la actualidad han optado por introducir nuevas generaciones de fármacos que posean una acción rápida y eficaz, con resultados beneficiosos para el tratamiento de los trastornos depresivos.

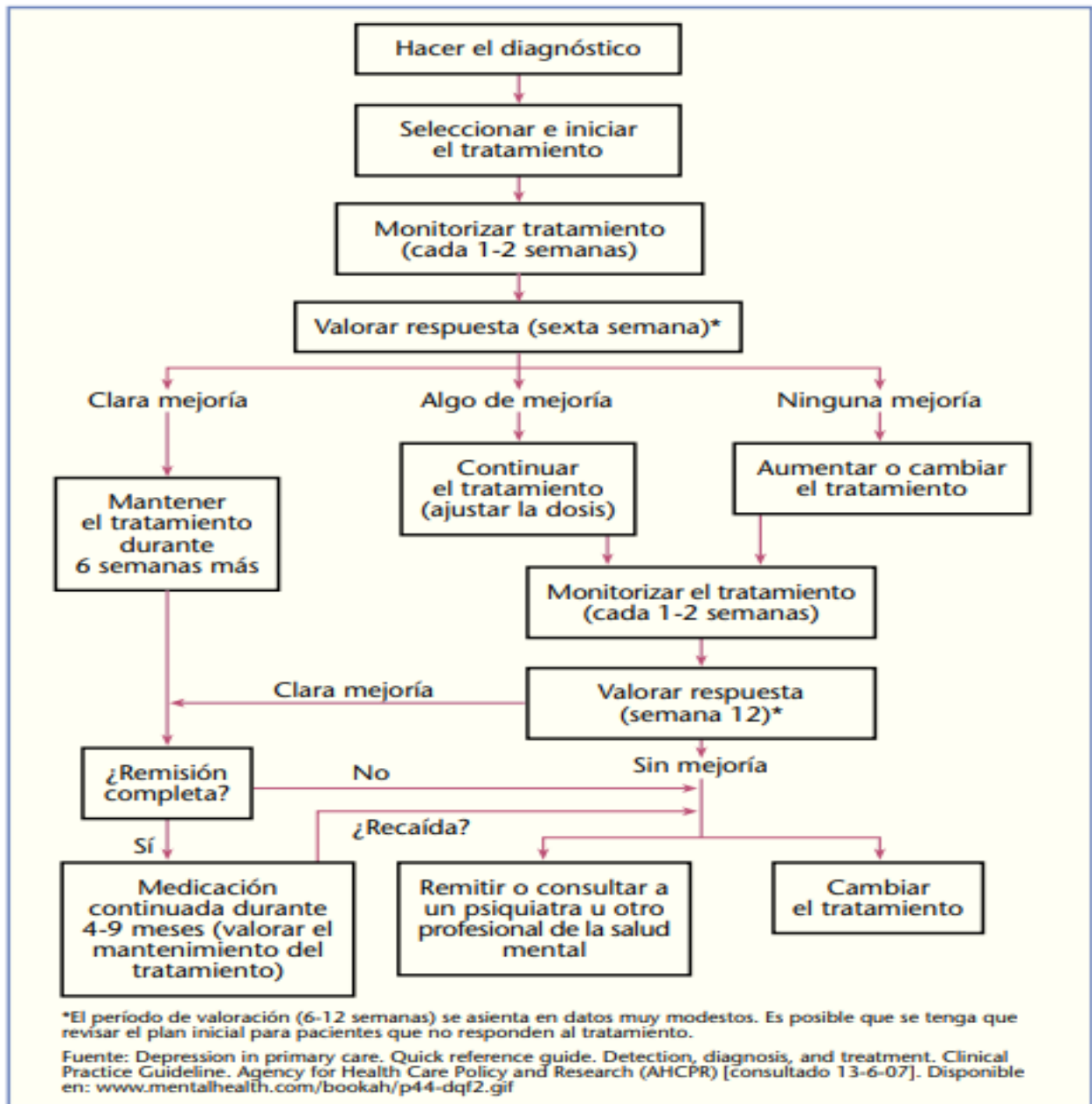
Flores (2008) indica que los primeros fármacos descubiertos fueron elaborados mediante la práctica experimental sin ningún estudio previo. Pero, esto ha ido cambiando al proponerse la neurofarmacología para conocer sus mecanismos y con ello sacar nuevas moléculas y formulaciones partiendo del hecho, de que nada serviría si se carece de control de la comunicación interneural mediante la transmisión química. De este modo se proyectan patrones como movimiento, lenguaje y hasta las emociones. Para realizar estos patrones, una molécula transmisora debe estar presente en la terminación sináptica y es liberada como resultado de la actividad que experimentó, actúa directamente o indirectamente sobre los receptores que posee cada una de las células en la apertura de los canales y desencadena consigo las diferentes formas de conducta.

En la actualidad, para Pérez Esparza (2017) el trastorno depresivo mayor es una patología que restringe las labores diarias de miles de personas, por los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos que generan alteraciones disfuncionales tanto a nivel social, laboral y ocupacional. Como esta enfermedad es una de las principales razones de suicidio, la revisión realizada estudia los diferentes tratamientos que existen para lograr la remisión total de los síntomas y recuperar la funcionalidad del paciente para incorporarlo de nuevo a la sociedad. No obstante, los antidepresivos actuales tienen una limitante que solo logran poco menos de la mitad del efecto deseado.

Las personas que sufren depresión mayor y reciben tratamiento antidepresivo por lo general sienten alguna mejoría en sus síntomas y cuando éstos llegan a mejorar el 50% o más se le llama respuesta, pero dado el avance tecnológico ahora se pretende buscar la remisión completa de esos síntomas y ofrecer mantenimiento en la disminución para evitar las recaídas.

En la figura 10 se demuestran los resultados de los antidepresivos cuya “respuesta” logra disminuir el 50% de los síntomas. (Stahl, 2013)

Figura 11: Esquema del tratamiento de la depresión



Nota: tomado de Carretero Colomer (2017)

La utilización de medicamentos para el tratar la depresión según Párraga Martínez y otros, (2014) incluye elegir adecuadamente y utilizar una dosis terapéutica correcta para abarcar el tiempo suficiente.

La mayoría de las guías internacionales recomiendan prescribir antidepresivos al menos un año antes de su retirada o hasta seis meses, siempre y cuando haya un buen apego al tratamiento. Aunque en el ejercicio de la profesión se ha visto que los usuarios interrumpen el tratamiento durante los primeros tres meses. Esto desencadena que los efectos secundarios de los fármacos se exacerben y esta deficiencia en la adherencia ocasiona repercusiones en la evolución de la enfermedad y constituyen un factor de riesgo a la recurrencia padecer trastorno depresivo mayor.

Tabla 5: Duración mínima de antidepresivos

Se recomienda que se mantengan al menos seis meses continuos con el mismo antidepresivo, de no ser así Se recomienda un tratamiento a más largo plazo en casos con:	La presencia de un trastorno psiquiátrico comórbido
	La presencia de síntomas psicóticos
	La presencia de síntomas psicóticos
	Resistencia a al menos un antidepresivo con duración y dosis adecuadas
	Antecedentes de recaída temprana después de suspender el tratamiento
	Un largo período antes de alcanzar la remisión
	Antecedentes de al menos 2 episodios previos de depresión

Nota: tomado de Bennabi, Charpeaud y Haffen (2019)

Para Torales y Arce (2017) el desarrollo de la psicofarmacología no tiene un orden cronológico, ya que con el paso de los años la etiología de las enfermedades mentales sigue sin conocerse. Aunque todavía no existe un acontecimiento que marque el inicio de la psicofarmacología, se habla de que existen bases que crearon esta ciencia médica. Para otros autores se inicia gracias a los estudios observacionales y descubrimientos farmacológicos que durante el siglo XX fueron cruciales, un ejemplo muy claro fue el descubrimiento en 1952 de los efectos antipsicóticos de la clorpromazina por Delay y Deniker.

La selección del psicofármaco resulta en algunas ocasiones tediosa, ya que ninguno es totalmente eficaz. Dicha eficacia solo puede predecirse mediante la farmacocinética y la farmacodinamia del psicotrópico y del trípede biopsicosocial del paciente. Por ello la selección del psicofármaco se determina paciente por paciente con base en la clínica: “1. El tipo de fármaco en

cuestión; 2. La biología del paciente en particular; 3. La experiencia y el juicio clínico del médico que prescribe el fármaco; y, 4. El contexto situacional y ambiental del paciente” (p.87). Se convierte en un reto descifrar la dosis adecuada con los mínimos efectos secundarios. Por esta razón que muchos de los profesionales prescriptores en enfermedades mentales se basan en la evidencia y sobre todo en la experiencia que van de la mano para una buena elección del tratamiento psicofarmacológico. (Torales y Arce, 2017)

Tabla 6: Clasificación de los psicofármacos

Antagonistas de los receptores colinérgicos muscarínicos	Biperideno
Agonistas y antagonistas adrenérgicos	Propranolol; Clonidina; Dextroanfetamina; Metilfenidato; Dexmetilfenidato; Modafinilo.
Estabilizantes del ánimo	Litio; Valproato; Carbamazepina; Topiramato; Lamotrigina; Gabapentina; Pregabalina
Agonistas del receptor de benzodiazepinas	Benzodiazepinas (Midazolam; Triazolam; Alprazolam; Flunitrazepam; Lorazepam; Diazepam; Clonazepam); Fármacos Z (zolpidem, eszopiclona).
Barbitúricos	Fenobarbital.
Antagonistas del receptor de dopamina. Antipsicóticos de primera generación, clásicos o típicos.	Clorpromazina; Levomepromazina; Tioridazina; Pimozida; Haloperidol; Loxapina
Antagonistas de dopamina-serotonina. Antipsicóticos de segunda generación o atípicos.	Risperidona; Olanzapina; Quetiapina; Aripiprazol; Paliperidona; Clozapina.
Antipsicóticos de depósito	Decanoato de haloperidol; Palmitato de pipotiazina.
Antagonistas histaminérgicos no selectivo	Difenhidramina; Hidroxicina; Prometazina

Nota: tomado de Torales y Arce (2017)

Por otro lado, se posee la gran familia de los fármacos antidepresivos los cuales por su naturaleza química no cambian el estado de ánimo de los pacientes sanos, no producen efectos de euforia y, por consiguiente, no se vuelven adictivos. Caso contrario ocurre con pacientes que sufren

esta patología, deben transcurrir al menos de 10 días para que se manifieste su efecto terapéutico y ayuden a quitar las ideas o sentimientos depresivos. El rango de acción de estos medicamentos no difiere entre los distintos fármacos si no que más bien van dirigidos a atacar la sintomatología que presenta el paciente, así como de los efectos secundarios que puedan tener. (Flores 2008).

La gran mayoría de los antidepresivos se caracterizan por actuar sobre el sistema monoaminérgico e independiente de su mecanismo de acción, la funcionalidad básica es regular el desequilibrio de serotonina, dopamina y noradrenalina, Por ello al inicio del tratamiento, sus efectos secundarios se agravan dado que los neurotransmisores involucrados aumentan, mientras que la mejoría clínica va ocurriendo alrededor de las cuatro semanas. Las guías indican que la escogencia del antidepresivo se basa en la sintomatología del cuadro depresivo en conjunto con la comorbilidad, los efectos secundarios que podría presentar y, por supuesto. las interacciones medicamentosas. (Pérez Esparza, 2017).

Figura 12: Clasificación de los diferentes tratamientos antidepresivos, clasificados por su mecanismo de acción

Grupo	Mecanismo de acción antidepresivo	Fármacos	Efectos clínicos	Efectos adversos comunes
ISRS	Inhibición de SERT	Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram	Antidepresivo, ansiolítico	Náusea, diarrea, boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial
IRSN	Inhibición de SERT y NAT	Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnacipran	Antidepresivo, ansiolítico	Cefalea, insomnio, náusea, diarrea, hiporexia, disfunción sexual, aumento de tensión arterial
IRND	Inhibición de NAT y DAT	Bupropión (anfebutamona)	Antidepresivo, ansiolítico	Boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, cefalea, ansiedad, aumento de tensión arterial
ISRN	Inhibición de NAT	Reboxetina, atomoxetina	Antidepresivo, ansiolítico	Hiporexia, insomnio, mareo, ansiedad, boca seca, constipación, náusea, disfunción sexual
AMT	Agonismo MT ₁ /MT ₂	Agomelatina	Antidepresivo, ansiolítico	Náusea, mareo, somnolencia, cefalea
Aα ₂	Antagonismo α-2	Mirtazapina	Antidepresivo, ansiolítico	Aumento de apetito, boca seca, constipación, sedación, mareo, hipotensión
AIRS	Inhibición de SERT y antagonismo 5HT _{2A/2C}	Trazodona	Antidepresivo, ansiolítico, hipnótico	Náusea, edema, visión borrosa, boca seca, constipación, mareo, sedación, hipotensión
ATC	Inhibición de SERT y NAT	Amitriptilina, imipramina, desipramina	Antidepresivo, ansiolítico	Visión borrosa, constipación, aumento de apetito, boca seca, náusea, diarrea, fatiga, sedación, disfunción sexual, aumento de tensión arterial
MM	Inhibición de SERT, agonista 5-HT _{1A/1B/1D} , antagonista 5-HT ₇	Vortioxetina	Antidepresivo, procognitivo, ansiolítico	Náusea, cefalea, mareo, boca seca

Nota: tomado de Pérez Esparza (2017)

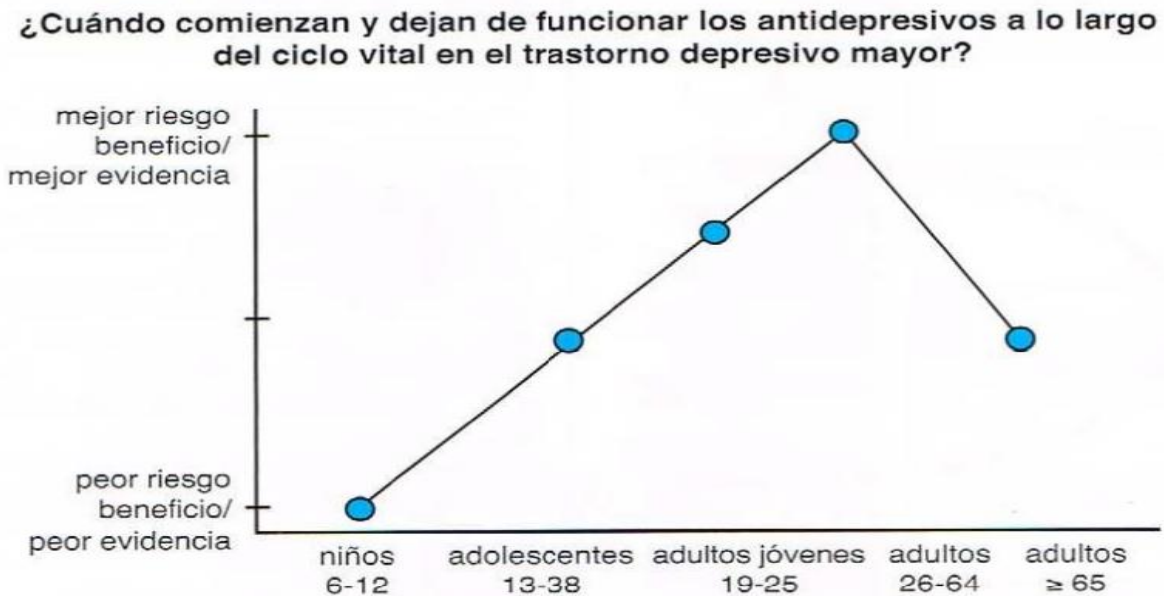
Se describen los grupos terapéuticos de los antidepresivos así como los efectos clínicos y adversos más comunes, de igual manera se mencionan algunos fármacos según su clasificación.

En la clasificación de los antidepresivos están los inhibidores de la recaptura de serotonina. Las principales ventajas de este grupo es que poseen poco efecto anticolinérgico y ausencia de cardiotoxicidad, aunque manifiestan algunos efectos colaterales como: síntomas gastrointestinales, nerviosismo, agitación, alteraciones del sueño e inclusive alteraciones sexuales, (Velázquez , 2008).

A lo largo de los años y con el avance de la tecnología y las técnicas de investigación, los científicos han podido avanzar en la comprensión de las bases y mecanismos neurobiológicos del trastorno depresivo mayor que incluyen los mecanismos de las monoaminas en el sistema nervioso central e involucran el sistema endocrino, el sistema inmune, así como las diferentes vías de señalización intracelular y los factores determinantes que desencadenan los eventos depresivos. Todo esto ha llevado a que se correlacionen los tratamientos farmacológicos en conjunto con las distintas terapias que existen. Lo importante de ello es que se ofrezca una terapia en conjunto con la finalidad de buscar el bienestar de la salud de la población. (Pérez Padilla y otros, 2017).

En la figura 13 se observa como Stahl (2013) estudia la eficacia, la tolerabilidad y la seguridad de los antidepresivos en los diferentes grupos etarios. Demuestra que el riesgo/beneficio es más favorable para aquellas personas entre 25 y 64 años en comparación con quienes están entre 19 y 25. Esto se debe al posible riesgo de suicidio que tienen los adultos jóvenes. Caso contrario ocurre con los niños y jóvenes donde la evidencia del funcionamiento es escaso y, por último, los adultos mayores no responden tan rápido a los fármacos antidepresivos y tienden a presentar más efectos secundarios que los adultos jóvenes.

Figura 13: Función de los antidepresivos a lo largo del ciclo de vida



Nota: tomado de Stahl (2013)

Los tratamientos antidepresivos generan cambios en el sistema nervioso central, lo que llega a explicar la gravedad de los efectos adversos y la llegada tardía del efecto terapéutico. Hoy no solo se aplican tratamientos farmacológicos sino que también existen tratamientos como la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal que han demostrado grandes resultados según la revisión de Pérez Padilla y otros (2017), Este de tipo de terapia se ha reportado como eficaz, ya sea en forma individual o en combinación con medicamentos, porque tiene un efecto profiláctico en la reducción de las recaídas y recurrencias de los eventos depresivos.

Pérez Padilla y otros (2017) mencionan a DeRubeis y Cols (2005) para demostrar mediante un estudio que la terapia cognitiva conductual es eficaz y logra buenos resultados. Se aplicó a 240 pacientes, divididos en dos grupos. indican que “después de 16 semanas de terapia, el 85% del grupo de terapia cognitiva y el 84% del grupo de farmacoterapia permanecieron en tratamiento. Las tasas de mejoría determinadas por la escala de Hamilton fueron 46% para los medicamentos y 40% para la terapia cognitiva” (p.86).

Algunos efectos sobre el sistema nervioso central tienen relevancia según Angora Cañego, Ricardo; Esquinas Requena, José Luis; Agüera Ortiz, Luis (2012, ya que tienen cierta particularidad en la funcionalidad y en la calidad de vida de los pacientes. El bloqueo muscarínico

produce sedación, confusión y alteración de las funciones cognitivas, en ciertas ocasiones estos efectos se manifiestan con resequead de las mucosas, estreñimiento, retención urinaria y taquicardia. En nivel endocrino el aumento del peso es característico en muchos de los tratamientos depresivos, así como los efectos extrapiramidales, hiperprolactinemia, hiponatremia. Otros tratamientos antidepressivos producen insomnio, por eso el médico recomienda utilizar benzodiazepinas en horas de la noche para disminuir las alteraciones del sueño. Estos son los fármacos más utilizados.

Tabla 7: Ansiolíticos e hipnóticos

Nombre	Dosis inicial (mg/d)	Rango habitual de dosis (mg/d)	Vida media $t_{1/2}$ (h)	Efectos problemáticos y recomendaciones en situaciones especiales		
BENZODIAZEPINAS				Sistema Nervioso Central	Sistema Cardiovascular	Otras situaciones Relevantes
Loracepam	0.5	1-3	9-20	Sedación. Problemas mnésicos y dificultades cognitivas. Incoordinación motora y ataxia. Confusión	Sin efectos relevantes	Reacción paradójica en enfermedades neurodegenerativas. Depresión respiratoria central (apneas). Síndrome de abstinencia
Oxacepam	7,5-10	15-30	4-24	Sedación. Problemas amnésicos y dificultades cognitivas. Incoordinación motora y ataxia. Confusión	Sin efectos relevantes	Reacción paradójica en enfermedades neurodegenerativas. Depresión respiratoria central (apneas). Síndrome de abstinencia

Alprazolam	0.25	0.5-2	9-20	Sedación. Problemas amnésicos y dificultades cognitivas. Incoordinación motora y ataxia. Confusión	Sin efectos relevantes	Reacción paradójica en enfermedades neurodegenerativas. Depresión respiratoria central (apneas). Síndrome de abstinencia
------------	------	-------	------	---	------------------------	--

Nota: Ajustado y tomado de Angora Cañego, Ricardo; Esquinas Requena, José Luis; Agüera Ortiz, Luis (2012)

Tabla 8: Nombres genéricos para el tratamiento farmacológico antidepresivo

Nombre	Dosis inicial (mg/d)	Rango habitual de dosis (mg/d)	Efectos problemáticos y recomendaciones en situaciones especiales		
Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)			Sistema Nervioso Central	Sistema Cardiovascular	Otras situaciones Relevantes
Sertralina	25	50-100	Efecto ansiolítico. Sin efecto sedativo. Efectos extrapiramidales leves (temblor, rigidez), pero el menor de los ISRS	Muy buena seguridad cardiaca	El menos anorexígeno de los ISRS. Posible hiponatremia pero riesgo más bajo. Caídas.

					Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico
Citalopram	10	20	Posible efecto sedativo. Efectos extrapiramidales leves (temblor, rigidez)	Potencial aumento del intervalo QT	Riesgo más alto de hiponatremia. Riesgo de hemorragia digestiva. Caídas. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico
Escitalopram	5	10	Riesgo más alto de hiponatremia. Riesgo de hemorragia digestiva. Caídas. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico	Potencial aumento del intervalo QT	Riesgo más alto de hiponatremia. Riesgo de hemorragia digestiva. Caídas. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico
Fluoxetina	10	20	Sin efecto sedativo. Posible efecto estimulante. Posibles efectos extrapiramidales	Buena seguridad cardiaca	Efecto anorexígeno y pérdida de peso. Riesgo más alto de

			significativos (temblor, rigidez)		hiponatremia. Riesgo de hemorragia digestiva. Caídas. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico
Paroxetina	10	20-30	Efecto ansiolítico. Efecto sedativo. Efectos anticolinérgicos leves. Posibles efectos extrapiramidales significativos (temblor, rigidez)	Posible hipotensión ortostática. Buena seguridad cardiaca	Posible ganancia de peso. Síndrome de discontinuación. Posible hiponatremia pero riesgo más bajo. Riesgo de hemorragia digestiva. Caídas. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico
Fluvoxamina	25	25-100	Efecto ansiolítico. Efecto sedativo. Efectos extrapiramidales leves (temblor, rigidez)	Posible hipotensión ortostática. Buena seguridad cardiaca	Síndrome de discontinuación. Posible hiponatremia. Riesgo de hemorragia

					digestiva. Caídas. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico
INHIBIDO R NO SELECTI VO DE LA RECAPTU RA DE SEROTON INA					
Trazadona	25-50	50-200	Síndrome de discontinuación. Posible hiponatremia. Riesgo de hemorragia digestiva. Caídas. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico	Moderada hipotensión ortostática. Contraindicado en IAM reciente. Escasos pero posibles efectos arritmogénicos	Posible priapismo. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico
INHIBIDO R ELCTIVO DE LA RECAPTA CIÓN DE					

NORADR ENALINA					
Venlafaxina	37,5- 75	75-225	Posible efecto sedativo	Potencial aumento de la tensión arterial diastólica dosis dependiente de forma idiosincrásica. Escasos pero posibles efectos arritmogénicos (QT largo, taquicardia)	Síndrome de discontinuación . Reducción del umbral convulsivo. No usar en pacientes con glaucoma no controlado. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico . Riesgo de hemorragia digestiva
Duloxetina	30	60-120	Bajo efecto sedativo	Potencial aumento de la tensión arterial diastólica menos frecuente que la venlafaxina. Precaución en cardiopatía	Síndrome de discontinuación . Síndrome serotoninérgico . No usar en pacientes con glaucoma no controlado. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS					
Nortriptilina	10-25	25-75	Efecto sedativo. Marcado efecto anticolinérgico. Contraindicado en los pacientes con deterioro cognitivo o demencia	Moderado efecto hipotensor. Potencial efecto arritmogénico. Contraindicado en IAM reciente o alteraciones de la conducción	Ganancia de peso. Contraindicado en enfermedad prostática y glaucoma de ángulo agudo. Síndrome de abstinencia. No hemorragias digestivas. Atención a interacciones con síndrome serotoninérgico

Nota: ajustado y tomado de Angora Cañego, Ricardo; Esquinas Requena, José Luis; Agüera Ortiz, Luis (2012)

Adherencia al tratamiento

La (O.M.S., 2020) define la adherencia terapéutica como: “El grado como el comportamiento de una persona —toma el medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios en el modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria.” Este término también aparte de abarcar la medición también completa los múltiples comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan las consultas farmacéuticas. Una adherencia terapéutica no solo implica la toma adecuada de los medicamentos, sino que está englobada por una serie de comportamientos terapéuticos como vacunarse, cumplir las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene

personal, el autocuidado de aquellas enfermedades crónicas que presente, evitar el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física que aumenta la salud de cada uno de los pacientes y mejora así los estilos de vida.

Una de las dificultades que enfrenta el equipo de salud en los centros médicos es la mala adherencia de los pacientes al tratamiento. Cuando los pacientes logran adherirse al tratamiento, alcanzan también una mejor calidad de vida. La experiencia clínica demuestra que la educación es la herramienta mayormente utilizada por el equipo de salud para aumentar la adherencia en los pacientes. En nivel mundial se habla de que alrededor de un 50% las personas llegan a lograr la adherencia terapéutica, este término forma parte del proceso de la construcción del estado de salud mental de las personas. La adherencia se refiere al comportamiento de cada uno que se ve reflejado por los diferentes factores que limitan el apego como: la personalidad, las aptitudes, las creencias, el conocimiento real de la enfermedad que afronta o la disminución del estado cognitivo que alcance. Es importante identificar los aspectos que puedan conllevar a esa construcción y conocer cuáles de esos factores podrían ser modificables de modo tal que se le pueda intervenir para una adecuada atención. (Jiménez, 2014).

Se puede entender de manera general, según Jiménez (2014) que la adherencia es un proceso que involucra muchas variables. Por ello existen diferentes definiciones relacionadas con la evolución de la adherencia. Dada la gran variedad se mencionan:

“a) Características asociadas a la persona: sexo, motivaciones, conocimiento, actitudes, problemas de autoestima, algunos estados patológicos, la edad, en este último caso por ejemplo los extremos de la distribución poblacional, como personas adultas mayores con complicaciones en el estado de salud o las personas jóvenes con adicciones que afectan la adherencia.

b) Características del régimen terapéutico: medicamentos prescritos, número de medicamentos, dosis, frecuencia, duración, esquemas terapéuticos complejos, reacciones adversas

c) Características de la enfermedad: aguda o crónica, presencia o no de síntomas, complejidad; por ejemplo se conoce que la depresión contribuye a la falta de adherencia

d) Características del entorno familiar y social: el nivel socioeconómico, la red de apoyo, la pobreza y la migración

e) **Características de la estructura sanitaria:** satisfacción, habilidades de comunicación entre la persona y el profesional; ya que la pobre comunicación en la interacción persona-profesional en salud, conlleva a que las personas no asimilen de forma efectiva las instrucciones recibidas y se olviden prontamente, se confunden o se tergiversan.” (pp. 69-70).

Por otro lado Bennabi, Charpeaud y Haffen (2019) se basan en el método de adecuación de RAND/UCLA, de la Asociación Francesa de Psiquiatría Biológica y Neuropsicofarmacología y la fundación Fonda Mental los cuales desarrollaron una serie de pautas para el manejo de la depresión resistente al tratamiento. Las estrategias farmacológicas siguen siendo una traba en el tratamiento porque inciden muy poco en la disminución de la sintomatología depresiva. Sin embargo, existen varios factores de riesgo que se relacionan con una mala respuesta al tratamiento como: factores psicosociales, comorbilidades o factores biológicos, entre otros. Mencionan los buenos resultados que se obtienen cuando la terapia con fármacos y psicoterapia se ofrecen en conjunto, pero se plantean dudas sobre cuál sería la más adecuada al considerar que cada paciente es diferente y presenta diferentes necesidades.

Los principales factores a la no respuesta del tratamiento según Bennabi, Charpeaud y Haffen (2019) son: “el trastorno de ansiedad comórbido, el abuso de sustancias comórbidas, los trastornos de personalidad comórbidos, la enfermedad orgánica y crónica no psiquiátrica comórbida” (p.3). Se reconoce un que la duración del episodio no tratado y la edad temprana o tardía al inicio del primer episodio depresivo aumentan el riesgo de resistencia al tratamiento, al igual que las enfermedades neurodegenerativas, neurovasculares o autoinmune comórbidas. Un dato importante que se maneja son las interacciones entre los medicamentos que limitan un buen efecto terapéutico como: los corticoides, la isotretinoína o los antipsicóticos de primera generación.

Existen diversos mecanismos de utilidad para medir la adherencia, según Jiménez (2014) algunos son:

“1) Métodos directos: mediante la observación directa: aunque es difícil seguir siempre a una persona para asegurar que emplea las recomendaciones terapéuticas, midiendo en sangre la presencia y los niveles de la droga o sus metabolitos, utilizando marcadores biológicos en sangre u otros fluidos biológicos.

2) Métodos indirectos: a través de cuestionarios como el auto reporte, el conteo de medicinas, por la tasa de reposición de recetas, valorando la respuesta clínica del paciente y valiéndose de la ayuda de monitores electrónicos de medicación

3) Métodos prácticos: preguntando a la persona, valorando la respuesta clínica del tratamiento a través del seguimiento a través de citas profesionales, autoinformes y autorregistros de la persona, informes de otras personas

4) Test: el test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett, en el cual se establece un conversatorio en el que se introduce que la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos, entonces se pregunta ¿tiene usted dificultades en tomar los suyos? ¿Cómo los toma?, muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted? “(p70).

La evaluación de la adherencia terapéutica es fundamental para la planificación de la escogencia de la medicación más efectiva eficaz y eficiente, con el fin de lograr cambios en los resultados de salud. Pero, no existe un patrón de oro para recomendar este tipo de cambios. Los pacientes que revelan no haber seguido las recomendaciones terapéuticas tienden a describir su comportamiento con exactitud, mientras quienes niegan el no haberlas seguido, informan sobre su comportamiento inexactamente (Ramos Morales, 2015).

Se describe en la Tabla 9 la adherencia terapéutica como un proceso multidimensional que lleva consigo un conjunto de factores que influyen en el buen apego a la medicación.

Tabla 9: Factores involucrados en la adherencia al tratamiento

Factores socioeconómicos	El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.
--------------------------	---

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria	Servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.
Factores relacionados con la enfermedad	Gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.
Factores relacionados con el tratamiento	Complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos
Factores relacionados con el paciente	Los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Además el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; no percibir su necesidad o su efecto y el entender mal las instrucciones, entre otros factores. Estos factores son de especial interés en el paciente anciano

Nota: tomado de Ramos Morales (2015)

La Adherencia terapéutica implica acciones muy complejas que pueden no ser directamente observables, algunos de los métodos directos que la miden como exámenes de sangre y de orina algunas veces se ponen en duda; ya que miden valores ya estipulados y no un comportamiento como tal. No obstante, los métodos indirectos como entrevistas presentan ante el profesional en salud la ventaja real de la propia evaluación, Es importante mencionar que los métodos de la observación de los pacientes no es muy certeza, ya que cuesta mucho monitorear a una persona todo el tiempo necesario. Por ello lo más adecuado es diseñar una metodología que emplee todos los métodos o al menos la mayoría, con el fin de integrar a todos los actores llámese farmacia, enfermería, trabajo social, psicología, psiquiatría entre otros. (Ortiz y Ortiz, 2017)

Atención farmacéutica

(Soto Solano, 2020) menciona a Faus, Amariles y Martínez (2008) para hacer referencia al término de atención farmacéutica como: “Los cuidados que un paciente concreto requiere y recibe y que aseguran un uso seguro y racional de la medicación” (p.23). En 1975, se valora por primera vez al paciente en la labor de la atención farmacéutica, se hace hincapié en garantizar el uso racional y seguro de los medicamentos. Más adelante, en 1980 se propone que el farmacéutico debe estar a cargo de esta función y se responsabilice de la respuesta farmacológica, es así como nace las bases de las prácticas en atención farmacéutica.

A partir de 1993 la O.M.S. incluye el término de atención farmacéutica y señala el papel importante que posee en la asistencia de los pacientes en los centros de salud. Se promueve al profesional en farmacia que no solo le debe indicar como llevar el control adecuado de la medicación, sino que debe estar involucrado en la prevención y promoción de la salud en conjunto con el resto del equipo sanitario.

A principios de los años noventa se empezaba hablar sobre la atención farmacéutica Poco a poco fue creciendo con grandes aportes tanto a la profesión como a los pacientes y se mejoró con ello la salud de muchas personas. Hoy los profesionales en farmacia enfrentan grandes retos, nuevas patologías que requieren tratamiento farmacológico crónico y con ello nuevas investigaciones para crear fármacos y contrarrestar estos efectos. Se presentan dificultades como el autocuidado del paciente lo cual impide el monitoreo como se haría normalmente si estuviese hospitalizado. Se ha evidenciado la necesidad de actualizar el concepto de atención farmacéutica, se requieren acciones en todos los ámbitos, tanto en las pequeñas farmacias como en los organismos políticos, así como identificar las nuevas tendencias de salud para ubicar al paciente como centro

de tal actividad. Queda un gran vacío de la definición real de la atención farmacéutica por lo un grupo de especialistas llegaron a la conclusión de conceptualizarla como: “La actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios, para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto, mediano y a largo plazo en relación con la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y los medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con él, con el fin de mejorar los resultados en salud.” (Morillo Verdugo, Calleja Hernández, Robustilo Cortés y Poveda Andrés, 2020).

Mediante un estudio de revisión bibliográfica sobre los modelos de atención farmacéutica, se pretende la búsqueda de una intervención individual y transversal para diseñar un modelo centrado en el paciente, pues cada individuo presenta distintas necesidades. La educación, el estado cognitivo-funcional, los demográficos son factores determinantes cuando se realiza la entrevista a la persona, ya que se recopilan datos importantes que usarían para dispensar adecuadamente los medicamentos (Morillo Verdugo, Calleja Hernández, Robustilo Cortés y Poveda Andrés (2020).

Tabla 10: Elementos clave para el desarrollo de la atención farmacéutica según el pilar de capacidad

Todos los pacientes deben recibir una atención farmacéutica (AF), así como actividades e iniciativas ligadas a ella acordes con sus necesidades farmacoterapéuticas y de otro tipo en relación con su salud
Todos los pacientes deberán tener un farmacéutico de referencia para que les realice una AF acorde a sus necesidades.
La atención farmacéutica deberá realizarse siempre de la forma más planificada, programada y estandarizada posible.
La atención farmacéutica se realizará siempre con una visión longitudinal, evitando la actividad episódica y ligada al inicio o cambios de la farmacoterapia dispensada
La atención farmacéutica será realizada con una visión de trabajo multidisciplinar y, siempre que se requiera, a través de los diferentes niveles asistenciales en el ámbito sanitario.
Todos los pacientes deberán estar incorporados un nivel de estratificación en las actividades para su correcto seguimiento farmacoterapéutico
Se deberá estratificar a la población, de acuerdo con los modelos publicados para cada tipología de paciente y sus patologías principales o predominantes

El resto de los profesionales sanitarios involucrados en la atención a pacientes conocerán, siempre que los sistemas de información lo faciliten, el nivel de estratificación otorgado a cada tipo de paciente atendido para la realización de atención farmacéutica
La información generada a partir de las actividades de atención farmacéutica se compartirá en los sistemas de información e historia clínica electrónicos. Se respetará la normativa actual vigente en materia de protección de datos, confidencialidad y ética deontológica.
La Atención Farmacéutica se proveerá en contacto directo con el paciente, tanto presencialmente como remota. Para ello se utilizarán todas las herramientas disponibles para asegurar el contacto permanente con los pacientes.
La atención farmacéutica se realizará con una visión integral y no parcial de la farmacoterapia de los pacientes, incluyendo una evaluación metódica de los tratamientos para obtener los mejores resultados en salud
La atención farmacéutica deberá medir su impacto en términos de resultados en salud y eficiencia para el sistema sanitario y la sociedad
La atención farmacéutica utilizará la taxonomía de registro de intervenciones adecuada para compartir la información de las actividades realizadas con el resto de los profesionales, de acuerdo con la estandarización de la información.

Nota tomado de Morillo Verdugo, Calleja Hernández, Robustilo Cortés, y Poveda Andrés (2020)

Se respalda la utilización del modelo propuesto en la tabla 10 para realizar una atención farmacéutica intensiva. La idea principal de plantear este modelo es pasar de un enfoque tradicional de la farmacia a darle un abordaje intensivo y cualitativo que considere todos los factores que puedan interrumpir una buena adherencia al tratamiento. Esta estrategia permitirá actuar aquellos pacientes que no alcanzan sus objetivos farmacoterapéuticos y también en aquellos que lo logran. Durante la entrevista se identificarían las fortalezas para convertirlas en un buen apego al medicamento tanto a corto como a mediano y a largo plazo.

El diagnóstico de la depresión mayor, según Navas Orozco y Vargas Baldares, (2012) está basado en un interrogatorio que realiza el médico durante la consulta. Allí se exploran criterios como el estado de ánimo, las actividades cotidianas y los pensamientos constantes. La entrevista realizada por el farmacéutico a la hora de la interconsulta es una herramienta que permite acercar al paciente e intervenir en favor de sus necesidades. Específicamente en el abordaje de personas depresivas la entrevista debe de tener como objetivo:

- “1. Identificar si existe riesgo suicida.
2. Identificar si la persona se encuentra en condición de riesgo.
3. Evaluar presencia de síntomas ansiosos.
4. Indagar respecto de redes de apoyo o factores protectores a los que acudir en ese momento.
5. Explorar los pensamientos inmediatos respecto a la situación actual.

La identificación de estos aspectos permitirá brindar una atención integral y efectiva.”

(p.23)

La entrevista debe ser amplia y cuidadosa. Según Navas Orozco y Vargas Baldares (2012) se debe evaluar:

“la conducta suicida, aislamiento social, aislamiento social, alcoholismo o abuso de drogas, estrés reciente y mala salud. Inicialmente se ejecutan preguntas genéricas, abiertas, que vayan delimitando la queja principal, conforme avanza el diálogo se pasa a preguntas cerradas que delimiten el problema desencadenante de la crisis. Se realiza la recolección de síntomas (intensidad, frecuencia y variabilidad) prestando especial atención a la manifestación del afecto y la presencia de signos y síntomas vegetativos (hiperinsomnia, insomnio, vitalidad o nivel de energía, etc.). Durante la entrevista se intenta escudriñar posibles factores estresantes y desencadenantes de la crisis” (p.23)

Tabla 11: Principios de manejo clínico y farmacológico

La hospitalización se recomienda sistemáticamente en los casos	Alto riesgo de suicidio
	Presencia de síntomas psicóticos.
	Formas graves de trastorno depresivo mayor
	Fracaso de tres intentos fallidos de antidepresivos
	Necesidad de terapia electroconvulsiva
	Riesgo de mala adherencia al tratamiento
	Fallo de dos Antidepresivos tricíclicos anteriores
	Comorbilidad con una enfermedad grave

La hospitalización se puede considerar en casos de	Co-ocurrencia con otros trastornos psiquiátricos
	Falta de apoyo familiar adecuado
	Intolerancia a la medicación actual
	Necesidad de abstinencia de benzodiazepinas
	Necesidad de inhibidores de la monoaminoxidasa, estimulación magnética transcraneal o estimulación transcraneal con corriente directa

Nota: tomado de Bennabi, Charpeaud y Haffen (2019)

Tabla 12: Evaluación integral del episodio depresivo utilizando instrumentos clínicos

Evaluación integral del Trastorno Depresivo Mayor	Escalas de gravedad de la depresión calificadas por el médico y autoevaluadas
	Escala de calificación de hipomanía
	Escala de calificación de suicidio
En casos de que no responden a al menos dos antidepresivos realizar	Hemograma completo, electrolitos sanguíneos, funciones hepática y renal
	Perfil de lípidos (colesterol, triglicéridos) y niveles de glucosa
	Niveles de hormonas estimulantes de la tiroides (TSHus)
	Niveles plasmáticos de antidepresivos
	Electrocardiograma

Nota: tomado de Bennabi, Charpeaud y Haffen (2019)

El objetivo de la atención farmacéutica es identificar, prevenir y resolver todas las desviaciones que impone el paciente al alcance de los objetivos terapéuticos. Se trata de evaluar la perspectiva de la necesidad, la efectividad y la seguridad de sus medicamentos, para obtener resultados terapéuticos óptimos y prevenir la aparición de problemas relacionados con medicamentos (RNM), en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas implicadas. Algunos de los objetivos según (Pérez, 2019) son:

- “Detectar los PRM para la prevención y resolución de Resultados Negativos a Medicamentos (RNM)
- Maximizar la efectividad y seguridad de los tratamientos, minimizando los riesgos asociados al uso de los medicamentos con el fin de obtener resultados positivos en salud.
- Contribuir a la racionalización de los medicamentos, mejorando el proceso de uso de los mismos.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Registrar y documentar la intervención profesional” (p.12)

En la atención farmacéutica es importante abordar todos aquellos problemas relacionados con la medicación, sobre todo en pacientes con trastorno depresivo mayor, ya que varios medicamentos producen muchos efectos secundarios e interacción entre sí. Se entiende como PRM aquellas situaciones que causan o hacen aparecer de resultados negativos asociados a la toma de medicamentos. Algunos de los elementos del PRM que suponen al paciente un mayor riesgo de sufrir resultados negativos según (Pérez, 2019) son:

- “Administración errónea del medicamento
- Características personales
- Conservación Inadecuada
- Contraindicación
- Dosis, Pauta y duración no adecuada
- Duplicidad
- Errores en la dispensación
- Errores en la prescripción
- Incumplimiento
- Interacciones
- Medicamento no deseado
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
- Probabilidad de efectos adversos
- Problema de salud insuficientemente tratado

- Otros” P(12-13)

Por esta razón es necesaria una adecuada intervención farmacéutica que valore cada aspecto requerido para lograr una mejoría en la depresión. Una buena intervención puede conllevar a: “modificar la dosis, modificar la pauta (redistribución de la cantidad), educación general, horario de medicamentos, educación en medidas no farmacológicas, derivar al médico comunicado de PRM/RNM, derivar carta al médico proponiendo cambio de tratamiento, notificar a farmacovigilancia, la forma de uso y la administración del medicamento, ofrecer apoyo Psicológico” (Pérez, 2019).

La sociedad actual es un semillero de situaciones estresantes, conflictivas; de circunstancias y eventos que han incrementado la tasa de personas con depresión en todo el mundo. Por esto, la educación es de vital importancia, en un momento histórico donde los antiguos preceptos sociales empiezan a ser cambiados por nuevas formas de convivencia. No obstante, existen las herramientas necesarias que el farmacéutico debe seguir para conseguir una buena intervención farmacéutica y tratar de convertirlas en un estilo de vida. La Caja Costarricense del Seguro Social establece una serie de pautas por seguir para una buena prevención o intervención en el desarrollo de la depresión. (Caja Costarricense del Seguro Social [C.C.S.S] ,2009).

“1. Incentivar al paciente con:

- Actividad física
- Conductas adecuadas al alimentarse: horarios, cantidad, ambiente
- Uso del tiempo libre (ocio, recreación)
- Balance actividad-descanso
- Establecimientos de límites durante la niñez
- Técnicas de control de ansiedad y estrés (relajación, lectura de libros de autoayuda, autocontrol)
- Fortaleza emocional y habilidades cognitivas en la niñez, habilidades para resolución de conflictos y toma de decisiones, apego positivo y lazos afectivos tempranos, relaciones interpersonales positivas, autonomía, adaptabilidad, conducta prosocial con participación en acciones positivas para la comunidad o grupos, habilidades o destrezas sociales positivas para la comunidad o grupos; enseñanza de habilidades o destrezas sociales

2. Desarrollar acciones con enfoque comunitario:

Universales: desarrollo de habilidades cognitivas, solución de problemas, destrezas sociales, desmitificación de las enfermedades mentales.

Selectivas: dirigidas a grupos vulnerables específicos o en contextos identificados como de riesgo.

Indicadas: dirigidas al abordaje de factores específicos de vulnerabilidad que actúan a nivel individual.

3. Factores precipitantes: si se llegan a presentar durante la atención farmacéutica se puede valorar referir o pedir interconsulta al servicio que más corresponda:

Familiares y sociales: antecedentes de síntomas y trastornos de ansiedad, comunicación verbal limitada, violencia, dificultades económicas.

Detectar e intervenir tempranamente, en los diferentes escenarios, personas en violencia o abuso (doméstico y social), en situaciones posdesastres u otros tipos de eventos. (C.C.S.S., 2009)

En algunas ocasiones, los pacientes por la condición de tristeza que padecen no acuden a citas posteriores de control. Se dificulta con ello el seguimiento de estas personas, por lo que durante la atención farmacéutica se le da educación y se le explica la importancia que posee la visita al médico para seguir valorando el progreso de la remisión de los síntomas. La (C.C.S.S., 2009) ofrece a la red de apoyo llámese familiares o cuidadores, una serie de marcadores de tipo informativo y consejos para darle un mejor seguimiento:

- La depresión es una enfermedad que afecta cada vez a más personas.
- Es tratable y con resultados eficaces.
- Planificar actividades a corto plazo contribuye a afianzar la confianza y sentirse mejor.
- Motivar a la persona a identificar y detener pensamientos negativos o de culpabilidad.
- Aconsejar al usuario a no tomar decisiones drásticas sobre su vida en caso de presentar ideas catastróficas, sobrevaloradas y extremistas.
- Ante síntomas somáticos, averiguar las relaciones existentes entre estos y el estado de ánimo

- Señalar la importancia de buscar ayuda en caso de presentar recaídas, la cuales podrían presentarse ocasionalmente durante el manejo

Del mismo modo la (C.C.S.S., 2009) valora la importancia del profesional en farmacia y lo dota de una guía que lo ayude a dar un manejo adecuado de los pacientes depresivos en cualquiera de sus subcategorías:

- Referir a Psicología o Psiquiatría (o ambos), cuando la evolución del manejo del usuario así lo demande.

