

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Ciencias de la Salud

“DR. WILMAN RUIZ VIGO”

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

**DETECCIÓN TEMPRANA DE REACCIONES ADVERSAS Y
POSIBLES INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN EL
TRATAMIENTO DE PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO ESPERANZA DE VIDA,**

CAJAMARCA 2022

Jemima Areli Alvarado Tocas

Diana Paisig Salcedo

Asesora:

Mg. Q.F. Yudith Gallardo Coronado

Cajamarca - Perú

Setiembre - 2023

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Ciencias de la Salud

“DR. WILMAN RUIZ VIGO”

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

**DETECCIÓN TEMPRANA DE REACCIONES ADVERSAS Y
POSIBLES INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN EL
TRATAMIENTO DE PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO ESPERANZA DE VIDA,
CAJAMARCA 2022**

Tesis presentada para obtener en cumplimiento parcial de los requerimientos para
optar el Título Profesional De Químico Farmacéutico

Bach. Jemima Areli Alvarado Tocas

Bach. Diana Paisig Salcedo

Asesora: Mg. Q.F. Yudith Gallardo Coronado

Cajamarca - Perú

Setiembre - 2023

COPYRIGHT © 2023 by

JEMIMA ARELI ALVARADO TOCAS

DIANA PAISIG SALCEDO

Todos los derechos reservados

PRESENTACIÓN

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

Dando cumplimiento a lo establecido por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, sometemos a vuestra consideración y elevado criterio profesional el presente trabajo de investigación intitulado: **“Detección temprana de reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del centro de salud mental comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca 2022”** para poder optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico.

Es propicia la oportunidad para expresar un cordial agradecimiento a nuestra Alma máter, “Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo”, y a su plana docente que con su aptitud y buen interés cooperaron a nuestra formación profesional.

Señores miembros del jurado, dejamos a su disposición la presente tesis para su evaluación y sugerencias.

Cajamarca, setiembre del 2023

Jemima Areli Alvarado Tocas
BACH. EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Diana Paisig Salcedo
BACH. EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“DR. WILMAN RUÍZ VIGO”

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

**APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL
DE QUÍMICO FARMACÉUTICO**

**Detección temprana de reacciones adversas y posibles
interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del
centro de salud mental comunitario Esperanza de vida,
Cajamarca 2022**

JURADO EVALUADOR

Mg. Q.F. Patricia Ivonne Minchán Herrera
(PRESIDENTE)

Mg. Blgo. Héctor Emilio Garay Montañez
(SECRETARIO)

Mg. Q.F. Yudith Gallardo Coronado
(VOCAL)

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y salud para así poder cumplir cada proyecto en mi vida, permitiéndome llegar a este momento influyente en mi formación profesional.

A su vez va dedicado a mis padres Mateo Alvarado Martínez y Ludovina Tocas Luna, quienes siempre me brindaron su amor, confianza y apoyo en cada momento de mi vida.

A mis hermanas, por siempre motivarme a seguir adelante y apoyarme día a día.

A si mismo a mi amiga y compañera de tesis Diana Paisig Salcedo, por la confianza para cumplir esta meta.

Areli

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme la vida y la salud, permitiéndome haber llegado a concluir mi formación profesional.

A mi esposo Osber Guerrero por apoyarme hasta el fin de mi carrera y así poder tener un mejor futuro, por creer en mi capacidad, y que, aunque hemos tenido momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión y cariño.

A mis hijos por ser fuente de inspiración a seguir adelante y nunca rendirme.

A mis padres Magali Salcedo y Apolinar Paisig por su confianza, paciencia y apoyo incondicional.

A mis amigos con quienes compartí muchas alegrías y tristezas; a mi amiga Areli Alvarado por la confianza y la motivación brindada.

Diana

AGRADECIMIENTOS

A Dios por habernos brindado la vida y guiado a lo largo de nuestra carrera profesional, por ser nuestra fortaleza en cada momento de debilidad y por habernos otorgado la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos.

A nuestra “Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo”, por abrirnos las puertas para seguir con nuestra formación académica; también a nuestros docentes, personas con gran humildad y conocimiento que nos compartieron sus enseñanzas.

A nuestra asesora Mg. Q.F. Yudith Gallardo Coronado, por su tiempo, dedicación y orientación durante el desarrollo de esta tesis.

A nuestros familiares, por apoyarnos en cada momento, por inculcarnos buenos valores y por brindarnos motivación y perseverancia para poder cumplir nuestras metas y sueños.

Areli & Diana

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo detectar las reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca 2022. El estudio fue descriptivo, de tipo observacional y de corte transversal; para ello se aplicó una encuesta a 148 pacientes diagnosticados con trastornos mentales, de donde se obtuvo las características socioculturales, datos sobre su enfermedad y tratamiento, así como la identificación y clasificación de las reacciones adversas a los medicamentos (RAMs) y posibles interacciones farmacológicas. Los resultados obtenidos muestran que el 52,7% de pacientes son de sexo femenino y un 43,2% sexo masculino, en edades que oscilan entre 21 a 30 años con un 45,3%, siendo en su mayoría de zona rural 56,8%, con un grado de instrucción superior en 53,4%; el diagnóstico con mayor prevalencia fue la depresión mayor con un 40,54% seguido de trastornos de ansiedad generalizada con un 20,95%, encontrándose también que algunos de ellos sufren de enfermedades asociadas como hipertensión arterial 5,4% y 3,4% diabetes mellitus; los medicamentos usados con mayor frecuencia fueron sertralina 21,2% y clonazepam 14,7%, las reacciones adversas a medicamentos encontrados fue la fatiga 16,0%, dolor de cabeza 14,1%, aumento de peso 10,8% y mareos 10,2% entre otros, y las interacciones farmacológicas encontradas fueron de tipo fármaco - fármaco: sertralina - ácido acetil salicílico 42,9%, clonazepam - valproato de sodio 35,7% y carbamazepina - olanzapina 21,4%. En conclusión, los pacientes que se atienden en el centro Esperanza de Vida presentan reacciones adversas e interacciones farmacológicas.

Palabras clave: Reacciones adversas, interacciones farmacológicas.

ABSTRACT

The objective of this research was to detect adverse reactions and possible drug interactions in the treatment of patients at the Esperanza de Vida Community Mental Health Center, Cajamarca 2022. The study was descriptive, observational and cross-sectional; for this, a survey was applied to 148 patients diagnosed with mental disorders, from which sociocultural characteristics, data on their disease and treatment, as well as the identification and classification of adverse drug reactions (ADRs) and possible drug interactions were obtained. The results obtained show that 52.7% of patients are female and 43.2% male, in ages ranging from 21 to 30 years with 45.3% being mostly from rural areas 56, 8%, with a higher level of education in 53.4%; the most prevalent diagnosis was major depression with 40.54% followed by generalized anxiety disorders with 20.95%, also finding that some of them suffer from associated diseases such as arterial hypertension 5.4% and 3.4% Mellitus diabetes; the most frequently used drugs were sertraline 21.2% and clonazepam 14.7%, the adverse drug reactions found were fatigue 16.0%, headache 14.1%, weight gain 10.8% and dizziness 10.2% among others, and the pharmacological interactions found were drug-drug type: sertraline - acetylsalicylic acid 42.9%, clonazepam - sodium valproate 35.7% and carbamazepine - olanzapine 21.4%. In conclusion, patients treated at the Esperanza de Vida center present adverse reactions and drug interactions.

