

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS



FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y BIOQUÍMICA

“SEGUIMIENTO FARMACEÚTICO DE ANSIOLÍTICOS Y ANTIDEPRESIVOS EN UN GRUPO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LIMA”

TESIS

**Para optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico y
Bioquímico**

TESISTAS:

Bachiller Erika Janet Cienfuegos Adrianzén

Bachiller Evelyn Adelaida Gonzales Corillo

ASESORA: Dra. Q.F. Britt Alvarado Chávez

Lima – Perú

2 0 1 8

DEDICATORIA

A Dios por guiarme por el buen camino, por darme las fuerzas necesarias para vencer los obstáculos que se presentaron a lo largo de mi carrera y haberme dado una maravillosa familia.

A mis padres que son el orgullo y motivación de seguir adelante, siempre inculcándome buenos valores y siempre dándome consejos para mejorar como persona y buena profesional.

A mis hermanos por su sacrificio y esfuerzo brindándome su apoyo moral y económico para culminar con mi carrera; están siempre a mi lado brindándome su cariño y dándome ánimos y para vencer cada inconveniente que se pueda presentar en el camino.

Gracias infinitas a todos Uds. Por estar presente en todo momento en mi vida.

Erika Janet

A mis padres Adela y Aquiles por encaminarme hacia el camino correcto, por sus consejos, por los valores, gracias a ellos soy mejor persona.

A mi hijo Gael, por él soy más fuerte de lo que era antes, eres la razón de que me levante cada día a esforzarme, fuiste mi principal motivación.

Evelyn Adelaida

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por confiar en mí e impulsarme a superarme como profesional; a mis asesores por brindarme tiempo y paciencia en el desarrollo de mi tesis; a los docentes y las personas de la parte administrativa de la Facultad de Farmacia y Bioquímica que me brindaron sus conocimientos y sus sabios consejos y me guiaron incondicionalmente; asimismo a todos mis amigos y compañeros de trabajo que siempre estuvieron presentes dándome su apoyo.

Erika Janet

Agradezco a Dios por haberme guiado a lo largo de mi carrera, por haber estado conmigo en todos los momentos ayudándome, dándome fuerza y por permitir el haber llegado hasta este momento tan importante de mi vida, culminación de una de mis metas propuestas.

Asimismo, a mis padres por todo su amor, su apoyo incondicional para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible, a mis hermanos por su paciencia y comprensión.

De igual modo a todos los docentes que con su sabiduría y su apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional.

Evelyn Adelaida

ÍNDICE

Dedicatoria	
Agradecimientos	
Índice De tablas.....	
Índice de figuras	
Índice de anexos	
Resumen.....	
Abstract	
Introducción	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	3
1.2 Formulación del problema.....	4
1.2.1 Problema general.....	4
1.2.2 Problemas específicos	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.4 Justificación	5
1.5 Limitaciones metodológicas.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO.....	8
2.1 Estado del arte.....	8
2.1.1 Antecedentes nacionales.....	8
2.1.2 Antecedentes extranjeros	13
2.2 Bases Teóricas y/o legales	17
2.2.1 Ansiedad	17
2.2.1.1 Ansiedad, rasgo y ansiedad estado	18
2.2.1.2 Clasificación de los ansiolíticos.....	19

2.2.1.3 Tratamiento farmacológico para la ansiedad	22
2.2.2 Depresión	23
2.2.2.1 Clasificación de antidepresivos	25
2.2.2.2 Tratamiento farmacológico para la depresión	27
2.2.3 Atención farmacéutica	30
2.3 Hipótesis	32
2.3.1 Hipótesis general	32
2.3.2 Hipótesis específicas	32
2.4 Definición de términos básicos	33
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	35
3.1 Tipo y diseño de investigación	35
3.2 Población y muestra	35
3.3 Equipos ,materiales y reactivos	35
3.4 Procedimientos	36
3.5 Procesamiento de datos	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	37
4.1 Presentación	37
4.2 Discusión	63
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.1 Conclusiones	66
5.2 Recomendaciones	67
REFERENCIAS	68
ANEXOS	76

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Recolección de datos de pacientes que siguen un tratamiento con antidepresivos	37
Tabla 2: Recolección de datos de pacientes que siguen un tratamiento con ansiolítico	38
Tabla 3: Determinación de prueba de normalidad	40
Tabla 4: Conocimiento del medicamento (Resumen de procesamiento de casos)	41
Tabla 5: Conocimiento del medicamento. Tratamiento con ansiolítico tabulación cruzada	41
Tabla 6: Conocimiento del medicamento. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney (Rangos)	42
Tabla 7: Estadístico de prueba. Conocimiento del medicamento	42
Tabla 8: Satisfecho con terapeuta, tratamiento con ansiolítico (Resumen de procesamiento de casos)	43
Tabla 9: Satisfecho con terapeuta: tratamiento con ansiolítico tabulación cruzada	43
Tabla10: Satisfecho con terapeuta. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney (Rangos)	44
Tabla11: Estadísticos de prueba. Satisfecho con terapeuta	44
Tabla12: Le ayudo el tratamiento (Resumen de procesamiento de casos)	45
Tabla13: Le ha ayudado el tratamiento con ansiolítico. Tabulación cruzada	45
Tabla14: Ayuda el tratamiento. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney. Rangos	45
Tabla15: Estadísticos de prueba (Ayuda el tratamiento)	46
Tabla16: Estado emocional actual (Resumen de procesamiento de casos)	47
Tabla17: Estado emocional en este momento. Tratamiento con ansiolítico. Tabulación cruzada	47

Tabla 18:	Estado emocional en este momento. Pruebas no paramétricas: Prueba de U Mann-Whitney. Rangos	47
Tabla 19:	Estadísticos de prueba (Estado emocional en este momento)	48
Tabla 20:	Grado de conocimiento del medicamento antidepresivo (Resumen de procesamiento de casos)	49
Tabla 21:	Grado de conocimiento del medicamento antidepresivo.	50
Tabla 22:	Grado de conocimiento del medicamento antidepresivo. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney. (Rangos).	51
Tabla 23:	Estadísticos de prueba. Grado de conocimiento del medicamento antidepresivo	51
Tabla 24:	El tratamiento antidepresivo es eficaz (Resumen de procesamiento de casos)	52
Tabla 25:	El tratamiento antidepresivo es eficaz. Tratamiento con antidepresivo tabulación cruzada	52
Tabla 26:	El tratamiento antidepresivo es eficaz. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney. (Rangos).	53
Tabla 27:	Estadísticos de prueba. El tratamiento antidepresivo es eficaz	53
Tabla 28:	Los síntomas mejoran con el tratamiento (Resumen de procesamiento de casos)	54
Tabla 29:	Los síntomas mejoran con el tratamiento con antidepresivo. Tabulación cruzada	54
Tabla 30:	Los síntomas mejoran con el tratamiento. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney. (Rangos).	55
Tabla 31:	Estadísticos de prueba. Los síntomas mejoran con el tratamiento	55
Tabla 32:	Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas. (Resumen de procesamiento de casos)	56
Tabla 33:	Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas. Tratamiento con antidepresivo tabulación cruzada	56

Tabla 34:	Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney	57
Tabla 35:	Estadísticos de prueba. Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas.	57
Tabla 36:	El estado de ánimo mejora con el tratamiento (Resumen de procesamiento de casos).	58
Tabla 37:	El estado de ánimo mejora con el tratamiento*tratamiento con antidepresivo. Tabulación cruzada.	58
Tabla 38:	El estado de ánimo mejora con el tratamiento. Pruebas no paramétricas: Prueba de U Mann-Whitney-Rangos	59
Tabla 39:	Estadísticos de prueba. El estado de ánimo mejora con el tratamiento	59
Tabla 40:	Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración. Resumen de procesamiento de casos	60
Tabla 41:	Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración. Tratamiento con antidepresivo tabulación cruzada	60
Tabla 42:	Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración. Pruebas no paramétricas: Prueba de U Mann-Whitney. (Rangos).	61
Tabla 43:	Estadísticos de prueba. Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración	61

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Promedio de respuestas de pacientes con ansiedad del grupo 1 y grupo control	49
Figura 2: Promedio de respuestas de pacientes depresivos del grupo 1 y grupo control	62

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Escala de satisfacción con el tratamiento de ansiolíticos (cres-4)	76
Anexo 2: Cuestionario ESTA para la evaluación de la satisfacción	77
Anexo 3: Consentimiento informado	79
Anexo 4: Matriz: seguimiento farmacéutico de ansiolíticos y antidepresivos de un grupo de pacientes del hospital militar central	80
Anexo 5 Tabla de operacionalización de las variables	81
Anexo 1: Escala De Satisfacción Con El Tratamiento De Ansiolíticos(Cres-4)	76
Anexo 2 Cuestionario “Esta” Para La Evaluación De La Satisfacción	77
Anexo 3 Consentimiento Informado	79
Anexo 4: Seguimiento Farmacéutico De Ansiolíticos Y Antidepresivos De Un Grupo De Pacientes Del Hospital Militar Central De Lima	80
Anexo 5 Tabla De Operacionalización De Las Variables	81
Anexo 1: Escala De Satisfacción Con El Tratamiento De Ansiolíticos (Cres-4)	76
Anexo 2 Cuestionario “Esta” Para La Evaluación De La Satisfacción	77
Anexo 3 Consentimiento Informado	79
Anexo 4: Seguimiento Farmacéutico De Ansiolíticos Y Antidepresivos De Un Grupo De Pacientes Del Hospital Militar Central De Lima	80
Anexo 5 TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	81

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el seguimiento farmacéutico de ansiolíticos y antidepresivos de un grupo de pacientes con depresión y ansiedad, atendidos en el Hospital Militar Central. El estudio consistió en seleccionar una muestra de 80 pacientes con síndrome depresivo y ansiedad. Esta fue dividida en dos grupos: Un grupo experimental, el cual fue expuesto a la influencia de la atención farmacéutica, consistente en ansiolíticos y antidepresivos, mediante cuatro sesiones de seguimiento y capacitación sobre las propiedades del fármaco prescrito; el otro, como grupo de control, el cual se mantuvo libre de dicha influencia. El instrumento que se aplicó al grupo experimental fue el cuestionario "ESTA", con el propósito de obtener información sobre el conocimiento del fármaco y satisfacción con el tratamiento en pacientes que consumen fármacos antidepresivos. Se evidencia con la prueba estadística de U de Mann Whitney que existe una diferencia significativa entre los pacientes del grupo experimental y el grupo de control. Por tanto, se concluye que la aplicación de un servicio de atención farmacéutica tiene efectos significativos en la medida en que los pacientes tienen conocimiento del fármaco y la satisfacción correspondiente, y por ende su mejora.

Palabras clave: ansiedad, depresión, atención farmacéutica, seguimiento farmacéutico.

ABSTRACT

The general objective of this research was to evaluate the effect of pharmaceutical care on the level of knowledge in patients with depression and anxiety treated in the central military hospital about their pharmacological treatment. It is an experimental study, two groups of patients were selected: the experimental group and the control group. The experimental group was exposed to the influence of pharmaceutical care and the control group remained free of such influence. The sample consists of 40 patients who come to the hospital, which was followed up with the application of pharmaceutical care. The instrument that was applied

It was the Evaluation of the satisfaction with the Treatment in patients that use "ESTA" antidepressant Drugs. It is evidenced with the Mann Whitney U test a significance P is <0.05 with which the alternative hypothesis (H_1) is accepted. This indicates that there is a significant difference between the patients in the control group and the experimental group. It is concluded that the application of a pharmaceutical care service has significant effects on the knowledge of the medication by patients and in this way an improvement in the treatment of the disease is observed.

Key words: anxiety, depression, pharmaceutical care

INTRODUCCIÓN

La insuficiente información de ansiedad y depresión que poseen las personas en cuanto a su tratamiento y las pocas medidas de autocuidado han sido las causas de reingresos hospitalarios. Estudios recientes manifiestan que los reingresos hospitalarios pueden ser evitados hasta en un 50% de los pacientes si se realiza una planificación adecuada, identificación del problema referente al uso correcto de fármacos y seguimiento del paciente por parte del químico farmacéutico para el rastreo precoz de los signos y señales de descompensación¹.

Por otro lado, la salud pública considera a la ansiedad y la depresión un reto, ya que su prevalencia es muy alta. Las personas que sufren de depresión a lo largo de su vida son entre el 8% y el 15%. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una causa de incapacidad en la población en el mundo, es la depresión². Asimismo, se entiende que la relación farmacéutico-paciente, es una relación donde debe predominar la comunicación. Esta transferencia de comunicación es importante en pacientes crónicos con enfermedades depresivas, donde un alto y conveniente conocimiento en su enfermedad por el paciente, permite una mejora en la actitud del paciente, cooperación y seguimiento a tratamientos³.

Para el desarrollo de esta investigación, se buscó que a un conjunto de pacientes que acuden al Hospital Militar Central de Lima, diagnosticados con ansiedad o depresión, se les brinde información sobre su enfermedad y el correcto uso del medicamento prescrito, con la finalidad de obtener una mejora en su tratamiento y calidad de vida. La correspondiente información al paciente se le dio en el servicio de farmacia de dicho hospital.

Desde este punto de vista, se desarrolló este estudio para evidenciar los conocimientos sobre la enfermedad y el uso adecuado del medicamento, por parte de los pacientes, pudiendo observarse una mejora en su enfermedad y obtener una mejor calidad de vida.

La presente tesis que expone el proceso de este estudio científico se aborda en cinco capítulos:

El primer capítulo presenta el planteamiento del problema y los objetivos que persigue la investigación; el segundo capítulo expone el marco teórico, los antecedentes, las hipótesis y la definición de los términos básicos; el tercer capítulo desarrolla la metodología, que comprende los procedimientos y el procesamiento de los datos; el cuarto capítulo expone los resultados y la correspondiente discusión; el quinto capítulo, las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se presenta las referencias y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los trastornos neuro-psiquiátricos representan un número considerable de enfermedades en el Perú. Adicionalmente, cerca del 29% de la población ha presentado un problema mental en algún momento de su vida, y aproximadamente 13,5% ha tenido trastornos neuro-psiquiátricos durante los últimos meses. Los recursos del estado de salud mental son insuficientes para atender a toda la población peruana; esto es debida a la falta de acceso a los servicios de salud mental y la poca disponibilidad de medicamentos en los hospitales públicos¹.

Por otro lado, la salud pública considera a la ansiedad y la depresión un reto, ya que su prevalencia es muy alta. Las personas que sufren esta enfermedad a lo largo de su vida son entre el 8% y el 15%. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión causa incapacidad en la población de todo el mundo². Con la terapia de la depresión a base de fármacos, se busca el control de esta enfermedad con un bajo efecto adverso para el paciente, pero desafortunadamente es complicado los diferentes tipos de reacciones adversas que afectan los diferentes sistemas orgánicos. Los efectos adversos de los fármacos antidepresivos llegan a manifestarse con reacciones algo molestoso de importancia clínica en los pacientes ².

Se entiende que la relación farmacéutico-paciente, es una relación donde debe predominar la comunicación. Esta transferencia de comunicación es importante en pacientes crónicos con enfermedades depresivas, donde un alto y una conveniente instrucción en el trastorno al enfermo, admite una mejora a la actitud del paciente, cooperación y seguimiento a tratamientos³.

Es complicada la forma como se lleva la intervención psicofarmacológica, debido a las implicaciones del sobrecosto y de la dependencia del paciente a los medicamentos, renunciando a sus propias potencialidades de modificación de su comportamiento alterado. Se entiende que esta práctica está basada en

la presión de la industria farmacéutica, a la que se sabe que involucra a las instituciones prestadoras de salud. Se conoce que la utilización de estos fármacos está asociada a unos riesgos para la salud cuando se consumen a largo plazo ⁴.

1.2 Problemas

1.2.1 Problema general:

¿Es significativa la aplicación de un servicio de atención farmacéutica y seguimiento a pacientes con depresión y ansiedad del Hospital Militar Central, Lima?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿De qué manera un grupo de pacientes con depresión y ansiedad, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima poseen conocimientos sobre ansiolíticos, antidepresivos?
2. ¿De qué manera el grado de conocimientos de un grupo de pacientes con ansiedad, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima influye en la mejora de su salud?
3. ¿De qué manera el grado de conocimientos de la muestra de pacientes con depresión atendidos en el Hospital Militar Central influye en la mejora de su salud?
4. ¿De qué manera el seguimiento farmacéutico influye sobre el grado de satisfacción de los pacientes con ansiedad y depresión atendidos en el Hospital Militar Central de Lima?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general:

Determinar el grado de significancia de la aplicación del servicio de atención farmacéutica a un grupo de pacientes con depresión y ansiedad atendidos en el Hospital Militar Central de Lima.