- Formar un diagnóstico diferencial, manejar la enfermedad de fondo y las reacciones adversas de medicamentos.

- Aplicar proceso psicoterapéutico de acuerdo con criterios clínicos (terapia cognitivo-conductual (TCC) según evidencia científica).

- Realizar tratamiento combinado e interdisciplinario: terapias psicológicas individuales y familiares y farmacológicas, intervención social.

- Recomendar (de ser necesaria) la terapia farmacológica

Inhibidores selectivos de recaptura de Serotonina-ISRS: Fluoxetina es el fármaco con más ensayos que apoyan su uso en niños y adolescentes, de considerarse necesario. No se recomienda en adolescentes el uso de Paroxetina, Sertralina o Escitalopram, salvo criterio del especialista tratante.

Antidepresivos tricíclicos: Imiprimina, Amitriptilina: alternativa a los ISRS si el paciente no ha tolerado al menos dos fármacos de ese grupo o es alérgico a ellos.

Benzodiazepinas: Alprazolam, Bromazepam, Lorazepam, Clonazepan y Diazepan.

Moduladores del estado de ánimo: Acido Valproico, Carbamazepina, Lamotrigina, Topiramato.

Otros fármacos: Pregabalina, Hidroxicina, antipsicóticos atípicos, Difenhidramina, Betabloqueadores.

- Considerar terapia electroconvulsiva indicada en adolescentes o adultos con depresión mayor grave y persistente, con síntomas graves que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos.

- Monitorear la evolución del paciente según criterio clínico.
- Valorar pacientes que presenten una depresión mayor grave y que son tratados ambulatoriamente con fármacos antidepresivos.
- Valorar ingreso hospitalario en los siguientes casos:
 - Riesgo elevado de suicidio.
 - Asociación con ansiedad grave acompañada de síntomas psicóticos.
 - Asociación con co-morbilidad severa o descompensada.
 - Depresión grave con ausencia de soporte sociofamiliar.
 - Atender comorbilidades.

(Romero Gamero, Vucínovich, & Poves Oñate, 2010) en su artículo de investigación de tipo revisión bibliográfica propone y recomienda un protocolo de intervención para hombres con trastornos depresivo el cual se describe en la tabla 13 que aparece a continuación.

Tabla 13: Protocolo de actuación ante hombres con trastornos depresivos graves y crónicos.

El plan de actuación que proponemos va dirigido a hombres que cumplen los criterios siguientes:
Un diagnóstico de depresión de larga evolución y de gravedad como, por ejemplo: depresión mayor en remisión parcial, trastorno depresivo recurrente y el trastorno depresivo mayor, subtipo crónico
Por otro lado, se dará preferencia a los afectados que no hayan respondido a los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos que han recibido hasta el momento actual.
Pacientes con ideación autolítica o importante alteración en su funcionamiento familiar, social y laboral

Nota: tomado de Romero Gamero, Vucínovich, y Poves Oñate (2010)

Pacientes con cuadros depresivos mayores, que requieren un mayor abordaje y de quienes no se ha tenido muy buena respuesta farmacoterapéutica, el protocolo propuesto indica una segunda etapa la cual Romero Gamero, Vucínovich y Poves Oñate, 2010 describen como sigue:

“A) Valoración integral inicial, que conlleva el establecimiento de la alianza terapéutica y la conclusión del plan de tratamiento individualizado según sus características y necesidades.

B) Puesta en práctica del plan terapéutico consensuado.

C) Etapa de seguimiento tras mejoría o derivación a otros dispositivos asistenciales en caso de no mejorar.

A. Valoración inicial. Cuando se detecta un posible usuario candidato a ser incluida en el plan de actuación se inicia una primera fase de valoración consistente en varias entrevistas:

- 1) Interconsulta con el otro facultativo del programa (psicólogo clínico/ psiquiatra). Supone un primer contacto con el otro miembro del equipo, que estudiará la parte complementaria del tratamiento, para valorar las necesidades de tratamiento psicológico o farmacológico según el caso. El objetivo de estas primeras entrevistas es valorar al paciente para que reciba un tratamiento lo más completo, multidisciplinar y adecuado a las necesidades del afectado con base en las recomendaciones actuales que plantean la combinación de medicación y psicoterapia como el mejor tratamiento para la depresión grave, crónica o resistente.
- 2) Entrevistas de valoración de su estado psicopatológico y funcional a través del uso de pruebas psicológicas (cuestionarios y escalas).
- 3) Se concreta con el paciente los objetivos que nos planteamos con la valoración que está recibiendo, motivándole al cambio tras una información detallada de las ventajas que supone, en consonancia con la evidencia científica, que reciba un tratamiento combinado. Se le explica el contenido del trabajo que se va a iniciar en caso de que decida participar y se consensúa con él el tipo concreto de tratamiento psicológico (grupal o individual) y farmacológico tras recibir toda la información pertinente.

- 4) Finalmente se tratan las expectativas, necesidades y temores de cada usuario ante la medicación y la intervención psicológica para solventar los obstáculos que determinadas ideas preconcebidas pueden suponer de cara al tratamiento.

Esta fase de valoración inicial tiene un carácter informativo y motivacional y con una actitud comprensiva y empática, ir responsabilizando al paciente con el tratamiento en el cual se va a implicar para eliminar la imagen de receptor pasivo de actuaciones profesionales.

- B. Plan terapéutico.** La segunda fase es la de intervención propiamente dicha y comienza tras haberse concretado el plan de actuación personalizado entre los facultativos y el paciente. Reuniones periódicas de coordinación, entre el equipo de tratamiento mientras dura la intervención, servirán para intercambiar información e impresiones del proceso de cada paciente. Estas reuniones permiten efectuar las modificaciones pertinentes para mejorar nuestra labor asistencial. Esta fase incluye dos ramas de tratamiento paralelas: la psicológica y la farmacológica
- C. Seguimiento.** Finalmente, tras las fases de valoración integral inicial y de puesta en práctica del plan de tratamiento consensuado, los pacientes entran en una tercera etapa de seguimiento con consultas programadas durante el año siguiente de concluir la fase de tratamiento activo. El objetivo que se persigue es evaluar su estado psicopatológico, el funcionamiento psicosocial y estar atentos a posibles complicaciones que surjan en su contexto interpersonal que puedan precipitar otro episodio depresivo, actuando en el menor tiempo posible a través del refuerzo de la puesta en práctica, por parte del paciente, de los aprendizajes obtenidos en su periodo de psicoterapia.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presentan los conocimientos metodológicos requeridos para desarrollar el tema de investigación. A demás se describe el tipo de información que se considera importante y la manera como se recolectó la información para el desarrollo de la ella.

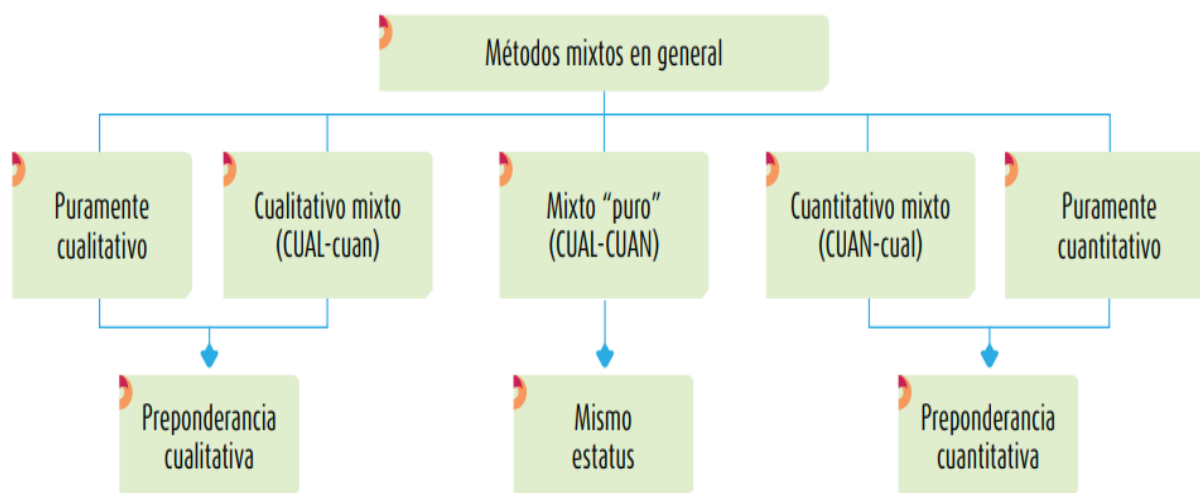
Tipo de la investigación

Según Hernández (2014) la investigación es “un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema”. Se trabaja de manera directa en textos o documentos que se relacionen con el tema por estudiar, estimando la problemática de la investigación. (p.4). Este proceso se desarrolla en diferentes pasos: enfoque, diseño de la investigación, recopilación de datos, análisis de estos y presentación final.

Enfoque

El enfoque de esta investigación es cuantitativo, porque implica una revisión de la literatura para estudiar la necesidad de medir la problemática de la investigación. Se recolectan datos de un centro de salud y con ello efectuar un análisis estadístico, se someten a prueba las hipótesis para corroborar los resultados. Si son positivos, aportarán evidencia y; si se refutan se buscarán mejores explicaciones y nuevas hipótesis.” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio (2014) (p.534).

Figura 14: Los tres principales enfoques de la investigación hoy, incluye subtipos de estudios mixtos.



Nota: tomado de Hernández y otros (2014) (p.535)

Existen varios factores que Hernández y otros (2014) para aplicar un enfoque mixto en una investigación, entre ellos

1. El investigador debe utilizar un enfoque que armonice o se adapte más a su planteamiento del problema. En este sentido, es importante recordar que aquellos problemas que necesiten establecer tendencias, se adaptan mejor a un diseño cuantitativo; y los que requieren ser explorados para obtener un entendimiento profundo, empatan más con un diseño cualitativo. Asimismo, cuando el problema o fenómeno es complejo, los métodos mixtos pueden ser la respuesta.
2. Emplear una aproximación en la cual el investigador posea más conocimientos y entrenamiento. Aunque desde luego, hoy es importante prepararse en los tres enfoques. (p.536).

Las investigaciones en la actualidad abarcan distintas disciplinas, por eso contienen datos cualitativos y cuantitativos, integran conocimientos nuevos y las personas utilizan diversas herramientas con interés metodológicos diferentes, se refuerza así la necesidad de usar métodos mixtos. Este método presenta ventajas, porque permite realizar una investigación más profunda e incluir más datos como números, gráficas, modelos analíticos y características propias del fenómeno en estudio que proporcionan textos, elementos visuales. El objetivo de este método es fortalecer nuestro estudio y con ello dar una mayor seguridad, al obtener resultados confiables de lo que ocurre con el fenómeno. (Hé Hernández 2014).

Diseño metodológico

Se hace referencia al término diseño según Wentz (2014) citado por Hernández (2014) “al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema.” Una vez planteada la problemática, se debe contestar de manera sencilla y concreta todas las interrogantes planteadas en la investigación y cumplir los objetivos propuestos.

El diseño de esta investigación es no experimental, ya que se observa un grupo de personas incluidas en una patología en su forma natural para analizar el fenómeno como una totalidad. No existe manipulación intencional ni asignación al azar. Otro aspecto importante que contempla este diseño son las encuestas de opinión, las cuales se a expertos para que aportaran información importante a la investigación (Hernández 2014) (p.155).

Transversal

Según refieren Hernández y otros (2014), los diseños transversales presentan en común la recolecta de datos en un solo momento, describen las variables y analizan la incidencia en un tiempo determinado. En este caso, se recolecta los datos del centro de salud para analizar la incidencia de un grupo de pacientes que padece trastorno depresivo con recaída en su enfermedad y vuelve a ser ingresado al hospital. Se logra describir el tiempo de estancia del en centro de salud durante el periodo del 2019.

Descriptivo

Este diseño guía esta investigación porque se pretende describir la incidencia con que los pacientes son internados a causa de una mala adherencia tratamiento. Se incluyen variables como edad, sexo. También se indaga la incidencia de los abandonos de tratamientos a causa de variables como factores socioeconómicos, familiares o algún otro que influya de manera directa en el abordaje del apego al tratamiento (Hernández y otros 2014).

Fuentesde información

Según (Gómez Bastar, 2012) son todas aquellas herramientas que le permiten al investigador realizar su trabajo, tales como: manuscritos, impresos o digitales, los principales son los libros de texto. Esta información le permitir al investigador guiar el estudio hacia el progreso. Es necesario recopilar previamente todos los documentos para analizar y discernir si la teoría y la investigación proveen una dirección por seguir en el desarrollo de la investigación.

La revisión de las fuentes de información implica analizar la bibliografía que engloba los temas que se desarrollarán durante la investigación, que se extraiga y recopile información relevante y necesaria para poder dirigir el estudio hacia el éxito, si los términos que buscamos son vagos y generales existe una gran posibilidad de desorientación. Es necesario que sea preciso, así el estudio estará más acotado y el planteamiento tendrá aún mayor sentido. Las fuentes se pueden clasificar en primarias, secundarias y terciarias (Hérrnandez Sampieri y otros 2014).

Soto Solano (2020) citando a Hérrnandez Sampieri y otros (2014) indica que las fuentes de informacion muestran una secuencia: inician con la fundamentación que se refiere a la base de datos que se construye con el conocimineto histórico, luego la demostración que es el medio

requerido para construir el conocimiento y, por último, la verificación que impide al investigador sacar conclusiones sin argumentos relacionados con el tema desarrollado por la investigación.

En su libro de metodología (Hérmendez Sampieri, *et al* 2014) hace referencia sobre la fuente primaria, la cual se puede entender como la información original y nueva, que ha sido publicada por primera vez y no interpretada por nadie, además define esta fuente como:

“Los documentos, testimonios u objetos originales que le permiten al historiador investigar directamente en ellos, sin la intervención de un intermediario (traducción, paleografía, edición, ente otros), porque se corre el riesgo de partir de una interpretación o segunda lectura. Generalmente, las fuentes primarias pertenecen al mismo período histórico que se investiga, pero eso no necesariamente ocurre. Puede haber varios años de diferencia entre dos documentos originales, pero si ambos tratan de un mismo suceso, no dejan de ser fuentes primarias en la misma investigación” (p.56).

Una fuente de información secundaria, es toda aquella que se obtiene de los resultados de las primarias, con un autor diferente al de la fuente original. Esta fuente facilita el acceso a las fuentes primarias, ya que se colocan en forma organizada para que el investigador no realice búsquedas en diferentes sitios, ya sean físicos o medios electrónicos. Las fuentes terciarias están dadas por la recopilación hecha en de la primaria y secundaria, facilitan de esta manera recuperar la información de todas las fuentes

Validación de los instrumentos

La validación de la encuesta está aprobada por la jefatura del servicio de farmacia del Hospital Nacional Psiquiátrico y por los doctores ~~la Dra.~~ Carolina Segura Hernández Raymond Jiménez Reyes y. Laura Sánchez Ortiz tutora de la tesis. La encuesta ~~fue~~ se aplicó a los 23 farmacéuticos que laboran en la farmacia del hospital, y aprobada por el Dr. Jiménez encargado de la atención farmacéutica del Hospital Nacional Psiquiátrica Manuel Antonio Chapuí y Torres.

Este instrumento para recopilar información debe diseñarse con base en ciertos criterios y regulaciones Una vez concluido terminada debe ser validado por parte de expertos en los temas relacionados con las variables, con el fin de determinar su confiabilidad. Hérmendez Sampieri y otros (2014) refieres que la validez se ve como:

“Una evaluación más que una característica de cuán apropiadas y adecuadas son las interpretaciones y los usos que se hacen de los resultados del cuestionario. En la evaluación de la validez de un cuestionario se busca que las interpretaciones de los resultados se basen en evidencia de que el cuestionario mide lo que realmente se quiere que mida, que los resultados no se vean afectados por variables o factores irrelevantes a lo que se quiere medir. En otras palabras, la evaluación de la validez de un cuestionario concierne a los resultados y las consecuencias de las decisiones que se toman con esos resultados” (p.59).

Categoría de análisis

Tabla 14 2: Operacionalización de variables

Objetivo Específico	Categorías	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento
Determinar la incidencia de Trastorno Depresivo Mayor en los pacientes que ingresan al Hospital Nacional Psiquiátrico mediante el historial de casos de hospitalización por crisis depresiva .	Internamiento hospitalario por trastorno depresivo mayor	Ingreso hospitalario se conceptualiza como la atención médica continua a pacientes que necesitan de un seguimiento diario de su enfermedad (Hernández, F., Gacía, Y., 1999)	Número de días de internamiento en casos de depresión mayor	Por medio de Epiinfo, SPSS, Windows Microsoft 2013
Relacionar los tratamientos usados en personas que han sido hospitalizadas el tiempo de	Medicamentos: se puede considerar como una herramienta para modificar el curso natural de	Eficacia: “Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera” Medicación: “Conjunto de	Cantidad de fármacos que usa el paciente en relación con el tiempo de instancia	SPSS para análisis de datos

instancia en este recinto	una enfermedad o prevenirla (Pérez, J., 2003)	medicamentos y medios curativos que tienden a un mismo fin” (Real Academia Española, 2019)	(agudo y crónico)	
Establecer un documento en el cual se indiquen los rubros para un seguimiento farmacoterapéutico adecuado	Adherencia farmacológica	Comportamientos terapéuticos que buscan la atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación de forma apropiada, cumplir las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones pertinentes (Ramos, L., 2015)	Mediante la atención farmacéutica lograr el apego de los medicamentos	Entrevista en línea con preguntas cerradas a los especialistas

Nota: Elaboración propia

Instrumentos por utilizar

El instrumento a utilizar para la recolección de datos es EpiInfo un conjunto de programas para manejar datos en forma de cuestionario y organización de resultados, sirviendo como una poderosa base de datos de datos epidemiológicos, se utiliza programas estadísticos como SPSS en conjunto con el paquete básico de Microsoft Office 2013.

Además, se utilizará opinión de expertos por medio de entrevistas a diferentes profesionales de la salud: médicos, enfermeras y farmacéuticos que estén ligados con el tratamiento de pacientes con esta patología. Sus opiniones serán subjetivas, sin embargo, ´como están en contacto directo

con el paciente aportan gran conocimiento al trabajo a la elaboración del documento para la adherencia.

Criterios de inclusión

En esta investigación se utilizan artículos, revistas, protocolos, libros de texto tanto digital como físicos: entre otros, publicados en un periodo de 10 años: desde el 2010 hasta el 2020 inclusive, tanto en inglés como en español. Se usan aquellos artículos u otras fuentes de información que estén comprendidos en este periodo y que contengan información del trastorno depresivo mayor, sintomatología de la enfermedad y tratamientos farmacológicos.

Se comprende la base de datos de Registros Médicos, abarcando el periodo del primer y segundo semestre del 2019, con el fin de conocer la incidencia de los ingresos hospitalarios por depresión con grupos etarios, sexo, tiempo de estancia entre otros, así como la provincia con mayor incidencia de depresión mayor. De esta base de datos se obtiene información relevante como los días de estancia de las personas hospitalizadas, así como la diferencia en la tasa de incidencia en padecer esta patología la mujer y el hombre.

Se incluye una herramienta de entrevista abierta dirigida solamente al personal profesional que trabaja en el Hospital Nacional Psiquiátrico, porque está capacitado para tratar con psicofarmacología a pacientes con depresión. Se valida por la opinión de expertos que aportando el conocimiento suficiente para otorgarle peso a esta investigación.

Los sujetos de investigación son pacientes mayores de 18 años, tanto mujeres como hombres, que han estado hospitalizados en algún momento del 2019 y se han diagnosticado con el trastorno depresivo mayor en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí-Torres.

Criterios de exclusión

Se excluyeron tantos artículos que se publicaron antes del 2010, así como publicaciones que no se relacionan con el tema para evitar el sesgo y desvío de la investigación. Se excluyen aquellas patologías que carecen de similitud con la depresión, personas menores de 18 años y mayores de 65 años

Recolección de datos

Se da la revisión de artículos obtenidos de bibliotecas virtuales como PubMed, Medline, Elsevier, Ebsco, Scielo. Se estudiaron fuentes de información de universidades públicas como la Universidad de Costa Rica (U.C.R.) y privadas como Universidad Internacional de las Américas

(U.I.A). Se obtuvo datos estadísticos por medio de registros médicos y de la estadística del Hospital Nacional Psiquiátrico, así como informes de la farmacia del mismo centro de salud.

Revisión Bibliográfica utilizada

Tabla 35: Fuentes de información.