Keywords: Adverse reactions, drug interactions.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	iii
JURADO EVALUADOR	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
ÍNDICE	x
LISTA DE TABLAS	xiii
LISTA DE GRÁFICOS	xiv
LISTA DE ABREVIACIONES	xv

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO TEÓRICO	4
2.1.	Teorías que sustentan la investigación.....	4
2.2.	Bases teóricas.....	12
2.2.1.	Trastornos mentales	12
2.2.2.	Reacciones adversas a los medicamentos (RAMs)	20
2.2.3.	Interacciones farmacológicas	22
2.2.4.	Psicofármacos	23
2.3.	Definición de términos básicos.....	32
III.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.1.	Unidad de análisis, universo y muestra	34
3.1.1.	Unidad de análisis	34
3.1.2.	Universo	34
3.1.3.	Muestra.....	34
3.2.	Métodos de investigación	36
3.2.1.	Nivel de investigación.....	36
3.2.2.	Tipos de investigación.....	36
3.3.	Técnicas de investigación	37
3.3.1.	Elaboración del instrumento de recolección de datos	37
3.3.2.	Validación del instrumento por juicio de expertos	38

3.3.3.	Solicitud de permiso al Centro de Salud Mental Comunitario	
	Esperanza de vida, para la ejecución de la investigación	39
3.3.4.	Recolección de datos.....	39
3.3.5.	Encuesta a los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario	
	Esperanza de vida.....	39
3.4.	Instrumento	41
3.5.	Técnicas de análisis de datos	41
3.6.	Aspectos éticos de la investigación	42
IV.	RESULTADOS	43
V.	DISCUSIÓN	56
VI.	CONCLUSIONES	61
VII.	RECOMENDACIONES	63
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
	ANEXOS.....	82

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 01. Principales psicofármacos indicados en trastornos mentales y sus reacciones adversas.	31
Tabla N° 02: Datos generales de la población encuestada.....	43
Tabla N° 03: Diagnostico que un profesional de psicología/psiquiatría brindó a los pacientes.....	44
Tabla N° 4: Tiempo desde que el paciente fue diagnosticado.	45
Tabla N° 5: Principales síntomas que presentaron los pacientes antes de su diagnóstico.	46
Tabla N° 6: Otra enfermedad o problema de salud que presentaron los pacientes. ...	47
Tabla N° 7: Medicamentos consumidos por los pacientes.....	48
Tabla N° 8: El paciente cumple con el tratamiento brindado por su especialista.	49
Tabla N° 9: El paciente siente alguna molestia al consumir sus medicamentos.	50
Tabla N° 10: El Químico Farmacéutico brindó información de los medicamentos que recibe los pacientes.....	51
Tabla N° 11: Psicofármacos prescritos más utilizados por los pacientes.	52
Tabla N° 12: RAMs que se presentaron y se clasificaron según su gravedad.	53
Tabla N° 13: Interacciones farmacológicas que se obtuvo.	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Diagnostico que un profesional de psicología/psiquiatría brindó a los pacientes.....	44
Gráfico N° 2: Tiempo desde que el paciente fue diagnosticado	45
Gráfico N° 3: Principales síntomas que presentaron los pacientes antes de su diagnóstico.	46
Gráfico N° 4: Otra enfermedad o problema de salud que presentaron los pacientes.	47
Gráfico N° 5: El paciente cumple con su tratamiento brindado por su especialista..	49
Gráfico N° 6: El paciente siente alguna molestia al consumir sus medicamentos.	50
Gráfico N° 7: El Químico Farmacéutico brindó información de los medicamentos que recibe los pacientes.	51
Gráfico N° 8: Psicofármacos prescritos más utilizados por los pacientes.	52
Gráfico N° 9: RAMs que se presentaron y se clasificaron según su gravedad.	54
Gráfico N° 10: Interacciones farmacológicas que se obtuvo.	55

LISTA DE ABREVIACIONES



















































OMS	:	Organización Mundial de la Salud.
PRM	:	Problemas relacionados a los medicamentos.
RAM	:	Reaccione adversa de medicamento.
UCI	:	Unidad de cuidados intensivos.
APA	:	American Psychiatric Association.
ATC	:	Anatomical Therapeutic Chemical Classification.
AINEs	:	Medicamentos antiinflamatorios no esteroides.
IMAO	:	Inhibidores no selectivos de la monoaminoxidasa.
ISRS	:	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
GABA	:	Acido gamma-aminobutírico.
TDM	:	Trastorno depresivo mayor.
TAG	:	Trastorno de ansiedad generalizada.
TAB	:	Trastorno afectivo bipolar.
TLP	:	Trastorno límite de la personalidad.
TDAH	:	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

8.2%

PlagScan  Resultados del Análisis de los plagios del 2023-09-20 02:20 UTC
1. TESIS - Anál. Alvarado & Diana Palag.pdf

Fecha: 2023-09-20 02:22 UTC

Todas las fuentes  Fuentes de internet  Documentos propios 

-  [0] <https://lunaticomunicacion.com/el-sistema-por-consumo-de- alcohol/>
 11 resultados
-  [1] www.paha.org/es/El-2-030-download/Pakar-v-YMBDyNK
 14 resultados
-  [2] sido.in3i.es/ie/ia.php?script=ai_ahemachpid=51605-6141201400060000?lang=es&user=ioahdng+es
 7 resultados
-  [3] ["28. TESIS DEPENDENCIA EMOCIONAL EN RELAC. PAREJA ENTRE JOVENES Y ADOLESCENTES.pdf" fechado del 2023-09-26](#)
 12 resultados
-  [4] www.medimadrid.com/es/profesional/trastornos-psiqatricos/trastornos-del-estado-de-anim/trastornos-depresivos
 11 resultados
-  [5] ["Alamo y Huacho II.pdf" fechado del 2023-07-26](#)
 9 resultados
-  [6] ["Rosal y Zafra II.pdf" fechado del 2023-07-26](#)
 12 resultados
-  [7] mao.psicologia.com/depresion/depresion-mayor-que-otras-mas-comunes-tratamiento-y-sintomas-de-la-tenencia/
 7 resultados
-  [8] es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagnostico_y_estadistico_de_los_trastornos_mentales
 10 resultados
-  [9] www.actademico.org/tratamiento-con-psicofarmacos-trastornos-psico-demotologicos-articulo-5000173010002267
 7 resultados
-  [10] www.medimadrid.com/es/otras-areas/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-anim/depresion
 7 resultados
-  [11] www.mayoclinic.org/sintomas-conditions/manual-illness/diagnosis-treatment/dco-20274974
 5 resultados
-  [12] sido.in3i.es/ie/ia.php?script=ai_ahemachpid=50465-5450020000000000
 3 resultados
-  [13] www.mayoclinic.org/sintomas-conditions/child-adult/symptoms-causes/tco-20250070
 6 resultados
-  [14] www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders
 5 resultados
-  [15] www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3637147/
 4 resultados
-  [16] www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082623/
 6 resultados
-  [17] www.ebsv.in.es/en-revista-medica-palatina-327-articulo-intoxicacion-farmacologica-una-unidad-cuidados-51134248X1800255
 5 resultados
-  [18] mayoclinic.com/es/enfermedades/diferencias-sintomas-sintoma/
 4 resultados
-  [19] www.medimadrid.com/es/otras-areas/trastornos-de-la-salud-mental/introduccion-al-cuidado-de-la-salud-mental/la-etiologia-y-diagnostico-de-las-enfermedades-mentales
 4 resultados
-  [20] medlineplus.gov/spanish/anti-depressants.html
 4 resultados
-  [21] psicologiamente.com/clinica/trastornos-mentales-que-comunes/
 4 resultados
-  [22] www.ebsv.in.es/en-revista-vigilia-cuanto-370-articulo-el-facto-secundario-en-las-antidepresivos-13062010
 4 resultados
-  [23] www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10266050/
 2 resultados
-  [24] medlineplus.gov/spanish/depinfo/meds/ati02009-es.html
 4 resultados

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer contribuciones a su comunidad”. Las patologías o trastornos mentales son afecciones que impactan el pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento de los pacientes que las padecen; tienen la posibilidad de ser eventuales o duraderas y perjudicar la capacidad de tener relaciones con otras personas.^{1,2}

A nivel mundial se calcula que el 25% de los individuos sufren uno o más trastornos mentales o de comportamiento durante su historial de vida. Estas enfermedades junto a las neurológicas representan el 14% de la carga mundial de patologías y el 22% a nivel de Latinoamérica y el Caribe. Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida de los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros.³

En Perú durante la última década se confirmó que las enfermedades neuropsiquiátricas representan aproximadamente el 17,5% del total de carga de enfermedad. Desde el año 2002, la presencia de por lo menos alguna discapacidad mental en la población general es en promedio del 14%, fluctuando entre 8,3% en ciudades de la sierra hasta 26,5% en Lima y Callao.