1.3.2 Objetivos específicos:

1. Evaluar de qué manera los pacientes con depresión y ansiedad atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, poseen conocimientos sobre ansiolíticos, antidepresivos.
2. Estimar de qué manera el grado de conocimiento del grupo de pacientes con ansiedad atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, sobre la mejora de su salud
3. Estimar de qué manera el grado de conocimiento de un grupo de pacientes con depresión atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, influye en la mejora de su salud.
4. Valorar de qué manera el seguimiento farmacéutico influye sobre el grado de satisfacción de un grupo de pacientes con ansiedad y depresión atendidos en el Hospital Militar Central de Lima.

1.4 Justificación

El aumento de problemas mentales se encadena con la falta de apoyo profesional, social y hasta familiar; esto también se asocia con la tristeza, la gran cantidad de patologías crónicas enlazadas con la elevada esperanza de vida, el alejamiento de la población⁵.

Las enfermedades mentales pueden ser de dos tipos: Ansiedad y depresión son los que más abundan, a esto se adiciona que existe variaciones culturales en su incidencia con sus respectivas complicaciones⁶.

En muchos países de la comunidad europea y Estados Unidos de América, actualmente una de las enfermedades que ocupa el cuarto lugar con mucha

prevalencia en las patologías es la depresión. Mundialmente más de 121 millones de pacientes. Con una expectativa que en el 2020 se llegará al segundo lugar, detrás de las patologías coronarias⁷.

La depresión es un trastorno mental considerado grave, en la que se manifiesta con decaimiento del paciente persistente, incapacidad de disfrutar, la presencia permanente de pensamientos negativos y pérdida de interés, en algunos casos se puede presentar síntomas orgánicos. Es una patología donde se presenta de forma cíclica cuyos síntomas pueden aparecer y desaparecer espontáneamente.

La ansiedad es una emoción experimentada por toda persona, pero se presenta como patológica cuando se caracteriza como síntoma principal por la presencia de una excesiva preocupación⁷. Se sabe que el 14 por ciento de las personas han sentido en algún momento de su vida ansiedad, pero no se le considera como una enfermedad, a pesar de que su vida es afectada gravemente. Por ello, la ansiedad es tomada en cuenta como un problema, a lo largo de su vida.

Muchos médicos no especialistas, prescriben inadecuadamente fármacos, determinado en varios estudios recientes. Entre ellos prescriben fármacos tipo benzodiazepinas, ansiolíticos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento de la depresión. A partir de estos problemas el Plan Nacional de Salud Mental en el Perú pretende determinar estos casos como una atención primaria y un modelo de atención integral de salud con base comunitaria⁸.

La ansiedad y depresión son enfermedades de tratamiento largo, que suele presentar complicaciones con seria afectación de la calidad de vida si el tratamiento no es el correcto. Existen estudios donde se observa una mejora en su enfermedad y se obtiene una mejor calidad de vida, con el autocuidado y cuando el paciente tiene conocimientos adecuados sobre su enfermedad. Debido a esto que se plantea que el grado de conocimiento sobre su

enfermedad en pacientes que se le prescribe ansiolíticos y antidepresivos, mejorarían si se les hace una atención farmacéutica adecuada.

1.5 Limitaciones metodológicas:

El período de tiempo de recolección de la información presentó algunos inconvenientes en su cumplimiento, debido a la reticencia de algunos pacientes al seguimiento farmacéutico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del arte

2.1.1 Antecedentes nacionales:

Rosado (2018)⁶³, en su trabajo “Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud “San Martín”, distrito La Esperanza –Trujillo”. El presente trabajo de investigación de tipo aplicada, prospectivo no probabilístico, de nivel cuantitativo y de corte longitudinal, con diseño pre experimental tuvo como objetivo evaluar la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los PRM y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos intervenidos en la Farmacia del Centro de Salud “San Martín” Distrito La Esperanza -Trujillo, Enero –Abril 2018. La muestra estuvo constituida por 12 pacientes de ambos sexos. Para la recolección de datos se realizaron visitas periódicas cada semana, se aplicó criterios de inclusión como pacientes hipertensos entre 45 y 65 años de edad que visitaron el establecimiento, instrumentos como ficha de Seguimiento Farmacoterapéutico, adherencia al tratamiento y medición de presión arterial. El análisis y procesamiento de la información de las fichas farmacoterapéuticas, el test de Morisky se transfirió en MS Excel elaborándose tablas simples y porcentuales llegándose a las siguientes conclusiones: El promedio de edad es de 55 años entre hombre y mujeres, con mayor frecuencia en mujeres. La intervención más usada fue de disminuir el incumplimiento involuntario. Se logró solucionar 13 PRMS del total que representa el 86.6%. Al aplicar el test de MC Nemar se encontró que $p=0.032$, siendo significativo el cambio de 75% incumplidor antes del SFT a un 91.7% cumplidores después del SFT. Se logró disminuir la Presión Arterial Sistólica / Diastólica en relación a sus valores iniciales al inicio del SFT, para mayor validez se aplicó el test de T Student encontrándose $T= 0.05$, reafirmando el cambio que tuvo los pacientes.

Eugendio (2018)⁽⁶⁴⁾, en su trabajo “Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos en pacientes asmáticos, farmacia bonofarma, distrito Chimbote, provincia Del Santa, departamento de Ancash”, presento como objetivo de la investigación determinar el efecto de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes asmáticos intervenidos desde la farmacia Bonofarma. capto 12 pacientes con diagnóstico de Asma. En el primer contacto en la farmacia se levantó información mediante una ficha de Seguimiento Farmacoterapéutico (Método Dader). Cada paciente fue evaluado con el fin de diagnosticar y tratar cada PRMs encontrado de manera particular. Posteriormente se siguió al paciente mediante visitas para reforzar el cumplimiento de las indicaciones. Se solucionaron 22 problemas relacionados con medicamentos (PRMs) (100%). La adherencia comparada antes-después de la intervención indicaría un efecto significativo del SFT ($p < 0.005$).

El autor concluye que todos los pacientes intervenidos sufrieron 2.3 Problemas Relacionados con Medicamentos en promedio y en consecuencia estuvieron en riesgo de sufrir Resultados Negativos de la Medicación. El SFT fue eficiente en solucionar la mayoría de los PRM de los pacientes intervenidos ($p < 0.005$). El Problema Relacionado con Medicamentos no resueltos dejo a 4 pacientes expuestos a sufrir potenciales Resultados Negativos de la Medicación relacionados con ineficacia cuantitativa, inseguridad cuantitativa, toma lo que no necesita.

Varas (2018)⁽⁶⁵⁾, en su tesis “Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre los niveles de glicemia en pacientes diabéticos atendidos en la farmacia Ávila – distrito de Chimbote. Presento como objetivo determinar la eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los niveles de glicemia en pacientes diabéticos. La muestra de pacientes fue monitoreada a través de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico de seis fases: Captación, Levantamiento de Información, Evaluación de la información, Intervención, Seguimiento y Medición de Resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: fichas farmacoterapéuticas, y valores de glicemia

medidas por un glucómetro. El promedio de edad de los pacientes intervenidos fue de 48.75 cumpliendo con los requisitos de inclusión del trabajo, siendo en su mayoría del sexo Masculino (58.3%) 7 de los 12 pacientes.

La enfermedad crónica diagnosticada (diabetes) que es la morbilidad de estudio obtuvo un (70%) de medicamentos administrados, seguida de la hipertensión arterial (5%) la cual es un factor de riesgo de la diabetes mellitus tipo 2. El autor manifiesta que se solucionaron 17 (81%) de los 21 problemas relacionados con medicamentos (PRMs) diagnosticados y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNMs). Así mismo logra una disminución de los valores de glicemia al final de la intervención pasando de 176.6 mg/dl a 139.1 mg/dl.

Díaz y Serrato (2017)¹⁰, en su trabajo “Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio–Noviembre, 2016”. Su propósito general fue valorar los grados de ansiedad y depresión a mujeres con VIH/SIDA. En este trabajo se justifica que los valores de ansiedad y depresión aumentan, afectando a mujeres que padecen de VIH/SIDA. Los métodos empleados fueron cuantitativos, modelo de estudio descriptivo transversal, con un modelo de 50 mujeres. Se determina los datos por medio del instrumento Examen de ansiedad y depresión de Beck, patentado en Estados Unidos (U.S.A) en 1996 y mejorado en 2011. Este test presenta un alfa de Cronbach de 0.90.

Los resultados de esta investigación señalan: 36% ansiedad baja; 42% ansiedad moderada y 22% ansiedad grave. Y los niveles de depresión tiene como resultados: 2% ausencia de depresión; 24% depresión leve; 44% depresión moderada y 30% depresión grave.

Por lo tanto, los resultados fueron moderados, evidenciándose un alto porcentaje con riesgo de problemas de ansiedad en mujeres (62%) y depresiva (74%) en niveles medianos y severos, todo evidenciado en las mujeres VIH/SIDA agregadas en una sociedad civil particular de Chiclayo en Julio–Noviembre del 2016 de la asociación “Viviendo en Positivo”

Chávez y Mendiburu (2016)⁹: “Nivel de conocimientos básicos sobre medicamentos, en pacientes del Hospital la Caleta de Chimbote”. Tuvo como objetivo demostrar si existe conexión entre el grado de instrucción del medicamento, el grado formativo y la automedicación de enfermos del Hospital La Caleta de Chimbote. El modelo de estudio fue descriptivo y de grado aplicado. De manera descriptiva se investigó la vinculación a través de las tres variables del estudio: Grado de conocimientos sobre medicamentos, grado formativo y automedicación. El instrumento de recolección de información fue la encuesta validada según dictamen de versados, anterior a la aplicación. El cálculo usado fue la prueba Chi-cuadrado con el fin de la verificación de hipótesis. Como conclusión el aumento de automedicación se debe al poco grado educativo y conocimiento correcto del medicamento por parte de la población atendida en el Hospital La Caleta de Chimbote. A partir de las siguientes cifras utilizaron el paquete estadístico SPSS, a un grado de confianza de $p < 0.05$. Los productos demuestran que el grado de conocimiento se encuentra en un nivel medio en 62.7% de la muestra. En cuanto a la escala de conocimiento, el 50.2% tiene nivel de formación secundaria. Por lo que concierne a automedicación se halla el 51.2% en ocasiones se automedican lo que quiere decir que 205 pacientes y el 19.8% representado por 79 pacientes constantemente se automedican.

Palacios (2015)¹¹, a partir de su trabajo “Frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014, Lima – Perú 2015” presentó como objetivo determinar el subevaluación de depresión y ansiedad a enfermos mayores estudiados en el Centro de Salud Villa Los Reyes en el tiempo de septiembre a noviembre del 2014.

Así el trabajo tiene un modelo no experimental, descriptivo y de corte transversal. A partir del Examen de Zung, se determina periodicidad y porcentajes de las variables con el programa Microsoft Excel en un número de 125 posibles situaciones. Por lo tanto, los datos demuestran que de 91 posibles situaciones de depresión (75 leve, 15 moderada y 1 severa) y 91 de ansiedad (79 leve, 11 moderada y 1 severa), 2 y 4 alcanzaron la conjetura diagnóstica

del médico, respectivamente. De los probables casos de depresión y ansiedad, 10 y 20 eran adultos jóvenes, 85 y 83 mujeres y 25 y 30 fueron por cefalea, respectivamente. De los posibles casos con conjetura diagnóstica, 2 fueron de un médico cirujano y 4 de un especialista no psiquiatra. El autor llegó a la Conclusión que existe elevada continuidad de subdiagnóstico en depresión y ansiedad por el médico cirujano como del especialista no psiquiatra.

De la cruz (2013)¹², en su estudio “Conocimiento sobre la prescripción farmacológica de los estudiantes de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas en el año 2013”. El estudio señala que el no conocer completamente sobre la prescripción de fármacos, dar inapropiadamente la medicación, acción de diversas formas y reacciones adversas con respuestas negativas afectan en la salud del paciente. Es un trabajo descriptivo que tiene como logro examinar la instrucción sobre la prescripción farmacológica en alumnos de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, a los que se estimó mediante un cuestionario a cien alumnos de diferentes géneros. Se realizó un cuestionario que midió cuatro puntos: Prescripción farmacológica AINES, antibióticos y anestésicos locales. En la evaluación final se determinó, de no existir relación importante a través del conocimiento que los alumnos tienen sobre prescripción farmacológica y el estado laboral. Se determina que las experiencias fuera de la universidad presentarían un mayor nivel de información sobre farmacología. En el año 2008, no se encontró relación con el conocimiento sobre prescripción médica, en un número de 36% de estudiantes que llevaron farmacología ($p > 0.05$). Este grupo de estudiantes indicaron que sacaron una media final del área de farmacología de 12. Se percató que el conocimiento en los 4 aspectos farmacológicos estudiados llegó a ser bajo. Se finaliza indicando que los alumnos matriculados en la Clínica Médica - Estomatológica son de instrucción pobre sobre prescripción farmacológica.

2.1.2 Antecedentes extranjeros:

Sánchez, J., López, G., García, S., Ávila, L., Gómez, D., Carreras, B. y Toledano, C. (2018)⁶⁶, en su trabajo "Impacto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre el control de la presión arterial de pacientes ambulatorios hipertensos y con síndrome metabólico en México" presento como objetivo evaluar la mejoría en la presión arterial en pacientes ambulatorios hipertensos con síndrome metabólico mediante un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico. El autor realizó un estudio controlado, aleatorizado y de intervención en pacientes hipertensos y con síndrome metabólico mediante un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico. Se evaluó el control de la presión arterial y el riesgo cardiovascular (RCV). Se otorgó seguimiento farmacoterapéutico durante 6 meses, incluyendo educación sanitaria, monitoreo de adherencia, valoración de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos de la medicación (RNM). Se efectuaron mediciones clínicas y de laboratorio para compararse al final de la intervención. Los investigadores encontraron que el promedio de presión arterial sistólica disminuyó en el 16.1% de los participantes del grupo intervención, alcanzándose la meta control de la guía mexicana para hipertensión. El RCV en el grupo de intervención y control fue de "bajo riesgo" usando la calculadora. La adherencia farmacológica mejoró en el grupo intervención ($p=0.021$). El promedio de PRM/paciente cambió de 2.5 (DE=1.3) a 0.4 (DE=0.6) al final del estudio ($p<0.01$). Los autores concluyen que el seguimiento farmacoterapéutico favoreció el control de la presión arterial en el 16.1% de la población intervenida por el programa piloto.

Bolaños (2014)¹³, en su investigación "Niveles de ansiedad en estudiantes de psicología clínica e industrial de la Universidad Rafael Landívar de tercer año de la jornada vespertina que están por iniciar las prácticas de intervención psicológica." El autor determinó el logro general para valorar los grados de ansiedad en alumnos de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar del turno noche que iniciaban las prácticas de Intervención Psicológica. El estudio es de tipo descriptiva cuantitativa; usándose la prueba IDAREN, que calcula ansiedad por niveles a partir de dos puntos: Ansiedad-estado

mediéndola en el mismo momento; y ansiedad-rasgo, en el momento más cambiante de la personalidad. El grupo de estudio se encontró conformado por 13 alumnos de Psicología Clínica y 12 alumnos de Psicología Industrial, determinados entre las edades de 20 a 25 años. Para los resultados obtenidos con aquellos que iniciaban las prácticas de Intervención Psicológica, no se encontró significancia estadística en los grados de ansiedad (rasgo y estado) entre carrera, género y edad en los alumnos de Psicología Clínica e Industrial de la Universidad Rafael Landívar de tercer año turno noche, Si se desarrollaría zonas para compartir experiencias sobre su intervención psicológica, se mejoraría a disminuir probables niveles de ansiedad. Además realizar el proceso a estudiantes de último año que se encuentren en la práctica profesional supervisada y conocer sus niveles de ansiedad.

Montero, et al. (2014)¹⁴: “Consideraciones hacia los psicofármacos en profesionales y estudiantes de medicina en España, y en profesionales de la medicina en México y en Colombia”. Aunque no cambien la secuencia de la enfermedad subyacente, la prescripción de ansiolíticos, antidepresivos y neurolépticos son determinados como un beneficio alto en los resultados hacia la conducta, estado de ánimo y cognición. Los psicofármacos son un bloque de medicamentos de alto dispendio en muchos países europeos como España. Según los resultados del sistema de salud español, un 16 % de la comunidad española encuestada usó una de las clases de psicofármacos un año antes a la evaluación, encontrándose la posibilidad de consumo el doble para las mujeres. Los porcentajes obtenidos luego de utilizar las benzodiacepinas solas o combinadas son del tipo más usado con un 11,4 %, continuado por los antidepresivos con un 4,7 %, donde, los de mayor consumo son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina con un 59,5 %. La presente investigación trabajó con un cuestionario, que sondea obtener la máxima información. La captación de la muestra se realizó on-line por propagación del objeto de la investigación juntando la conexión del cuestionario. La muestra fue de 210 personas, de donde el 61’9% son profesionales médicos de Atención Primaria de los países de España, México y Colombia y el 38’1% con estudiantes de 5º curso de Medicina de las Facultades de Sevilla y Granada.