Datos del artículo	Descripción
<p>Amariles, P., Osorio Bedoya, E. J., & Cardona, D. (2019). Teaching of pharmaceutical care in Latin America: a structured review. <i>Farmacia Hospitalaria</i>, 66-73.</p>	<p>Revisión bibliográfica en donde se toma en cuenta las principales bases de datos científicas con el objetivo de sistematizar la información disponible sobre la enseñanza de la atención farmacéutica en Latinoamérica a en nivel de pregrado y posgrado, se incluye la situación actual, sus perspectivas, desafíos y recomendaciones. Se destaca la necesidad de implementar en los planes de estudios de la mayoría de universidades centroamericanas un curso que contemple la atención farmacéutica.</p>
<p>American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial medica panamericana.</p>	<p>Libro de forma física, donde se detalla la fisiología, fisiopatología y etiología de las enfermedades mentales</p>
<p>Angora Cañego, Ricardo; Esquinas Requena, José Luis; Agüera Ortiz, Luis;. (08 de marzo de 2012). Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología médica concomitante. <i>Sociedad española de psicogeriatría</i>, 1-19. Obtenido de <i>Psicogeriatría</i>: http://viguera.com/sep</p>	<p>Guía que detalla la selección de psicofármacos en el anciano con sus respectivos ajustes como insuficiencia renal, hepático y demás, con el objetivo de adoptar la prescripción de psicofármacos en ancianos con comorbilidades médicas, que concluyó que se necesita una mayor atención en la elección, dosificación y seguimiento del tratamiento</p>
<p>Aragonés, E., Comín, E., Cavero, M., Pérez, V., Molina, C., & Palao, D. (2017). Un sistema</p>	<p>Estudio que demuestra la deficiencia que existe los primeros niveles para un</p>

<p>informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. 49(6).</p>	<p>adecuado abordaje de la depresión, se describen características de una nueva guía para el manejo de la depresión en el sistema público, según las características de la enfermedad evaluando la evolución clínica intervenir en las necesidades que se presentan</p>
<p>Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). <i>Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)</i>. Editorial medica panamericana.</p>	<p>Manual de forma física, que describe todos los diagnósticos referentes a la rama de medicina de psiquiatría. Se establecen todos los criterios de diagnósticos de las enfermedades mentales incluyendo los de depresión. Es una guía en la cual se basan todos los especialistas en la materia tanto internacional como nacional. Este manual contiene desde la definición de la patología, las características que en ella se manifiesta así como el desarrollo de la enfermedad, los factores de riesgo, los diagnósticos diferenciales entre otros.</p>
<p>Belujon, P., & Grace, A. (2017). <i>Dopamine System Dysregulation in Major</i>. Obtenido de International Journal of Neuropsychopharmacology 20 (12): 1036-1046</p>	<p>Esta revisión explora la información actual sobre la modulación aferente del sistema dopaminérgico y su relevancia para el trastorno depresivo mayor. Describe que la falta de dopamina en personas depresivas es una manifestación básica en persona con este tipo de trastornos, esta revisión analiza la actual modulación que tiene el sistema dopaminérgico con relevancia al trastorno depresivo mayor así como una comparación de los antidepresivos tradicionales y nuevos</p>
<p>Bennabi, D., Charpeaud, T., & Haffen, E. (2019). Clinical guidelines for the management of</p>	<p>la Asociación Francesa de Psiquiatría Biológica y Neuropsicofarmacología y la</p>

<p>treatment-resistant depression: French recommendations from experts, the French Association for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and the foundation FondaMental. BMC Psychiatry, 1-12.</p>	<p>fundación FondaMental desarrollaron guías de consenso de expertos para el manejo de la depresión resistente al tratamiento. Las pautas de expertos combinan evidencia científica y opiniones de médicos expertos para producir recomendaciones para la depresión resistente al tratamiento. 36 psiquiatras expertos en el campo de la depresión mayor y sus tratamientos completaron una encuesta escrita que comprende 118 preguntas relacionadas con presentaciones clínicas muy detalladas en una escala de riesgo-beneficio que va de 0 a 9. El alcance de esta guía abarca la evaluación de resistencias farmacológicas y situaciones de riesgo de resistencias, así como las estrategias farmacológicas y psicológicas en la depresión mayor.</p>
<p>Borges Grün, T. (2017). Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela. <i>Universidad Complutense de Madrid</i>. España: Biblioteca UCM https://eprints.ucm.es/46763/1/T39658.pdf.</p>	<p>Tesis de grado doctoral, donde se enmarca en la perspectiva psicológica de la salud orientada al estudio de la ansiedad y de la depresión. Estudio retrospectivo que incluye a 441 personas validando el cuestionario de salud de pacientes (PHQ) de Venezuela el cual está hecho para poder diagnosticar personas tanto con ansiedad como depresión en el primer nivel de atención, proporcionando aportes y contribuyendo con nuevas herramientas para que este cuestionario sea eficaz y lleve al profesional a un mejor diagnóstico y del tratamiento que mejor se apegue</p>
<p>C.C.S.S. (2009). Caja Costarricense del Seguro Social. Obtenido de http://www.ccss.sa.cr</p>	<p>Página web de institución pública, donde se tomaron protocolos, lineamientos como</p>

	<p>guía para la elaboración del protocolo incluido en las recomendaciones de esta investigación.</p>
<p>Calderón Gómez, D. (2020). Evaluación In Silico de análogos estructurales de la molécula psilocibina para el tratamiento de la depresión. Costa Rica: Universidad Internacional de las Américas.</p>	<p>Tesis para optar por el grado de licenciatura en farmacia. Estudia temas de depresión, la epidemiología así como los tratamientos requeridos para tratar la patología.</p>
<p>Cañasas, R., Catalan, R., Raya, A., & Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. <i>34</i>(121).</p>	<p>Este estudio evalúa la efectividad de la intervención en pacientes del continente europeo con depresión mayor mediante una revisión bibliográfica para determinar la mejora de los síntomas depresivos. Observan cuál población tenía mejor resultado: si la que tiene síntomas leves o moderados, poniendo por delante guías de práctica clínica para orientar tanto al profesional como al paciente con la patología. Dichas guías recomiendan intervenciones psicoeducativas y psicoterapias como el primer paso para un protocolo de intervención al tratamiento. Se obtuvieron teniendo grandes resultados en el disminución de la sinomatología y en la prevención de la esta.</p>
<p>Carretero Colomer, M. (2017). Depresión Mayor. Tratamiento farmacológico antidepressivo. <i>Actualidad científica</i>, 109-111.</p>	<p>Artículo de revisión con el objetivo de resumir las principales conclusiones de la literatura en relación con la etiología del trastorno depresivo mayor.</p> <p>Se concluye que ninguna de las teorías ha podido unificar la etiología real de la depresión, por lo que son incierto las conclusiones de los estudios neurobiológicos.</p>

<p>Cobo-Realpe, L., Collazos, C., Castellanos, H., & Herrera-Mendoza, K. (2020). Acción psicofarmacológica y analgésica del antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina fluoxetina en ratón hembra. <i>Información tecnológica</i>, 39-50.</p>	<p>Conocer el rango de potencia relacionado con la dosificación de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina fluoxetina y su mecanismo de acción como agente capaz de inducir efecto analgésico y ansiolítico, utilizando ratones hembras de la cepa CD-1 en condiciones ambientales a una temperatura $21 \pm 1^{\circ}$ C, humedad relativa de $55 \pm 10\%$, un ciclo continuo de luz-oscuridad de 12 h, con comida y bebida "ad libitum", mediante una dieta comercial estándar</p>
<p>De Paz Soto, C. F. (2017). Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, febrero-marzo 2016. <i>Universidad Nacional de Trujillo</i>. Perú: Biblioteca Digital-Dirección de Sistemas de Informática y Comunicación http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8449/DelaPazSoto_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y.</p>	<p>Tesis para optar el grado académico de bachillerato, mediante estudio descriptivo transversal con 91 pacientes en análisis por medio de una encuesta se determinaron los factores relacionados con la no adherencia a los tratamiento, la cual determina si existe relación entre las características sociodemográficas, el tiempo de enfermedad, el tiempo del tratamiento antidepresivo, el antecedente de no adherencia terapéutica y la polifarmacia, mediante un estudio relacional que incluyó dos muestras (adherentes y no adherentes), obtuvieron resultados: en promedio la mitad eran no adherentes a los medicamentos antidepresivos. Llegaron a la conclusión de que la edad juega un papel fundamental en el apego al tratamiento así como las creencias sobre la medicación y, muy importante, la abundante medicación que se les prescribió a algunos.</p>

<p>Díaz Villa, B. A., & González González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. <i>Revista Latinoamericana de Psiquiatría</i>, 106-114.</p>	<p>Artículo de revisión bibliográfica donde se han encontrado diferencias en el tamaño de varias estructuras cerebrales, como el hipocampo, amígdala y corteza prefrontal, además de cambios en el metabolismo y tamaño neuronal, se demuestra que la depresión tiene relación con neurotransmisores nuevos como el ácido-amino-γ-butírico y el glutamato. Relacionado con la inflamación en la depresión, por el potencial del interferón-α de producir estados depresivos y una fuerte asociación de las citosinas pro-inflamatorias con la depresión.</p>
<p>Dupont Villanueva, M. A. (2005). Manual de Psiquiatría. https://elibro.net/es/ereader/bibliouia/72736?as_title_name=psiquiatria&as_title_name_op=unacent__icontains&prev=as</p>	<p>Libro digital que contiene aspectos generales de todas aquellas patologías referentes a la psiquiatría</p>
<p>Espinosa Muñoz, M. C., Orozco Ramírez, L. A., & Ybarra Sagarduy, J. L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. <i>Salud Medica</i>, 201-208.</p>	<p>Estudio cuantitativo, no experimental, transversal con alcance descriptivo-correlacional. Participan 276 sujetos masculinos entre 18 y 65 años atendidos en consulta externa de diversas instituciones de salud de Ciudad Victoria, Tamaulipas. Se aplicó a esta muestra la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y la Escala de Funcionamiento Psicosocial. Con el objetivo de determinar las relaciones existentes entre síntomas de ansiedad y depresión, factores psicosociales y el motivo de consulta en población adulta masculina que demanda atención de salud en primer nivel. Obteniendo una</p>

	prevalencia para síntomas de ansiedad de 57% (n=157) y de síntomas de depresión de 49% (n=135). Los resultados mostraron que entre los factores predictores de esta sintomatología se encuentran el estrés de vida, el intercambio negativo en sus interacciones, los hábitos negativos de salud y un ingreso económico menor a 1 000 pesos.
Euba, R. (2011). <i>Psiquiatría para el no iniciado</i> . Desclée De Brouwer	Libro digital donde se describe de una forma sencilla los trastornos mentales
Floréz, J. (2008). <i>FARMACOLOGÍA HUMANA</i> . Elsevier Masson.	Libro de forma física donde se encuentra toda la descripción sobre la depresión, aparte de la farmacología de los antidepresivos,
García Delgado, A., & Gastelurrutia, M. (2003). <i>Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre depresión</i> . Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.	Guía donde se incluye la epidemiología de la depresión, bases biológicas, síntomas generales, tipos, medicación seguimiento farmacológico y el uso de fármacos antidepresivos en poblaciones especiales.
Gómez Bastar, S. (2012). <i>Metodología de la Investigación</i> . Ciudad de México: Red Tercer Milenio.	Libro digital para el desarrollo del trabajo de investigación, donde describe el adecuado uso de la metodología.
Gómez Maquet, Y., Ángel, J., Cañizares, C., Lating, M. C., Agudelo, D. M., Arenas, Á., & Ferro, E. (2020). El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 68-75	Estudio de casos con una población de 120 personas con depresión y 120 personas sanas, para determinar la asociación y el poder predictivo de la frecuencia y la valoración de eventos estresantes en el trastorno depresivo mayor. Se obtienen mayores porcentajes negativos por el grado de estrés que percibía la población en estudio en el momento de la prueba. resultó que esta variable fue el factor más

	determinante para el trastorno depresivo mayor
Gómez, R. (2019). Eficacia y coste-efectividad de la investigación estilo de vida saludable aplicada por medio de TICs para el tratamiento de la depresión en atención primaria: un estudio controlado. <i>Universitat de les Illes Balears</i> . España: Biblioteca UIB https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/666968/trgj1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y .	Estudio de tesis para optar por el grado de licenciatura con ensayo clínico pragmático aleatorizado en dos grupos para una población total de 120 pacientes con depresión leve a moderada, evaluando la eficacia de una intervención de baja intensidad de estilo de vida saludable mediante un programa de tecnología de la información y la comunicación (TICs), demostrando que el tener un estilo de vida saludable donde se incluya el deporte ya sea continuo o intermitente ayuda a mejorar el estado de salud mental de los pacientes, sin embargo no se notó mejoría en la sintomatología depresiva, por lo que como recomendación se implementa llevarlo a largo plazo para analizar los resultados, paralelamente se considera favorecer el no abandono de los tratamientos farmacológicos
Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). <i>Metodología de la Investigación</i> . Distrito Federal: Mc Graw Hill Education.	Libro digital para el desarrollo del trabajo de investigación, donde describe el adecuado uso de la metodología.
Hidalgo Martín, R., & Tames Sánchez, L. (2014). Atención farmacéutica: descripción del concepto y la aplicación de sus actividades por parte de farmacéuticos a nivel institucional y privado de los cantones centrales de San José y Cartago durante el período de Octubre a Noviembre, 2014.	Estudio transversal experimental. Se aplicó una encuesta en 48 farmacias de comunidad y 39 farmacias de la Caja Costarricense del Seguro Social, con el objetivo de detectar problemas relacionados con medicamentos para la prevención y resolución de los resultados negativos asociados con las medicinas,

	<p>pues la atención farmacéutica podría detectar los efectos adversos. Se concluye que la totalidad de los encuestados consideran que es importante el desarrollo de programas de atención farmacéutica, ya que son ellos quienes velan por la promoción y prevención de la salud.</p>
<p>Ira Fox, S. (2014). <i>Fisiología Humana</i>. McGraw-Hill.</p>	<p>Libro de forma física, se analiza el capítulo donde se explica toda la fisiología de los neurotransmisores</p>
<p>Ivanovic, I. (2020). Patología crónicas, depresión y adherencia a tratamientos y controles de salud. <i>Revista Confluencia</i>.</p>	<p>Estudio cualitativo realizado con entrevistas semi estructuradas dirigidas al paciente y familiares para conocer las experiencias del enfermo con sus múltiples padecimientos crónicos y la depresión con baja adherencia, Se logró realizar intervenciones multidisciplinarias, sin embargo ,las encuestas arrojaron resultados negativos, ya que los entrevistados mostraron falta de interés por asistir a este tipo de control en los centros de salud, su prioridad estuvo en las otras patologías y dejaron como última opción la toma de los antidepresivos, lo que disminuyó la adherencia al tratamiento</p>
<p>Jiménez, L. (2014). Adherencia terapéutica y oportunidades de mejora del estado. <i>Revista Costarricense Salud Pública</i>, 68-74.</p>	<p>Revista costarricense de salud pública en su artículo para la adherencia terapéutica, utilizó una base de datos del sistema de bibliotecas de la Universidad de Costa Rica, seleccionó por conveniencia algunas secciones como factores involucrados, convivencias, estrategias de mejora; entre otros. Este estudio demuestra que la adherencia es relevante en el proceso del</p>

	tratamiento para darle una mejor salud mental a cada paciente.
Lorenzo, J., Díaz, H., Ordoñez, L., Quintero, O., & Vitón, A. (2019). Caracterización clínica y terapéutica del episodio depresivo en pacientes hospitalizados. <i>Revista Médicas de Pinar del Río</i> , 50-62	Estudio observacional, descriptivo y transversal donde se demuestra las características clínicas, terapias y complicaciones de los pacientes con diagnóstico depresivo. Concluye como incidencia que la mujer suele padecer en mayor porcentaje que el hombre.
Matínez, A., & et al. (2017). Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor. <i>CES Psicología</i> , 21-34.	Estudio representativo para determinar los factores personales y sociales de los individuos a través de entrevistas realizadas con el WorldHealthOrganizationComposite International Diagnostic Interview donde se tomaron 4176 registros. El procesamiento de la información se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0
Millán, R. (2014). La implementación del abordaje colaborativo en Costa Rica: hacia una integración entre psiquiatría y la atención primaria. <i>Acta Médica Costarricense</i> , 150-157	Estudio mediante revisión bibliográfica sobre la implementación del abordaje colaborativo en Costa Rica para una integración entre psiquiatría y la brecha del tratamiento, con evidencia de efectividad y costo-efectividad, se realiza una valoración del modelo actual con que cuenta Costa Rica el cual tiene muy poco sustento científico por lo que se aumenta la brecha de los malos abordajes terapéuticos en paciente con trastornos depresivos, recomendando que las diferentes instituciones públicas y escuelas de medicina se integren como uno solo para poder dar sustento al modelo

<p>Ministerio de Salud [M.S.]. (2012). Política Nacional de Salud Mental 2012-2020. Costa Rica. Obtenido de Política Nacional de Salud Mental 2012-2020: https://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf</p>	<p>Análisis de la situación actual de salud mental en Costa Rica, donde se incluyen diagnósticos, determinantes de la salud mental, ámbito jurídico y social</p>
<p>Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. <i>Revista Peruana de Epidemiología</i>, 1-5</p>	<p>Artículo de revisión bibliográfica donde se toman datos prevalentes de la depresión como la edad de inicio, curso de la depresión entre otros.</p>
<p>Morillo Verdugo, R., Calleja Hernández, M. Á., Robustillo Cortés, M., & Poveda Andrés, J. L. (2020). A new definition and refocus of pharmaceutical care: the Barbate Document. <i>Farmacia Hospitalaria</i>, 158-162.</p>	<p>Revisión bibliográfica sobre la evidencia científica disponible acerca de modelos de atención farmacéutica y actividades con mayor impacto y facilidad de implantación. Se elaboró una propuesta de definición y se extrajeron las iniciativas elegidas como elementos clave, distribuyéndolas en cada pilar del modelo propuesto, con el objetivo de proponer una definición actualizada de atención farmacéutica</p>
<p>Navas Orozco, W., & Vargas Baldares, M. J. (2012). Abordaje de la depresión: Intervención en Crisis. <i>Cúpula</i>, 19-35.</p>	<p>Artículo de revisión sistémica de la bibliografía existente acerca del abordaje diagnóstico y terapéutica de la depresión. Se incluye la intervención en crisis y las diferentes formas de psicoterapia. Se demostró que la terapia en conjunto de psicofármacos y psicoterapia ha demostrado resultados positivos.</p>
<p>O.P.S. (2017). [Organización Panamericana de la Salud]. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	<p>Página web de donde se obtiene datos generales sobre la depresión a nivel latinoamericano, información característica de esta patología</p>

<p>Odio, D. (2017). Sobrediagnósticos y medicalización de los trastornos depresivos en el primer nivel de atención. <i>Ciudad Universitaria Rodrigo Facio</i>. Costa Rica: Biblioteca Virtual Universidad</p>	<p>Este estudio demuestra que en el primer nivel de atención se hace un sobrediagnóstico de la depresión que conlleva a tratamientos innecesarios e incrementan los efectos secundarios, e En este estudio se comparan los antidepresivos de primera y segunda generación.</p>
<p>Ortiz, M., & Ortiz, E. (2017). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. <i>Revista Médica Chile</i>, 647-652</p>	<p>Artículo de tipo revisión bibliográfica donde se toma en cuenta datos importantes sobre la adherencia a tratamientos farmacológicos.</p>
<p><i>Organización Mundial de la Salud [O.M.S.]</i>. (30 de Enero de 2020). Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression</p>	<p>Nota descriptiva destaca generalidades de la depresión, así como datos estadísticos y cifras en el mundo.</p>
<p>Palacio, C. A., & Toro, A. C. (2018). <i>Psiquiatría</i>. Cib Fondo Editorial</p>	<p>Libro de psiquiatría, el cual abarca todas y cada una de las enfermedades psiquiátricas que existen, incluyendo los trastornos depresivos</p>
<p>Párraga Martínez, I., Toores Hidalgo, J., Campos del Lago, J. M., Villena Ferrer, A., Morera Rayo, S., & Escobar Rabadán, F. (2014). Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en paciente que inician su consumo. <i>Elsevier Doyma</i>, 357-366.</p>	<p>Estudio observacional longitudinal prospectivo para conocer aquellos pacientes que inician el tratamiento con antidepresivos. Analiza los factores asociados al incumplimiento, tanto clínicos como sociodemográficos. Se pretende demostrar que si no hay un adecuado cumplimiento terapéutico, se producen efectos adversos, y se intensifican los síntomas depresivos.</p> <p>Se comprueba que a los 6 meses de iniciado el tratamiento se dio un incumplimiento en la toma de medicamentos mediante el recuento de los</p>

	<p>comprimidos y el segundo porcentaje más alto se inclinó por la falta de adherencia por medio de un cuestionario que se les realizó a los 15 días posteriores a la primera toma del tratamiento depresivo</p>
<p>Peña-De León, E., Mejía Martínez, K., Ruíz Chow, Á. A., Monsiváis Ríos, R., & Álvarez Bernal, C. A. (2019). Escala de síntomas cognitivos en depresión (EsADFUN). Centro de Investigación en Sistema Nervioso, 14-21.</p>	<p>Artículo con el objetivo de la elaborar y validar una escala de medición de la afectación de los síntomas cognitivos en depresión, que sea completa, fácil y práctica de utilizar en pacientes deprimidos, mediante la aplicación de la Escala de autoevaluación para depresión y funcionalidad (EsADFUN) a un grupo de pacientes afectados por depresión entre 18 y 65 años de edad y a un grupo control pareado por edad, género y escolaridad. Así como la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), la Escala de Depresión de Beck, el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y la Prueba de Sustitución de dígitos y símbolos (DSST). Se demuestra que la escala EsADFUN es una escala válida y completa para evaluar los síntomas cognitivos de pacientes deprimidos con propósitos clínicos y de investigación.</p>
<p>Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión actualidades y futuras direcciones. <i>Revista de la facultad de medicina</i>, 7-16.</p>	<p>Artículo de revisión bibliográfica donde se analizan las diferentes terapias antidepresivas como la psicoterapia, psicofármacos, terapia magnética transcreaneal y profunda concluyendo que los fármacos solo aportan a la recuperación del paciente un porcentaje muy mínimo por lo que la elección de este mismo debe de</p>

	<p>hacerse de forma individualizada y en conjunto con las demás terapias valorando las comorbilidades, efectos secundarios y las interacciones farmacológicas.</p>
<p>Perez Padilla, E. A., Cervantes Ramirez, V. M., Hijuelos Garcia, N. A., Pineda Cortes, J., & Salgado Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. 28(2). Social, C. C. (2020). Dpresion. San José.</p>	<p>Mediante un artículo de revisión bibliográfica se investiga sobre la prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor, dejando en evidencia que los primeros episodios depresivos se debe en su mayoría a eventos estresantes que llevan a cambios en la fisiología del cerebro y daños en diferentes áreas cerebrales, a nivel genético el estudio revela que son alrededor de 200 genes los que pueden influir a desarrollar el trastorno depresivo mayor, a nivel biológico los neurotransmisores juegan un papel importante así como citosinas y hormonas que inducen a modificaciones en el sistema nervioso central</p>
<p>Pérez, S. A. (2019). CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO ROSALES ATENDIDOS EN LA FARMACIA ESPECIALIZADA DEL MINSAL. AGOSTO 2017 - AGOSTO 2018. Cali: https://repositorio.unan.edu.ni/10665/1/t1034.pdf.</p>	<p>Tesis para optar por el grado de máster en salud pública. La metodología aplicada fue se realizó Mediante un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 378 expedientes de pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles, con seguimiento en el área de atención farmacéutica. Se diseñó una matriz para recolectar la información y para facilitar su análisis por medio de frecuencias de variables múltiples de SPSS, con el objetivo de caracterizar la atención farmacéutica en pacientes polimedicados con enfermedades crónicas</p>

	<p>no transmisibles. Se encontró que las características personales son el problema relacionado con la medicación más frecuente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, la educación en medidas no farmacológicas es la intervención que más se realiza en atención farmacéutica y los logros en pacientes</p>
<p>Ramírez, L. A., Pérez, E. A., García, F., Salgado, H., Atzori, M., & Pineda, J. C. (2018). Nueva Teoría sobre la depresión: un equilibrio del animo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotalámico-hipófiso-suprarrenal. <i>Biomédica</i>, 437-450</p>	<p>La hipótesis sobre las causas de la depresión basada en la acción de la serotonina y del sistema inmunológico, propone que ciertos tipos de estrés distorsionan la relación entre la actividad del sistema inmunitario innato y la del sistema nervioso central</p>
<p>Ramos Morales, L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. <i>Revista Cubana de Angiología y Cirugía vascular</i>, 175-189</p>	<p>Artículo de revisión bibliográfica se revisaron las bases de datos bibliográficos de Medline y Google e identificaron los estudios sobre adherencia publicados entre los años 2009-2014 con el objetivo de examinar los conocimientos más generales y actualizados acerca de la adherencia terapéutica en tratamientos a largo plazo. Se concluyó la adherencia al tratamiento resulta un proceso muy complejo que requiere aún de educación sanitaria a la población y también a los prestadores de salud, mayor investigación y el diseño de estrategias de intervención que incluyan redes de apoyo al enfermo y su participación activa y responsable en la construcción del tratamiento.</p>