Es decir que al menos 1 de cada 7 peruanos, tendría algún tipo de trastorno mental.^{4,5}

Actualmente se cuenta con una gran cantidad de medicamentos para el tratamiento de problemas mentales, los llamados psicofármacos, que alteran la actividad psíquica del paciente aliviando los indicios de estos trastornos. Algunos de los grupos farmacológicos más usados incluyen a los antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, etc. Sus efectos padecen influencias de diferentes componentes, como características individuales, estados patológicos y patrones de uso. Esta clase de procedimiento terapéutico tuvo su inicio finalizando la década de los 50s, con la introducción de los neurolépticos, que tenían uso como inhibidores de las funcionalidades psicomotoras, además de atenuar los indicios neuropsíquicos considerados psicóticos.⁶

Uno de los principales problemas con el uso terapéutico de psicofármacos es la presencia de polifarmacia en un gran porcentaje de pacientes, quienes para lograr un tratamiento óptimo necesitan consumir dos o más medicamentos a la vez. La polifarmacia en estos pacientes conlleva a aparición de diversos problemas relacionados a los medicamentos (PRM) como interacciones farmacológicas, reacciones adversas (RAMs) o ineficacia terapéutica. La función del químico farmacéutico en este ámbito es esencial, pues además de contribuir a un mejor uso de la medicación, al momento de dispensarla, el farmacéutico tiene la posibilidad de mejorar la cohesión de los tratamientos, a través del seguimiento farmacoterapéutico. Con ello se logra minimizar el uso

inapropiado de medicinas psicotrópicas y atender correctamente a los que reciben un procedimiento de polifarmacia antipsicótica.⁷

Por lo antes mencionado se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca?

De esta manera se planteó los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Detectar reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca 2022.

Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de distintos trastornos mentales en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca 2022.
- Identificar los principales fármacos que se prescriben para tratar a pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca 2022.
- Clasificar las reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas detectadas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Teorías que sustentan la investigación

Bahta M et al (2020)⁸, en Eritrea realizaron una investigación titulada “Magnitude, Nature, and Risk Factors of Adverse Drug Reactions Associated with First Generation Antipsychotics in Outpatients with Schizophrenia: A Cross-Sectional Study”. En esta investigación se tuvo como objetivo determinar la magnitud, la naturaleza y los posibles factores de riesgo asociados con las RAMs de los antipsicóticos de primera generación en 251 pacientes ambulatorios con esquizofrenia del Hospital Nacional de Referencia Neuropsiquiátrico Saint Mary en Asmara - Eritrea. Para ello se diseñó un estudio transversal, descriptivo y analítico utilizando un enfoque cuantitativo; los datos se obtuvieron de los cuestionarios, entrevistas y riesgos médicos autoadministrados por los pacientes; las variables recolectadas se analizaron mediante SPSS 22.0 con estadísticas descriptivas. Como resultado se mostró que, el 93,8% de los participantes de la investigación experimentaron al menos una RAM. La prevalencia de las categorías de RAM fue psíquica (91,3%), autonómica (78,1%), extrapiramidal (76,9%), miscelánea (66,5%), hormonal (58,3%), anticolinérgica (44,2%) y reacciones alérgicas (44,2%). Llegando a la conclusión que hubo una alta prevalencia de RAMs con puntuaciones generales de moderadas a altas en un número significativo de pacientes.

Quintana I (2018)⁹, realizó en Cuba un estudio titulado “Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales”. Teniendo como principal objetivo proporcionar una actualización de las reacciones adversas de los fármacos antidepresivos. La investigación observacional consistió en desarrollar una revisión bibliográfica utilizando como términos clave: reacciones adversas y antidepresivos; se hicieron búsquedas en bases de datos electrónicas como Medline y Scielo; el fondo bibliográfico de la OMS/OPS fue también consultado. En los resultados se demostró que en los antidepresivos (amitriptilina, nortriptilina), tuvieron reacciones adversas como infarto agudo del miocardio (IAM) y trastorno bipolar. Con mirtazapina, se observó entre sus reacciones adversas el aumento de apetito, ganancia de peso y somnolencia. Dando como conclusión que se debe prestar atención a los pacientes bajo tratamientos prolongados de antidepresivos, sobre la posibilidad de comportamientos agresivos hacia otras personas, con irritación, hostilidad y ataques de pánico.

Kumar N et al (2017)¹⁰, publicaron un estudio en la India, titulado “Adverse Drug Events in Patients with Mental Disorder in an Ambulatory Setting”, tomando como objetivo determinar las tasas, los tipos y la gravedad de los acontecimientos farmacológicos adversos en pacientes con trastorno mental. Este estudio de corte transversal consistió en aplicar una encuesta semiestructurada a un total de 400 pacientes (217 con esquizofrenia, 127 con trastorno afectivo bipolar y 56 con depresión)

atendidos en consulta externa, dichos datos fueron recopilados durante un periodo de 6 meses. Los resultados mostraron que, el 86% informaron al menos una RAM, la mayoría (87%) notificaron RAMs del sistema nervioso central, aumento de peso (48%), gastrointestinal (28%), piel (4%), cardiovascular (1%) y disfunciones sexuales (0,3%). Luego de analizar los resultados se pudo llegar a la conclusión de que existe una alta prevalencia de RAMs en pacientes ambulatorios que reciben medicamentos psicotrópicos.

Shah A et al (2017)¹¹, realizaron en la India, un estudio titulado “A Prospective Study of Adverse Drug Reactions in Patients with Bipolar Disorder in Psychiatry Outpatient Department of a Tertiary Care Hospital”, el cual tuvo como objetivo evaluar el patrón de aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM) en los pacientes con trastorno bipolar y evaluar su causalidad, gravedad y prevenibilidad. Se diseñó un estudio prospectivo y observacional el cual fue llevado a cabo en el departamento de psiquiatría para pacientes externos del New Civil Hospital, durante 15 meses. Se recolectaron los datos con ayuda de un cuestionario y se aplicó la escala de calificación de efectos secundarios de UKU, y la escala de movimientos involuntarios anormales. Los resultados registraron un total de 703 reacciones adversas a 175 pacientes, las reacciones adversas más frecuentes fueron astenia (11,95%) y sedación (10,24%). La mayoría de las reacciones adversas fueron leves en la evaluación con la escala UKU. Los estabilizadores del

estado de ánimo (59,46%) se asociaron con mayor frecuencia con reacciones adversas y el litio fue el fármaco único responsable más común. De los resultados se llegó a la conclusión de que las RAMs son una ocurrencia en pacientes con trastorno bipolar que son leves en la mayoría de los casos; la incidencia de RAM se puede reducir y el cumplimiento y la calidad de vida del paciente pueden mejorarse mediante la detección y el tratamiento tempranos.

Agostini-Zampieron M et al (2015)¹², en Argentina realizaron un estudio titulado “Uso de psicofármacos en un grupo de adultos mayores de Rosario, Argentina”, en el que se tuvo como objetivo clasificar el tipo de psicofármacos utilizados en adultos mayores en un centro de asistencia e investigación clínica. El estudio fue de nivel descriptivo y de corte transversal, en la que se aplicó un cuestionario autoadministrado a 235 pacientes y/o a sus respectivos cuidadores, para conocer las características de su tratamiento, una vez obtenidos los datos, estos se analizaron mediante técnicas estadísticas descriptivas. Los resultados determinaron que, el grupo etario con mayor consumo fue el de 60 a 70 años (55%); las benzodiacepinas se consumieron en 67%, antipsicóticos 3% y antidepresivos 30%. Los especialistas en clínica médica prescribieron 70% de las benzodiacepinas y 20% de los antidepresivos. La totalidad de los antipsicóticos fueron prescritos por psiquiatras; 35 tuvieron riesgos potenciales de interacción y no se observaron alteraciones por la combinación de benzodiacepinas del mismo grupo e

igual mecanismo de acción. Se dio como conclusión que, se observó un incremento en el consumo de psicofármacos en pacientes mayores de 60 años, principalmente en aquellos que no continúan con una vida activa; respecto al género hay una proporción superior en el sexo femenino.

Noguera MJ (2014)¹³, en Madrid realizó una investigación titulada “Consumo abusivo de psicofármacos entre la población que acude a un servicio de urgencias”. En ella tomó como objetivo principal, determinar si existe abuso de fármacos antidepresivos y ansiolíticos entre la población que acude al servicio de urgencias. Para el trabajo se diseñó una investigación observacional, de corte transversal en que se realizó la recolección de datos de 410 pacientes que hacen uso del servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Los resultados obtenidos mostraron que, de los pacientes que acuden al servicio de urgencias, un poco más de la mitad (57%), no consumen ni han consumido ningún tipo de psicofármaco. Sin embargo, el 7% se declaran ex consumidores y el 35,5% son consumidores activos. Uno de cada cuatro consumidores lo hacen con fármacos ansiolíticos, suponiendo el 25% del total de consumidores, el 3% utilizan antidepresivos y casi el 5% la combinación de ambos. De los resultados dan como conclusión que el 35% de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, reconocen consumir de forma activa psicofármacos; De estos, el 58% presentan un patrón de consumo abusivo. Los ansiolíticos son los psicofármacos que con mayor

frecuencia se consumen de forma abusiva; siendo estos a su vez utilizados sin prescripción médica.