De la muestra de profesionales médicos, el 48'46 % son varones con un promedio de edad de 46'16 años frente al 38'75% de estudiantes del mismo género, siendo el promedio de edad en este grupo final 22'74 años. Se desarrolla el Cuestionario de Actitudes hacia Psicofármacos en Profesionales de la Medicina, debido a que no se encuentra un cuestionario capaz de satisfacer a los propósitos de esta investigación.

López (2015)²⁰: “Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en pacientes que consumen fármacos antidepresivos validación en cuestionario “ESTA”. Su objetivo es medir el grado de satisfacción con dicha terapia, obteniendo su validez convergente en razón a su efectividad clínica, cumplimiento de expectativas, adherencia terapéutica y tolerabilidad. En la construcción de este temario realizaron varias series de búsqueda bibliográfica donde se ha analizado y relacionado con otros instrumentos sobre satisfacción elaborados para otras patologías, de esta forma fueron modificados y adaptados a nuestros requerimientos de búsqueda, así como aspectos relacionados con la terapia antidepresiva. Al tomar cuidado las pautas sobre depresión que se encuentran en el DSM-IV se comprueba que el cuestionario revelaba la satisfacción de enfermos ante la terapia de depresión. Todo por una investigación de observación de característica longitudinal se ha realizado el acompañamiento de un total de 168 pacientes que comenzaron la terapia antidepresiva, evaluándose al cabo de 0.5, 1, 3, 6, 9 y 2 meses. La determinación de qué tipo de pacientes se llevó a cabo en los servicios de salud mental del Complejo Universitario de Albacete y del Hospital Comarcal de Hellín y en consultas de las áreas sanitarias de Albacete, ciudad real, Cuenca y Guadalajara.

Con estos datos finales concluyen que el cuestionario es eficiente y puede ser aplicado en la experiencia clínica que se utilizará como un material de medición solo para el paciente, agregado a la evaluación clínica de la eficiencia de la terapia antidepresiva.

Al ser aprobado el Cuestionario “ESTA”, entonces se determinó la satisfacción con la terapia en una muestra alta de pacientes que verifican la relación con el

estado de la manifestación depresiva, las particularidades de la terapia, las opiniones de la medicación en general y variantes sociodemográficas. Desarrolla un trabajo de característica transversal, manejando el cuestionario “ESTA” en 64 pacientes consumidores de fármacos antidepresivos, y midiendo la eficacia con dichos tratamientos. Se eligen pacientes de iguales áreas sanitarias detalladas con tiempo.

A partir de estos datos encontrados concluye que la gran mayoría de pacientes está satisfecha usando la terapia antidepresiva. Por lo tanto, es máxima la satisfacción para los que tienen menores signos depresivos, los que tienen tratamiento extensamente y los que muestran una perspectiva positiva hacia los tratamientos con fármacos.

Elide (2011)²¹: “Trastornos de ansiedad en la población adulta que consulta la Unidad de Salud Las Flores, en el departamento de Chalatenango, enero a diciembre²¹. Manifiesta que, en cuanto a los estudios sobre problemas de ansiedad en El Salvador, han sido tomados en cuenta muy poco, indicando que las posibles huellas dejadas por la pos guerra puedan explicar en investigaciones la gran delincuencia en nuestra sociedad. La investigación lo realizó en la Alcaldía San José, Las Flores, en el departamento de Chalatenango, El Salvador. Esta comunidad vivió en los años ochenta la guerra civil muy complicada, siendo muy dañada la población hasta ahora. El investigador declara que estas consecuencias serán el apoyo en la investigación y la necesidad en encontrar formas terapéuticas en los identificados con trastornos de ansiedad. Los objetivos que plantearon en esta investigación son identificar a la población que pregunta en la Unidad de Salud “Las Flores” determinados con enfermedades de ansiedad, determinar la asociación de las actividades del conflicto armado asimilados en la comunidad, con la constancia de los trastornos de ansiedad y encontrar formas de vida que ayuden al desarrollo al desarrollo de enfermedades de ansiedad en la comunidad. La investigación es cualitativa, en la época de enero a diciembre del 2010 para el 100% de enfermos diagnosticados con trastorno de ansiedad en el servicio de salud local, hallándose en total 50 pacientes. Se detalla directamente en la investigación una correspondencia con la presentación de la sintomatología de un trastorno de ansiedad y las características estresantes

destacados del conflicto armado, tales como: pérdidas familiares, migraciones, ser combatientes entre otros.

2.2 Bases Teóricas y/o legales

2.2.1 Ansiedad

El término ansiedad proviene del latín “anxietas”, cuyo significado angustia, pena, que consta en una situación de inquietud psicofísica determinado por una señal de peligro en la integridad psicofísica del sujeto en estudio, sentimiento de miedo, temor, inseguridad, inquietud o desasosiego por una inestabilidad o pavor ante lo que se experimenta una señal apremiante^{24, 25,26}.

La ansiedad es una percepción que en cualquier momento de la vida es experimentada²², logrando distintas respuestas frente al anuncio desagradable con una solución normal ante una amenaza externa hasta un fastidio o tormento alargado, cambiando distintos semblantes de la vida. Se indica que, aunque la gente experimente dicha sensación no será determinada como tal a pesar de que se encuentren muy alterados en su vida en un 14 por ciento²³, es por eso que la ansiedad se cree en algunos textos como un problema presente en todo lo largo de su vida.

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos²⁷:

Físicos: Aceleración cardíaca, pulsaciones, congoja, falta de aire, estremecimiento, transpiración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, sensación de obstrucción en la garganta, endurecimiento, tensión y rigidez muscular, languidez, picazón, sensación de mareo e inestabilidad. Si el impulso neurofisiológico es alto pueden surgir trastornos del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

Psicológicos: Agitación, sofoco, estremecimiento, ganas de huir o atacar, inestabilidad, sensación de abismo, sensación de despersonalización, temor a perder el control, prevención, desconfianza, recelo, conflicto y

toma de decisiones. En casos más extremos, miedo a la muerte o al suicidio.

De conducta: Acción de aviso e hipervigilancia, abstención, bloqueos, incapacidad o dificultad para actuar, irritabilidad, inquietud motora, sobresaltos. Los signos van junto de transformación de la expresividad corporal y el lenguaje corporal: Posturas cerradas, dureza, acciones torpes de manos y brazos, variación en la voz, expresión facial de admiración, violencia, etc¹⁷.

Sociales: Colérico, hostil, pensativo, conflicto para comenzar o continuar una comunicación, en ciertos momentos, y habladuría para otros, olvidarse cuando pregunta o responde, conflicto al decir sus opiniones o mantener sus derechos, miedo extremo a ciertos problemas, etc. ^{16,18}.

2.2.1.1 Ansiedad rasgo y ansiedad estado

Para Gutiérrez²², rasgos es la orientación firme y única del comportamiento, de acuerdo con la psicología de la personalidad. Según los rasgos se podría indicar, que actúa de manera parecida en diferentes situaciones (estabilidad) y consistencia. El estado menciona como está una persona a cierto tiempo. La respuesta en la relación entre característica y situación, quiere decir, la tendencia desarrollada entre factores constitucionales, y las características de la situación. Ansiedad Rasgo ²⁷, narra que el rasgo de ansiedad es una inclinación a sentirse amenazado por circunstancias ambientales reaccionando con formas de ansiedad. Para Spielberger ²⁸, usar un instrumento será la evaluación cognitiva de advertencia de una persona afectada por sensaciones de afuera (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas).

Spielberger²⁸ determina cualidades de la ansiedad-rasgo (A/R):

a) En altos grados de A/R, explica que el mundo es peligroso y/o amenazante; en la relación con los que tienen bajos niveles.

- b) Si ese grado A/R es elevado es sensible a la tensión encontrando amenazas siempre a que aquellos con pequeños niveles de A/R.
- c) Aquellos con superior A/R, sienten sensaciones de ansiedad más largas.
- d) Las personas de A/R demasiado alto serán los más cercanos a experimentar ansiedad neurótica, así los ataques de recuerdos reprimidos en momentos peligrosos brindan reacciones de tipo A/E.
- e) Personas con A/R pequeños son consideradas como personas desinteresadas, despreocupadas por los demás.
- f) En resumen, los que tienen mucha ansiedad peculiar (rasgo) serán sensibles a la observación de otros ya que se subvaloran y no tienen de ellos Ansiedad-Estado²⁷, se indica cómo situación de ansiedad en un momento emocional pasajero determinado por una percepción peculiar de sensaciones de miedo, mucha actividad del sistema nervioso autónomo; continuado por sensaciones de amenaza con liberación del peligro real.

2.2.1.2 Clasificación de los ansiolíticos

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha establecido el uso de medicamentos psicotrópicos desde el primer nivel de atención en guías de práctica clínica, se podría decir que se encuentran algo desactualizadas respecto a la medicación psicotrópica recomendada en la actualidad. Además, algunas enfermedades que se consideran en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), tales como trastornos bipolares, ansiedad o trastornos del sueño, no cuentan aún con guías clínicas. Los fármacos ansiolíticos sin restricción por petitorio son alprazolam, clonazepam, diazepam y levomepromazina. Los fármacos restringidos para uso por especialista en base a guía de Práctica Clínica son el clobazam⁶⁷.

Actualmente, los ansiolíticos se dividen en:

- a)** De acción hipnótico sedante, como los barbitúricos, benzodiazepinas y meprobamato.

- b)** Fármacos agonistas de los receptores 5-HT de forma parcial, como la buspirona, gepirona e ipsapirona.
- c)** Fármacos que producen interrupción de un elemento vegetativo del sistema nervioso, como los neurolépticos, antihistamínicos y antidepresivos.

Estos antidepresivos se clasifican en inhibidores de la receptación de 5HT, inhibidores de la monoaminoxigenasa, tricíclicos y fármacos bloqueantes beta adrenérgicos.

Barbitúricos

Típicamente los barbitúricos y el meprobamato han servido para la terapia en ansiedad. Los barbitúricos producen acción sedativa unida al ansiolítico. El peligro al exceso y adicción de los barbitúricos es alto. Actualmente este medicamento es retirado para atender la ansiedad, por lo que ahora se encuentra sin uso, pero se puede usar en tratamientos a pequeño plazo del insomnio, si es que la terapia con BZD falla ¹⁷.

Benzodiacepinas

Los benzodiacepinas (BZD) se recetan para mejorar rápidamente la ansiedad patológica discapacitante, pueden estar indicados. Las BZD pueden ser utilizadas en cubrir las etapas ligadas a los fármacos prescritos en la terapia para un trastorno de ansiedad subyacente. Se utilizan en una diversidad de situaciones y manifestaciones que usualmente será de inicial opción al buscar depresores del SNC a pequeño plazo. En largo plazo será usado en enfermedades de ansiedad severa. Si se retira el fármaco hay un efecto rebote o síndrome de abstinencia, si es usado más de dos semanas, o se prolonga la terapia por más tiempo se produce la acción y proceso de necesidad. Por último, los conjuntos de metabolitos pueden producir efectos adversos¹⁶.

Cuando la ansiedad es generalizada inespecífica, tiene poca relevancia la BZD que se use, pero debido a su eficacia y por sus propiedades cinéticas puede ser utilizada en un caso clínico. La gran mayoría de BZD da sedación a dosis altas, otras benzodiazepinas se pueden usar en la abstinencia alcohólica aguda. Las benzodiazepinas influyen mucho sobre la actividad del sistema nervioso central de hombre y sobre su estado de alerta y de actividad laboral ¹⁵.

Podemos encontrar fármacos benzodiazepínicos como: Lorazepam, diazepam, midazolam, halacepam, flurcepam, clonazepam, y alprazolam ¹⁵.

Análogos de las benzodiazepinas

Sus similares en benzodiazepinas, reconocidos como "fármacos Z", serán otros psicoactivos diferentes en la forma molecular de las benzodiazepinas con la diferencia en su mecanismo de acción con efectos diferentes en cuanto a los secundarios y adversos.

- Derivados del difenilmetano: son moléculas que derivan del difenilmetano, considerados como antihistamínicos de primera generación como la hidroxina, difenhidramina y captodiamio, presentan un mecanismo ansiolítico bajo, que a cantidades altas causan relajación alta. Su resultado secundario es el letargo ¹⁵.
- Hidroxina: Con licencia de uso en tratamiento de ansiedad, contiene acciones ansiolíticas y las características como antihistamínico. Con resultados sedativos en la prescripción preoperatoria o para llevar relajación postoperatoria. Se demuestra lo oportuno y fiable como las BZD en la enfermedad de ansiedad generalizada. Es un antihistamínico ansiolítico y sedante, cuya molécula deriva del difenhidramino. El uso previene el síndrome de abstinencia de las BZD ¹⁷.

- Agonistas parciales de los receptores 5-HT_{1A}: son fármacos clasificados como de acción ansiolítica, con propiedad de ser agonistas del 5-HT como son las azapironas o azaspirodecanodionas ¹⁷, a pesar de fijarse a receptores dopaminérgicos. Por lo tanto, serán fuertes agonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A}, suele actuar en los receptores que reducen los neurotransmisores serotonina y noradrenalina en el locus coeruleus. Las azapironas aceptadas en la actualidad para el aprovechamiento clínico son la buspirona y la tandospirona. La acción ansiolítica de estos medicamentos demora semanas a pocos meses para evidenciarse y al opuesto que las benzodiacepinas no presentan dependencia, acción de paciencia, sin coordinación motora.
- Buspirona: es el opuesto parcial del receptor 5 HT_{1A}. Está aprobada en la terapia del TAG. Solo semanas posteriores a la terapia aparecen los efectos completos. Por acción lenta en resultado y la urgencia de graduación convirtiéndose en la siguiente oportunidad poco atractiva en relación a los otros ansiolíticos dispensados en el mercado. No actúa con moléculas tipo etanol o barbitúricos, tampoco da sedación, su acción ansiolítica podrá ser mejor como el diazepam ¹⁸.

1.5.1.1 Tratamiento farmacológico para la ansiedad

Para circunstancias de ansiedad crónica se sugiere usar benzodiazepinas de prolongado periodo, por ejemplo, el diazepam o el clorazepato, porque se administra a cantidad única nocturna formando síntomas de abstinencia en poco alcance que las benzodiazepinas de efecto corto o intermedio al acabar el tratamiento, en forma definitiva o gradual ²⁹.

El alpidem es un ansiolítico muy bien tolerado por pacientes geriátricos a pesar de ser un medicamento de introducción muy reciente³⁰ y, de

repente por ser un medicamento de acción opuesta parcial, al retirarlo rápidamente no causa síntomas de abstinencia³¹. La buspirona, así como otras azapironas, debido a su estructura de acción no es determinada como ansiolíticos "mayores"; sin embargo, varias investigaciones demuestran su uso en pacientes ansiosos que acuden a consultar de forma primaria si es que no se trata de sujetos que estuvieran aceptando antes benzodiazepinas³². Por último, se destaca la máxima utilidad de los 3-bloqueantes en los trastornos de ansiedad ubicándose en la terapia de las reacciones agudas al stress donde el componente orgánico es³³, insomnio. Por lo tanto, se toma en cuenta su origen esto, no es viable en muchos casos donde se debe recurrir a la receta de fármacos hipnóticos³⁴. Por lo tanto, es necesario considerar los siguientes factores al administrar fármacos:

- Recetar fármacos que se impregnen fácilmente y dejen su acción luego de ingerir.
- Usar hipnóticos si el desvelo es por no poder conciliar el sueño de duración de acción corta (triazolam, brotizolam, midazolam, zopliclona o zolpidem) o intermedia (flunitrazepam, lorazepam, lormetazepam, etc).

Es importante dar la dosis mínima necesaria para cada paciente, eso es importante en pacientes geriátricos.

2.2.2 Depresión

La depresión es un trastorno caracterizado por un cambio de ánimo triste, con poco interés o aptitud para desarrollar situaciones positivas, poca confianza de si e inutilidad³⁵. A partir de la definición propuesta por Zung³⁶, que refiere a la depresión como una enfermedad mental determinada por sentimientos de congoja, culpa, pena, indefensión y desaliento profundo.

Shreeve³⁷, en su estudio hace referencia a la depresión como definición de enfermedad del "estado de ánimo", estado de pena larga y aparece sin darse cuenta como una reacción desmedida a un acontecimiento. Según Retamal³⁸ la depresión se conceptualiza como una alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un nivel variante de falta de interés o

conflicto para experimentar placer en las labores habituales, y junto de distintos síntomas psíquicos (pena, poca concentración, memoria, etc.) y físicos (caída de la libido, anorexia-hiperfagia, etc.). En conclusión, la depresión surge por un malestar de quiebre que sufre la persona en su vida. Según Muriana, Pettenó y Verbitz ³⁹, la depresión sería una sensación de termino, un desequilibrio emocional con la falta de ánimo.