Rodríguez Jiménez, M. (24 de 02 de 2015). <i>BINASS</i> . Obtenido de www.binass.sa.cr	Base de datos de la Caja Costarricense del Seguro Social. Incluye artículos específicos sobre el Hospital Nacional Psiquiátrico
Roger Baynat, R. (2020). <i>Estudio del papel de PBX1 como selector terminal de las neuronas dopaminérgicas del bulbo olfatorio de ratón (Tesis doctoral)</i> . Obtenido de Universidad de Valencia, España: http://C:/Users/USUARIO/Downloads/TesisOnline_IsabelRogerBaynat_Roderic.pdf	Tesis para optar por el grado doctoral. Detalle del neurotransmisor dopaminérgico
Slavich, G., & Sacher, J. (2019). Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: Extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. <i>HHS Public Access</i> , 3063-3079.	Artículo científico, donde exponen una teoría biológicamente plausible, de varios niveles que describe los mecanismos neuronales, fisiológicos, moleculares y genómicos que vinculan las experiencias de adversidad socio ambiental con procesos biológicos internos que impulsan la patogénesis, el mantenimiento y la recurrencia de la depresión.
Social, C. C. (2020). Dpresion. San José.	Artículo de la Organización Panamericana de la Salud, donde se detalla la situación actual de Costa Rica
Solís Rámirez, M. I. (07 de Mayo de 2015). <i>Caja Costarricense del Seguro Social [C.C.S.S.]</i> . Obtenido de https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-recurre-a-consulta-farmaceutica-para-elevar-adherencia-a-tratamientos#:~:text=La%20consulta%20farmac%C3%A9utica%20consiste%20en,y%20su%20red%20de%20apoyo	Blog de la Caja Costarricense del Seguro Social, dando el punto de vista de la atención farmacéutica a nivel de los diferentes centros de salud del país
Soto Solano, E. (2020). Evaluación del impacto de la atención farmacéutica(ATENFAR), en pacientes con Diabetes, hipertensión y Dislipidemias en EBAIS San Rafael del Área de	Tesis para optar por una grado de licenciatura, donde se aborda toda la parte de la consulta farmacéutica, de

<p>Salud de Guápiles para el segundo semestre 2019. Tesis doctoral, Universidad Internacional de las Américas, Costa Rica</p>	<p>enfermedades como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial</p>
<p>Srameck, J., Murphy, M., & Cutler, N. (2016). Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. <i>Dialogues in clinical neuroscience</i>, 447-457.</p>	<p>Artículo de revisión bibliográfica donde se investiga la situación actual de los efectos sexuales en relación a la adherencia de los tratamientos antidepresivos, donde se demuestra que es la mujer la que posee una mejor respuesta a los antidepresivos serotoninérgicos, sin embargo durante la menopausia parecen tener una respuesta disminuida en comparación a las mujeres más jóvenes</p>
<p>Stahl, S. M. (2013). <i>Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Application</i>. Cambridge University Press</p>	<p>Libro de forma digital que unifica temas de los síntomas, dimensiones de la psicopatología que atraviesan los síndromes y síntomas de las patologías psiquiátricas.</p>
<p>Sttrüder, H., & Weicker, H. (22 de Octubre de 2010). <i>Physiology and pathophysiology of the serotonergic system and its implications on mental and physical performance</i>. . Obtenido de International journal of sports medicine, 22(7) 467-481: https://doi.org/10.1055/s-2001-17605</p>	<p>Artículo de revisión bibliográfica, donde se detalla todo el funcionamiento serotoninérgico, incluyendo aspectos importantes como las principales características de la serotonina así como todo el mecanismo de neurotransmisión en la que se involucra, así como los posibles efectos negativos que puede provocar</p>
<p>Suárez, M., Cobo, J., Suárez, F., García, E., & Álvarez, A. (2009). Antecedentes y presencia de trastornos depresivos como factor de riesgo de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 74 años, atendidos en un servicio de urgencias. <i>44(6)</i>.</p>	<p>Análisis de regresión logística donde se incluyeron personas mayores de 74 años que acudieron al servicio de urgencias y requirieron una valoración geriátrica. Se obtuvieron datos sociodemográficos, estado funcional previo, situación cognitiva y presencia de trastornos depresivos. El</p>

	<p>objetivo de este estudio es analizar si los trastornos depresivos en la persona mayor que acude a urgencias por una causa médica constituyen un factor de riesgo de ingreso hospitalario. Arroja resultados de 1016 pacientes en total (el 62,32% eran mujeres), con una edad media de 87,4 años. Índice de Barthel medio previo de 71,8 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 69,8–73,9). Diagnosticados con trastorno depresivo el 17,4% de los casos (el 75,7% eran mujeres). Del total, ingresaron 721 individuos (71,0%), mientras que entre los diagnosticados de depresión, ingresó el 79,7% (p $\frac{1}{4}$ 0,002). Tras el análisis de regresión logística ajustado por edad, sexo, estado civil, institucionalización, forma de convivencia, índice de Barthel y deterioro cognitivo, la depresión se asoció en forma independiente a un mayor riesgo de ingreso. En conclusión, Las personas mayores de 74 años que acuden a un servicio de urgencias, para realizarse una valoración geriátrica integral y que presentan sintomatología depresiva, presentan un mayor riesgo de ingreso hospitalario.</p>
<p>Torales, J., & Arce, A. (2017). Principios de psicofarmacología: una introducción. <i>Medicina Clínica y Social</i>, 54-99.</p>	<p>Artículo de revisión bibliográfica donde se abarca el estudio de la psicofarmacología, definiéndola, aparte se da un abordaje del análisis conceptual de la psicofarmacología y se revisan algunos de los principales acontecimientos históricos así como las</p>

	principios básicos de la neurobiología y neuroquímica
Torres Saldaña, A., Ortiz Sánchez, Y., Heriberto, M. S., Fernández Corrales, Y. N., & Pacheco Ballester, D. (2019). Factors associated with adherence to treatment in patients with depression. <i>Multimed</i> , 1-10.	Artículo donde se hace un estudio analítico observacional prospectivo de utilización de medicamentos para determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes depresivos mayor en 33 pacientes donde se concluyó que el cumplimiento del tratamiento no farmacológico y farmacológico fueron los factores asociados estadísticamente significativos a la adherencia al tratamiento en los pacientes con depresión
<i>Universidad de Costa Rica [U.C.R.]</i> . (26 de 10 de 2018). Obtenido de https://www.ucr.ac.cr/noticias/2018/10/26/el-pais-tiene-una-deuda-con-la-salud-mental.html	Base datos de la Universidad de Costa Rica, de donde se obtiene un artículo referente sobre la salud mental de Costa Rica.
Velázquez , L. (2008). <i>Farmacología Básica y Clínica</i> . (Ruiz-Gayo, M. y Fuentes Cubero, J.): Editorial medica Panamericana	Libro en forma física. Detalla los diferentes fármacos posibles para utilizar en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Incluye mecanismos de acción y efectos secundarios.

Nota: elaboración propia

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

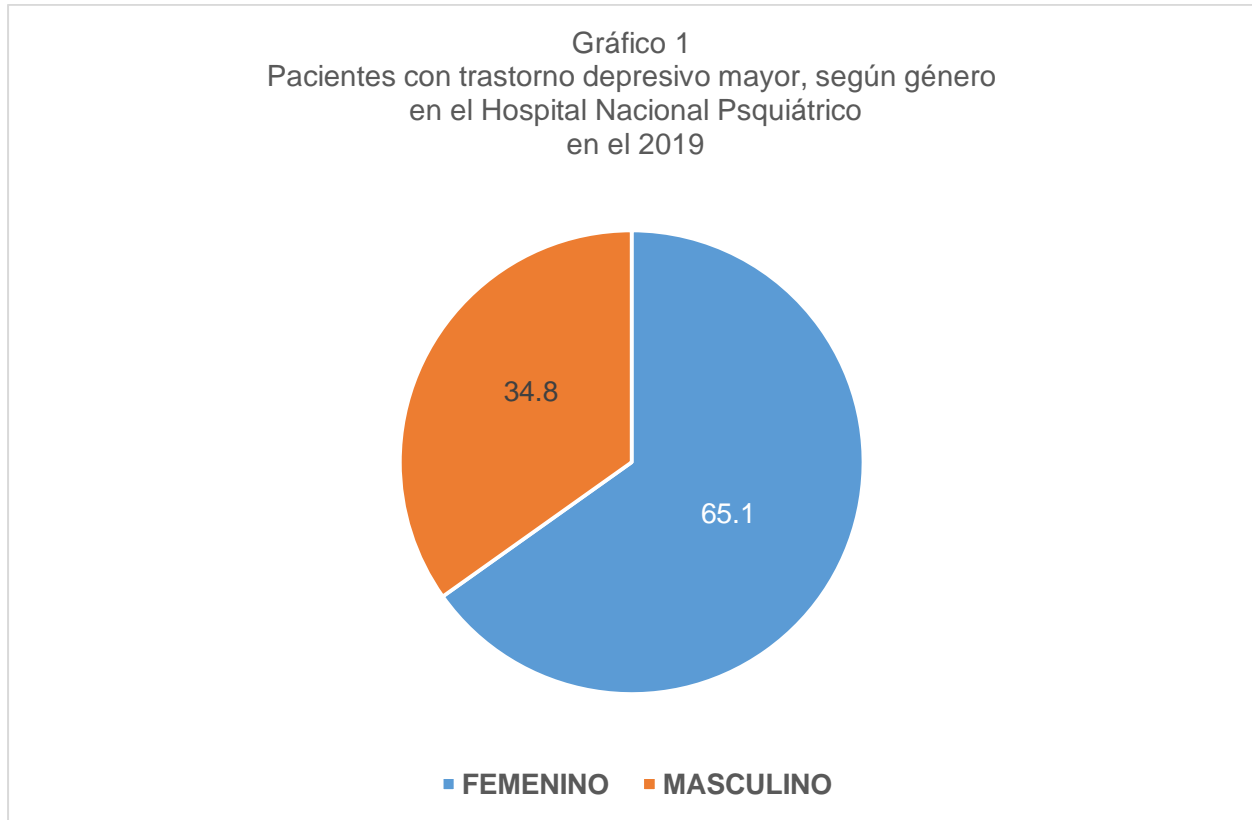
En este capítulo se realiza un análisis de los resultados obtenidos a partir de la base de datos suministrada por el Departamento de registro medios del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí-Torres correspondiente al servicio de hospitalización durante el año 2019, para determinar cuántos casos de internamiento hubo por crisis de trastorno depresivos mayores.

La incidencia de estos internamientos se debe determinar, con el fin de establecer la necesidad real y urgente de crear un protocolo para la atención y capacitación farmacéutica de los pacientes que fueron diagnosticados con trastorno depresivo mayor.

Se consideran los objetivos específicos con el fin de dar respuesta a la pregunta del capítulo I: ¿Cuál es la importancia de los programas de seguimiento farmacoterapéutico de adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con depresión mayor en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres? Se consideran todas las variables que arroja la base de datos indicada anteriormente.

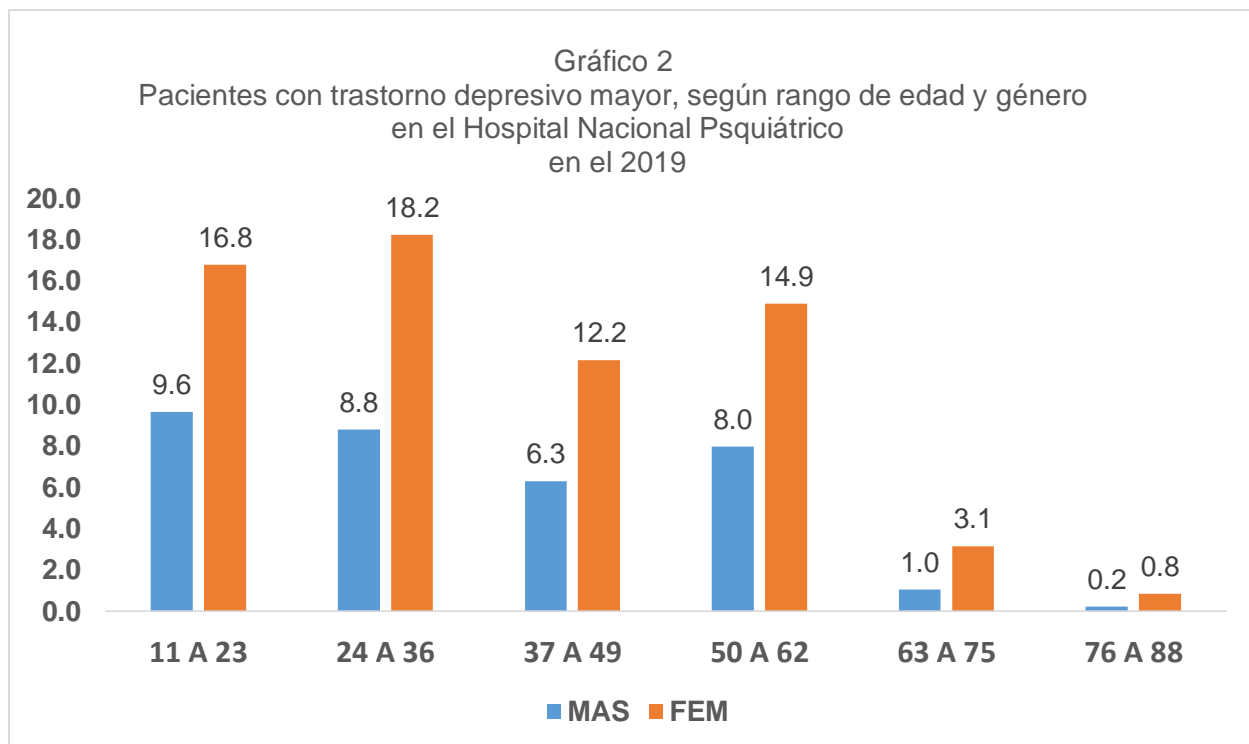
Categoría N°1:

Determinar la incidencia de Trastorno Depresivo Mayor en los pacientes que ingresan al Hospital Nacional Psiquiátrico mediante el historial de casos de hospitalización por crisis depresiva.



Fuente: base de datos de egreso programa Arca

Con base en el estudio de la base de datos del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el 2019, se determina que el 65.1% de los Trastornos depresivo mayor se presenta en mujeres. Durante ese periodo ellas muestran mayor incidencia en el padecimiento de esta patología. El 34.8% son hombres, son la minoría en este estudio

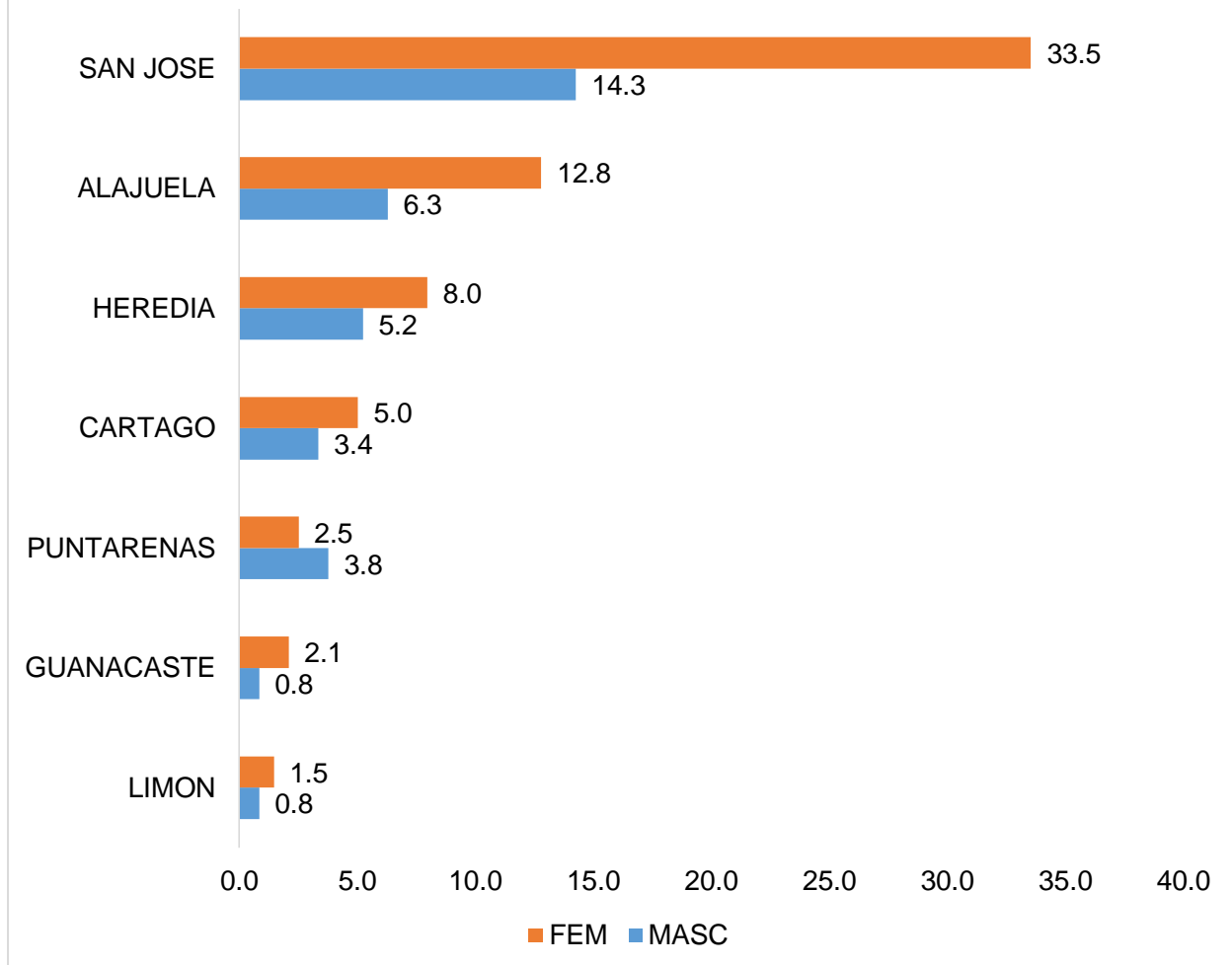


Fuente: base de datos de egreso programa Arca

Como se puede observar en el gráfico anterior, se describe la variable de edad y género en los pacientes internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico que presentaron trastorno depresivo mayor como diagnóstico principal de ingreso, con lo cual se puede establecer lo siguiente:

- 1- La mujer en todas las edades de referencia es la que tuvo mayor incidencia de internamientos por padecimientos depresivos mayores
- 2- Que la mayor incidencia de internamientos en los casos depresión mayor se dio en mujeres entre 24 y 36 años, mientras que en los hombres en un rango de 11 a 23 años
- 3- Dentro de los grupos etarios donde menos se presenta esta condición son en personas adultas mayores.

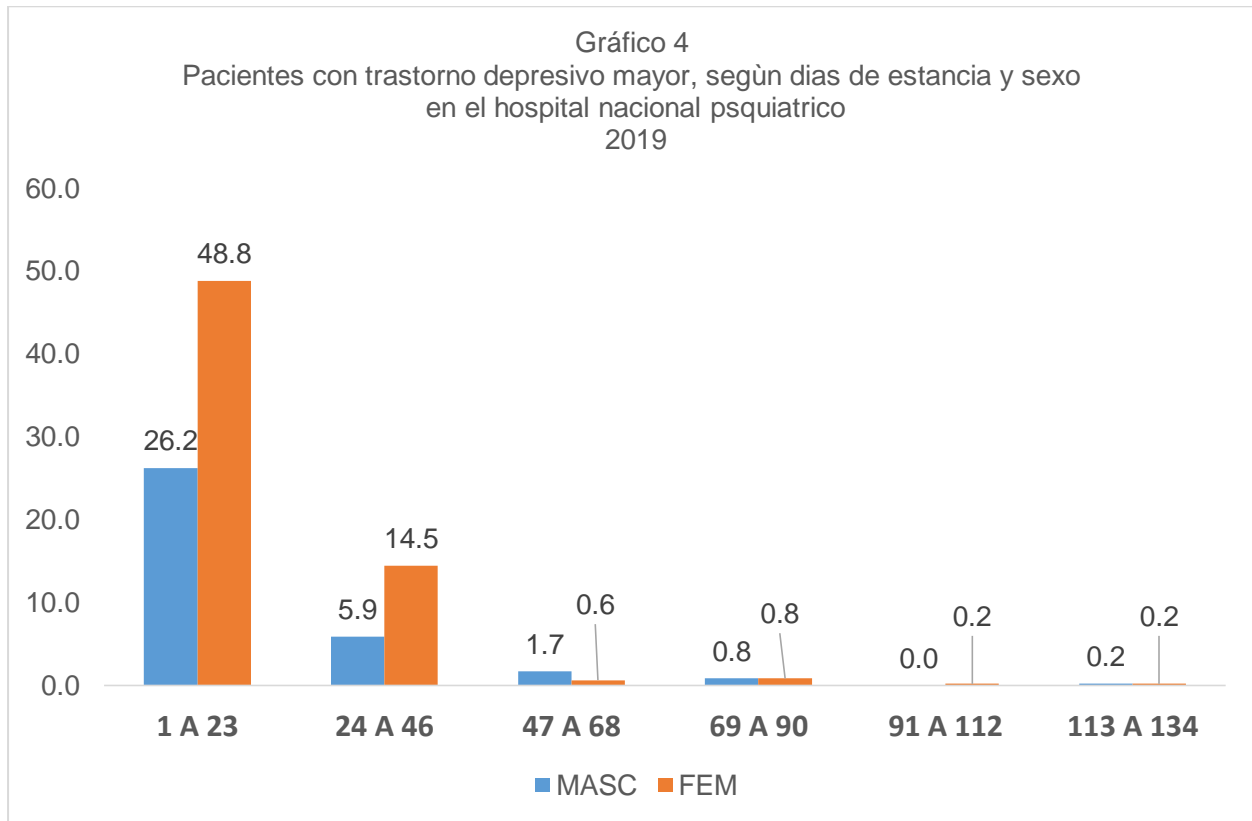
Gráfico 3
 Pacientes con trastorno depresivo mayor según provincia y género en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el 2019



Fuente: base de datos de egreso programa Arca

Durante todo el 2019 la mayor cantidad de pacientes internados por trastorno depresivo mayor residen en la provincia de San José. Los pacientes que tuvieron menor internamiento en este centro de salud viven en la provincia de Limón.