Xavier M et al (2014)¹⁴, en Brasil realizaron un estudio denominado “El uso de psicofármacos en individuos con trastorno mental en seguimiento ambulatorio”, teniendo como objetivo conocer las experiencias de las personas con enfermedad mental en el uso de psicofármacos. La investigación fue de tipo cualitativa y la técnica consistió en la aplicación de entrevistas semiestructuradas a 15 pacientes, entre abril y mayo de 2012, en un hospital universitario del interior del estado; los datos fueron procesados por el software de Atlas TI y sometidos a análisis de contenido temático. Los resultados mostraron como aspectos motivadores a la percepción de los pacientes sobre los beneficios que las drogas psicotrópicas pueden causar; del mismo modo, las dificultades en el uso de drogas psicotrópicas estaban relacionadas con el conocimiento de los efectos secundarios que se pueden presentar. Luego de dicha investigación se llegó a la conclusión de que, para las personas con enfermedades mentales las drogas psicotrópicas ayudan en el tratamiento, a pesar de sus reacciones adversas.

Lares I et al (2010)¹⁵, en México se realizó un estudio titulado “Farmacoepidemiología de psicofármacos empleados en la práctica pediátrica en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital General de Durango-México”, que tuvo como objetivo principal determinar la

prevalencia de trastornos psiquiátricos y su manejo farmacológico en niños y adolescentes. Para ello la técnica utilizada consistió en revisar retrospectivamente las historias clínicas y se realizó la historia farmacológica, a partir de los expedientes clínicos de 111 pacientes en edades comprendidas entre 2 y 17 años, bajo tratamiento durante un año calendario. Como resultados se demostró que el trastorno más frecuente (23,4%) correspondió a déficit de atención e hiperactividad; el mismo porcentaje de los pacientes recibía monoterapia, mientras que el resto requirieron de polifarmacia (75,6%); los fármacos prescritos habitualmente fueron los antipsicóticos y antidepresivos. Se llegó a la conclusión de que, aún es necesario establecer prioridades clínicas para realizar estudios futuros de farmacogenética y farmacocinética de los psicofármacos de uso en pediatría, a través del conocimiento farmacoepidemiológico con la finalidad de ayudar a mejorar la eficacia y seguridad de los psicofármacos.

Valdivieso G (2021)¹⁶, en Lima realizó un estudio titulado “Uso de psicofármacos para síntomas neuropsiquiátricos en pacientes hospitalizados con COVID-19”, en el cual se planteó como objetivo analizar los síntomas neuropsiquiátricos secundarios más comunes en un cuadro de COVID-19, como ansiedad, insomnio, depresión, delirio y agitación y sus respectivos tratamientos. Para ello se realizó una revisión sistemática y metaanálisis, de estudios que involucraban a este tipo de pacientes desde el 1 de enero de 2020 hasta el 28 de junio de 2020. Los resultados revelaron que, de los 3559 pacientes reportados

hospitalizados, luego del tratamiento COVID-19, presentaron síntomas de ansiedad (12,3%), insomnio (12,1%) y depresión (10,5%); en el grupo de pacientes que ingresó a UCI, se presentó delirio (65%) y agitación (69%). Los psicofármacos más utilizados fueron las benzodiazepinas y los antipsicóticos atípicos. Se concluyó que la elección de psicofármacos para síntomas neuropsiquiátricos específicos debe basarse en el principio de no generar más daño y valorar el riesgo-beneficio, el perfil farmacológico, las posibles interacciones y las condiciones médicas previas del paciente.

Rivera R (2019)¹⁷, en su trabajo académico “Características del consumo, disponibilidad y dispensación de psicofármacos en tres centros de salud mental en Santa Anita de enero a junio 2019”, tuvo como principal objetivo analizar la farmacoterapia en tres centros de salud mental. Se diseñó un estudio observacional, retrospectivo en el que se utilizó una ficha de recolección de datos para documentar reportes de psicofármacos por mes en los tres centros de salud. Los resultados mostraron que el consumo de psicofármacos por intervenciones sanitarias fue en promedio de 7,5% en enero y 15,2% en marzo en los tres centros de salud mental, además se presentó una disponibilidad óptima de 90,9 % en solo un centro de salud mental, mientras que en los otros dos se presentó una disponibilidad alta (89,5% y 84,4 %), los ansiolíticos y los estabilizadores de ánimo están disponibles en los tres centros al 100%, medicamentos para tratar la depresión y fármacos

antipsicóticos están al 90% y 80% respectivamente. Otros grupos farmacológicos como hipnóticos, sedantes, psicoestimulantes y psicofármacos antidepresivos, no estaban disponibles en los centros de salud estudiados. Se concluyó en que el principal problema con el uso de algunos psicofármacos en estos centros de salud mental es su disponibilidad.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Trastornos mentales

2.2.1.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha afirmado que “los trastornos mentales son síndromes variados y multifacéticos, generalmente caracterizados por pensamientos anormales, alteración de la realidad, las emocionales y las relaciones con los demás”.¹⁸

Hoy en día, la diferencia entre los términos “trastorno mental” y “enfermedad mental” es muy controvertida y las definiciones respectivas han dado lugar a largas discusiones que aún no se han resuelto por completo. En términos prácticos “enfermedad” se reserva generalmente para los procesos patológicos en los que la pérdida de la salud tiene una causa orgánica conocida que es diagnosticada con la enfermedad.¹⁹

En cambio, un trastorno mental es definido como un síndrome que se caracteriza por alguna alteración del estado cognitivo, regulación emocional, y el comportamiento del ser humano; normalmente se asocia a desencadenantes como traumas o estrés.²⁰

2.2.1.2. Clasificación

Según el sistema de la OMS de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), y el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su quinta edición (DSM-5) publicado por la American Psychiatric Association (APA), clasifican a los trastornos mentales en los siguientes grupos:²⁰

- Trastornos del neurodesarrollo
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos
- Trastornos de personalidad

2.2.1.3. Epidemiología

Según la OMS, actualmente se calcula que el 24,2% de la población mundial sufren de trastornos mentales. Los trastornos más relevantes son: psicosis no afectiva (1,0%), depresión mayor (5,2%) y abuso/dependencia del alcohol 4,6%. Los trastornos mentales y

neurológicos en los ancianos, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y depresión, contribuyen significativamente al peso de enfermedades mentales. Además, es importante mencionar que cada año por suicidio mueren 65.000 personas, siendo la tasa ajustada de 7,3 (11,5 hombres y 3,0 mujeres) suicidios por cada 100.000 habitantes.²¹

En el Perú, las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 17,5%; siendo un aproximado de 295 mil habitantes los que sufren de un problema de salud mental. El trastorno mental de mayor incidencia en nuestro país es la depresión unipolar, que causa la pérdida de 224 535 años de vida saludable (3,9% del total), seguido a este problema, se encuentran la dependencia y el abuso del alcohol, la esquizofrenia, la violencia y la adicción a drogas.²²

Según últimos sondeos (al año 2012) en zonas rurales del país se ha calculado una prevalencia de trastornos mentales de 10,4% siendo mayor los trastornos depresivos (4% en Lima rural). Por otro lado, a nivel regional, existe un promedio de 20,7% anual, de población mayor de 12 años que padecen algún tipo de trastorno mental.²²

2.2.1.4. Principales trastornos mentales

- **Trastornos de depresión mayor**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el trastorno depresivo mayor (TDM) es una enfermedad psiquiátrica grave

causada por la interacción de factores ambientales, genéticos y epigenéticos, que atenúan la transmisión monoaminérgica en el cerebro; ocurre cuando los sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que las personas normalmente disfrutaban, incapacidad para realizar a cabo las actividades diarias, ira o frustración interfieren en la vida diaria por un largo período de tiempo.^{22, 23}

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por padecer varias emociones y pensamientos negativos coexisten con déficit cognitivo, alteraciones en el apetito, el sueño, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza y pensamientos de automutilación o suicidio.²³

Según el DMS-5 para su diagnóstico es necesario que 5 (o más) de los síntomas siguientes hayan estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo:²⁰

- a.** Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la percepción propia o de la observación por parte de otras personas (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
- b.** Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

- c. Pérdida o aumento importante de peso sin hacer dieta o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- f. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- g. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
- h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
- i. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

El tratamiento de depresión mayor (TDM) consiste básicamente en psicoterapia acompañada de medicación que incluye grupos terapéuticos como los estabilizadores del ánimo, antidepresivos, hipnóticos y sedante.