Causas de la depresión

La depresión se desarrolla como resultado de un producto de circunstancias tanto ambientales como distribucionales. Lewinsohn ⁴⁰ et al., proponen un prototipo formador de la depresión en el cual la depresión sería el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones, viendo que los factores situacionales son relevantes como “liberadores” del sistema depresogénico y a los elementos cognitivos como conciliadores de los efectos del ambiente. De otra manera, se puede indicar que los hechos importantes estresantes llevan a la depresión en la medida como incomoden los enlaces personales importantes o las actividades cotidianas del individuo, tomando en cuenta también sus vulnerabilidades o características predisponentes propias del sujeto ⁴⁰.

Síntomas

Las manifestaciones de la depresión, según Retamal³⁸, son las siguientes:

- Cambios emocionales: congoja patológica, pena e irritabilidad.
- Cambio del intelecto: se encuentra particularidades como, faltas de concentración y memoria, poco interés, indecisión, desanimo, ideas delirantes e idea suicida.
- Cambios orgánicos: compuestas por insomnio-hipersomnio, anorexia, hiperfagia, disminución o aumento de peso, disminución de la libido, cansancio, algias.
- Cambios de los ritmos vitales: encontrarse mal en ciertos momentos, puede ser en las mañanas, cambios menstruales, tendencia a la presentación estacional de los síntomas.

- Cambios de conducta: llanto, agitación, identificación, aislamiento, mutismo.

2.2.2.1 Clasificación de antidepresivos.

Los fármacos antidepresivos se clasifican en:

- Antidepresivos inhibidores de la enzima mono-amino-oxidasa (IMAO): no permiten la destrucción de los neurotransmisores por la MAO.
- Antidepresivos tricíclicos (ATC) y afines: detener la bomba de recaptación de los neurotransmisores en la neurona pre sináptica.
- Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): No dejan pasar la recaptación selectiva de la neurotransmisora serotonina por la neurona pre sináptica.

Otros antidepresivos de acción dual:

- Antidepresivos inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN).
- Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).
- Antidepresivos antagonistas de receptores 5-HT₂ e inhibidores de la recaptación de serotonina (ASIR).
- Antidepresivos de acción noradrenérgica, serotoninérgica y histaminérgica específicas (NASSA).
- Antidepresivos selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN)

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) sirve para el tratamiento de la ansiedad, enfermedades de la personalidad y con mejores resultados depresión. Estos antidepresivos se deben administrar en mayores dosis a las recomendadas para obtener rapidez en la respuesta. Estos fármacos presentan efectos ansiolíticos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina comúnmente

utilizados con el fin de evitar los síntomas de ansiedad son la paroxetina, sertralina, fluoxetina y citalopram¹⁷.

Antagonistas e inhibidores de la recaptación de serotonina (AIRSs):

Estos fármacos son moléculas del tipo químico de las fenilpiperazinas que se usan casi siempre como antidepresivos que a su vez se puede utilizar como hipnóticos o ansiolíticos, actuando así de competidor de los receptores de serotonina turbando la incorporación de norepinefrina, serotonina y dopamina. Entre estos fármacos tenemos la mepiprazol, trazadona y lorpiprazol.

Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina:

Son fármacos bloqueantes de noradrenalina y serotonina, tenemos como ejemplo de fármacos dispensados en el mercado duloxetina y venlafaxina, presentan la propiedad de liberación prolongada. Por otro lado, tenemos a la duloxetina comúnmente usada para trastornos de ansiedad, Los inhibidores de la receptación de serotonina y noradrenalina son de elevada eficacia y de primera elección en problemas de ansiedad ³⁸.

Inhibidores de la monoamino oxidasa:

Estos fármacos conocidos como IMAO presentan un efecto opuesto a la acción del monoaminoxidasa que tiene la estructura de una enzima. Las moléculas más comunes son la tranilcipromina y fenelzina que dan buenos resultados contra la ansiedad, sin embargo, pueden actuar con otros fármacos o alimentos puede que sean recetados.

El más representativo de este grupo es la moclobemida, es un Inhibidores de la monoamino oxidasa, tiene la ventaja de no tener restricciones en cuanto a la alimentación ¹⁶.

Antidepresivos tricíclicos

Entre estos fármacos que se encuentran en el mercado farmacéutico son clomipramina, desipramina, imipramina, nortriptilina. Tienen propiedades ansiolíticas, con efectos secundarios como la presencia de sedación, constipación general, hipotensión, boca seca y aumento de peso.

2.2.2.2 Tratamiento farmacológico para la depresión

Terapia farmacológica

La terapéutica a utilizar tiene como finalidad disminuir la morbilidad y mortalidad por este trastorno: suicidio o intento de suicidio, accidentes por la poca atención, pérdida en los estudios, decepción de trabajo y los costes derivados como conflictos familiares, abandono laboral o descenso en la productividad, costes sanitarios, etc. El tratamiento consiste en usar un grupo de fármacos diferentes, que se diferencian actualmente por sus resultados hacia los neurotransmisores. La gran mayoría de fármacos antidepresivos tratan de terapia farmacológica la terapia de la depresión puede bajar la morbilidad y mortalidad debida a esta enfermedad: suicidio o intento de suicidio, accidentes debido a la pérdida de atención, fracasos en los estudios, faltas de trabajo y los costes derivados como conflictos familiares, abandono laboral o baja productividad, costes sanitarios, etc. Estos fármacos antidepresivos aumentarán la concentración de neurotransmisores en la sinapsis consiguiendo, finalmente, un arreglo a la baja de los receptores de los neurotransmisores claves, para lo que se usarán otros mecanismos.

El seguimiento farmacéutico de pacientes propone etapas a seguir: Primero, la elección de los pacientes, que es el paso inicial de la propuesta es definir cuáles son los pacientes que más se pueden beneficiar o requieren de la intervención farmacéutica ⁶¹.

Segundo, la identificación de información sociodemográfica y de los problemas del paciente. Para esto es fundamental el cumplimiento de las siguientes actividades: revisión y comprensión de la historia clínica. En el caso de pacientes hospitalizados se debe hacer especial énfasis en el apartado relacionado con la anamnesis hecha por el médico, al ingreso del paciente; mientras que en los pacientes ambulatorios, además de este aspecto se deben revisar minuciosamente las evoluciones y los resultados de exámenes recientes; entrevista farmacéutica

Tercero, las metas terapéuticas para cada problema de salud, el objetivo de la intervención es maximizar beneficios y minimizar riesgos de la utilización terapéutica de los medicamentos. El cumplimiento de este paso requiere conocimiento y manejo terapéutico de las patologías: fisiopatología y farmacoterapia; concretar la entrevista farmacéutica que debe ser concretos.

Cuarto, Descripción y análisis de las diferentes alternativas (farmacológicas y no farmacológicas) para el manejo o control del problema de salud, lo cual requiere, al igual que en el paso anterior, del conocimiento y manejo terapéutico, así como la existencia de guías de diagnóstico y tratamiento⁶².

Quinto, Identificación detallada de la farmacoterapia del paciente: perfil farmacoterapéutico, este debe incluir la descripción detallada y completa de los medicamentos administrados o que está utilizando el paciente. Específicamente debe contener: identificación: nombre genérico y comercial; forma farmacéutica y concentración; vía de administración; dosis: en términos de la cantidad administrada/tiempo; días de administración y dosis administradas. Se debe especificar cuántas dosis, de las que debió recibir, se le administraron realmente al paciente; signos y/o síntomas asociados; eventos adversos asociados a medicamentos; signos vitales: frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial y temperatura; alteraciones gastrointestinales y genitourinarias: náuseas y vómitos, diarrea, estreñimiento, dificultad para orinar, entre otras; alteraciones cutáneas: erupciones, pápulas, máculas y otras; alteraciones hematológicas como hemorragias.

Sexto, Definición de las formas objetivas y subjetivas, para monitorizar la eficacia y seguridad del tratamiento de cada problema (verificación del cumplimiento de los objetivos), se deben especificar los parámetros para el tratamiento (uno o más medicamentos) que se está utilizando para el problema⁶³.

Séptimo, Análisis de la información - hipótesis posibles PRM, Este es un paso crucial que requiere de retomar, clarificar y complementar la información anterior, para lo cual es necesario volver a consultar la historia clínica, revisar y concretar la lista de problemas del paciente. A diario se debe elaborar la lista de los problemas, revisar, actualizar y reevaluar.

Octavo, Documentación y fundamentación del PRM (identificación), propuesta para su resolución o prevención (sugerencias - comentarios sobre el tratamiento), Una vez cumplido el paso anterior se procede a: definir, documentar y concretar muy bien el PRM; siguiendo la metodología enunciada antes; fundamentar con investigaciones y análisis de situaciones previas similares.

Noveno, Comunicación escrita y oral de los resultados de la intervención, este aspecto es básico, debido a que se asocia a la retroalimentación entre los actores terapéuticos: médico - farmacéutico - paciente y/o personal de enfermería. Este paso contempla: documentar la intervención: sustentar y asumir la responsabilidad de la misma; comunicar los hallazgos y recomendaciones al personal relacionado con el tratamiento del paciente⁶¹.

Decimo, Plan educativo de alta (escrito y oral) y definición de estrategias para continuar vinculado con el paciente. El complemento de todo el trabajo y como actividad final del proceso de seguimiento farmacéutico de pacientes, consiste en el diseño y ejecución de un plan educativo para el paciente, el cual, en el caso de los pacientes hospitalizados, debe ser entregado y explicado al paciente o a un familiar al momento de la autorización de su egreso de la institución (idealmente la concreción de la forma de continuar colaborando con la optimización de la utilización de la terapia)⁶¹.

2.2.3 Atención farmacéutica

La atención farmacéutica es el suministro consciente de tratamientos médicos, para obtener logros concretos que ayuden a mejorar la vida del enfermo, descubriendo, alertando y encontrando dificultades asociados con los fármacos reconociendo la colaboración más eficaz del farmacéutico. Las enfermedades crónicas no transmisibles son grandes problemas de salud pública.

Las manipulaciones del aviso médico disponible para los enfermos influyen factores como los comprendidos en la forma de presentación, características ambientales y características propias del enfermo siendo al final el mayor impacto cuando se indique la información. Es fundamentado en los libros que los enfermos con peligro para tener un peor estado de salud serán los menos inclinados a incluirse en la atención de su peculiar obligación, los que económicamente son bajos, menos instruidos, con menor grado de alfabetismo en salud, mayores de edad y ya enfermos. Entonces deberían ser estos grupos los primarios en ser instruidos en salud y comprometerles con su cuidado. Así mismo se determinan conceptos diferentes en relación con la información médica: la lectura y la búsqueda; son esfuerzos diferentes ligados al uso de la misma, y a parte se observó que los pacientes está la gran mayoría interesados a leer la información, pero no buscan más información; en cuanto a esto último, la población se ha acostumbrado a obtener la información en forma lenta o creen contar con bastante o que es desgastante la búsqueda⁴².

La terapia farmacológica recetada a cada enfermo habitualmente ambulatorio, será entregada por los farmacéuticos. En otros enfermos, esta forma de entrega no es suficiente. Debido a la alta prevalencia y la morbilidad asociada con los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), relacionada con respuestas clínicas negativas resultantes de la farmacoterapia que llevan a la no consecución de logros terapéuticos o manifestación de resultados no deseados ⁴¹.

Por lo tanto, la demostración de una relación directa entre menor grado de escolaridad y poca calidad de salud, que trae gastos extremos para el sistema de salud. Como desventaja, se comprueba que el componente impreso como el magnético llevado a enfermos, es mayor su grado y capacidad de lectura. Otras organizaciones internacionales, como la National Institutes of Health y el Centers for Disease Control and Prevention, insinúan que sea probable este material no debe exceder el sexto grado en comprensión lectora; pero a pesar de ello, la totalidad del componente, hasta lo propuesto por la National Library of Medicine, excede este grado^{15, 16}, Por ello se entiende que el enfermo que recibe información básica sobre su mal, se encuentra en peligro de no entender o entender mal. En conclusión, la observación y revisión farmacéutico es otra opción de prosperar la salud, con instrucción y aviso de su enfermedad por los pacientes ⁴².

La destacada instrucción de este trastorno y su terapia ayuda a cuidarse en la salud⁴³. También es un problema del sistema el poco tiempo que se deja al clínico para actuar directamente con el enfermo. Se pueden considerar importantes el tener más investigación a estos instrumentos educativos y observar el impacto que realizarían. Se defiende el concepto de educación terapéutica como la ayuda a entender, plantear y tener comportamientos que logren mejoría en parámetros de salud, mezclando biomarcadores y calidad de vida. Estudios de educación terapéutica señalan que sus productos van a la mejoría, y otros reportan efectos neutros y poca cantidad demuestra empeoramiento. Se calcula que solo el 33-50% de los enfermos con trastornos crónicos tiene una unión completa a los fármacos recetados, lo que es necesario de intervención por la educación terapéutica. Se sugiere, que la educación a enfermos progresa las experiencias hospitalarias, disminuye el dolor y la ansiedad ⁴².

La satisfacción con el tratamiento forma parte de la satisfacción con los cuidados sanitarios y puede definirse como la evaluación del proceso de la toma del tratamiento y de sus resultados asociados. Este aspecto se mide a través de cuestionarios estandarizados que son cumplimentados por los pacientes que reciben el tratamiento. Sus dimensiones son diversas y dependen del tipo de fármaco, incluyendo el alivio de síntomas o su

desaparición, el perfil de tolerabilidad del medicamento, la facilidad de administración y las restricciones asociadas con la toma de la medicación, entre otros aspectos. También se incluye la satisfacción con el impacto del tratamiento en las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, como la función física o la psicológica. La satisfacción con el tratamiento es recomendable cuando ofrece ventajas y desventajas respecto a otro en términos de eficacia o cuando tienen un diferente perfil de tolerabilidad. Especialmente es importante medirla en los casos de terapias crónicas, como sucede con el tratamiento antidepresivo, ya que el paciente debe recibirlo durante un periodo prolongado.

La evaluación de la satisfacción con el tratamiento antidepresivo (ESTA). La selección de los ítems se realiza atendiendo a conceptos de interpretabilidad, extensión de los ítems, aspecto de validez, capacidad discriminativa y homogeneidad. Posteriormente, en una reunión con expertos en la enfermedad, se comprobó, sobre la base de la experiencia clínica, que en el cuestionario que daba reflejada la mayor parte de los aspectos determinantes de la satisfacción de los pacientes ante el tratamiento de la depresión, modificándose algunos ítems para mejorar su comprensión y aplicabilidad.

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis general:

La aplicación del servicio de atención farmacéutica a pacientes con depresión y ansiedad del Hospital Militar Central de Lima, produce efectos significativos para la mejora de su salud.

2.3.2 Hipótesis específicas:

1. Los pacientes con depresión y ansiedad, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, sí presentan un alto grado de conocimiento del medicamento prescrito.

2. El grado de conocimiento sobre el medicamento prescrito de los pacientes con ansiedad, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, sí produce efecto en la mejora de su salud.
3. El grado de conocimiento sobre el medicamento prescrito de los pacientes con depresión, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima sí produce efecto en la mejora de su salud.
4. El seguimiento farmacéutico realizado a los pacientes con ansiedad y depresión, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, es altamente satisfactorio.

2.4 Definición de términos básicos:

Ansiolíticos. Fármacos eficaces en el tratamiento de la ansiedad, algunos son eficaces como consecuencia de su efecto depresor genérico sobre la actividad del sistema nervioso y, por lo tanto, inespecíficos en su acción ansiolítica.

Atención farmacéutica. Como concepto es el suministro responsable de tratamientos farmacológicos, para obtener respuestas favorables en calidad de vida del enfermo, buscando la participación más efectiva del farmacéutico.

Benzodiacepinas. Grupo farmacológico más empleado en el tratamiento de la ansiedad, por lo que su nombre a veces se utiliza casi como sinónimo de ansiolíticos.

Efectos adversos. Cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que se produce a dosis habituales para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento.

Fármaco dependencia. Adicción generada por la exposición repetida a una droga, ya sea un fármaco o una sustancia psicoactiva legal o ilegal.

Grado de conocimiento. Los sistemas son agentes racionales. El medio es el conocimiento.

Incidencia de Morbilidad: Se refiere a la proporción de individuos que enfermen durante un periodo determinado.

Problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Son resultados clínicos negativos derivados de la farmacoterapia con efectos no deseados.

Salud. Es el grado de eficacia del metabolismo y sus funciones de un ser vivo a pequeña y mayor escala.

Seguimiento farmacéutico. Es la actividad profesional farmacéutica de prevenir y resolver los problemas relacionados con la utilización de los medicamentos (PRUM) y los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) ⁶¹.

Trastorno. Transformación o trastorno que produce en resumen características continuas conformando una cosa o en la preparación del proceso.

Trastornos depresivos. Son conjunto de síntomas clínicos en los que prevalece el indicio relativo de estado de ánimo deprimido (puede no ser manifiesto) y disminución del interés.