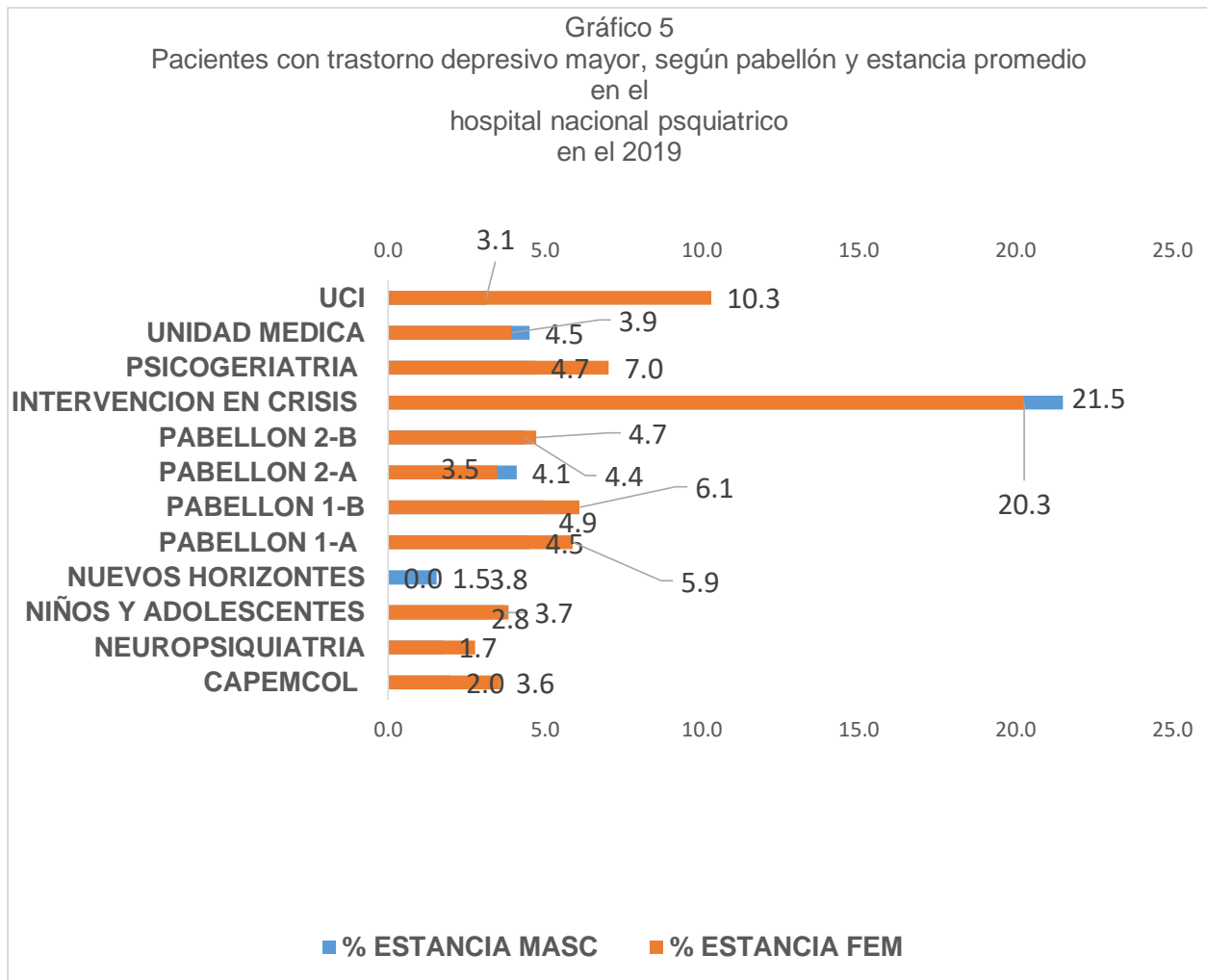
Es importante indicar que el Hospital Nacional Psiquiátrico es catalogado como un hospital nacional y especializado que se atiende pacientes referidos de todo el territorio nacional. Se aclara que estos datos corresponden solamente al Hospital Nacional Psiquiátrico, como se delimitó en el trabajo. Se desconocen todos los trastornos depresivos mayores atendidos en otros centros de salud.



Fuente: base de datos de programa Arca

La gráfica anterior demuestra que el 48.8% de las mujeres presenta una estancia hospitalaria entre 1 y 23 días, mientras que solo el 26.2 de los hombres se mantiene internado.

Se evidencia que la mujer permanece más tiempo internada por trastorno depresivo mayor en un periodo 1 y 46 días, aproximadamente el doble de lo que permanece el hombre. También se refleja baja frecuencia, tanto de hombres como de mujeres, que permanecen más de 47 días en este centro de salud.



Fuente: base de datos de egreso programa Arca

Como se observa en el gráfico anterior, el pabellón en el cual se internan los pacientes un tiempo más prolongado es el de Intervención en crisis. En él permanece el 41.8% del total de pacientes con ese padecimiento. Adicionalmente se muestra que son los hombres quienes permanecen más días en ese pabellón.

El módulo de CAPEMCOL (Centro para la atención de personas con enfermedad mental en conflicto con la ley) es uno de los pabellones con menos días de internamiento hospitalario, con un 3.6% de mujeres y un 2% los hombres. Es importante mencionar que estos porcentajes son muy bajos, porque las personas en conflicto con la ley son egresadas constantemente para llevarlas a juicio, de acuerdo con las políticas que determina el Ministerio de Justicia.

Categoría N°2:

Establecer el perfil sintomatológico de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor mediante una revisión teórica, para abordarlos en su totalidad en la atención farmacéutica.

La depresión es una enfermedad mental. Florez (2008), destaca que los principales síntomas que presenta una persona con padecimiento depresivo son: pérdida del ánimo, pérdida del humor, abandono de actividades cotidianas, fatiga, sentimientos de inutilidad, falta de concentración, deseos de muerte, menoscabo del peso o del apetito, insomnio, agitación o el retraso psicomotor” (p.647). Esta condición se manifiesta tres veces más ~~mayor~~ en la mujer que en los hombres. Estos síntomas aparecen en mayor o menor proporción según sea el individuo, depende de los factores predeterminantes que manifiesten. El padecimiento de esta una enfermedad aumenta con el pasar de los años, ya que cada vez hay mayores preocupaciones y responsabilidades que se toman. La depresión tiende a confundirse con los ataques de ansiedad por presentar una sintomatología muy similar, sin embargo este padecimiento conlleva factores patogénicos o la vulnerabilidad que se tiene a los elementos estresores.

En el libro guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre depresión, García Delgado y Gastelurrutia (2003) indican que los síntomas propios de la depresión son:

“• **Afecto deprimido:** Se presenta en el 100% de los casos; suele ser menor por la tarde. Se define como sentimiento de tristeza o vacío y/o apariencia triste. En niños y adolescentes aparece como ánimo irritable.

• **Insomnio:** Se presenta en el 80-85% de los casos, con despertar temprano porque se adelanta el ciclo de sueño-vigilia.

• **Pérdida de apetito y disfunción sexual:** La serotonina regula el apetito y la noradrenalina el funcionamiento sexual. La falta de estos neurotransmisores provoca los síntomas.

• **Falta de capacidad para experimentar placer y emociones:** Estos pacientes suelen perder el deseo sexual y llegan a perder la habilidad para experimentar emociones normales como el llanto. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre DEPRESIÓN 13

• **Alteraciones psicomotoras:** Se presentan tanto en forma de agitación (sensación de ansiedad y nerviosismo) como de retardo (decaimiento, fatiga, lentitud en las respuestas).

• **Alteraciones cognitivas:** Baja autoestima, pesimismo, desesperanza, pensamientos de muerte y suicidio.

• **Trastornos en la memoria reciente:** Se deben a las obsesiones que ocupan la mente unido a la falta de atención propia de la alteración psicomotora.” (p.12).

Se realiza un estudio cuantitativo, no experimental, transversal con alcance descriptivo correlacional en donde participan 276 sujetos masculinos de entre 18 y 65 años. Se determina que la mujer posee una prevalencia del 11.2% sobre un 6.7% de los hombres. Además, según Espinosa Muñoz, Orozco Ramírez e Ybarra Sagarduy, (2015) se demuestra que los principales síntomas que afectaban a los pacientes depresivos eran: “Afectación de relaciones interpersonales, ansiedad, deterioro en la percepción del apoyo social, sensación de rechazo y críticas de quienes lo rodean”.

Una investigación realizada por Peña-De León, Mejía Martínez, Ruíz Chow, Monsiváis Ríos y Álvarez Bernal (2019) demuestra por medio de la comparación entre dos poblaciones: la primera la conforma un grupo de 30 personas sin depresión (simplemente se utiliza para tener un parámetro de comparación) y el segundo grupo lo integran 100 personas diagnosticadas con algún tipo de depresión. En él se estudian los síntomas de la depresión y estos arrojan resultados como: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, incapacidad para disfrutar, reducción de la energía, disminución de las actividades cotidianas, ansiedad, alteraciones del sueño, sentimiento de culpa, baja autoestima y falta de apetito. Del total de la población, 56% corresponde al sexo femenino en el segundo grupo de los deprimidos y un 66% en el grupo de control. El rango de edad entre 25y 35 años prevaleció más.

Mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal, con una población de 116 pacientes con el diagnóstico clínico depresivo se demostró que los sujetos expuestos al estudio presentaron síntomas como vivencias de tristeza, desagrado, lentitud psíquica y motora, pocos deseos de alimentarse, baja autoestima, ideas suicidas, decaimiento del ánimo, reducción de energía y de actividades cotidianas, deterioro de la capacidad de disfrutar, cansancio importante hasta con esfuerzos mínimos, pérdida de la concentración, perturbación del sueño, decaimiento de la autoestima y la confianza en sí mismo. Predomina la mujer con edades entre 40 y 59 años, con algún tipo de depresión relacionada con factores biológicos. (Lorenzo, Díaz, Ordoñez, Quintero y Vitón, 2019).

La depresión mayor tiene un gran prevalencia, suele afectar doble de las mujeres en comparación con los hombres. Esta diferencia se convierte en una tasa de mortalidad de 7.3 casos de suicidio por cada 100 mil habitantes como lo reporta un estudio realizado en México, en el 2013.

La etiología es compleja, ya que intervienen factores psicosociales, genéticos y biológicos. Se ha descubierto que en muchas ocasiones se desarrolla por eventos estresantes que a lo largo del tiempo generan cambios estructurales en las diferentes áreas del cerebro. Produce, según Pérez Padilla y otros(2017), una serie de síntomas característicos de las personas depresivas, como:

“Una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento (1). Estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad. (2). También, se encuentran a la baja los sentimientos de autoestima, existe una pérdida de la confianza, sentimientos de impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión mayor se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio” (p.74)

Se ha venido demostrando a través de la investigación que en la mujer prevalece en la epidemiología de la depresión. No obstante, un estudio hecho por Romero Gamero, Vucínovich y Poves Oñate (2010) halla que el sexo masculino tiene un nivel mayor de incidencia suicidio. Este dato es realmente alarmante, porque ellos superan hasta cuatro veces más al sexo femenino. El hombre, por lo general, no suele buscar ayuda profesional; aunque afronta síntomas como: “fatiga, irritabilidad, pérdida del aliciente por el trabajo o tiempo libre y problemas de sueño” (p.250). Algunos autores catalogan el abuso del alcohol o de las drogas como síntomas, pues se refugian en este tipo de sustancia y no verbalizan sus sentimientos por temor de solo ser hombres. Conceptualizan que este tipo de conductas no están bien dentro de ese estereotipo. También influyen los factores culturales y sociales que atribuyen al hombre un rol de fortaleza y masculinidad, y ven la depresión como un estigma.

El trastorno depresivo mayor es una patología que conlleva una gran responsabilidad para los profesionales en farmacia, ya que por su sintomatología se torna difícil hacer las diferentes entrevistas y darle el abordaje adecuado, porque en algunas ocasiones los pacientes llegan con ideas suicidas y no aceptan las recomendaciones del farmacéutico. La consulta farmacéutica se entiende como la atención personalizada que se ofrece en un consultorio farmacéutico. Lleva consigo la confidencialidad y la privacidad dirigida al paciente, se trata de una consulta personalizada que contiene instrumentos y métodos para abordar los principales temas sobre el tratamiento

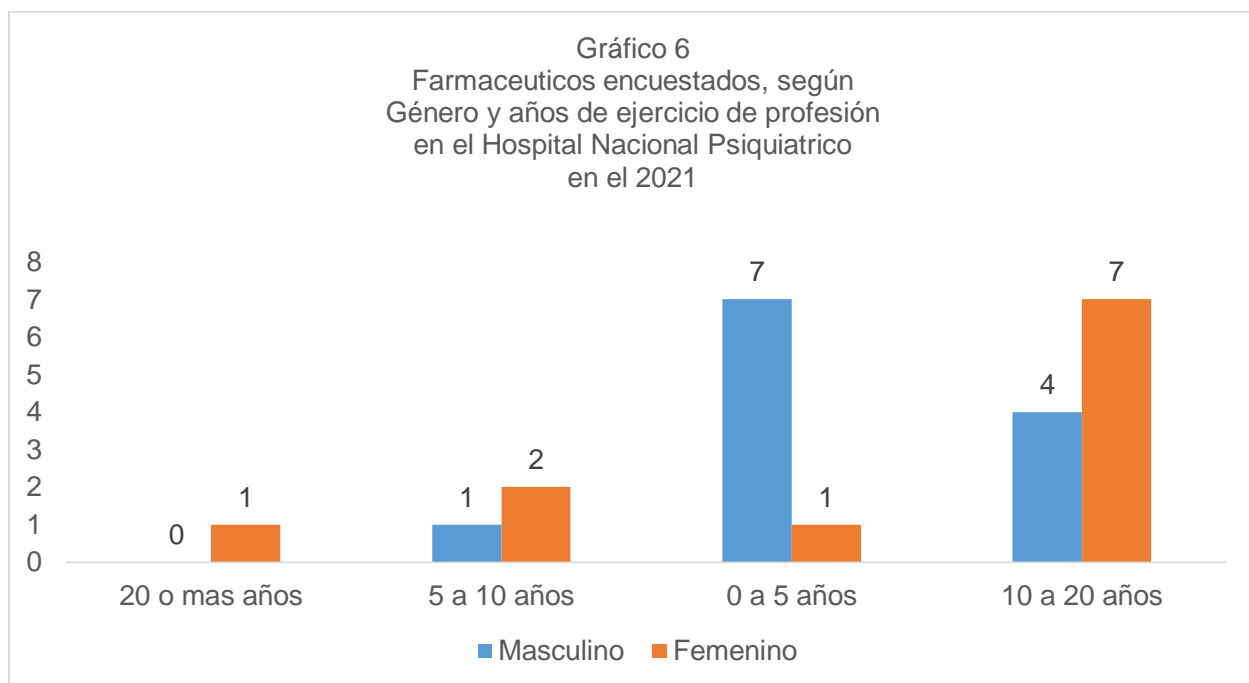
farmacológico del usuario. Es importante incluir estrategias de adherencia, estilos de vida saludable y trámites básicos del servicio de farmacia. (Solís Rámirez, 2015).

La atención farmacéutica se desarrolla como un conjunto de actividades por saber: desde la dispensación de medicamentos, la educación sanitaria hasta formulaciones magistrales que giren en torno al paciente o la familia. El apoyo que le da el farmacéutico a un paciente sobre su medicación es una estrategia o herramienta que busca el bienestar social para mejorar la calidad de la salud pública. Las diferentes actividades que realiza el farmacéutico ayudan a prevenir y resolver las desviaciones que provocan que no se alcance el objetivo terapéutico. Valoran y analizan previamente los problemas de salud del paciente desde una perspectiva de la necesidad, efectividad y seguridad de los medicamentos. Un aspecto importante durante esta atención es integrar a la familia como grupo de apoyo para así asegurarse, que en gran parte que se cumpla la adherencia al tratamiento que paralelamente ayudará a disminuir toda la sintomatología depresiva. Hidalgo Martín y Tames Sánchez (2014).

Se demuestra en esta investigación que es de suma importancia brindar consultas farmacéuticas a todos los pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico, principalmente aquellos individuos que son diagnosticados con trastorno depresivo mayor. Se ha demostrado que este centro médico, a pesar de que es un hospital nacional y especializado en personas provenientes de cualquier parte del país, no cuenta con una atención farmacéutica estructurada que les dé un abordaje integral de la patología. En muchas de las ocasiones, estos pacientes presentan un estado de salud decaído y hasta lleno de efectos adversos por los múltiples fármacos que se les prescriben durante el internamiento y egreso del hospital. Es importante diseñar un protocolo que guíe al farmacéutico y abarque todos los rubros que en él se estipulen.

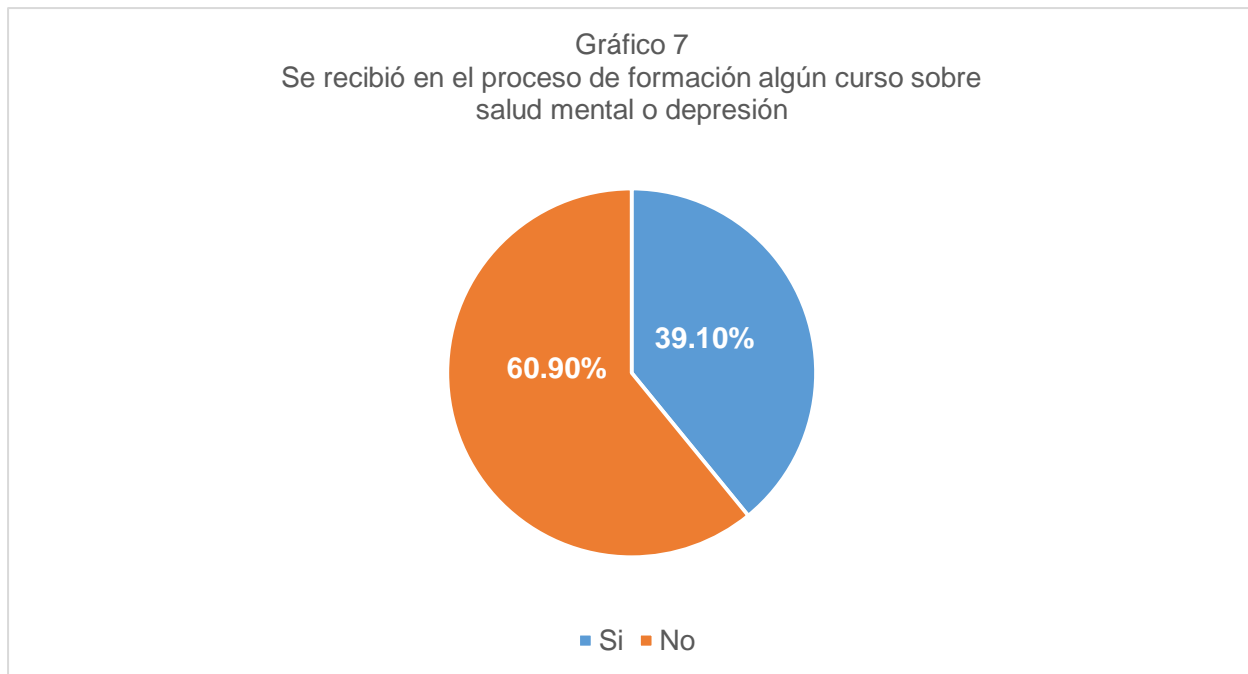
Categoría N°3:

Establecer un documento en el cual se indique los rubros a seguir para un seguimiento farmacoterapéutico adecuado.



Fuente: Elaboración propia

Se representa la totalidad de los profesionales en farmacia que laboran únicamente en el Hospital Nacional Psiquiátrico y que se consideraron para contestar la encuesta. El 47.8% representa a una población que posee entre 10 y 20 años de ejercer la profesión. Ellos son siete mujeres y cuatro hombres. Quienes tienen menos de cinco años de ejercerla representan el 34.8%, y son 7 hombres y una sola mujer. El menor de los porcentajes, un 13% está representado por los que tienen entre 5 y 10 años de ejercer. Se concluye que el servicio de farmacia posee muy pocos farmacéuticos con un amplio rango de experiencia.-El resto del personal son ~~como~~ personas nuevas o bien con una corta carrera profesional. Sirve como parámetro para conocer los diferentes conocimientos aportados través del tiempo y de la actualización del tema por investigar.

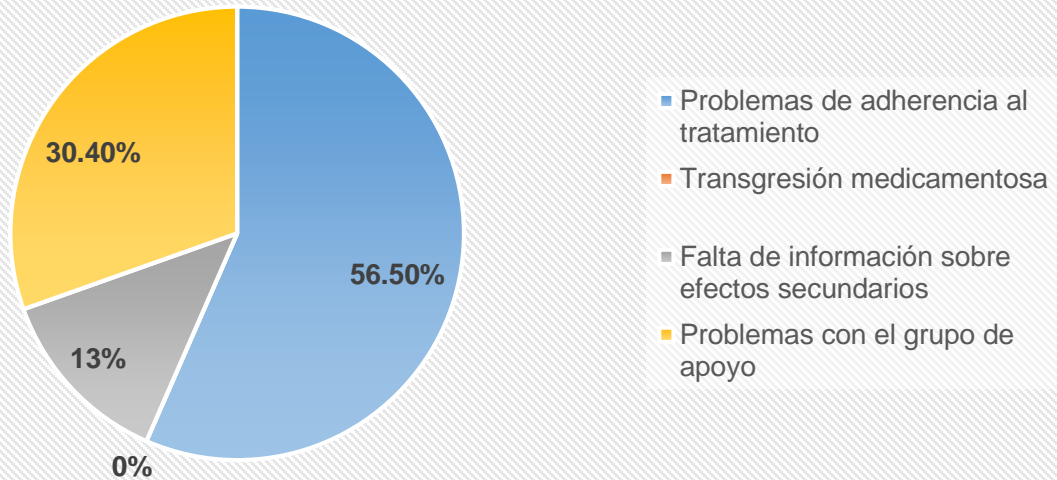


Fuente: Elaboración propia

El 60.9% de los encuestados indica que durante la educación universitaria nunca recibió ningún curso, ni el equivalente, sobre la salud mental o bien sobre la depresión. Existe un porcentaje minoritario que si lo recibió.

Durante la entrevista se detectó que el 95.7% de los encuestados ve la necesidad de recibir capacitaciones sobre enfermedades mentales. Son pocos los que cuentan con cursos en cualquiera de su modalidades como de asistencia, acreditados o dados por la institución para abordar a los pacientes que lleguen, ya sea por una consulta de depresión o bien sean parte del programa de atención farmacéutica. Como se trabaja en un hospital especializado es trascendental que doten a los profesionales en farmacia de herramientas que aseguran una formación continua en este tipo de patologías.

Gráfico 8
Factores que provocan descompensación y policonsulta en pacientes con depresión



Fuente: Elaboración propia

El 56.5% de los participantes indica que el principal factor por el cual los pacientes policonsulta se asesoran por depresión es por la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos para esa enfermedad. Posee una menor percepción aquellos que enfrentan algún inconveniente con los grupos de apoyo, como por ejemplo la familia, que es el primer eslabón.

Un estudio observacional longitudinal prospectivo, con 185 pacientes mayores de 18 años con inicio de tratamiento antidepresivo realizado por Párraga Martínez, y otros (2014) demostró que existen algunos factores predeterminantes para el posible abandono de la medicación. En este estudio se mencionan: “menor edad en años, nivel de escolarización inferior a estudios secundarios, prestación farmacéutica como pensionista, no recibir tratamiento psicoterápico concomitante, consumir un menor número de fármacos no antidepresivos y frecuentación inferior a cuatro visitas a la consulta del médico de familia en los tres meses previos al inicio del estudio.” Este tipo de abandono que realizan, causa gran impacto en la exacerbación de los efectos secundarios de los antidepresivos, según el estudio los más frecuentes por abandono anterior a los tres meses son: náuseas, dolor abdominal, dispepsia, estreñimiento.