- **Trastornos de ansiedad generalizada**

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) está relacionado con determinados desequilibrios del estado mental, social y la salud en general, que interfieren en las actividades diarias del individuo. Tiende a presentarse con otros trastornos de ansiedad y estados de depresión mayor y diferentes síntomas físicos sin una base orgánica.²⁴

Según el DMS-5 para su diagnóstico es necesario que la ansiedad y la preocupación incontrolable se asocie a 3 (o más) de los 6 síntomas siguientes:²⁰

- a. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- b. Fatiga frecuente.
- c. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- d. Irritabilidad.
- e. Tensión muscular.
- f. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

El tratamiento consiste en técnicas de relajación y psicoterapias, acompañadas de un tratamiento farmacológico que se establece de acuerdo a las características sintomatológicas, la gravedad y las características del paciente. Los principales grupos terapéuticos usados son los antidepresivos y ansiolíticos.

- **Psicosis no afectiva (Esquizofrenia)**

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico notablemente heterogéneo que afecta alrededor de 21 millones de personas en todo el mundo, es un desorden mental que va deteriorando la capacidad de las personas que lo padecen en diferentes aspectos psicológicos. Se caracteriza por una neurotransmisión inapropiada como resultado de la disfunción de las interconexiones GABAérgicas en múltiples

regiones del cerebro; presenta como núcleo central la pérdida de contacto con la realidad, la percepción, las emociones o la voluntad.²⁵

La esquizofrenia se caracteriza porque la percepción de cada paciente varía con el tiempo manifestándose a través de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe), delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad), pudiendo dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad.^{26,27}

Según el DMS-5 para su diagnóstico es necesario que 2 (o más) de los síntomas siguientes, estén presentes durante una parte significativa de tiempo durante un período de uno a 6 meses:²⁰

- a. Delirios.
- b. Alucinaciones.
- c. Discurso desorganizado.
- d. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- e. Síntomas negativos.

En la actualidad, la esquizofrenia se trata fundamentalmente con ciertos medicamentos, nombrados neurolépticos o antipsicóticos, que tienen la capacidad de corregir los desequilibrios de determinados neurotransmisores.

- **Dependencia del alcohol**

El alcoholismo ha adquirido mayor importancia en el campo psiquiátrico por su mayor impacto social. Alrededor de 4 de cada 10

personas se han visto afectadas por la adicción al alcohol en algún momento de sus vidas.

Se ha determinado que el alcohol puede alterar la estructura y función de proteínas y neurotransmisores como el ácido gamma-aminobutírico (GABA), glutamato, dopamina, serotonina, adenosina, neuropéptido y norepinefrina, receptores de cannabinoides y opioides. Algunos pacientes alcohólicos no tienen síntomas suspendiendo un consumo de alcohol, mientras que otros tienen manifestaciones en serie. La proporción de los pacientes que desarrollan síntomas oscila entre 13 y 70%.^{28,29}

Según el DMS-5 para su diagnóstico es necesario que manifieste al menos 2 de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- a.** Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- b.** Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
- c.** Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- d.** Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
- e.** Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes.
- f.** Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

- g.** El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- h.** Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- i.** Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
- j.** Tolerancia (necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado).
- k.** Abstinencia.

No es posible hablar de un tratamiento genérico de elección para el alcoholismo. En el trastorno adictivo, tal parece más adecuado situar el estado de la cuestión en opción terapéutica a la que mejor sea adaptada a las necesidades del paciente.

Por lo tanto, de manera genérica, el programa terapéutico sobre alcoholismo se basa en un trabajo motivacional previo también continuado y concomitante con los diversos programas específicos.

2.2.2. Reacciones adversas a los medicamentos (RAMs)

2.2.2.1. Definición

Se define como reacción adversa a medicamentos (RAM) a cualquier efecto nocivo y no intencionado producido por la administración de un fármaco a las dosis empleadas habitualmente. Las RAM constituyen una importante causa de morbimortalidad y de aumento

de costos sanitarios. Actualmente, los sistemas de farmacovigilancia permiten la identificación y prevención de los riesgos asociados al uso de medicamentos, sobre todo de los fármacos de reciente comercialización; detectan señales a partir de datos del registro mundial de RAM y, además, dan soporte a las decisiones adoptadas por las agencias reguladoras de los diferentes países. La notificación espontánea de RAM es el método más utilizado, barato y sencillo para reconocer nuevos RAMs, siendo su principal limitación la infranotificación.⁴⁷

2.2.2.2. Clasificación de la gravedad⁴⁷

La valoración de la gravedad de una RAM requiere un estudio individualizado de la notificación. Su duración e intensidad. Se han establecido 4 categorías:

- a. Letales:** Contribuyen directa o indirectamente a la muerte de un paciente.
- b. Graves:** La reacción amenaza directamente la vida del paciente, puede requerir hospitalización. (tromboembolismo pulmonar, shock anafiláctico, etc.)
- c. Moderadas:** La reacción interfiere con las actividades habituales, puede producir hospitalización, o ausencias escolares o laborales sin amenazar la vida del paciente.

d. Leves: Se presentan con un cuadro clínico fácilmente tolerado, no necesita antídoto, generalmente de corta duración y no interfieren en la vida normal del paciente.

2.2.3. Interacciones farmacológicas

Una interacción farmacológica es una reacción producida entre dos (o más) medicamentos que son administrados durante un mismo tratamiento. Las interacciones pueden afectar la manera en la que funciona un medicamento o causar efectos secundarios indeseados y pueden clasificarse de la siguiente forma:⁴⁸

- **Interacciones farmacéuticas.** Incompatibilidades físicas y químicas.
- **Interacciones farmacocinéticas.** Producidos antes de que los fármacos actúen a nivel de receptor en la vía de absorción, lugares de transporte y almacenamiento en proteínas plasmáticas y otros tejidos, biotransformación, eliminación.
- **Interacciones farmacodinámicas y terapéuticas.** Se producen durante el mecanismo de acción de los fármacos en un determinado receptor. Puede ser interacción sinérgicas o antagónicas.

2.2.4. Psicofármacos

2.2.4.1. Definición

Los psicofármacos remiten su aparición gracias a los estudios realizados por Kraepelin durante el siglo XIX, aunque su verdadero auge surgió después del descubrimiento de la clorpromazina, los primeros ansiolíticos, los primeros antidepresivos y el litio.³⁰

De esta manera se define a los psicofármacos como aquellos medicamentos cuyo efecto farmacológico se da a nivel del sistema nervioso central, induciendo cambios en procesos cognitivos, percepción, emociones, estados de sueño y en el comportamiento; sin embargo, en la actualidad, estas sustancias no son específicas por las alteraciones ocasionadas en el aparato psiquiátricos; y es que existen otras sustancias que pueden modificar, de forma secundaria, el funcionamiento psíquico como antibióticos y hormonas.³¹

Los psicofármacos ejercen su acción modificando ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales. Estas reacciones se deben a la comunicación entre neuronas (neurotransmisión) la cual implica estímulos eléctricos o químicos denominados neuroreguladores o neurotransmisores.

Entre los principales neurotransmisores se encuentran:³²

- **Dopamina:** Está relacionada con el placer, la actividad motora y el aprendizaje.