Trastornos mentales: Son condiciones que afectan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento.

Trastornos mentales graves. Trastorno Mental Grave (TMG) nos estamos refiriendo a un grupo de juicios clínicos que ingresan en el conjunto de las psicosis (fundamentalmente trastorno esquizofrénico y trastorno Bipolar).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

El presente estudio, según el grado de conocimiento científico, asumió el tipo observacional directo, in vivo, experimental, y según su ubicación temporal, es transversal, debido que mide el efecto en una muestra en una población definida y en un punto específico de tiempo.

El diseño asumido es de tipo pre experimental, puesto que se utilizó dos grupos: experimental y de control para observar y determinar el grado de conocimiento y satisfacción de la aplicación de un programa de atención farmacéutica.

3.2 Población y muestra

La población constituida fue un grupo de pacientes atendidos en el Hospital Militar Central de Lima.

La muestra seleccionada fue de 80 pacientes, buscando una muestra homogénea en cuanto género y edad.

20 pacientes con depresión, conformantes del grupo experimental.

20 pacientes con depresión, conformantes del grupo de control.

20 pacientes con ansiedad, conformantes del grupo experimental

20 pacientes con ansiedad, conformantes del grupo de control.

3.3 Equipos, materiales y reactivos

- Escala de satisfacción con el tratamiento de Ansiolíticos (Cres-4).
- Cuestionario “ESTA” para la Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento Antidepresivo

3.4 Procedimientos.

- La muestra seleccionada fue dividida en dos grupos: El grupo experimental con 40 pacientes (20 pacientes con ansiedad y 20, con depresión); el grupo de control fue conformado, asimismo, con 40 pacientes (20 pacientes con ansiedad y 20 con depresión).
- Se aplicó el cuestionario “ESTA” a todos pacientes del grupo experimental para recoger y medir la información sobre el grado de conocimiento de la medicación prescrita para su tratamiento y sobre el grado de satisfacción sobre la aplicación del tratamiento farmacéutico.
- Se realizó el proceso al grupo experimental consistente en 4 sesiones de atención farmacéutica (ver anexo 6), en cuanto a seguimiento y capacitación sobre las propiedades de los fármacos prescritos. El grupo de control estuvo libre del seguimiento.
- Se procesaron los datos obtenidos para el análisis e interpretación de los resultados.

3.5 Procesamiento de datos

Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS.

Para el tratamiento estadístico e interpretación de los resultados se utilizó la estadística descriptiva y la estadística inferencial para la prueba de las hipótesis.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación:

Tabla 1: Recolección de datos de pacientes que siguen un tratamiento con antidepresivos

Pacientes	grado de conocimiento del medicamento	tratamiento es eficaz	síntomas mejoran c/tratamiento	más fácil relacionarse c/personas	el ánimo mejora	mejor capacidad concentración
1	2	4	4	3	4	3
2	2	4	4	3	4	3
3	3	4	4	3	4	3
4	4	4	4	4	4	3
5	2	4	4	4	3	2
6	2	4	4	3	3	2
7	3	3	3	4	4	3
8	2	4	4	3	3	3
9	3	4	4	4	4	3
10	2	4	4	4	4	2
11	2	4	4	3	3	3
12	2	5	4	4	4	3
13	2	4	4	3	4	3
14	2	4	4	3	3	2
15	3	5	5	3	3	2
16	2	4	4	4	3	2
17	2	4	4	4	3	2
18	2	4	4	4	4	3
19	2	4	3	4	4	4
20	2	4	3	4	4	3

Fuente: elaboración propia, 2018

Para el grado de conocimiento del medicamento, 1 significa que no conoce nada del medicamento, 2 significa que conoce poco del medicamento, 3 significa que su conocimiento es regular del medicamento, 4 significa que conoce lo suficiente del medicamento y 5 significa que conocimiento es total y más de lo suficiente.

Para el resto de preguntas, 1 significa que el paciente manifiesta su total desacuerdo con la pregunta, 2 significa su desacuerdo con la pregunta, 3

significa que el paciente no empeoró ni mejoró, 4 significa que el paciente percibió una mejora y 5 significa que el paciente percibió una mejor considerable.

Tabla 2: Recolección de datos de pacientes que siguen un tratamiento con ansiolítico

pacientes	grado conocimiento del medicamento	satisfecho con terapeuta	el tratamiento ha ayudado	estado emocional actual	TOTAL
1	5	4	5	4	18
2	5	5	4	4	18
3	5	4	4	5	18
4	5	4	4	5	18
5	4	4	4	5	17
6	4	4	4	5	17
7	5	4	4	5	18
8	5	3	5	5	18
9	5	4	5	5	19
10	4	5	4	5	18
11	5	5	5	5	20
12	5	4	4	5	18
13	5	4	5	4	18
14	5	5	5	4	19
15	5	5	4	5	19
16	4	4	5	5	18
17	4	5	5	4	18
18	4	4	5	5	18
19	5	4	5	4	18
20	5	5	5	5	20
Vi	0.21	0.31	0.2475	0.21	

Fuente: elaboración propia, 2018

1 significa que no conoce nada del medicamento, 2 significa que conoce poco del medicamento, 3 significa que su conocimiento es regular del medicamento, 4 significa que conoce lo suficiente del medicamento y 5 significa que conocimiento es total y más de lo suficiente.

Para el estado emocional en ese momento, 1 significa que el paciente apenas logra hacer frente las cosas, 2 significa que el paciente está mal de salud, 3

significa que el paciente tiene altibajos, 4 significa que el paciente no tiene problemas graves y 5 significa que el paciente está bien de salud.

Determinación del alfa cronbach

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \cdot \left| 1 - \frac{\sum vi}{Vt} \right|$$

α = Alfa de Cronbach

k = Número de items

Vi = Varianza de cada item

Vt = Varianza total

K	4
$\sum vi$	0.9775
Vt	0.5875
A	1.333333333
B	-0.663830
ABS. B	0.6638298
α	0.885106383

Criterio de confiabilidad valores

0,81 a 1,00 Muy Alta confiabilidad

0,61 a 0,80 Alta confiabilidad

0,41 a 0,60 Moderada confiabilidad

0,21 a 0,40 Baja confiabilidad

0,01 a 0,20 Muy Baja

Se obtiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.88 que determina que el instrumento tiene, Muy alta confiabilidad, según la tabla del criterio de confiabilidad de valores.

Tabla 3: Determinación de prueba de normalidad

	<i>grupo control</i>	<i>grupo experimental</i>
Mean	2.75	4.7
Standard Error	0.142810143	0.105131497
Median	3	5
Mode	3	5
Standard Deviation	0.638666374	0.470162346
Sample Variance	0.407894737	0.221052632
Kurtosis	-0.43884026	-1.241830065
Skewness	0.252542375	-0.945299955
Range	2	1
Maximum	4	5
Minimum	2	4
Sum	55	94
Count	20	20
Geometric Mean	2.679064612	4.676242239
Harmonic Mean	2.608695652	4.651162791
AAD	0.525	0.42
MAD	0	0
IQR	1	1

Fuente: elaboración propia


	<i>grupo control</i>	<i>grupo experimental</i>
W-stat	0.779507349	0.580391587
p-value	0.000434238	1.85705E-06
alpha	0.05	0.05
normal	no	no

Fuente: elaboración propia

H₀: Los datos provienen de una población normal

H₁: Los datos no provienen de una población normal

p < 0.05 entonces es H1

Conclusión: Sig = p = 0.000  p > 0.05 entonces es H0

Por lo tanto: H1: Los datos no son normales

Resultados en cuanto al conocimiento de fármacos ansiolíticos

Tabla 4: Conocimiento del medicamento (Resumen de procesamiento de casos)

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Conocimiento del medicamento * tratamiento con ansiolítico	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla 5: Conocimiento del medicamento. Tratamiento con ansiolítico tabulación cruzada

			tratamiento con ansiolítico		Total
			control	experimental	
conocimiento del medicamento	poco	Recuento	7	0	7
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	35,0%	0,0%	17,5%
	regular	Recuento	11	0	11
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	55,0%	0,0%	27,5%
	lo suficiente	Recuento	2	6	8
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	10,0%	30,0%	20,0%
	todo	Recuento	0	14	14
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	0,0%	70,0%	35,0%
Total	Recuento	20	20	40	
	% dentro de tratamiento con ansiolítico	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: elaboración propia, 2018

Tabla 6: Conocimiento del medicamento. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney (Rangos)

	tratamiento con ansiolítico	N	Rango promedio	Suma de rangos
conocimiento del medicamento	control	20	10,80	216,00
	experimental	20	30,20	604,00
	Total	40		

Tabla 7: Estadístico de prueba.

Conocimiento del medicamento

	conocimiento del medicamento
U de Mann-Whitney	6,000
W de Wilcoxon	216,000
Z	-5,461
Sig. asintótica (bilateral)	,000
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,000 ^b

a. Variable de agrupación: tratamiento con ansiolítico

b. No corregido para empates.

Ho: el grado de conocimiento del medicamento ansiolítico prescrito no es distinto en el grupo control y experimental.

Ha: el grado de conocimiento del medicamento ansiolítico prescrito es distinto en el grupo control y experimental.

Conclusión: Sig = p = 0.000

Entonces como $p < 0.05$ se acepta Ha

Por lo tanto, se acepta Ha = M Control \neq M Exper.....hipótesis alternativa

Interpretación: Si $p < 0,05$ indica que son diferentes los puntajes medios de los grupos. Se puede observar por la tabla de contingencia que el grupo experimental tiene un mayor conocimiento del medicamento que el grupo control, lo cual prueba que hay mejoras significativas con el uso de la información del medicamento.

Tabla 8: Satisfecho con terapeuta, tratamiento con ansiolítico (Resumen de procesamiento de casos)

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
satisfecho con terapeuta * tratamiento con ansiolítico	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla 9: Satisfecho con terapeuta: tratamiento con ansiolítico tabulación cruzada

			tratamiento con ansiolítico		Total
			control	experimental	
satisfecho con terapeuta	poco	Recuento	2	0	2
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	10,0%	0,0%	5,0%
	regular	Recuento	13	0	13
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	65,0%	0,0%	32,5%
	lo suficiente	Recuento	5	9	14
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	25,0%	45,0%	35,0%
	todo	Recuento	0	11	11
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	0,0%	55,0%	27,5%
Total	Recuento	20	20	40	
	% dentro de tratamiento con ansiolítico	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: elaboración propia, 2018

Tabla 10: Satisfecho con terapeuta. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney (Rangos)

	tratamiento con ansiolítico	N	Rango promedio	Suma de rangos
satisfecho con terapeuta	control	20	11,63	232,50
	experimental	20	29,38	587,50
	Total	40		

Tabla 11: Estadísticos de prueba

	satisfecho con terapeuta
U de Mann-Whitney	22,500
W de Wilcoxon	232,500
Z	-5,054
Sig. asintótica (bilateral)	,000
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,000 ^b

a. Variable de agrupación: tratamiento con ansiolítico

b. No corregido para empates.

Ho: el grado de satisfacción con terapeuta no es distinto en el grupo control y experimental.

Ha: el grado de satisfacción con terapeuta es distinto en el grupo control y experimental.

Conclusión: Sig = p = 0.000

Entonces como $p < 0.05$ se acepta Ha

Por lo tanto se acepta Ha = M Control \neq M Experimental...hipótesis alternativa

Interpretación: Si $p < 0,05$ indica que son diferentes los puntajes medios de los grupos. Se puede observar por la tabla de contingencia el conjunto experimental se encuentra muy satisfecho con el terapeuta que el conjunto control, lo cual prueba que hay mejoras significativas con el uso de la información del medicamento.

Tabla 12: Le ayudo el tratamiento (Resumen de procesamiento de casos)

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
le ha ayudado el tratamiento * tratamiento con ansiolítico	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla 13: Le ha ayudado el tratamiento con ansiolítico. Tabulación cruzada

			tratamiento con ansiolítico		Total
			control	experimental	
le ha ayudado el tratamiento	indiferente	Recuento	2	1	3
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	10,0%	5,0%	7,5%
	algo	Recuento	18	12	30
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	90,0%	60,0%	75,0%
	totalmente	Recuento	0	7	7
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	0,0%	35,0%	17,5%
Total		Recuento	20	20	40
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

Tabla 14: Ayuda el tratamiento. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney, Rangos

	tratamiento con ansiolítico	N	Rango promedio	Suma de rangos
le ha ayudado el tratamiento	control	20	16,85	337,00
	experimental	20	24,15	483,00
	Total	40		

Tabla 15: Estadísticos de prueba (Ayuda el tratamiento)

	le ha ayudado el tratamiento
U de Mann-Whitney	127,000
W de Wilcoxon	337,000
Z	-2,609
Sig. asintótica (bilateral)	,009
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,049 ^b

a. Variable de agrupación: tratamiento con
ansiolítico

b. No corregido para empates.

Ho: el grado de ayuda del tratamiento no es distinto en el grupo control y experimental

Ha: el grado de ayuda del tratamiento es distinto en el grupo control y experimental.

Conclusión: Sig = p = 0.009

Entonces como $p < 0.05$ se acepta Ha

Por lo tanto, se acepta Ha = M Con \neq M Exp.....hipótesis alternativa

Interpretación: Si $p < 0,05$ indica que son diferentes los puntajes medios de los grupos. Se puede observar por la tabla de contingencia que el grupo experimental manifiesta mayor grado de ayuda del tratamiento que el grupo control, lo cual prueba que hay mejoras significativas con el uso de la información del medicamento.

Tabla 16: Estado emocional actual (Resumen de procesamiento de casos)

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
estado emocional en este momento * tratamiento con ansiolítico	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla 17: Estado emocional en este momento. Tratamiento con ansiolítico tabulación cruzada

			tratamiento con ansiolítico		Total
			control	experimental	
estado emocional en este momento	regular, tengo mis altibajos	Recuento	9	0	9
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	45,0%	0,0%	22,5%
	estoy bastante bien, no tengo problemas graves	Recuento	8	6	14
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	40,0%	30,0%	35,0%
	estoy muy bien, me gusta mucho la vida ue llevo	Recuento	3	14	17
		% dentro de tratamiento con ansiolítico	15,0%	70,0%	42,5%
Total	Recuento	20	20	40	
	% dentro de tratamiento con ansiolítico	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: elaboración propia, 2018

Tabla 18: Estado emocional en este momento. Pruebas no paramétricas: Prueba de U Mann-Whitney- Rangos

	tratamiento con ansiolítico	N	Rango promedio	Suma de rangos
estado emocional en este momento	control	20	13,65	273,00
	experimental	20	27,35	547,00
	Total	40		

Tabla 19: Estadísticos de prueba (Estado emocional en este momento)

	estado emocional en este momento
U de Mann-Whitney	63,000
W de Wilcoxon	273,000
Z	-3,974
Sig. asintótica (bilateral)	,000
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,000 ^b

a. Variable de agrupación: tratamiento con ansiolítico

b. No corregido para empates.

Ho: El estado emocional no es distinto en el grupo control y experimental

Ha: El estado emocional es distinto en el grupo control y experimental.

Conclusión: Sig = p = 0.000

Entonces como $p < 0.05$ se acepta Ha

Por lo tanto, se acepta Ha = M Con \neq M Exp.....hipótesis alternativa

Interpretación: Si $p < 0,05$ indica que son diferentes los puntajes medios de los grupos. Se puede observar por la tabla de contingencia que el grupo experimental manifiesta mejor estado emocional que el grupo control, lo cual prueba que hay mejoras significativas con el uso de la información del medicamento.