En relación con la adherencia al tratamiento antidepresivo, un estudio analítico observacional prospectivo con una muestra de 33 personas diagnosticadas con episodio depresivo mayor demuestra que los individuos con esta patología y, sus familiares como grupo de apoyo,

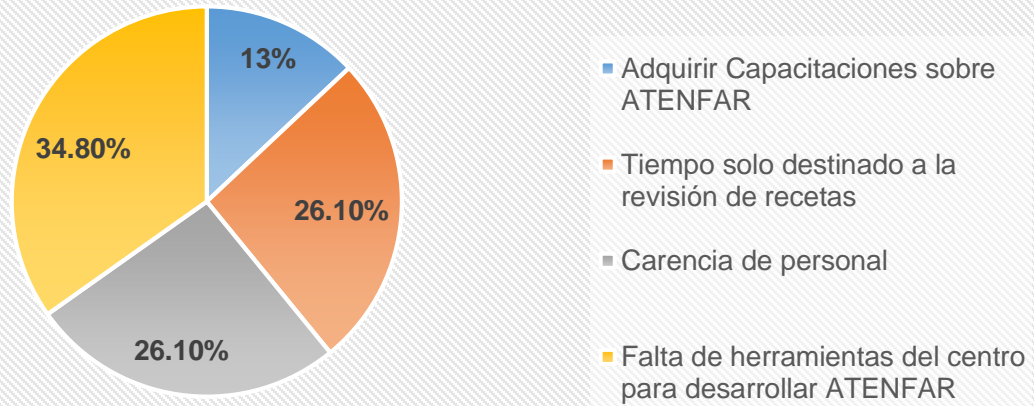
deben ser conscientes de la importancia del cumplimiento terapéutico, ya que sin él la enfermedad se puede agravar y empeorar la calidad de vida. La falta de apego a los medicamentos acarrea otras consecuencias graves como: el incremento del número de ingresos hospitalarios, recaídas, aumento en la tasa de suicidios por depresión y un alto deterioro de la evolución del estado de salud del paciente (Torres Saldaña, Ortiz Sánchez, Heriberto, Fernández Corrales y Pacheco Ballester, 2019).

Como se observa en el gráfico 8, una de las mayores causas que provocan la policonsulta y descompensación es la falta de adherencia al tratamiento antidepresivo provocados por diferentes factores como: errores medicación o simplemente por el no retiro de los medicamentos en las farmacias. Se requiere diseñar un protocolo para la atención farmacéutica en el servicio de farmacia del Hospital Nacional Psiquiátrico que incluya como primer parámetro la educación, ya que este es un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes de las personas diagnosticadas con trastorno depresivo mayor. De ahí que en las diferentes intervenciones se le den técnicas educativas orientadas a la búsqueda de la modificación de los comportamientos en pro de mejorar los estilos de vida. Además es importante incluir las interconsultas a psicoterapias para que se potencialice la aceptación de la enfermedad y se mejore con ello los niveles de adhesión terapéutica mediante los diferentes recursos que el Departamento de psicología considere necesarios.

La totalidad de los farmacéuticos considera necesario la creación de un protocolo para la atención farmacéutica específica para pacientes con trastorno depresivo, porque en la actualidad no se cuenta con ninguno.

Un protocolo es indispensable en el servicio de farmacia, ya que se pretende informar y educar al paciente en pro de la prevención y en favor de la promoción de la salud. Informando aparte el uso correcto de los medicamentos, se favorece la adherencia al tratamiento antidepresivo y se mejora con ello la calidad de vida del individuo y; en general, se contribuye a mejorar el estado de bienestar de la población. El desarrollo de un protocolo tiene como finalidad enseñar al paciente la importancia de tomar los medicamentos e informarle los efectos adversos que puede experimentar durante el proceso., Una vez educados, se garantiza una buena adherencia terapéutica al tratamiento. (Hidalgo Martín y Tames Sánchez, 2014).

Gráfico 9
Factor que impide un abordaje integral a los pacientes con depresión

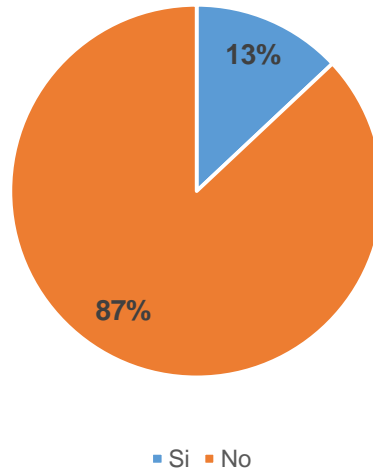


Fuente: Elaboración propia

El 34.8% considera que el principal factor que impide un abordaje los pacientes que llegan a este centro de salud es la falta de herramientas del servicio de farmacia para la atención farmacéutica. El 26.1% indica que el principal factor es el tiempo destinado a solo la revisión de recetas y la carencia de personal.

Desafortunadamente los profesionales en farmacia alegan no realizar otras acciones debido a las deficiencias administrativas que el centro hospitalario tanto en recurso humano como de tiempo y capacitaciones constantes para asumir la regencia de un programa de atención farmacéutica dirigida a pacientes con trastorno depresivo mayor. El personal farmacéutico de este hospital nacional tiene el potencial para colaborar en la ejecución de otras actividades multidisciplinarias y no solas dedicar el tiempo a revisión de recetas, tal como lo expresa el 26% de los encuestados. Es necesario buscar cambios en los comportamientos de las personas para que de esta manera disfruten de una buena salud mental.

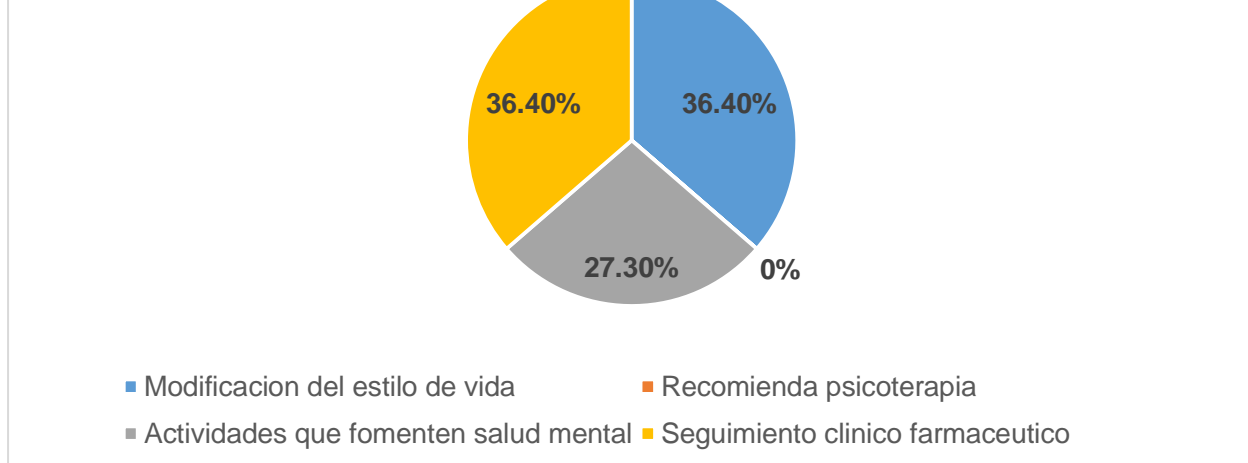
Gráfico 10
Brinda ATENFAR a
pacientes depresivos



Fuente: Elaboración Propia

A pesar de que este hospital atiende enfermedades mentales y que ellas se encuentran todas aquellas relacionadas con la depresión, el 87% de los encuestados indica que no brinda atención farmacéutica a pacientes con esta condición. De aquí nace la necesidad de diseñar un protocolo exclusivo para pacientes depresivos y con ello darles un abordaje íntegro, especialmente porque en su mayoría son casos de pacientes multi medicados, y la atención farmacéutica mejoraría su salud mental.

Gráfico 11
Tipo de terapia que se brinda al paciente



Fuente: Elaboración propia

De los pocos farmacéuticos que brindan atención farmacéutica, existe un 36.4% que modifica el estilo de vida del paciente con seguimiento clínico farmacéutico. El 27.3% solo fomenta la actividad para mejorar la salud mental. Ninguno de los encuestados recomienda psicoterapia.

La atención farmacéutica se ha extendido en el mundo con el paso de los años. Se ha convertido en una práctica y en una opción significativas para el desarrollo del trabajo que realizan los farmacéuticos. La base de la atención farmacéutica es mejorar los procesos de la utilización de los medicamentos y por medio de ellos obtener resultados en la calidad de vida y en el mejoramiento de la salud de los pacientes a quienes se les proporciona la atención individualizada, sin embargo, esta práctica significa evolucionar en la profesión para estar actualizado en la adecuada dispensa de los medicamentos, obtener nuevas herramientas y habilidades que ayuden al profesional en farmacia al desarrollo íntegro de esta actividad. (Amariles, Osorio Bedoya y Cardona, 2019).

Un estudio de revisión relacionados con la enseñanza del cuidado farmacéutico en América Latina realizado por Amariles, Osorio Bedoya y Cardona (2019) identificó el uso de un modelo para la transformación o enseñanza modular de las diferentes universidades de Latinoamérica. Deja al descubierto la gran necesidad de una educación continua en lo referente a atención farmacéutica

que involucre la formación permanente. En este mismo análisis se menciona un estudio realizado en la Universidad de Costa Rica que arrojó la deficiencia de Costa Rica con la educación en esta rama de la farmacia. Por este motivo es necesario generar opciones de formación tanto para los educadores como para los educandos. Los programas de educación son un factor relevante en la carrera farmacia, es importante reforzar los planes de estudio de las universidades para brindarle al educando las habilidades necesarias para mejorar los servicios; en términos generales, la formación clínica del farmacéutico en esta especialidad es muy limitada

En una investigación realizada por Cañasas, Catalán, Raya y Real (2014) de tipo multicéntrica aleatoria y controlada. Se incluyeron 231 pacientes todos mayores de 20 años y diagnosticados con depresión mayor y una sintomatología depresiva entre leve y moderada, recomiendan la psicoterapia como primer paso de acción en el protocolo de tratamiento y se demuestra la disminución de la sintomatología depresiva en estos pacientes en los primeros tres, seis y nueve meses; sobre todo en aquellos con síntomas leves. Hubo -poco resultado en pacientes con síntomas moderados, Esta psicoterapia confirma que la calidad de vida y de la salud aumenta considerablemente tanto en el corto plazo como en el futuro. La intervención psicoeducativa es eficaz en los inicios del trastorno depresivo mayor.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se detalla las conclusiones obtenidas gracias al trabajo de investigación en conjunto con una serie de recomendaciones derivadas del análisis de los objetivos propuestos así como de la pregunta de investigación

Conclusiones

- Se determinó que los pacientes entre 24 a 36 años son los que tienen una mayor incidencia de ingreso por diagnóstico depresivo mayor. Ocupan el 27% del total de los ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico, seguidos por el grupo etario entre 11 y 23 años con el 26.4% del total de la población estudiada para el primero y segundo semestres del 2019.
- Se demostró que la mujer tiende a padecer más esta enfermedad por las diferentes variaciones hormonales que sufren durante el mes. El sexo femenino suele buscar ayuda profesional en comparación con el hombre, que por el estereotipo de la masculinidad suele reprimir más sus sentimientos y enmascara la enfermedad. Se puntualiza que el trastorno depresivo mayor no es una patología característica de los adultos mayores, ya que ellos, por lo general, tienden a desarrollar enfermedades neurodegenerativas.
- Durante todo el periodo del 2019, la mayor cantidad de pacientes internados por TDM residen en la provincia de San José y los pacientes con menor internamiento en este centro de salud viven en la provincia de Limón.
- El Hospital Nacional Psiquiátrico es catalogado como un hospital nacional y especializado, por ello atiende pacientes referidos de todo el territorio nacional.
- Los principales síntomas que afectan el trastorno depresivo mayor son: la pérdida del ánimo, la fatiga, incapacidad para experimentar placer, emociones o disfrute de las actividades cotidianas, trastorno del sueño como insomnio, pérdida del apetito, el deseo de muerte y; en algunas ocasiones, se demostró que la pérdida del libido tiene relación con este padecimiento. Estos son los síntomas características de esta enfermedad.

- Por medio de un abordaje integral de la atención farmacéutica que incluya educación sobre salud mental, la escogencia de un tratamiento farmacológico ajustado a las necesidades sintomatológicas que presenta el paciente en el momento de la consulta y en conjunto con terapia en el servicio de psicología se mejoraría la adherencia a los fármacos mediante programas a corto y mediano plazo para así disminuir los efectos secundarios que se agravan cuando el paciente deja la medicación.
- Se concluye la necesidad inminente de diseñar un protocolo especial para el manejo de los pacientes que presenten trastorno depresivo mayor
- Se diseñó la propuesta del protocolo para el seguimiento farmacoterapéutico para orientar al profesional en farmacia abordaje del paciente depresivo mayor.

Recomendaciones

A la jefatura del servicio de farmacia del Hospital Nacional Psiquiátrico se le insta a: fortalecer la atención farmacéutica. Ofrecer capacitaciones, charlas y educación continua a los profesionales en farmacia que laboran ahí. Brindar mensualmente una hora durante la jornada laboral para recibir dicha educación. Proporcionar herramientas a los encargados de impartir la consulta farmacéutica como un consultorio donde puedan realizar las entrevistas, utensilios básicos de oficina, el tiempo laboral necesario para impartir la atención al paciente y no solo dedicar el total del tiempo a la revisión de recetas.

Se recomienda a los profesionales en farmacia encargados de brindar atención farmacéutica instar por una psicoterapia, aun si el paciente entrevistado está en etapas tempranas de la depresión, ya que está demostrado científicamente la remisión de los síntomas a corto y largo plazo.

Se recomienda a futuras investigaciones utilizar el protocolo creado con el fin de medir la eficacia al valorar la remisión de los síntomas depresivos.

Se propone que mediante la atención farmacéutica el regente valore la diversidad de tratamientos existentes tanto farmacológicos como psicoterapias para disminuir los efectos

adversos de los medicamentos, de igual manera lograr la adherencia al tratamiento a través d las terapias concomitantes.

Se solicita a la Caja Costarricense del Seguro Social hacer mayor publicidad con respecto de la salud mental, mediante anuncios publicitarios en televisión, radio y redes sociales para disminuir la tasa de incidencia de ingresos por trastornos depresivos mayores. Con ello bajaría el número de incapacidades generadas por este tipo de patología.

Se propone crear un equipo interdisciplinario en el Hospital Nacional Psiquiátrico que incluya las especialidades básicas para dar al paciente depresivo un abordaje íntegro, tales como: farmacia, psicología, psiquiatría y trabajo social. Así se lograría mejorar la calidad de vida de cada paciente. Se recomienda flexibilidad y corroborar las citas con estos departamentos para que no haya choque de citas.

Se propone el protocolo diseñado para la intervención en la atención farmacéutica de pacientes en condición de Trastorno Depresivo Mayor.


PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA DE INTERVENCION DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN POBLACION EN CONDICION DE HOSPITALIZACION CON DEPRESION MAYOR



**CAJA COSTARRICENSE
DE SEGURO SOCIAL**

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
FARMACÉUTICA PARA EL MANEJO DE
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS CON
DEPRESIÓN MAYOR**

ABRIL 2021

	<p align="center">Dirección de coordinación de Servicios Médicos</p>	<p align="center">Nombre: Manual de procedimiento para la estandarización del Sistema de Medicina Mixta.</p>
<p align="center"><u>Fecha de aprobación</u> (por definir)</p>	<p align="center"><u>Fecha de Aplicación</u> (por definir)</p>	<p align="center">Versión: 01</p>

Elaborado por:	Unidad:	Firma
Luis Arturo Díaz Sánchez	Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	

Revisado por:	Unidad:	Firma
Dra. Laura Sánchez Ortiz		

Validado por:	Unidad:	Firma
Dr. Raymond Jiménez Reyes	Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	

Tabla de Contenido

1. Presentación	128
2. Definición de los conceptos relacionados con el protocolo	129
2.1 Depresión	129
2.2 Psicofármaco:	129
2.3 Antidepresivo:	129
2.4 Ideación suicida:	129
2.5 Atención Farmacéutica:	129
2.6 Adherencia:	129
2.7 Psicoterapia:	129
3. Descripción del perfil del puesto	130
a. Perfil Profesional Farmacéutico 1	130
b. Perfil profesional Farmacéutico 2	131
c. Perfil profesional Farmacéutico 3	132
4. Criterios de inclusión	133
5. Criterios de exclusión	133
6. Evaluación preliminar	133
7. Entrevista personal	133

9. <u>Terapia farmacológica</u>	134
10. <u>Búsqueda de la estrategia</u>	135
11. <u>Evaluación de la estrategia</u>	135
12. <u>Recomendaciones al egreso</u>	135
Bibliografía	136
13. <u>Anexos</u>	¡Error! Marcador no definido.
a. <u>Valoración de Factores Predictivos de la Adherencia Terapéutica</u>	¡Error! Marcador no definido.

1. Presentación

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y que provoca mayor discapacidad, con gran impacto en la comunidad, incluso mayor que muchas enfermedades médicas crónicas. Los pacientes deprimidos pueden experimentar gran deterioro en su funcionamiento habitual, en su bienestar y también en su calidad de vida.

La depresión puede tener diversas patogénesis, bioquímicas, neurofisiológicas, lo mismo que climáticas y psicógenas, todas las cuales son interdependientes.

El conocimiento del impacto que ésta patología puede generar a nivel individual, familiar y social, hace imprescindible un abordaje por parte del equipo interdisciplinario de salud, dentro del cual se encuentra el profesional farmacéutico quien como especialista en medicamentos debe brindar las pautas a seguir para asegurar un éxito de la terapéutica farmacológica.

Trabajar en la adherencia terapéutica será la garantía de disminución de los síntomas así como recaídas, consultas y hospitalizaciones, por tanto impactará directamente en la calidad de vida del usuario.

Este protocolo organiza la intervención del profesional en farmacia a fin de hacer el proceso más eficiente y lograr resultados en un plazo menor de tiempo promoviendo el buen uso de los recursos institucionales.

2. Definición de los conceptos relacionados con el protocolo.

2.1 Depresión: Estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más. Se deberán presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: Disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

2.2 Psicofármaco: Sustancias psicotrópicas o psicoactivas, son medicamentos que actúan primariamente a nivel del sistema nervioso central, induciendo cambios en los procesos de pensamiento, percepción, afecto, estado de vigilia y comportamiento tanto normales como patológicos.

2.3 Antidepresivo: Sustancia química, medicamento. Que estimula la actividad del sistema nervioso y se utiliza en el tratamiento de la depresión.

2.4 Ideación suicida: Aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”

2.5 Atención Farmacéutica: La actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios, para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y los medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin de mejorar los resultados en salud.

2.6 Adherencia: El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

2.7 Psicoterapia: Tratamiento que se da a algunas enfermedades, en especial nerviosas y mentales, y que consiste en la aplicación de determinados procedimientos psíquicos o psicológicos

3. Descripción del perfil del puesto

A continuación se describen los perfiles de los puestos adecuados para la implementación del protocolo a nivel institucional.

a. Perfil Profesional Farmacéutico 1

PERFIL DEL PUESTO		
Nombre	Farmacéutico 1	Código de la clase
Naturaleza del trabajo: Ejecución de labores variadas en farmacia		23145
Tareas	Condiciones Organizacionales	
<p>Realizar análisis de recetas y localización de medicamentos. Supervisar las recetas para la detección de posibles errores en cuanto a la dosis de los medicamentos. Resolver consultas técnicas al personal de menor nivel. Organizar, dirigir y supervisar las labores que se llevan a cabo en una farmacia, de poco volumen de operaciones tales como: almacenamiento y conservación de medicamentos, despacho de fármacos, control de medicinas despachadas y otras similares. Fungir como farmacéutico encargado de las labores de almacenamiento y distribución de medicamentos que se realizan en las bodegas centrales del Ministerio. Efectuar los inventarios y mantener los controles requeridos para el buen servicio. Vigilar el modo de conservación de los productos farmacéuticos bajo su cuidado. Velar porque las condiciones de almacenamiento de los distintos medicamentos sean las más apropiadas, según las normas existentes. Coordinar sus labores con instancias internas y externas. Destruir aquellos medicamentos y materia prima que estén vencidos o deteriorados para su uso y constituyan un peligro para la salud pública. Procurar alcanzar la mayor eficiencia y eficacia posible en la distribución de medicamentos a los distintos puestos y Centros de Salud. Colaborar en la Comisión de Estudio y Resolución en las distintas licitaciones de productos terminados y materia prima que requiere el Ministerio en lo referente a medicamentos. Ejecutar otras tareas profesionales y administrativas propias del cargo.</p>	Supervisión recibida	Trabaja con cierta independencia, siguiendo las políticas de la institución aplicables a su área de actividad.
	Supervisión Ejercida	Le puede corresponder organizar, coordinar, asignar y supervisar las tareas del personal profesional, técnico, administrativo y misceláneo
	Responsabilidad por funciones	La naturaleza del trabajo exige la aplicación de los principios técnicos propios de la profesión farmacéutica, para planear, coordinar, dirigir y supervisar actividades propias del área de actividad.
	Características personales	habilidad para tratar en forma cortés y satisfactoria con el público, para resolver situaciones imprevistas, para aplicar los principios teóricos y prácticos de su profesión
	Requisitos	Licenciado en Farmacia.
	Requisitos legales	Incorporado al colegio de farmacéuticos

b. Perfil profesional Farmacéutico 2

PERFIL DEL PUESTO			
Nombre	Farmacéutico 2	Código de la clase	023147
Naturaleza del trabajo: Ejecución de labores variadas en farmacia			
Tareas		Condiciones Organizacionales	
<p>Dirigir y controlar las labores de recepción de recetas y despacho de medicinas que se ejecutan en una farmacia.</p> <p>Controlar y reportar el movimiento de recetas y consumo de medicamentos.</p> <p>Realizar tareas de análisis de recetas, localización de medicamentos, confección de etiquetas y preparación de recetas.</p> <p>Revisar periódicamente el estado de los productos y las existencias.</p> <p>Participar en la selección de su personal y administrar el régimen disciplinario.</p> <p>Ejecutar otras tareas profesionales y administrativas propias del cargo</p>		Supervisión recibida	Trabaja con independencia técnica, siguiendo instrucciones de carácter general y métodos y procedimientos establecidos en manuales, circulares y en la legislación vigente, aplicable a su área de actividad
		Supervisión Ejercida	Le puede corresponder organizar, coordinar, asignar y supervisar el trabajo de personal que se dedica a labores técnicas, administrativas y de oficina, especializadas y misceláneas
		Responsabilidad por funciones	Debe aplicar principios y técnicas de su profesión para atender el despacho eficiente de las recetas que se preparan en la farmacia, debiendo resolver adecuadamente problemas y situaciones variadas, propios del área de su competencia
		Características personales	Debe observar suma discreción en relación con los asuntos y exámenes encomendados
		Requisitos	Licenciado en Farmacia. Entre tres meses y un año de experiencia en la ejecución de labores profesionales relacionadas con el puesto.
		Requisitos legales	Incorporado al colegio de farmacéuticos

c. Perfil profesional Farmacéutico 3

PERFIL DEL PUESTO			
Nombre	Farmacéutico 3	Código de la clase	023148
Naturaleza del trabajo: Ejecución de labores variadas en farmacia			
Tareas	Condiciones Organizacionales		
<p>Colaborar en la organización, dirección y control del trabajo de todas las dependencias de la Farmacia.</p> <p>Colaborar en el control de las existencias de la Farmacia.</p> <p>Controlar todo lo que se refiere a drogas estupefacientes, así como las muestras y su uso.</p> <p>Supervisar el despacho de recetas en la Consulta Externa o en el Hospital.</p> <p>Revisar el estado de conservación de los medicamentos para eliminar productos en desuso o en mal estado.</p> <p>Ejecutar otras tareas profesionales y administrativas propias del cargo.</p>	Supervisión recibida	Trabaja con independencia técnica, siguiendo instrucciones de carácter general y métodos y procedimientos establecidos en manuales, circulares y en la legislación vigente, aplicable a su área de actividad	
	Supervisión Ejercida	Le puede corresponder organizar, asignar y supervisar el trabajo de personal que se dedica a labores técnicas, administrativas y de oficina, especializadas y misceláneas, en cuyo caso es responsable por el eficiente cumplimiento de las actividades a ellos asignadas.	
	Responsabilidad por funciones	La actividad origina relaciones constantes con superiores, subalternos, funcionarios de instituciones públicas y de empresas privadas y público en general, todas las cuales deben ser atendidas con ética profesional, tacto y discreción	
	Características personales	habilidad para tratar en forma cortés y satisfactoria con el público, para resolver situaciones imprevistas, para redactar, capacidad analítica y visual, capacidad para desarrollar técnicas, interpretarlas y habilidad para modificarlas con miras a su perfección en el diagnóstico	
	Requisitos	Licenciado en Farmacia. Uno o dos años de experiencia en la ejecución de labores profesionales relacionadas con el puesto.	
	Requisitos legales	Incorporado al Colegio de Farmacéuticos.	