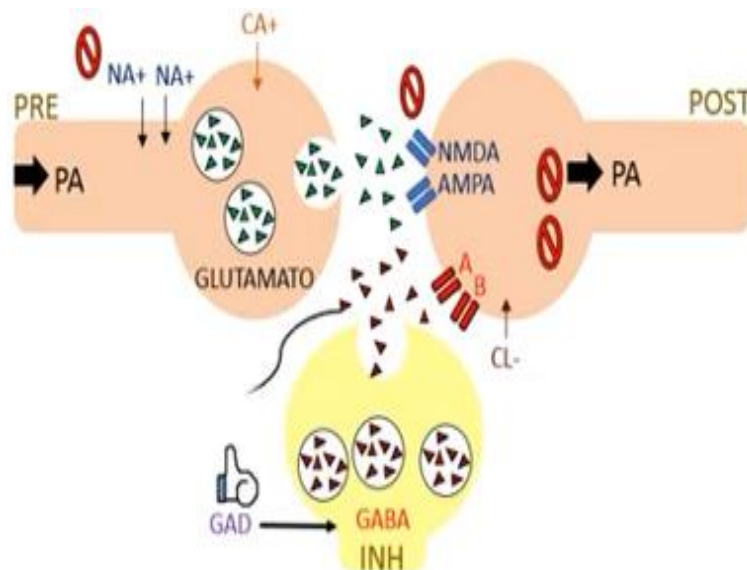
- **Acetilcolina:** Involucrada en la contracción muscular, modulación de la presión sanguínea y el tracto gastrointestinal, actividad mensajera intermediaria para pensar, memorizar y aprender.
- **Noradrenalina:** Involucrada en respuestas emocionales, la creatividad y estado de vigilia.
- **Adrenalina:** Incrementa la actividad psíquica y emocional e inhibe la memoria.
- **GABA:** Disminuye la actividad del cerebro, actúa como sedante.
- **Serotonina:** Regulador del apetito, el deseo sexual y el sueño, así como el estado de ánimo y emociones.
- **Glutamato:** Involucrado en la memoria.
- **Endorfinas:** Relacionadas con el placer, tienen efecto analgésico.
- **Melatonina:** Relacionado con el ciclo circadiano.
- **Cortisol:** Regulador endocrino, modula el estrés.
- **Histamina:** Regula el ciclo sueño-vigilia, involucrada en homeostasia en general.

2.2.4.2. Clasificación de los psicofármacos

Atendiendo a sus efectos sobre el sistema nervioso se destacan cinco categorías principales de psicofármacos actualmente aceptada en la Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC):³³

- **Estabilizadores de ánimo**

Un estabilizante del estado de ánimo es un tipo de psicofármaco utilizado para el tratamiento de trastornos del estado del ánimo, caracterizados por cambios intensos y mantenidos del ánimo. El más común es el trastorno afectivo bipolar (TAB), en el cual los estabilizadores pueden suprimir las oscilaciones entre episodios maníacos y depresivos. Estos fármacos también se utilizan para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). La mayoría de estabilizantes del estado de ánimo son también anticonvulsivos, con la excepción del litio, que es la droga estabilizadora de ánimo más antigua y mejor conocida. Los principales fármacos estabilizadores del ánimo son el litio, la carbamazepina, el valproato, la lamotrigina, la gabapentina, el topiramato y los neurolépticos atípicos.^{38,40}



Fuente: Fisiopatología.
Mecanismo de acción del Valproato

- **Antidepresivos**

Son aquellas sustancias capaces de aliviar los síntomas que caracterizan la depresión como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida.⁴¹

Los antidepresivos se pueden dividir en:

- **Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (Tricíclicos).**⁴²

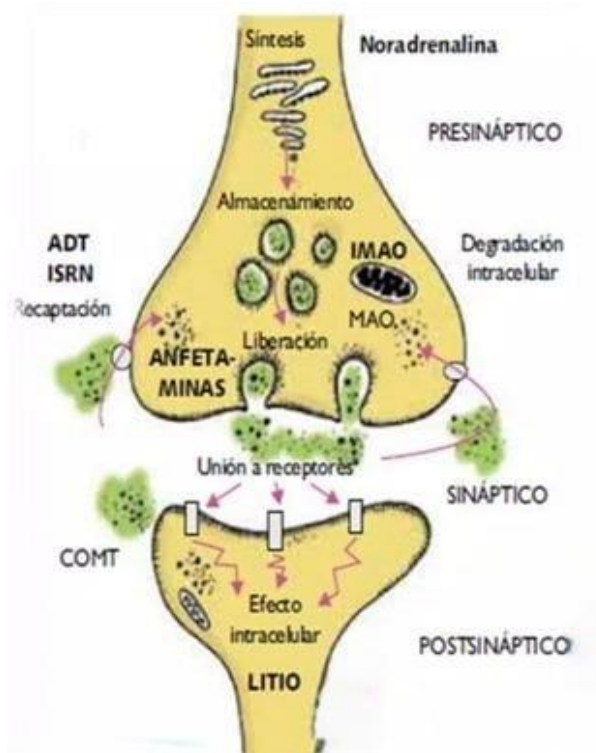
Su uso se limita al tratamiento de depresión y patologías conductuales como trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), aquí destacan fármacos como amitriptilina, nortriptilina, imipramina, clomipramina, etc.

- **Inhibidores no selectivos de la monoaminoxidasa (IMAO).**⁴²

Se conocen dos tipos de enzimas monoaminoxidasa, denominados A y B. Las de tipo A actúan preferentemente sobre la serotonina y norepinefrina, mientras que las del tipo B actúan sobre la feniletilamina. Actualmente se usan poco debido a sus interacciones con fármacos y alimentos, reemplazándolas con antidepresivos modernos. Incluyen fármacos como nialamida, fenelzina, iproniazida, etc.

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).**⁴²

Los ISRS tiene la capacidad de disminuir potentemente la acción de la bomba de la recaptación de serotonina pre sináptica, en un 60 a 80 %. Son los fármacos utilizados de primera elección en el tratamiento de la depresión, esto por su mejor tolerancia y menores efectos adversos, puesto que muchos estudios afirman que muchos de los trastornos mentales se deben a una disfunción genética en algunos de los receptores de serotonina. Algunos de los ISRS destacados son la fluoxetina, paroxetina, citalopram, sertralina, escitalopram o como segunda elección la mirtazapina, venlafaxina o duloxetina, entre otros.



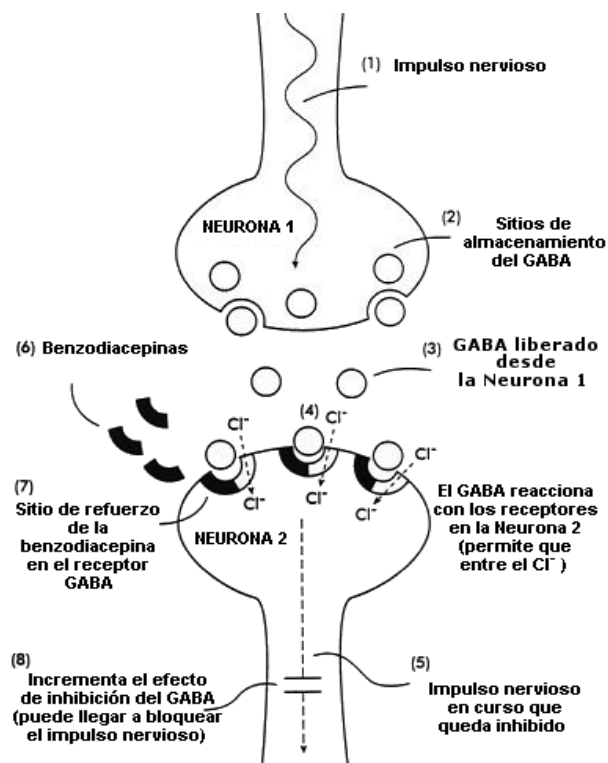
Fuente: Doctor J. Carlos M.

Mecanismo de acción de los antidepresivos.

- **Ansiolíticos**

Actúan en el sistema nervioso central generando una sensación de tranquilidad y placidez. Son considerados como tranquilizantes menores utilizándose para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y sus desórdenes. La mayoría de estos medicamentos actúan potenciando la neurotransmisión gabaérgica, y se clasifican de la siguiente manera:⁴³

- Benzodiacepinas (el grupo más utilizado). Algunos ejemplos son el clonazepam, alprazolam, diazepam, etc.
- Barbitúricos. Con un efecto hipnótico más potente, entre ellos destacan el fenobarbital y tiopental.
- Otros: Alpidem, fenitoina, meprobamato, lamotrigina, etc.



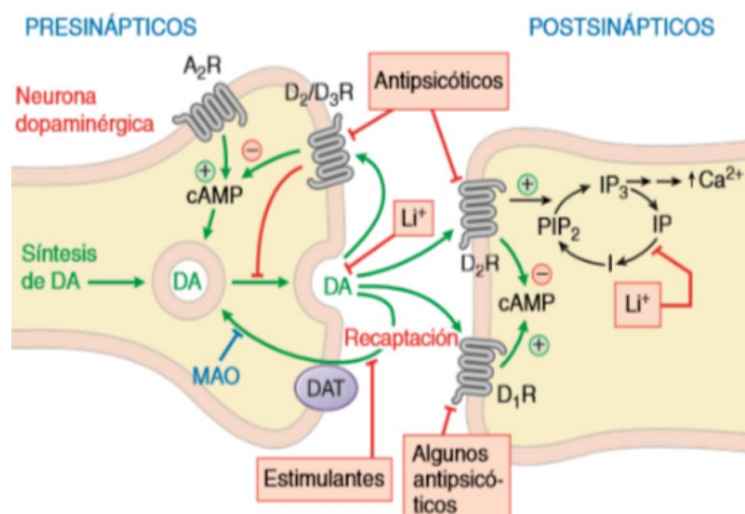
Fuente: Capítulo I - Las benzodiacepinas: como actúan en el organismo.