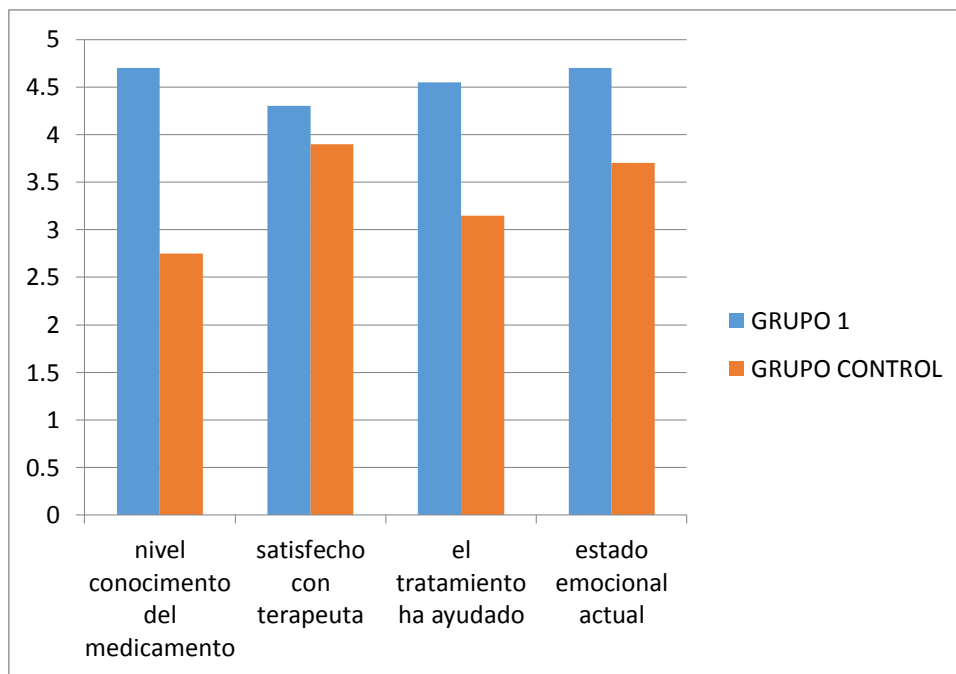


Figura 1: Promedio de respuestas de pacientes con ansiedad del grupo 1 y grupo control

Fuente: Elaboración propia, 2018

Resultados en cuanto al conocimiento de fármacos antidepresivos

Tabla 20: Grado de conocimiento del medicamento antidepresivo (Resumen de procesamiento de casos)

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
grado de conocimiento del medicamento antidepresivo * tratamiento con antidepresivo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla 21: Grado de conocimiento del medicamento antidepresivo. Tabulación cruzada

			tratamiento con antidepresivo		Total
			control	experimental	
grado de conocimiento del medicamento antidepresivo	poco	Recuento	15	0	15
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	75,0%	0,0%	37,5%
	regular	Recuento	4	1	5
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	20,0%	5,0%	12,5%
	lo suficiente	Recuento	1	17	18
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	5,0%	85,0%	45,0%
	todo	Recuento	0	2	2
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	0,0%	10,0%	5,0%
Total	Recuento	20	20	40	
	% dentro de tratamiento con antidepresivo	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: elaboración propia, 2018

Tabla 22: Grado de conocimiento del medicamento antidepresivo. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney. (Rangos).

	tratamiento con antidepresivo	N	Rango promedio	Suma de rangos
grado de conocimiento del medicamento antidepresivo	control	20	11,08	221,50
	experimental	20	29,93	598,50
	Total	40		

Tabla 23: Estadísticos de prueba. Grado de conocimiento del medicamento antidepresivo

	grado de conocimiento del medicamento antidepresivo
U de Mann-Whitney	11,500
W de Wilcoxon	221,500
Z	-5,516
Sig. asintótica (bilateral)	,000
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,000 ^b

a. Variable de agrupación: tratamiento con antidepresivo

b. No corregido para empates.

Ho: El conocimiento sobre el medicamento no es distinto en el grupo control y experimental

Ha: El conocimiento sobre el medicamento es distinto en el grupo control y experimental.

Conclusión: Sig = p = 0.000

Entonces como $p < 0.05$ se acepta Ha

Por lo tanto, se acepta Ha = M Control \neq M Exper.....hipótesis alternativa

Interpretación: Si $p < 0,05$ indica que son diferentes los puntajes medios de los grupos. Se puede observar por la tabla de contingencia que el grupo experimental presenta mayor conocimiento del medicamento que el grupo control.

Tabla 24: El tratamiento antidepresivo es eficaz (Resumen de procesamiento de casos)

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
el tratamiento antidepresivo es eficaz * tratamiento con antidepresivo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla 25: El tratamiento antidepresivo es eficaz. Tratamiento con antidepresivo tabulación cruzada

			tratamiento con antidepresivo		Total
			control	experimental	
el tratamiento antidepresivo es eficaz	indiferente	Recuento	1	1	2
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	5,0%	5,0%	5,0%
	de acuerdo	Recuento	17	10	27
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	85,0%	50,0%	67,5%
	totalmente de acuerdo	Recuento	2	9	11
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	10,0%	45,0%	27,5%
Total		Recuento	20	20	40
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

Tabla 26: El tratamiento antidepresivo es eficaz. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney. (Rangos).

	tratamiento con antidepresivo	N	Rango promedio	Suma de rangos
el tratamiento antidepresivo es eficaz	control	20	17,18	343,50
	experimental	20	23,83	476,50
	Total	40		

Tabla 27: Estadísticos de prueba. El tratamiento antidepresivo es eficaz

	el tratamiento antidepresivo es eficaz
U de Mann-Whitney	133,500
W de Wilcoxon	343,500
Z	-2,194
Sig. asintótica (bilateral)	,028
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,072 ^b

a. Variable de agrupación: tratamiento con antidepresivo

b. No corregido para empates.

Ho: La eficacia del tratamiento antidepresivo no es distinto en el grupo control y experimental

Ha: La eficacia del tratamiento antidepresivo es distinto en el grupo control y experimental.

Conclusión: Sig = p = 0.028

Entonces como $p < 0.05$ se acepta Ha

Por lo tanto, se acepta Ha = M Control \neq M Experimental.....hipótesis alternativa

Interpretación: Si $p < 0,05$ indica que son diferentes los puntajes medios de los grupos. Se puede observar por la tabla de contingencia que el grupo experimental presenta mayor eficacia en el tratamiento antidepresivo que el grupo control, lo cual prueba que hay mejoras significativas con el uso de la información del medicamento.

Tabla 28: Los síntomas mejoran con el tratamiento (Resumen de procesamiento de casos)

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
los síntomas mejoran con el tratamiento * tratamiento con antidepresivo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 29: Los síntomas mejoran con el tratamiento con antidepresivo. Tabulación cruzada

			tratamiento con antidepresivo		Total
			control	experimental	
los síntomas mejoran con el tratamiento	indiferente	Recuento	3	0	3
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	15,0%	0,0%	7,5%
	de acuerdo	Recuento	16	13	29
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	80,0%	65,0%	72,5%
	totalmente de acuerdo	Recuento	1	7	8
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	5,0%	35,0%	20,0%
Total	Recuento	20	20	40	
	% dentro de tratamiento con antidepresivo	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 30: Los síntomas mejoran con el tratamiento. Pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney. (Rangos).

	tratamiento con antidepresivo	N	Rango promedio	Suma de rangos
los síntomas mejoran con el tratamiento	control	20	16,53	330,50
	experimental	20	24,48	489,50
	Total	40		

Tabla 31: Estadísticos de prueba. Los síntomas mejoran con el tratamiento

	los síntomas mejoran con el tratamiento
U de Mann-Whitney	120,500
W de Wilcoxon	330,500
Z	-2,751
Sig. asintótica (bilateral)	,006
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,030 ^b

a. Variable de agrupación: tratamiento con antidepresivo

b. No corregido para empates.

Ho: La mejora de los síntomas con el tratamiento no es distinto en el grupo control y experimental

Ha: La mejora de los síntomas con el tratamiento es distinto en el grupo control y experimental.

Conclusión: Sig = p = 0.006

Entonces como $p < 0.05$ se acepta Ha

Por lo tanto, se acepta $H_1 = M_{\text{Control}} \neq M_{\text{Experi}} \dots \dots \dots$ hipótesis alternativa

Interpretación: Si $p < 0,05$ indica que son diferentes los puntajes medios de los grupos. Se puede observar por la tabla de contingencia que el grupo experimental presenta mejora en los síntomas con el tratamiento antidepresivo que el grupo control, lo cual prueba que hay mejoras significativas con el uso de la información del medicamento.

Tabla 32: Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas. (Resumen de procesamiento de casos)

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas * tratamiento con antidepresivo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla 33: Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas. Tratamiento con antidepresivo tabulación cruzada

			tratamiento con antidepresivo		Total
			control	experimental	
con el tratamient o resulta más fácil relacionar se con otras personas	indiferente	Recuento	9	2	11
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	45,0%	10,0%	27,5%
	de acuerdo	Recuento	11	8	19
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	55,0%	40,0%	47,5%
	totalmente de acuerdo	Recuento	0	10	10
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	0,0%	50,0%	25,0%
Total	Recuento	20	20	40	
	% dentro de tratamiento con antidepresivo	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: elaboración propia, 2018

Tabla 34: Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas. Pruebas no paramétricas: Prueba de U Mann-Whitney

	tratamiento con antidepresivo	N	Rango promedio	Suma de rangos
con el tratamiento resulta	control	20	14,25	285,00
más fácil relacionarse con	experimental	20	26,75	535,00
otras personas	Total	40		

Tabla 35: Estadísticos de prueba. Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas.

	resulta más fácil relacionarse con otras personas
U de Mann-Whitney	75,000
W de Wilcoxon	285,000
Z	-3,653
Sig. asintótica (bilateral)	,000
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,000 ^b

a. Variable de agrupación: tratamiento con antidepresivo

b. No corregido para empates.

Ho: La facilidad de relacionarse con otras personas no es distinto en el grupo control y experimental

Ha: La facilidad de relacionarse con otras personas es distinto en el grupo control y experimental.

Conclusión: Sig = p = 0.000

Entonces como $p < 0.05$ se acepta Ha

Por lo tanto, se acepta Ha = M Con \neq M Exp.....hipótesis alternativa

Interpretación: Si $p < 0,05$ indica que son diferentes los puntajes medios de los grupos. Se puede observar por la tabla de contingencia que el grupo experimental manifiesta mayor facilidad de relacionarse con otras personas que el grupo control, lo cual prueba que hay mejoras significativas con el uso de la información del medicamento.

Tabla 36: El estado de ánimo mejora con el tratamiento (Resumen de procesamiento de casos)

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
el estado de ánimo mejora con el tratamiento * tratamiento con antidepresivo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla 37: El estado de ánimo mejora con el tratamiento*tratamiento con antidepresivo. Tabulación cruzada.

			tratamiento con antidepresivo		Total
			control	experimental	
el estado de ánimo mejora con el tratamiento	indiferente	Recuento	8	0	8
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	40,0%	0,0%	20,0%
	de acuerdo	Recuento	12	11	23
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	60,0%	55,0%	57,5%
	totalmente de acuerdo	Recuento	0	9	9
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	0,0%	45,0%	22,5%
Total	Recuento	20	20	40	
	% dentro de tratamiento con antidepresivo	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: elaboración propia, 2018

Tabla 38: El estado de ánimo mejora con el tratamiento. Pruebas no paramétricas: Prueba de U Mann-Whitney-Rangos

	tratamiento con antidepresivo	N	Rango promedio	Suma de rangos
el estado de ánimo mejora con el tratamiento	control	20	13,80	276,00
	experimental	20	27,20	544,00
	Total	40		

Tabla 39: Estadísticos de prueba. El estado de ánimo mejora con el tratamiento

	el estado de ánimo mejora con el tratamiento
U de Mann-Whitney	66,000
W de Wilcoxon	276,000
Z	-4,076
Sig. asintótica (bilateral)	,000
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,000 ^b

a. Variable de agrupación: tratamiento con antidepresivo

b. No corregido para empates.

Ho: La mejoría del estado de ánimo no es distinto en el grupo control y experimental

Ha: La mejoría del estado de ánimo es distinto en el grupo control y experimental.

Conclusión: Sig = p = 0.000

Entonces como $p < 0.05$ se acepta Ha

Por lo tanto, se acepta Ha = M Cotrol \neq M Experim.....hipótesis alternativa

Interpretación: Si $p < 0,05$ indica que son diferentes los puntajes medios de los grupos. Se puede observar por la tabla de contingencia que el grupo experimental manifiesta mejoría del estado de niño que el grupo control, lo cual

prueba que hay mejoras significativas con el uso de la información del medicamento.

Tabla 40: Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración. Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración * tratamiento con antidepresivo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla 41: Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración. Tratamiento con antidepresivo tabulación cruzada

			tratamiento con antidepresivo		Total
			control	experimental	
con el tratamiento antidepresivo	en desacuerdo	Recuento	7	0	7
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	35,0%	0,0%	17,5%
mejora la capacidad de concentración	indiferente	Recuento	11	1	12
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	55,0%	5,0%	30,0%
	de acuerdo	Recuento	1	18	19
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	5,0%	90,0%	47,5%
	totalmente de acuerdo	Recuento	1	1	2
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	5,0%	5,0%	5,0%
Total		Recuento	20	20	40
		% dentro de tratamiento con antidepresivo	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia, 2018

Tabla 42: Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración. Pruebas no paramétricas: Prueba de U Mann-Whitney. (Rangos).

	tratamiento con antidepresivo	N	Rango promedio	Suma de rangos
con el tratamiento	control	20	12,25	245,00
antidepresivo mejora la	experimental	20	28,75	575,00
capacidad de concentración	Total	40		

Tabla 43: Estadísticos de prueba. Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración

	con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración
U de Mann-Whitney	35,000
W de Wilcoxon	245,000
Z	-4,810
Sig. asintótica (bilateral)	,000
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,000 ^b

a. Variable de agrupación: tratamiento con antidepresivo

b. No corregido para empates.

Ho: La mejoría de la capacidad de concentración no es distinto en el grupo control y experimental

Ha: La mejoría de la capacidad de concentración es distinto en el grupo control y experimental.

Conclusión: Sig = p = 0.000

Entonces como $p < 0.05$ se acepta Ha

Por lo tanto, se acepta $H_a = M \text{ Control} \neq M \text{ Experi} \dots \dots \dots$ hipótesis alternativa

Interpretación: Si $p < 0,05$ indica que son diferentes los puntajes medios de los grupos. Se puede observar por la tabla de contingencia que el grupo experimental manifiesta mejoría de la capacidad de concentración que el grupo control, lo cual prueba que hay mejoras significativas con el uso de la información del medicamento.

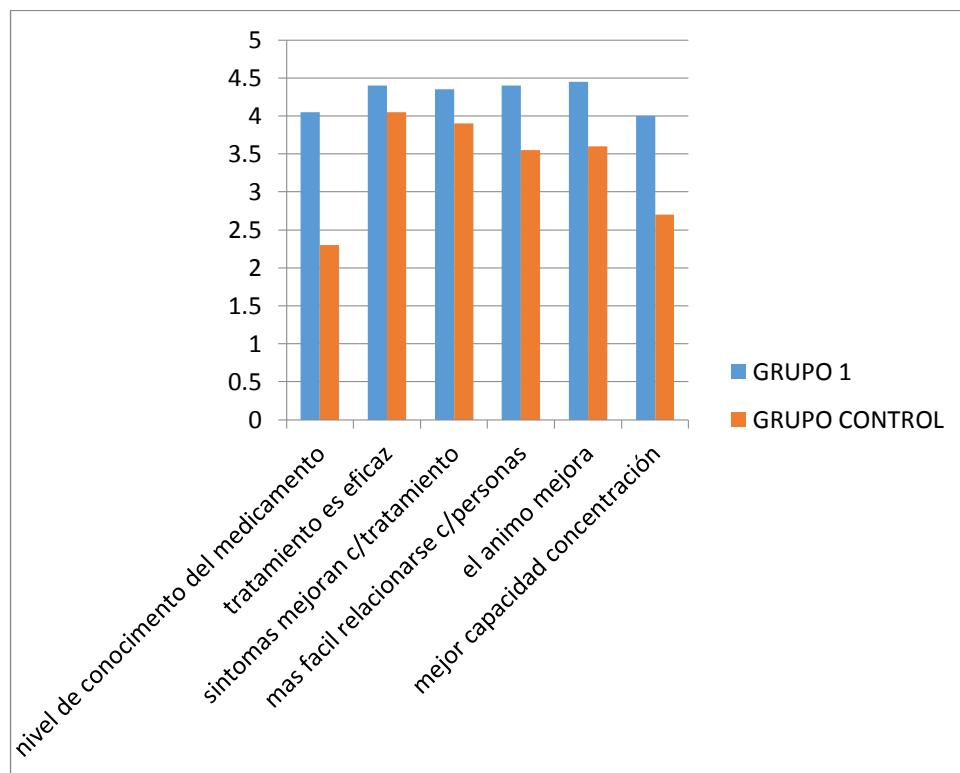


Figura 2: promedio de respuestas de pacientes depresivos del grupo 1 y grupo control

Fuente: elaboración propia

4.2 Discusión

En la presente investigación se pudo medir el grado de instrucción que presentan los enfermos con ansiedad por el medicamento, dando como resultado que un 30% de pacientes manifiesta que conocen lo suficiente de su medicamento prescrito y un 70% de pacientes manifiesta que conocen en su totalidad el medicamento prescrito, después de una intervención de 4 sesiones de seguimiento farmacéutico. Por otro lado, los pacientes que no tuvieron un seguimiento farmacéutico, solo un 10 % manifiesta que conoce lo suficiente. Este resultado confirma que después de un seguimiento farmacéutico, se puede lograr que el paciente conozca sobre el medicamento, de esta forma podrá conocer las reacciones adversas sobre su medicamento y efectos adversos que presente, y así el paciente podrá informar al equipo de salud tratante las manifestaciones que presenta y se podrá darles una solución a sus síndromes presentes.