4. Criterios de inclusión

Como criterios válidos para incluir usuarios en la aplicación del protocolo se tomarán los siguientes:

- a. Diagnóstico de trastorno por depresión mayor.
- b. Paciente compensado con insight positivo.
- c. Paciente de primer internamiento, así como los de múltiples ingresos por diagnóstico depresivo.
- d. Pacientes que tienen tendencia al abuso de sustancias.
- e. Paciente con ideación suicida.
- f. Pacientes que constantemente han demostrado problemas de adherencia a tratamientos.

5. Criterios de exclusión

Serán tomados como criterios de exclusión a la aplicación del presente protocolo los siguientes:

- a. Pacientes que no tengan definido el diagnóstico por depresión mayor.
- b. Pacientes descompensados o con insight nulo.
- c. Pacientes que se encuentren actualmente en consumo activo de drogas u otras sustancias ilícitas.

6. Evaluación preliminar

El primer paso a desarrollar, una vez que se recibe la orden de interconsulta por parte del profesional en psiquiatría, será una breve evaluación del expediente clínico del paciente con el fin de determinar aspectos importantes relacionados con los factores patológicos del paciente así como factores hereditarios internamiento como internamientos previos y tratamientos utilizados con anterioridad.

7. Entrevista personal

Una de las herramientas fundamentales en este proceso son las entrevistas, la cual permite conocer al paciente más de cerca con el fin de poder intervenir.

Durante la entrevista personal se intentará hacer un nexo entre los aspectos recopilados en la evaluación preliminar y las respuestas brindadas por el paciente con el fin de conocer a profundidad hábitos y características propias del individuo que puedan condicionar la adherencia al tratamiento.

La entrevista debe ser amplia y cuidadosa. Se debe evaluar la conducta suicida, aislamiento social, alcoholismo o abuso de drogas, estrés reciente y mala salud.

Inicialmente se ejecutan preguntas genéricas, abiertas, que vayan delimitando la queja principal, conforme avanza el diálogo se pasa a preguntas cerradas que delimiten el problema desencadenante de la crisis. Se realiza la recolección de síntomas (intensidad, frecuencia y variabilidad) prestando especial atención a la manifestación del afecto y la presencia de signos y síntomas vegetativos (hiperinsomnia, insomnio, vitalidad o nivel de energía, etc.). Durante la entrevista se intenta escudriñar posibles factores estresantes y desencadenantes de la crisis Navas 2009

La entrevista debe tener como objetivo:

1. Identificar si existe riesgo suicida.
2. Identificar si la persona se encuentra en condición de riesgo.
3. Evaluar presencia de síntomas ansiosos.
4. Indagar respecto a redes de apoyo o factores protectores a los que acudir en ese momento.
5. Explorar los pensamientos inmediatos respecto a la situación actual. Navas (2012).

8. Factores predictivos de adherencia

Como parte de la entrevista personal se aplicará el formulario institucional de factores predictivos de adherencia (ver Anexos del 2 al 5)

9. Terapia farmacológica

En el análisis de la terapia farmacológica se intentará crear una línea de los diferentes grupos terapéuticos de antidepresivos que se hayan utilizado en el paciente de forma individualizada y determinar cuáles han sido los motivos por los cuales estos no han logrado compensar al paciente.

Dentro de las terapias farmacológicas se tiene que incluir los recaptadores de serotonina los cuales tienen una fase de continuación de 16-20 semanas, tratando de prevenir la recidiva

en el periodo de vulnerabilidad que sigue inmediatamente a la remisión de la sintomatología, provocando una buena adherencia terapéutica.

10. Búsqueda de la estrategia

Como parte del análisis de los puntos anteriores se deberá buscar y seleccionar una estrategia adecuada para promover la adherencia al tratamiento. Esta puede incluir horarios pictogramas cajetines unidos y cualquier otra herramienta que sea determinada por el profesional farmacéutico

11. Evaluación de la estrategia

Durante el periodo de internamiento se debe tomar en cuenta el tiempo necesario para evaluar que la estrategia seleccionada sea la idónea para el paciente esto se hará mediante evaluaciones periódicas que permitan corroborar que la herramienta es comprendida a cabalidad tanto por el usuario como por el cuidador.

Al momento de la intervención de este grupo de pacientes se debe de tomar en cuenta la variedad de los síntomas y la intensidad, se recuerda que la depresión puede desarrollarse sin desencadenante por cualquier factor que predisponga a esta condición, este detalle le permite al profesional de farmacia la importancia de un correcto y eficiente abordaje psicoterapéutico ya que por la gran variedad de síntomas que puede tener demanda una adecuada estrategia para la intervención.

12. Recomendaciones al egreso

Como punto final de la intervención de este protocolo se deben realizar las recomendaciones propias al egreso del paciente estas deben incluir todo lo relacionado a posibles efectos adversos de los fármacos así como a modificación de estilos de vida con el fin de promover la calidad del paciente al dejar el hospital.

Una vez educado el paciente durante la atención farmacéutica se le recomienda no faltar a las citas próximas en el servicio de psiquiatría para las valoraciones correspondientes, ya que es fundamental dejarle claro que aunque no tenga síntomas y sienta una leve mejoría no puede dejar el consumo de los fármacos antidepresivos

Bibliografía

Navas Orozco, W., & Vargas Baldares, M. J. (2012). Abordaje de la depresión: Intervención en Crisis. *Cúpula*, 19-35.

Ortiz, M., & Ortiz, E. (2017). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica Chile*, 647-652

Millán, R. (2014). La implementación del abordaje colaborativo en Costa Rica: hacia una integración entre psiquiatría y la atención primaria. *Acta Médica Costarricense*, 150-157

Bibliografía

- Amariles, P., Osorio Bedoya, E. J., & Cardona, D. (2019). Teaching of pharmaceutical care in Latin America: a structured review. *Farmacia Hospitalaria*, 66-73.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial medica panamericana.
- Angora Cañego, Ricardo; Esquinas Requena, José Luis; Agüera Ortiz, Luis;. (08 de marzo de 2012). Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología médica concomitante. *Sociedad española de psicogeriatría*, 1-19. Obtenido de Psicogeriatría: <http://viguera.com/sepg>
- Aragones, E., Comin, E., Cavero, M., Pérez, V., Molina, C., & Palao, D. (2017). Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. *49(6)*.
- Belujon, P., & Gracee, A. (2017). *Dopamine System Dysregulation in Major*. Obtenido de International Journal of Neuropsychopharmacology 20 (12): 1036-1046: https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/29106542/Dopamine_System_Dysregulation_in_Major_Depressive_Disorders.
- Bennabi, D., Charpeaud, T., & Haffen, E. (2019). Clinical guidelines for the management of treatment-resistant depression: French recommendations from experts, the French Association for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and the foundation FondaMental. *BMC Psychiatry*, 1-12.
- Borges Grün, T. (2017). Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela. *Universidad Complutense de Madrid*. España: Biblioteca UCM <https://eprints.ucm.es/46763/1/T39658.pdf>.
- C.C.S.S. (2009). *Caja Costarricense del Seguro Social*. Obtenido de <http://www.ccss.sa.cr>
- Calderón Gómez, D. (2020). *Evaluación In Silico de análogos estructurales de la molécula psilocibina para el tratamiento de la depresión*. Costa Rica: Universidad Internacional de las Américas.
- Cañasas, R., Catalan, R., Raya, A., & Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *34(121)*.

- Carretero Colomer, M. (2017). Depresión Mayor. Tratamiento farmacológico antidepresivo. *Actualidad científica*, 109-111.
- Cobo-Realpe, L., Collazos, C., Castellanos, H., & Herrera-Mendoza, K. (2020). Acción psicofarmacológica y analgésica del antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina fluoxetina en ratón hembra. *Información tecnológica*, 39-50.
- De Paz Soto, C. F. (2017). Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, febrero-marzo 2016. *Universidad Nacional de Trujillo*. Perú: Biblioteca Digital-Dirección de Sistemas de Informática y Comunicación http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8449/DelaPazSoto_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Díaz Villa, B. A., & González González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 106-114.
- Dupont Villanueva, M. A. (2005). Manual de Psiquiatría. https://elibro.net/es/ereader/bibliouia/72736?as_title_name=psiquiatria&as_title_name_op=unaccent__icontains&prev=as.
- Espinosa Muñoz, M. C., Orozco Ramírez, L. A., & Ybarra Sagarduy, J. L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Medica*, 201-208.
- Espinoza Aguilar, A., Caraveo Anduaga, J., Zamora Olvera, M., Arronte Rosales, A., Krug Llamas, E., Olivares Santos, M., . . . Peña Valdovinos, A. (2017). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORE. *medigrphic*, 69-80.
- Euba, R. (2011). *Psiquiatría para el no iniciado*. Desclée De Brouwer.
- Floréz, J. (2008). *FARMACOLOGÍA HUMANA*. Elsevier Masson.
- García Delgado, A., & Gastelurrutia, M. (2003). *Guía de seguimiento farmacoterapeutico sobre depresión*. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
- Gómez Bastar, S. (2012). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México: Red Tercer Milenio.
- Gómez Maquet, Y., Ángel, J., Cañizares, C., Latting, M. C., Agudelo, D. M., Arenas, Á., & Ferro, E. (2020). El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 68-75.

- Gómez Maquet, Y., Ángel, J., Cañizares, C., Latting, M., Agudelo, D. M., Arenas, A., & Ferro, E. (2020). El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor. *49(2)*.
- Gómez, R. (2019). Eficacia y coste-efectividad de la investigación estilo de vida saludable aplicada por medio de TICs para el tratamiento de la depresión en atención primaria: un estudio controlado. *Universitat de les Illes Balears*. España: Biblioteca UIB <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/666968/trgjlde1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Distrito Federal: Mc Graw Hill Education.
- Hidalgo Martín, R., & Tames Sánchez, L. (2014). *Atención farmacéutica: descripción del concepto y la aplicación de sus actividades por parte de farmacéuticos a nivel institucional y privado de los cantones centrales de San José y Cartago durante el período de Octubre a Noviembre, 2014*.
- Ira Fox, S. (2014). *Fisiología Humana*. McGraw-Hill.
- Ivanovic, I. (2020). Patología crónicas, depresión y adherencia a tratamientos y controles de salud. *Revista Confluencia*.
- Jiménez, L. (2014). Adherencia terapéutica y oportunidades de mejora del estado salud-enfermedad. *Revista Costarricense Salud Pública*, 68-74.
- Lorenzo, J., Díaz, H., Ordoñez, L., Quintero, O., & Vitón, A. (2019). Caracterización clínica y terapéutica del episodio depresivo en pacientes hospitalizados. *Revista Médicas de Pinar del Río*, 50-62.
- Matínez, A., & et al. (2017). Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor. *CES Psicología*, 21-34.
- Millán, R. (2014). La implementación del abordaje colaborativo en Costa Rica: hacia una integración entre psiquiatría y la atención primaria. *Acta Médica Costarricense*, 150-157.
- Ministerio de Salud [M.S.]. (2012). Política Nacional de Salud Mental 2012-2020. Costa Rica. Obtenido de Política Nacional de Salud Mental 2012-2020: <https://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
- Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 1-5.

- Morillo Verdugo, R., Calleja Hernández, M. Á., Robustilo Cortés, M., & Poveda Andrés, J. L. (2020). A new definition and refocus of pharmaceutical care: the Barbate Document. *Farmacia Hospitalaria*, 158-162.
- Navas Orozco, W., & Vargas Baldares, M. J. (2012). Abordaje de la depresión: Intervención en Crisis. *Cúpula*, 19-35.
- O.M.S. (30 de Enero de 2020). *Organización Mundial de la Salud [O.M.S.]*. Obtenido de <https://www.who.int>
- O.P.S. (2017). *[Organización Panamericana de la Salud]*. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Odio, D. (2017). Sobrediagnosticos y medicalización de los trastornos depresivos en el primer nivel de atención. *Ciudad Universitaria Rodrigo Facio*. Costa Rica: Biblioteca Virtual Universidad de Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/6416/43119.pdf?sequence=1>.
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2017). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia tereapéutica. *Revista Médica Chile*, 647-652.
- Palacio, C. A., & Toro, A. C. (2018). *Psiquiatría*. Cib Fondo Editorial.
- Párraga Martínez, I., López Torres, J., del Campo del Campo, J. M., Villena Ferrer, A., Morena Rayo, S., & Escobar Rabadán, F. (2014). Adherence to patients antidepressant treatment and the factors associated of non-compliance. *Elsiever Atención Primaria*, 357-366.
- Párraga Martínez, I., Toores Hidalgo, J., Campos del Lago, J. M., Villena Ferrer, A., Morera Rayo, S., & Escobar Rabadán, F. (2014). Seguimiento de la adherencia al tratamieto antidepresivo en paciente que inician su consumo. *Elsevier Doyma*, 357-366.
- Peña-De León, E., Mejía Martínez, K., Ruíz Chow, Á. A., Monsiváis Ríos, R., & Álvarez Bernal, C. A. (2019). Escala de síntomas cognitivos en depresión (EsADFUN). *Centro de Investigación en Sistema Nervioso*, 14-21.
- Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión actualidades y futuras direcciones. *Revista de la facultad de medicina*, 7-16.
- Perez Padilla, E. A., Cervantes Ramirez, V. M., Hijuelos Garcia, N. A., Pineda Cortes, J., & Salgado Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. 28(2).

- Pérez, S. A. (2019). CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO ROSALES ATENDIDOS EN LA FARMACIA ESPECIALIZADA DEL MINSAL. AGOSTO 2017 - AGOSTO 2018. Cali: <https://repositorio.unan.edu.ni/10665/1/t1034.pdf>.
- Ramírez, L. A., Pérez, E. A., García, F., Salgado, H., Atzori, M., & Pineda, J. C. (2018). Nueva Teoría sobre la depresión: un equilibrio del animo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotalámico-hipófiso-suprarrenal. *Biomédica*, 437-450.
- Ramos Morales, L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía vascular*, 175-189.
- Rodríguez Jiménez, M. (24 de 02 de 2015). *BINASS*. Obtenido de www.binass.sa.cr
- Roger Baynat, R. (2020). *Estudio del papel de PBX1 como selector terminal de las neuronas dopaminérgicas del bulbo olfatorio de ratón (Tesis doctoral)*. Obtenido de Universidad de Valencia, España: http://C:/Users/USUARIO/Downloads/TesisOnline_IsabelRogerBaynat_Roderic.pdf
- Romero Gamero, R., Vucínovich, N., & Poves Oñate, S. (2010). Protocolo de intervencion integral para hombres con trastornos depresivos graves y crónicos en una unidad de salud mental comunitaria. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 249-261.
- Slavich, G., & Sacher, J. (2019). Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: Extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. *HHS Public Access*, 3063-3079.
- Social, C. C. (2020). Dpresion. San José.
- Solís Ramírez, M. I. (07 de Mayo de 2015). *Caja Costarricense del Seguro Social [C.C.S.S.]*. Obtenido de <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-recurre-a-consulta-farmaceutica-para-elevar-adherencia-a-tratamientos#:~:text=La%20consulta%20farmac%C3%A9utica%20consiste%20en,y%20su%20red%20de%20apoyo.>
- Soto Solano, E. (2020). Evaluación del impacto de la atención farmaceutica(ATENFAR), en pacientes con Diabetes, hipertensión y Dislipidemias en EBAIS San Rafael del Área de

- Salud de Guápiles para el segundo semestre 2019. Tesis doctoral, Universidad Internacional de las Américas, Costa Rica.
- Srameck, J., Murphy, M., & Cutler, N. (2016). Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 447-457.
- Sramek, J., Murphy, M., & Cutler, N. (2016). Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 447-457.
- Stahl, S. M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Application*. Cambridge University Press.
- Sttrüder, H., & Weicker, H. (22 de Octubre de 2010). *Physiology and pathophysiology of the serotonergic system and its implications on mental and physical performance*. . Obtenido de International journal of sports medicine, 22(7) 467-481: <https://doi.org/10.1055/s-2001-17605>
- Suárez, M., Cobo, J., Suárez, F., García, E., & Álvarez, A. (2009). Antecedentes y presencia de trastornos depresivos como factor de riesgo de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 74 años, atendidos en un servicio de urgencias. *44*(6).
- Torales, J., & Arce, A. (2017). Principios de psicofarmacología: una introducción. *Medicina Clínica y Social*, 54-99.
- Torres Saldaña, A., Ortiz Sánchez, Y., Heriberto, M. S., Fernández Corrales, Y. N., & Pacheco Ballester, D. (2019). Factors associated with adherence to treatment in patients with depression. *Multimed*, 1-10.
- Universidad de Costa Rica [U.C.R.]. (26 de 10 de 2018). Obtenido de <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2018/10/26/el-pais-tiene-una-deuda-con-la-salud-mental.html>
- Velázquez , L. (2008). *Farmacología Básica y Clínica*. (Ruiz-Gayo, M. y Fuentes Cubero, J.): Editorial medica Panamericana.
- Zoch Zannini, C. E. (2002). Depresión. *BINASSS-CCSS*, 1-70.

ANEXOS

Anexo 1: Entrevista realizada a 23 profesionales en farmacia

Análisis para la implementación de un manual en atención farmacéutica en pacientes con trastorno depresivo mayor

1. Género

Femenino

Masculino

2. Años de ejercicio de profesión

0-5 años

5-10 años

10-20 años

Más de 20 años

3. ¿Recibió usted en el proceso de formación algún curso sobre salud mental o depresión?

Si

No

4. ¿Considera necesario para su ejercicio profesional recibir algún tipo de capacitación específica sobre depresión?

Si

No

5. ¿Cuáles considera usted que son los principales factores que provocan descompensación y poli consulta en los pacientes con depresión?

Problemas de adherencia al tratamiento

Transgresión medicamentosa

Falta de información sobre efecto secundarios de los fármacos

Problemas con el grupo de apoyo

6. ¿Considera usted que sería útil la existencia de un manual para el abordaje en atención farmacéutica del paciente con depresión?

Si

No

7. ¿Cuál considera que es el principal factor que impide brindar un abordaje integral desde la farmacia a los pacientes con depresión?

Adquirir capacitación sobre atención farmacéutica

Tiempo solo destinado a la revisión de recetas

Carencia de personal

Falta de herramientas del centro para desarrollar ATENFAR

8. ¿Brinda atención farmacéutica dirigida a pacientes con trastorno depresivo?

Si

No (termine el formulario)

9. ¿Qué tipo de abordaje utiliza para tratar a pacientes con depresión?

Brindar información verbal

Utiliza información escrita

Elabora pictogramas u otras herramientas

Ninguna de las anteriores

10. Además de la terapia farmacológica, brinda algún otro tipo de ayuda al paciente

Modificación del estilo de vida

Recomienda psicoterapia

Actividades que fomenten salud mental

Seguimiento clínico farmacéutico

Anexo 2: Rutina diaria del paciente

RUTINA DIARIA					
HORARIOS		ENTRE	FIN	DE	OTRO
		SEMANA	SEMANA		
HORARIO DE SUEÑO	Se Levanta				
	Se acuesta				
HORARIO DE ALIMENTACIÓN	Desayuno				
	Merienda				
	Almuerzo				
	Merienda				
	Cena				
	Merienda				
	Entra				

HORARIO DE TRABAJO	Sale			
--------------------	------	--	--	--

Anexo 3: Factores Relacionados con el Paciente

	Si	No	Motivo
Puede ver			
Es capaz de leer las etiquetas de los medicamentos entregados en la farmacia			
Logra diferenciar los colores			
Reconoce los números			
Identifica la hora en el reloj			
Oye sin dificultad			
Traga sin dificultad			
Consume algún tipo de droga ilícita			
Tiene una rutina diaria establecida			
Mantiene una alimentación acorde a su alimentación			
Realiza algún tipo de actividad física			
Consume la cantidad de agua necesaria (2L)			

Anexo 4: Factores relacionados con la enfermedad

	Si	No	Motivo
Paciente conoce todas las enfermedades que padece			
El paciente conoce al menos una complicación de la (s) enfermedad (es) que tiene			
Paciente conoce al menos un síntoma que se manifiesta de su enfermedad			

Paciente conoce al menos un examen o control que se deba realizar para conocer el estado de su enfermedad			
Al paciente le preocupa su enfermedad			
El paciente se siente aceptado por las demás personas de la sociedad			

Anexo 5: Factores relacionados con el Tratamiento

	Si	No	Motivo
Conoce el nombre de todos sus medicamentos			
Conoce la función de todos sus medicamentos			
Conoce la dosis y frecuencia de todos sus medicamentos			
Tiene horas establecidas para la toma de su tratamiento			
Utiliza otros productos o terapias alternativas			
Almacena en un lugar fresco y fuera del alcance de los niños			
Se encuentra en condiciones de hacerse cargo de su tratamiento			
Conoce el significado de efecto secundario			
Tolera bien los medicamentos			
Ha administrado sin interrupción su tratamiento.			

Anexo 5: Escala de Ansiedad de Hamilton

Escala de Ansiedad Hamilton
CSMSJ - UC

Escala Ansiedad Hamilton

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

1. Humor ansioso (AP) Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad	0 1 2 3 4
2. Tensión (AP) Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar	0 1 2 3 4
3. Miedos (AP) A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud	0 1 2 3 4
4. Insomnio (AP) Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos	0 1 2 3 4
5. Funciones intelectuales (AP) (gnósicas). Dificultad de concentración. Mala memoria	0 1 2 3 4
6. Humor depresivo (AP) Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día	0 1 2 3 4
7. Síntomas somáticos generales (AS) (musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura	0 1 2 3 4
8. Síntomas somáticos generales (AS) (somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo	0 1 2 3 4
9. Síntomas cardiovasculares (AS) Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles	0 1 2 3 4
10. Síntomas respiratorios (AS) Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire	0 1 2 3 4
11. Síntomas gastrointestinales (AS) Dificultad para tragar. Meteorismo (hinchazón). Dispepsia (acidez). Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborismos. Diarrea. Constipación	0 1 2 3 4
12. Síntomas genitourinarios (AS) Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia	0 1 2 3 4
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (AS) Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación	0 1 2 3 4
14. Comportamiento durante la entrevista (AP) (general) Tenso. Incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20 min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmía. Sudor. Mioclonias palpebrales	0 1 2 3 4

A. P. + A. S. = TOTAL