Mecanismo de acción de los ansiolíticos.

- **Antipsicóticos**

También llamados neurolepticos, están indicados para el tratamiento de esquizofrenia, trastorno bipolar, paranoia, psicosis, etc. Estos medicamentos actúan en los receptores dopaminérgicos D2 y, en algunos casos en los receptores serotoninérgicos 5HT2A bloqueando fuertemente sus efectos y produciendo un estado de tranquilidad e indiferencia inmediatas. Presentan una clasificación sencilla:⁴⁴

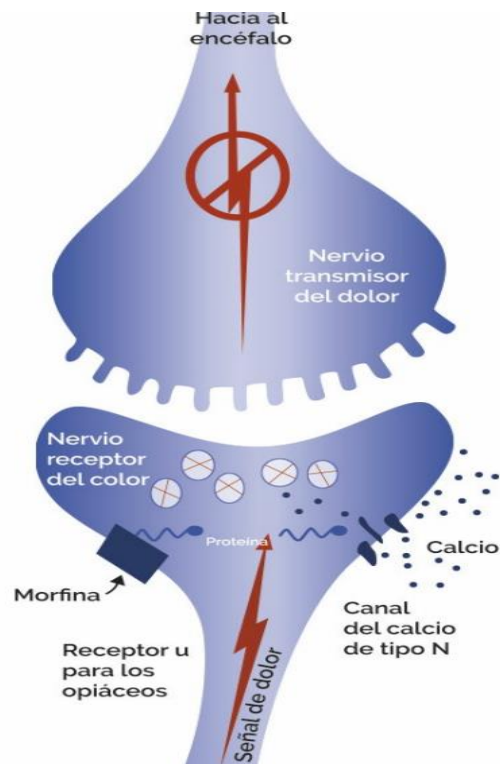
- **Típicos o clásicos.** Con mayores efectos adversos y menos efectos sobre síntomas negativos. Entre estos fármacos destacan clorpromacina, haloperidol, tiotixeno, etc.
- **Atípicos o nuevos.** Sus efectos adversos los convierten en fármacos más tolerables y tienen mejor efecto que los típicos sobre síntomas negativos. Este grupo de medicamentos incluyen a clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, etc.



Fuente: Mecanismo de acción de los antipsicóticos. Extraída de Goodman and Gilman, 12^o edición, 2012.

- **Euforizantes y Nootrópicos**

Los euforizantes son sustancias cuyo fin es la sobreestimulación neurológica, inducen estados de felicidad, reduce la ansiedad, controlan del estrés y producen relajación. Aquí incluimos a los cannabinoides, opioides y alcohol. Por otra parte, los nootrópicos son sustancias que activan las funciones mentales, como memoria, atención, cognición, concentración, entre otros. Aquí se incluyen a las anfetaminas, cafeína, nicotina, etc.⁴⁵



Fuente: Farmacología de opioides potentes.
Mecanismo de acción de los opioides.

Tabla N° 01. Principales psicofármacos indicados en trastornos mentales y sus reacciones adversas.

Trastornos Depresivos	
Amitriptilina	RAMs: náuseas, diarrea, estreñimiento, sequedad
Fluoxetina	de boca, dispepsia, agitación, ansiedad, mareos,
Sertralina	insomnio, nerviosismo.
Ansiedad generalizada y trastornos de sueño	
Alprazolam	RAMs: debilidad muscular, mareos, ataxia,
Clonazepan	sedación, alteraciones de la memoria, visión
Diazepam	borrosa.
Trastornos obsesivos compulsivos y ataques de pánico	
Clomipramina	RAMs: diarrea, constipación, nerviosismo, disminución de la capacidad sexual.
Trastornos psicóticos	
Olanzapina	RAMs: síndrome pseudoparkinsoniano,
Risperidona	somnolencia, mareos, aumento de peso,
Quetiapina	resequedad de la boca, estreñimiento.
Trastornos bipolares	
Carbamazepina	RAMs: agitación, temblores, sudoración, vértigo,
Litio carbonato	somnolencia, cefalea.
Valproato sódico	
Trastornos de hiperactividad	
Metilfenidato	RAMs: mareos, insomnio y alteraciones visuales.

Fuente: Ministerio de Salud. Petitorio Nacional Único de Medicamentos esenciales para el sector salud [Internet]. Lima: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas; 2015.⁴⁶

2.3. Definición de términos básicos

- **Acido gamma-aminobutírico (GABA):** Es el principal neurotransmisor inhibitorio en el sistema nervioso central.⁴⁹
- **Anticolinérgicos:** Son medicamentos que bloquean la acción de la acetilcolina, un neurotransmisor o un mensajero químico que transmite señales entre ciertas células para influir en la operación del cuerpo.⁵⁰
- **Antipsicóticos:** Medicamento que se usa para tratar los síntomas de un trastorno mental, como alucinaciones, delirios y demencia.⁵¹
- **Astenia:** Es un término médico referido a la fatiga. La fatiga crónica se ha convertido en una de las razones para buscar atención médica.⁵²
- **Déficit de atención con hiperactividad (TDAH):** Trastorno mental que incluye un conjunto de problemas persistentes, como dificultad para prestar atención, hiperactividad y comportamiento impulsivo.⁵³
- **Epigenética:** El estudio de los cambios que activan o desactivan los genes sin alterar la secuencia del ADN, debido a la edad y la exposición a factores ambientales.⁵⁴
- **Extrapiramidal:** Es una red nerviosa que forma parte del sistema nervioso central y parte del sistema motor, involucrada en la coordinación de movimientos.⁵⁵
- **Farmacoepidemiología:** estudia la frecuencia de ocurrencia de enfermedades, fenómenos, condiciones y eventos relacionados con la salud.⁵⁶
- **Farmacogenética:** Para predecir con antelación cuál será el mejor fármaco o la mejor dosis para una persona.⁵⁷

- **Monoamina:** Referido a los neurotransmisores que contienen un grupo amina en su estructura química, entre ellos están la adrenalina, dopamina, serotonina, etc.⁵⁸
- **Monoterapia:** es un fármaco único que se utiliza para tratar una enfermedad o afección.⁵⁹
- **Multifacético:** Persona que se caracteriza por tener muchas habilidades o capacidades.⁶⁰
- **Neuropsiquiatría:** Que estudia y trata los trastornos mentales o del comportamiento que se presentan en pacientes con afecciones neurológicas.⁶¹
- **Polifarmacia:** Consumo simultáneo de más de tres fármacos, lo cual es una condición muy común en los ancianos debido a la coexistencia de varias comorbilidades.⁶²
- **Psicomotor:** Concepto integrado de materia, que se ocupa de la interacción establecida entre el conocimiento y las emociones.⁶³

III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Unidad de análisis, universo y muestra

3.1.1. Unidad de análisis

Paciente tratado en el Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de vida” – Cajamarca.

3.1.2. Universo

Está constituido por 240 pacientes tratados en el Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de vida – Cajamarca.

3.1.3. Muestra

Estuvo conformada por 148 pacientes tratados en el Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de vida” - Cajamarca. El muestreo se realizó de forma aleatoria y la magnitud fue determinada en función de la población total con ayuda de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N - 1) + Z^2PQ}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra a calcular.

Z = Valor tabulado 1,96, distribución al 95% de confianza.

p = Proporción de individuos que poseen la característica de análisis.

Este dato es desconocido y se suele suponer que p = q = 0,5.

N = Tamaño del universo = 240

e = Margen de error máximo que se admite (5%) = 0,05

$$n = \frac{240 (1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,05)^2 (240 - 1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

$$n = \frac{240 (3,8416) (0,25)}{(0,0025) (239) + (3,8416) (0,25)}$$

$$n = \frac{240 (0,9604)}{0,5975 + 0,9604}$$

$$n = \frac{230,496}{1,5579}$$

$$n = 148$$

Para elegir la muestra se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión**

- Pacientes que reciban atención en el Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de vida”.