Del mismo modo, con los pacientes que tienen prescritos medicamentos antidepresivos, después de un seguimiento farmacéutico se logró que un 85% manifiesten que su grado de conocimiento es lo suficiente. En la bibliografía de seguimiento farmacéutico se reporta que la falta de conocimiento sobre el fármaco, la enfermedad y el mal manejo terapéutico afecta la capacidad para tratar la enfermedad, y aunque se observa una mejora en el conocimiento del fármaco en el primer grupo (experimental) de pacientes (ver tabla 5 y 9), se podría mejorar los resultados si se amplía las sesiones de atención farmacéutica. Por otro lado, nuestros resultados son próximos a los publicados por Chávez y Mendiburu ⁹, (2016), donde en su trabajo publican que grado de conocimientos básicos de los pacientes del Hospital La caleta de Chimbote sobre medicamentos sobre un grado medio en 62,7% de muestra; asimismo los autores manifiestan que a menor grado de conocimientos sobre medicamentos mayor es la automedicación en los pacientes. De esta forma se podría lograr disminuir la automedicación en paciente y mejorar el tratamiento, ya que existen publicaciones en la que pacientes con ciertas enfermedades, presentan un alto porcentaje de depresión, tal como lo manifiesta Díaz Chiroque C, y Serrato Rojas K, donde publican que mujeres con enfermedades tipo HIV

presentan síntomas ansiosos (62%) y depresiva (74%) en grados moderados y graves. Por otro lado, es necesario la atención farmacéutica debido que publicaciones como las de De la Cruz Vilcas P, se demuestra que las dificultades relacionadas a la poca información sobre la prescripción de fármacos se originan por errores de prescripción, elección de medicación no apropiada, interacciones de diversos tipos y reacciones adversas con efectos negativos que afectan en la salud.

En el estudio se engloban a pacientes de tratamiento con antidepresivos prolongado, en la cual los pacientes que han seguido las 4 sesiones de atención farmacéutica, manifiestan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo en la eficacia en el tratamiento en un 95%. Con respecto a la mejora en el estado de ánimo, manifiestan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo en un 100%. Con respecto a la mejora en la capacidad de concentración, manifiestan que están de acuerdo y totalmente de acuerdo en un 95%. Con respecto a los síntomas mejoran con el tratamiento, manifiestan los pacientes que están de acuerdo y totalmente de acuerdo en un 100%. Por otro lado, los pacientes que no tuvieron la intervención farmacéutica (grupo control) manifestaron desconocimiento farmacológico, problemas al relacionarse con otras personas, lo que de alguna manera explica por qué los síntomas no mejoraban con el tratamiento. Los estudios corroboran que, en el caso de tratamientos prolongados, da el tiempo necesario para una intervención farmacéutica. Los resultados de esta investigación coinciden con López Gallardo, y donde el autor, según sus resultados obtenidos, manifiestan que los enfermos están satisfechos con el tratamiento antidepresivo, pero el grado de sensación es mayor para los que tienen menos sintomatología depresiva, de los que reciben tratamiento de manera extensa y en que muestran una óptica favorable a los tratamientos farmacológicos. Por otro lado, el autor publica que las respuestas obtenidas otorgan conclusiones que el cuestionario “ESTA”, es válido para aplicarlo en la práctica clínica y es una herramienta de medida centrada en el paciente, que es complementario a la valoración clínica de la efectividad del tratamiento antidepresivo. Se coincide con el autor debido que el cuestionario fue validado por el alfa de Cronbach

dando un $\alpha=0,88$ la cual nos indica que es cuestionario confiable para aplicar en la población de nuestro hospital.

En la investigación, a pacientes con sintomatología de ansiedad, los que siguieron las 4 sesiones de atención farmacéutica, manifiestan que están totalmente satisfechos con el tratamiento en un 55% y un 45% manifiesta que está satisfecho. Con respecto, si el tratamiento le fue de ayuda, los pacientes del grupo 1 (experimental) manifiestan que totalmente en un 35%, y un 60% manifiesta que en algo le ayudo el tratamiento. Con respecto al estado emocional, los pacientes del grupo 1 (experimental) manifiestan que en un 70% se encuentran muy bien. Por otro lado, los pacientes que no tuvieron la intervención farmacéutica (grupo control) manifestaron desconocimiento farmacológico, problemas al relacionarse con otras personas, lo que de alguna manera explica por qué los síntomas no mejoraban con el tratamiento. Los resultados de esta investigación coinciden con López Gallardo, donde el autor según sus resultados obtenidos, manifiestan que los pacientes están satisfechos cuando conocen sobre la medicación en general.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

1. Se evaluó el grado de conocimiento obtenido por los pacientes con ansiedad que manifiestan que conoce lo suficiente el medicamento en un 30%, y un 70% que conocen el medicamento prescrito, en su totalidad. Mientras los pacientes con depresión manifiestan que conoce lo suficiente del medicamento en un 85%
2. Se determinó que los pacientes con ansiedad con conocimiento de su enfermedad 70%, presentó mejora en su salud, después de una intervención de cuatro sesiones de seguimiento farmacéutico.
3. Se determinó que los pacientes con depresión con conocimiento de su enfermedad 85%, presentó mejora en su salud, después de una intervención de cuatro sesiones de seguimiento farmacéutico.
4. Se determinó que el seguimiento farmacéutico realizado por el servicio de farmacia del Hospital Militar Central influye significativamente en la satisfacción de los pacientes con tratamiento de depresión y ansiedad atendidas y que redundará en la mejora de su salud y calidad de vida.

5.2 Recomendaciones

1. Establecer programas de atención farmacéutica de mayores periodos de aplicación sobre los efectos adversos, uso adecuado del medicamento y tratamiento de la ansiedad y depresión, y posteriormente evaluar su eficacia.
2. Aplicar otros cuestionarios validados sobre la población de enfermos con ansiedad y depresión con el fin de comparar los resultados satisfactorios de atención farmacéutica.
3. Proyectar el trabajo de investigación para que se pueda realizar con otros pacientes con enfermedades crónicas.
4. Proyectar los estudios de investigación a nivel de hospitales en una determinada región, con el fin de minimizar los errores experimentales y posteriormente su aplicación en un determinada comunidad o ciudad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hodgkin Dominic, Piazza Marina, Crisante Maruja, Gallo Carla. Disponibilidad de Medicamentos del Ministerio de Salud ,2011; Revista Perú Med. Exp Salud Publica .[Lima]:2014[citado en 2017].31(4):660-68.Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n4/a07v31n4.pdf>
2. Santa Bombiela C, <Ramos Vargas P. Estudio de casos de reacciones adversas e intoxicaciones con antidepresivos tricíclicos notificados en Bogotá DC [Tesis en internet].[Colombia]-Universidad de ciencias aplicadas y ambientales;2008-2016[citada en 2107].p.12 .Disponible en :
<http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/689/1/tesis%20antidepresivos%20triciclicos%20%281%29.pdf>.
3. Taal E, Rasker JJ, Wiegman O. Group education for Rheumatoid Arthritis patients. Semin Arthritis Rheum; 1997. p. 805-16.
4. Grof Stanislav, Schluter Ana M, Almendro Manuel, Capriles Elías,Gilberto Flores, Giove Amelia *et al* .edición Manuel Almendro. Que es la curación [Internet].Barcelona; 2012[citado en 2017].216 p. Disponible en :
https://books.google.com.pe/books?hl=es&r=&id=hwcIT1ppLVgC&oi=fnd&pg=PA216&dq=ansioliticos+y+antidepresivos+peru&ots=xdWVI6_UR6&sig=x6Umj447xaHnAskCWfi5hAk5nRM#v=onepage&q&f=false
5. Cia A. Ansiedad y depresión. Consulta de enfermería de Atención Primaria. [Trabajo fin de grado]. Catalunya: Universidad de Lleida; España. 2013
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. 2004.
7. Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Ibañez Pérez MM, Valls Colomer MM. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona. Aten Primaria 2009; 41(4):227-234.

8. Olivera, L., Villalobos Aguinaga León Jiménez F. Grado de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Lambayeque. Revista neuropsiquiátrica[Internet].2014[Peru]79(1)[citado en 2017]23-30p. Disponible en :<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a04v79n1.pdf>
9. Chavez Alayo, F. y Mendiburu Mendocilla . A., Grado de conocimientos básicos sobre medicamentos, grado educativo y automedicación en pacientes del hospital la caleta de Chimbote. 2016.
10. Díaz Chiroque C., Serrato Rojas K. Grado de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/sida integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. julio- noviembre, 2016.
11. Palacios Torre, C. Frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el centro de salud villa los reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014” Lima – Perú. 2015.
12. De la Cruz Vilcas. Conocimiento sobre la prescripción farmacológica de los estudiantes de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas. 2013.
13. Bolaños Flores. M. Grados de ansiedad en estudiantes de psicología clínica e industrial de la Universidad Rafael Landívar de tercer año de la jornada vespertina que están por iniciar las prácticas de intervención psicológica. Campus Central. Guatemala de la Asunción. 2014.
14. Montero Bancalero, F. Consideraciones hacia los psicofármacos en profesionales y estudiantes de medicina en España, y en profesionales de la medicina en México y en Colombia: un estudio comparativo. 2014.
15. Stolerman, L. Encyclopedia of Psychopharmacology. Ed. Springer. USA. 2010.
16. Stahl, S. Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. Cambridge University Press. 3^{era} ed. USA. 2008.
17. Preston y Talaga. Handbook of clinical psychopharmacology for therapists. New Harbinger Publications. 7^{ma} ed. USA. 2013.

18. Galleguillos et al. Tendencias del uso de benzodicepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. Revista médica de Chile. 2003; 131:535-540
19. Romo et al. Mujeres y Psicofármacos: La investigación en atención primaria. Rev. Soc. Esp. Neuropsiq N°91. Madrid jul/sep 2003.
20. López Gallardo, Y. Evaluación de la satisfacción con el Tratamiento en pacientes que consumen Fármacos antidepresivos Validación del Cuestionario "ESTA". 2015.
21. Elide Alférez, I. Trastornos de ansiedad en la población adulta que consulta la unidad de salud las flores, en el departamento de Chalatenango, enero a diciembre .2011.
22. Gutiérrez, J. Ansiedad y salud. En L. A. Oblitas (Eds.), Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Internacional Thomson. 2ª Edc .2006.
23. Valera, P. Ansiosa-mente: Claves para reconocer y desafiar la ansiedad. Buenos Aires: El Ateneo. 2006. Cap 1,3.
24. Cía, A. H. La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Polemos, 2002. Cap. 1: 31-40.
25. Díez, C. Clínica. En J. Vallejo, C. Gastó (Eds.), Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Barcelona: Masson .2ª Edc. 2000
26. Talarn, A. Trastorno de Ansiedad. En A., Jarne, A., Talarn (Comps), Manual de Psicopatología Clínica. Barcelona: Fundación Vidal Barraquer y ediciones Paidós ibérica. Cap 7. 2005.
27. Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. Higiene y prevención de la ansiedad. España: Díaz de Santos. 2008.
28. Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI). Madrid: TEA ediciones S.A. 1982.
29. Rickels et al. Benzodiazepine dependence. Psychopharma bull; 26(1):63-8.1990.
30. Morselli PL. On the therapeutic action of alpidem in anxiety disorders: An overview of the european data. Pharmacopsychiatry; 23 (suppl III): 129-134. 1990.
31. Lader M, Morton S. Anxiolytics and withdrawal signs: Comparative studies of alpidem and benzodiazepines. En: Biological Psychiatry. G

- Racagni, N Brunello y T Fukuda, eds. Excerpta Medica. Amsterdam; 1991; vol I: p 693-695.
32. Harrington TM y cols. An open study examining the diagnosis of anxiety and the use of buspirone in a primary care environment. *Drug Invest*; 1: 3-10.1989.
33. Tyrer P. Current status of β -blocking drugs in the treatment of anxiety disorders. *Drugs*; 36: 775-783.1988.
34. Gaillard JM. Rational approach to the treatment to insomnia. En: *Biological Psychiatry*. G Racagni, N Brunello y T Fukuda, eds. Excerpta Medica. Amsterdam 1991; vol I: p 854-855. Shreeve, C. La Depresión sus causas y la forma de vencerla, España: EDAF.
35. Fidel de la Garza Gutiérrez. Editorial Trillas, México 2004. ISBN 968-24-6076-X. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2004.Oct.-dic. 37(4):
36. Zung, William W. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 1965; 12(1), 63
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
37. Shreeve, C. La depresión sus causas y la forma de vencerla. Madrid: EDAF, 1986
38. Retamal, P. Depresión. Santiago de Chile: Universitaria. 2ª Ed; 1999.
39. Muriana, E., Pettenó, L. y Verbitz, T. Las caras de la depresión. Barcelona: Herder; 2007.
40. Lewinsohn, P., Gotlib, I. y Hautzinger, M. Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V., Caballo (Dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo veintiuno, 1997. Vol. 1, 1ª Edc. 493-499.
41. Maidana, G., Lugo, G., Vera, Z., Pérez, S. y Mastroianni P. Evaluación de un programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Pharm Care Esp*. 2016; 18(1): 3-15
42. Molina, D., Valencia, S., Agudelo, L. La educación a pacientes y su corresponsabilidad como herramientas terapéuticas. *Rev Colomb Cardiol*. 2017; 24(2):176-181
43. Oliveira Azzolin, K., Machado Lemos, D., Lucena, A. y Rejane Rabelo-Silva, E. Intervenciones de enfermería en domicilio mejoran

- conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca. Rev. Latino-Am. Enfermagem ene.-feb. 2015; 23(1):44-50. DOI: 10.1590/0104-1169.0144.2523
44. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigacion*. 5ta ed. México.
 45. Webster, A. Estadística aplicada a los negocios. México: Mac Hill, 2^{da}.edicion, 2002
 46. García, P. Conocimiento del Paciente sobre sus medicamentos. Universidad de Granada. 2008
 47. Valdivia Perez L, Casique Casique L, Muñoz Torres T. Consumo de drogas psicotrópicas y capacidades de autocuidado en mujeres de Tepic, Nayarit[Tesis en internet].[México]:Universidad autónoma de Narayit;2015[citado en 2017].Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412015000100004&script=sci_arttext&tlng=pt
 48. López Gallardo, Y. Evaluación de la satisfacción con el Tratamiento en pacientes que consumen Fármacos antidepresivos Validación del Cuestionario “ESTA”. 2015.
 49. Vicente Sánchez. M, Saint-Gerons D, Fuente Honrubia C, Gonzales Bermejo D, Montero Corominas D, Catala-Lopez F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011 [Tesis en internet]. [España]: Agencia española de medicamentos y productos sanitarios; 2013 [citado en 2017]. 3(87)247-255.Disponible en :<http://www.redalyc.org/pdf/170/17027693004.pdf>
 50. Garcia Posada L, Jimenez Cuartas A, Mesa Garcia J. Prevalencia del consumo de medicamentos antidepresivos en la facultad de medicina del CES en el año 2006[Tesis en internet].[Medellin]:institución ;2006 [citada 2017].Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1007/1/prevalencia_del_consumo_de_medicamentos_antidepresivos_faciltad_medici na_2006.pdf
 51. Quispe Daga L. Consumo de alprazolam clonazepam y sus equivalentes comerciales en una botica de la localidad Vista Alegre – distrito de Víctor Larco-Trujillo-2013.[Perú]:Universidad Nacional de

- Trujillo ;2014 [citado en 2017]. Disponible en :<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1346/Quispe%20Daga%2c%20Luis%20Miguel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52. Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain, Leza J, Moro M, Portoles A. Libro Farmacología Velázquez [Internet]. Madrid ;2008 [citado en 2017]. Disponible en:<https://books.google.com.pe/books?id=BeQ6D40wTPQC&printsec=frontcover&dq=farmacologia+velasquez&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwj6ueiN3NLYAhWPvVMKHYQVAdcQ6AEIJTAA#v=onepage&q=farmacologia%20velasquez&f=true>
 53. Schweizer E. Rickels K. case WG, et al; Long-term therapeutic uses of benzodiazepines, II: effects of gradual taper. Arch Gen Psychiatry 47:908-915, 1990.
 54. Lader, M., Morton, S. Benzodiazepine problems. British Journal of Addiction, 86, 823–8. Leonard, B. E. Are all benzodiazepines the same? An assessment of the similarities and differences in pharmacological properties.1991.
 55. Napoliello MJ, Dumantay AG. Buspirone: A worldwide update. Br J Psychiatry 1991; 159 (suppl 12): 40-44.
 56. Buendía, J. Estrés y depresión. En Buendía, J. (Eds), Estrés y Psicopatología. Madrid: Pirámide,1993. cap 6 :97-165.
 57. Puente, R., Morcillo, M. C. y Gonzáles, L. Aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos. En A., Chinchilla (Eds), La Depresión y sus Máscaras. Aspectos Terapéuticos. Madrid: Médica Panamericana; 2008.
 58. Chappa, H. La depresión neurótica. Evolución del concepto. En Chappa, H. (Eds.), Distimia y otras Depresiones Crónicas. Tratamiento Psicofarmacológico y Cognitivo social. Buenos aires: Médica Panamericana; 2003.
 59. *Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La versión en español.* Available from: https://www.researchgate.net/publication/256427347_Escala_de_Satisfaccion_con_el_tratamiento_recibido_CRES-4_La_version_en_espanol [accessed Jun 28 2018].
 60. Varas Raquel, Molinero Ana, Méndez Pilar, Martín Adela, Barral Pilar, Camara Raquel *et al.* Optimización de los tratamientos para la

- depresión y la ansiedad, atención farmacéutica en la dispensación de fármacos antidepresivos y ansiolíticos en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos comunitarios*, [internet]. 2010[citado en 2017].2(4)129-134 p. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ana_Crespo7/publication/283290803_Optimizacion_de_los_tratamientos_para_la_depresion_y_la_ansiedad/links/5630d9d008ae0530378ce06e/Optimizacion-de-los-tratamientos-para-la-depresion-y-la-ansiedad.pdf.
61. Amariles, P. Seguimiento Farmacéutico de pacientes en el contexto del sistema de salud de Colombia. *Rev. Nuevos Tiempos Medellín - Colombia* 10(2) Julio-Dic./2002.
 62. Sociedad española de farmacia hospitalaria. *Farmacia hospitalaria*. Tomo I, 3^{era} edición, 2002.
 63. Rosado, J. Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud “San Martín”, distrito La Esperanza –Trujillo. [Tesis de titulación]. Trujillo: Universidad Católica los Angeles de Chimbote; Perú. 2018
 64. Eugendio, S. Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos en pacientes asmáticos, farmacia bonofarma, distrito Chimbote, provincia Del Santa, departamento de Ancash. [Tesis de titulación]. Ancash: Universidad Católica los Angeles de Chimbote; Perú. 2018
 65. Varas, J. Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre los niveles de glicemia en pacientes diabéticos atendidos en la farmacia Ávila – distrito de Chimbote. [Tesis de titulación]. Ancash: Universidad Católica los Angeles de Chimbote; Perú. 2018
 66. Sánchez, J., López, G., García, S., Ávila, L., Gómez, D., Carreras, B. y Toledano, C. Impacto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre el control de la presión arterial de pacientes ambulatorios hipertensos y con síndrome metabólico en México. *Pharm Care Esp*. 2018; 20(1): 3-26

67. Hodgkin D, Piazza M, Crisante M, Gallo C, Fiestas F. Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2014;31(4):660-8

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Satisfacción con el Tratamiento de Ansiolíticos (Cres-4)

Las siguientes preguntas están relacionadas con el tratamiento de ansiolíticos que está recibiendo actualmente. Por favor díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

Paciente: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

1. ¿Por qué se prescribió el medicamento?

1.1. Ansiedad _____

Tipo:

_____ Trastorno pánico

_____ Trastorno de ansiedad

_____ Trastorno obsesivo compulsivo

_____ Trastorno por estrés post-traumático

_____ Fobias específicas

_____ Otras

_____ No sabe, no se acuerda

2. ¿Tiene conocimiento sobre su patología?

No

Sí

3. ¿Cuánto conoce Ud sobre el uso adecuado del medicamento que solicita?

Nada	poco	regular	lo suficiente	más que suficiente
1	2	3	4	5

4. En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

Nada	poco	regular	lo suficiente	más que suficiente
1	2	3	4	5

5. ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

Nada	poco	regular	lo suficiente	más que suficiente
1	2	3	4	5

6. ¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas	Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí	Regular, tengo mis altibajos	Estoy bastante bien, no tengo problemas graves	Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo
1	2	3	4	5

Anexo 2 Cuestionario “ESTA” para la Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento Antidepresivo

Las siguientes preguntas están relacionadas con el tratamiento antidepresivo que está recibiendo actualmente. Por favor díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

Paciente: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Sexo: Masculino_____ Femenino_____

1. ¿Por qué se prescribió el medicamento?

1.1 Depresión _____

Tipo:

_____ Trastorno Depresivo Mayor

_____ Distimia

_____ Trastorno ansioso-depresivo.

_____ Depresión Atípica.

_____ Trastorno afectivo estacional.

_____ Trastorno Bipolar.

_____ Ciclotimia

2. ¿Tiene conocimiento sobre su patología?

No

Sí

3. ¿Cuánto conoce Ud. sobre el uso adecuado del medicamento que solicita?

Nada	poco	regular	lo suficiente	más que suficiente
1	2	3	4	5

4. El tratamiento antidepresivo es eficaz

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

5. Los síntomas mejoran con el tratamiento

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

6. Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

7, El estado de ánimo mejora con el tratamiento

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

8. Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

Anexo 3 Consentimiento Informado

Título: SEGUIMIENTO FARMACEÚTICO DE ANSIOLÍTICOS Y
ANTIDEPRESIVOS DE UN GRUPO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LIMA.

Yo _____ (paciente), acepto participar en forma voluntaria en este estudio y declaro que he recibido información acerca de este y he podido aclarar dudas al respecto. Sé que los datos entregados por mí en este estudio serán tratados de manera confidencial para la investigación “Grado de conocimiento de Ansiolíticos y Antidepresivos y la salud en una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Militar Central “del estudiante de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Srta. Erika Janet Cienfuegos Adrianzén y Evelyn Adelaida Gonzales Corillo, por lo tanto, mis respuestas no podrán ser individualizadas.

Comprendo que mi participación en este estudio es voluntaria, y que me puedo retirar de él si así lo estimo conveniente, y que mis respuestas no tendrán ningún tipo de repercusión e mis cuidados médicos y farmacéuticos.

Firma Paciente

Erika Janet Cienfuegos Adrianzén
Evelyn Adelaida Gonzales Corillo
(Alumnas Tesisistas)

Fecha: _____

Anexo 4: SEGUIMIENTO FARMACEÚTICO DE ANSIOLÍTICOS Y ANTIDEPRESIVOS DE UN GRUPO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA

PROBLEMAS GENERALES	OBJETIVOS GENERALES	HIPÓTESIS GENERAL	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES		METODOLOGÍA	INSTRUMENTOS
			VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES	TIPO	
¿Es significativa la aplicación de un servicio de atención farmacéutica y seguimiento a pacientes con depresión y ansiedad del Hospital Militar Central, Lima?	Determinar el grado de significancia de la aplicación del servicio de atención farmacéutica a un grupo de pacientes con depresión y ansiedad atendidos en el Hospital Militar Central de Lima.	La aplicación del servicio de atención farmacéutica a pacientes con depresión y ansiedad del Hospital Militar Central de Lima, produce efectos significativos para la mejora de su salud.	Efecto en la mejora de la salud de los pacientes.	-Satisfacción del paciente -eficacia del tratamiento -estado emocional y de animo	Observacional directo, experimental	cuestionario
ESPECIFICOS	ESPECIFICOS	ESPECIFICOS	VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES	GRADO	
¿De qué manera un grupo de pacientes con depresión y ansiedad, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima poseen conocimientos sobre ansiolíticos, antidepresivos?	Evaluar de qué manera los pacientes con depresión y ansiedad atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, poseen conocimientos sobre ansiolíticos, antidepresivos.	Los pacientes con depresión y ansiedad, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, sí presentan un alto grado de conocimiento del medicamento prescrito.	Aplicación del servicio de atención farmacéutica.	Grado de conocimiento del medicamento.	Transversal aplicada	POBLACIÓN Y MUESTRA La población son los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, con síndromes depresión y ansiedad. La muestra son 80 pacientes
¿De qué manera el grado de conocimientos de un grupo de pacientes con ansiedad, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima influye en la mejora de su salud?	Estimar el grado de conocimiento del grupo de pacientes con ansiedad atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, sobre la mejora de su salud	El grado de conocimiento sobre el medicamento prescrito de los pacientes con ansiedad, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, sí produce efecto en la mejora de su salud.			DISEÑO	
¿De qué manera el grado de conocimientos de la muestra de pacientes con depresión atendidos en el Hospital Militar Central influye en la mejora de su salud?	Estimar el grado de conocimiento de un grupo de pacientes con depresión atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, influye en la mejora de su salud.	El grado de conocimiento sobre el medicamento prescrito de los pacientes con depresión, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima sí produce efecto en la mejora de su salud.			Pre experimental	
¿De qué manera el seguimiento farmacéutico influye sobre el grado de satisfacción de los pacientes con ansiedad y depresión atendidos en el Hospital Militar Central de Lima?	Valorar el seguimiento farmacéutico sobre el grado de satisfacción de un grupo de pacientes con ansiedad y depresión atendidos en el Hospital Militar Central de Lima.	El seguimiento farmacéutico realizado a los pacientes con ansiedad y depresión, atendidos en el Hospital Militar Central de Lima, es altamente satisfactorio.				

**Anexo 5 TABLA DE
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS
VARIABLES**

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODO
Efecto en la mejora de la salud de los pacientes.	Bienestar emocional	Control personal	Encuesta
	Desarrollo interpersonal	Interacciones	Encuesta
	Satisfacción con tratamiento	Satisfacción	Encuesta
VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODO
Aplicación del servicio de atención farmacéutica.	Capacidad de autocuidado	Grado de conocimiento	Encuesta

ANEXO 6: TRIPTICO DE ANSIEDAD

¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es parte normal de la vida y constituye una respuesta habitual a situaciones cotidianas de la persona. Ante una señal o amenaza de peligro, se produce una reacción que nos ayuda a enfrentarnos y responder. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día (preparar un examen, ir a una entrevista de trabajo, tener que hablar en público, etc.). La ansiedad es una emoción, que se acompaña de reacciones corporales tales como la tensión muscular, la sudoración, el temblor, la respiración agitada, el dolor de cabeza, de pecho o de espalda, las palpitaciones, los “nudos en el estómago”, la diarrea y otras muchas más. Cuando se sobrepasa una intensidad que la hace intolerable o cuando dificulta la capacidad de adaptarse de la persona, la ansiedad puede afectar a la vida cotidiana y puede convertirse en un problema.



¿Cuáles son los factores que influyen en la ansiedad?

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero parece que pueden originarse por la combinación de varios factores. Intervienen factores

genéticos (hereditarios y familiares), neurobiológicos (áreas del cerebro y sustancias orgánicas), psicológicos, sociales y culturales. En el proceso de la aparición de la ansiedad tienen importancia tanto los factores de predisposición individual (personalidad) como los derivados del entorno.

¿Cómo se hace el diagnóstico?

Su médico de familia utilizará diferentes herramientas para poder establecer el diagnóstico de su enfermedad.

Historia clínica: el médico le preguntará sobre algunos aspectos de su historia familiar o de otras enfermedades que pueda tener. Exploración física: ayuda a su médico a saber si sus síntomas tienen otra causa que no sea el trastorno de ansiedad.

Cuestionarios: puede que en su centro se utilice algún cuestionario específico para ayudarlo en su diagnóstico o para ver los cambios que se experimentan con el tiempo. Para descartar cualquier otra enfermedad, es posible que su médico vea necesario que se realice alguna prueba.

Síntomas:

Trastorno de ansiedad generalizada Las personas que sufren este trastorno presentan ansiedad y preocupación excesiva por acontecimientos o actividades de la vida cotidiana, que cuando perdura en el tiempo y es constante puede ser muy molesto, por la presencia de todos o algunos de los síntomas físicos siguientes:

- Inquietud o impaciencia
- Fatiga
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño
- Temblores, sudoración y olas de calor



Clasificación de los ansiolíticos

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha establecido el uso de medicamentos psicotrópicos desde el primer nivel de atención en guías de práctica clínica, se podría decir que se encuentran algo desactualizadas respecto a la medicación psicotrópica recomendada en la actualidad. Además, algunas

enfermedades que se consideran en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), tales como trastornos bipolares, ansiedad o trastornos del sueño, no cuentan aún con guías clínicas. Los fármacos ansiolíticos sin restricción por petitorio son Alprazolam, Clonazepam, diazepam y levomepromazina. Los fármacos restringidos para uso por especialista en base a guía de Práctica Clínica son el clobazam.

Tratamiento farmacológico para la ansiedad

Para circunstancias de ansiedad crónica se sugiere usar benzodiazepinas de prolongado periodo, por ejemplo, el diazepam o el clorazepato, porque se administra a cantidad única nocturna formando síntomas de abstinencia en poco alcance que las benzodiazepinas de efecto corto o intermedio al acabar el tratamiento, en forma definitiva o gradual²⁹.

El alpidem es un ansiolítico muy bien tolerado por pacientes geriátricos a pesar de ser un medicamento de introducción muy reciente³⁰ y, de repente por ser un medicamento de acción opuesta parcial, al retirarlo rápidamente no causa síntomas de abstinencia³¹. La buspirona, así como otras azapironas, debido a su estructura de acción no es determinada como ansiolíticos "mayores"; sin embargo, varias investigaciones demuestran su uso en pacientes ansiosos que acuden a consultar de forma primaria si es que no se trata de sujetos que estuvieran aceptando antes benzodiazepinas³². Por último, se destaca la máxima

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y
BIOQUÍMICA**

**TRIPTICO DE ANSIOLÍTICOS EN UN GRUPO
DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL,
LIMA"**

TESISTAS

Bachiller Erika Janet Cienfuegos Adrianzén
Bachiller Evelyn Adelaida Gonzales Corillo

**Lima – Perú
2 0 1 8**

ANEXO 7: TRIPTICO DE ANTIDEPRESIVOS

¿Qué es la DEPRESIÓN?

La depresión es un trastorno caracterizado por un cambio de ánimo triste, con poco interés o aptitud para desarrollar situaciones positivas, poca confianza de si e inutilidad. A partir de la definición propuesta por Zung, que refiere a la depresión como una enfermedad mental determinada por sentimientos de congoja, culpa, pena, indefensión y desaliento profundo.



Causas de la depresión

La depresión se desarrolla como resultado de un producto de circunstancias tanto ambientales como distribucionales. Lewinsohn, proponen un prototipo formador de la depresión en el cual la depresión sería el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones, viendo que los factores situacionales son relevantes como “liberadores” del sistema depresogénico y a los elementos cognitivos como conciliadores de los efectos del ambiente.

Síntomas

Las manifestaciones de la depresión, son las siguientes:

- Cambios emocionales: congoja patológica, pena e irritabilidad.
- Cambio del intelecto: se encuentra particularidades como, faltas de concentración y memoria, poco interés, indecisión, desanimo, ideas delirantes e idea suicida.
- Cambios orgánicos: compuestas por insomnio-hipersomnio,

anorexia, hiperfagia, disminución o aumento de peso, disminución de la libido, cansancio, algias.

- Cambios de los ritmos vitales: encontrarse mal en ciertos momentos, puede ser en las mañanas, cambios menstruales, tendencia a la presentación estacional de los síntomas.
- Cambios de conducta: llanto, agitación, identificación, aislamiento, mutismo.

Tratamiento farmacológico para la depresión

La terapéutica a utilizar tiene como finalidad disminuir la morbimortalidad por este trastorno: suicidio o intento de suicidio, accidentes por la poca atención, pérdida en los estudios, decepción de trabajo y los costes derivados como conflictos familiares, abandono laboral o

descenso en la productividad, costes sanitarios, etc.

El tratamiento consiste en usar un grupo de fármacos diferentes, que se diferencian actualmente por sus resultados hacia los neurotransmisores. La gran mayoría de fármacos antidepresivos tratan de terapia farmacológica la terapia de la depresión puede bajar la morbilidad debida a esta enfermedad: suicidio o intento de suicidio, accidentes debido a la pérdida de atención, fracasos en los estudios, faltas de trabajo y los costes derivados como conflictos familiares, abandono laboral o baja productividad, costes sanitarios, etc. Estos fármacos antidepresivos aumentarán la concentración de neurotransmisores en la sinapsis consiguiendo, finalmente, un arreglo a la baja de los receptores de los neurotransmisores claves, para lo que se usarán otros mecanismos.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)

Los tipos de SSRI son:

- citalopram
- escitalopram
- fluoxetina
- fluvoxamina
- paroxetina
- sertralina.

Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI)

Los tipos de SNRI son:

- duloxetina
- venlafaxina
- desvenlafaxina.

Antidepresivos atípicos

Los tipos de antidepresivos atípicos son:

- bupropion
- trazodona
- mirtazapina.

Antidepresivos tricíclicos

Los tipos de antidepresivos tricíclicos son:

- amitriptilina
- clomipramina
- desipramina
- doxepina
- imipramina
- nortriptilinarotriptilina

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS



FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y
BIOQUÍMICA

TRIPTICO DE ANTIDEPRESIVOS EN UN GRUPO
DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL,
LIMA"

TESISTAS

Bachiller Erika Janet Cienfuegos Adrianzén

Bachiller Evelyn Adelaida Gonzales Corillo

Lima – Perú

2 0 1 8