- Pacientes que estén llevando un tratamiento con algún psicofármaco.
 - Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado para formar parte del estudio.
- **Criterios de exclusión**
 - Pacientes que no recuerden información necesaria para completar el estudio como el nombre y/o dosis de los fármacos prescritos.
 - Pacientes con patologías mentales en estados avanzados, que no les permita colaborar con el objetivo de la investigación.

3.2. Métodos de investigación

3.2.1. Nivel de investigación

La investigación se llevó a cabo desde un nivel descriptivo, ya que se orientará a detallar y explicar características de los efectos ocasionados por los psicofármacos en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de vida” - Cajamarca.

3.2.2. Tipos de investigación

- **De acuerdo al fin que se persigue**

La investigación es de tipo básica, ya que su prioridad está centrada en incrementar los conocimientos sobre el objeto de estudio a partir del análisis de la información y los conocimientos ya existentes.

- **De acuerdo a la técnica de contrastación de la hipótesis**

Se diseñó una investigación de tipo no experimental, observacional, pues no se realizó ningún tipo de intervención por parte de las investigadoras durante la recolección de datos, ni tampoco se manipularon intencionalmente a las variables de estudio.

- **De acuerdo a la secuencia temporal de recolección de datos**

La presente investigación se llevó a cabo bajo un enfoque transversal, ya que se realizó una sola observación y se midieron las variables en una sola oportunidad.

3.3. Técnicas de investigación

La técnica que se utilizó para la recolección de datos en la presente investigación fue una encuesta y para ello se realizaron las siguientes actividades:

3.3.1. Elaboración del instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizó en la presente investigación fue un cuestionario de recolección de datos (Anexo N° 02), la cual fue elaborada tomando en cuenta las dimensiones e indicadores del cuadro de operacionalización de variables y los datos necesarios para cumplir con el objetivo de la investigación. El cuestionario de recolección de datos

está conformado por 15 ítems distribuidos en 5 secciones y fue validado por juicio de expertos antes de su aplicación.

3.3.2. Validación del instrumento por juicio de expertos

La validación del cuestionario de recolección de datos se realizó con la cooperación de un grupo de profesionales expertos en el área de farmacoterapéutica, farmacia comunitaria y/o con experiencia en investigación y validación de instrumentos. Para el proceso de validación, se hizo llegar el cuestionario de recolección de datos junto al título, objetivos, operacionalización de variables, y otros detalles del proyecto de investigación que los jueces solicitaron de forma específica. Para la puntuación del instrumento, se facilitó una ficha de validación a los profesionales colaboradores, dicha ficha estuvo constituida por 09 criterios de evaluación entre los que destacan objetividad y claridad con la que fue planteado el instrumento. Esta ficha fue usada para calificar al cuestionario, teniendo en cuenta que la concordancia del instrumento debía ser mayor o igual a 0,6 para considerar válido el instrumento según la escala de Kappa (K).

3.3.3. Solicitud de permiso al Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de vida, para la ejecución de la investigación

Previamente a la recolección de información, se emitió una solicitud al director del Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de vida”, del cual se obtuvo la aprobación de ejecutar el plan de investigación con pacientes del nosocomio que cumplan con los criterios de selección.

3.3.4. Recolección de datos

Para la recolección de datos, los 148 pacientes fueron captados en las instalaciones del Centro de Salud Mental, en el cual se les informó sobre la investigación y se solicitó el consentimiento para empadronarlos en una base de datos como parte de la muestra del estudio. Luego de esto se realizó la encuesta programada; cabe resaltar que se protege la identidad de cada uno de los pacientes.

3.3.5. Encuesta a los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de vida.

La información necesaria para tal estudio fue obtenida con ayuda de un cuestionario de recolección de datos (Anexo N° 02) mediante una encuesta realizada a los pacientes o a sus acompañantes. Debido a la actual crisis sanitaria, durante el desarrollo del trabajo se cumplió con los protocolos establecidos por las autoridades de salud para evitar contagio

de COVID-19. De acuerdo a la estructura del instrumento, se dispuso de 15 ítems organizados en 5 secciones para obtener a los siguientes datos:

- **Sección I: Características socioculturales del paciente.** En esta sección del instrumento se recolectaron datos de cada paciente como sexo, edad, zona de residencia, nivel académico y ocupación.
- **Sección II: Características de la enfermedad.** En la segunda parte del cuestionario se documentaron datos sobre el diagnóstico mental del paciente, el tiempo de enfermedad, su cuadro clínico y las comorbilidades con otras patologías.
- **Sección III: Características del tratamiento farmacológico.** En esta sección se recogieron datos sobre los medicamentos utilizados por los pacientes encuestados, tanto de su tratamiento psicofarmacológico como de otro tipo, así mismo se obtuvieron datos sobre el cumplimiento, reacciones adversas y recepción de indicaciones por parte del Químico Farmacéutico.
- **Sección IV: Reacciones adversas a los medicamentos.** Esta sección está constituida por una tabla en la que se detallaron las características de los RAMs detectados. La tabla se llenó después de realizada la encuesta y analizar los datos de la sección III.

- **Sección V: Interacciones farmacológicas.** Esta sección está constituida por una tabla en la que se detallaron las características de las interacciones farmacológicas detectados. La tabla se llenó después de realizada la encuesta y analizar los datos de la sección III.

Luego de obtener la información necesaria y de realizar el análisis y detección de RAMs e interacciones, se procedió a construir una base de datos general, la cual sirvió para procesar y discutir los resultados obtenidos.

3.4. Instrumento

El instrumento utilizado en la presente investigación fue un cuestionario de detección de reacciones adversas e interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de Vida”, Cajamarca (Anexo N° 02).

3.5. Técnicas de análisis de datos

Se tabularon y graficaron los datos obtenidos con ayuda del software Microsoft Office Excel 2018. Al tratarse de una investigación de nivel descriptivo no se hizo uso de análisis estadístico y la discusión y conclusiones se obtuvieron en función del análisis crítico de los resultados.

3.6. Aspectos éticos de la investigación

Entre algunos de los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta para el desarrollo de la investigación están:

- La total libertad que se brindó a los participantes del estudio, mediante el uso de un consentimiento informado el cual firmaron por su propia decisión y voluntad.
- La protección de la identidad de los pacientes en el reporte de los resultados; para esto los cuestionarios de recolección de datos fueron solamente enumeradas y la información obtenida es anónima, estos datos fueron tratados con total prudencia y confidencialidad al momento de publicarlos.
- De igual manera se deja constancia de que la información reportada en los resultados de la investigación es veraz y confiable, los datos no son alterados y el trabajo se realizó de manera transparente.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 02: Datos generales de la población encuestada.

		N	%	Total (%)
SEXO	Masculino	64	43,2	100
	<i>Femenino</i>	78	52,7	
	No define	5	3,4	
	No binaria	1	0,7	
EDAD	De 11 a 20 años	48	32,4	100
	<i>De 21 a 30 años</i>	67	45,3	
	De 31 a 40 años	5	3,4	
	De 41 a 50 años	18	12,2	
	De 51 a 60 años	10	6,8	
ZONA DE RESIDENCIA	Urbano	64	43,2	100
	<i>Rural</i>	84	56,8	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	11	7,4	100
	Secundaria	56	37,8	
	<i>Superior</i>	79	53,4	
	Ninguno	2	1,4	
OCUPACIÓN	Profesional de la salud	24	16,2	100
	Otro profesional	15	10,1	
	Comerciante	15	10,1	
	<i>Estudiante</i>	77	52,0	
	Ama de casa	6	4,1	
	Agricultura	3	2,0	
	Ingeniero	7	4,7	
	Desempleado	1	0,7	

Interpretación: En la tabla N° 2 se puede observar las principales características de los pacientes encuestados, resaltando que la mayoría fueron mujeres (52,7%), con una edad de entre 21 a 30 años (45,3%), mayormente residente del área rural (56,8%), con grado de instrucción superior (53,4%), resaltando que gran parte son estudiantes (52%).

Tabla N° 03: Diagnostico que un profesional de psicología/psiquiatría brindó a los pacientes.

Diagnostico	N	%
Depresión mayor	60	40,54
Trastorno de ansiedad generalizada	31	20,95
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	20	13,51
Trastorno límite de la personalidad	6	4,05
Otro	4	2,70
Diversos	27	18,24
TOTAL	148	100

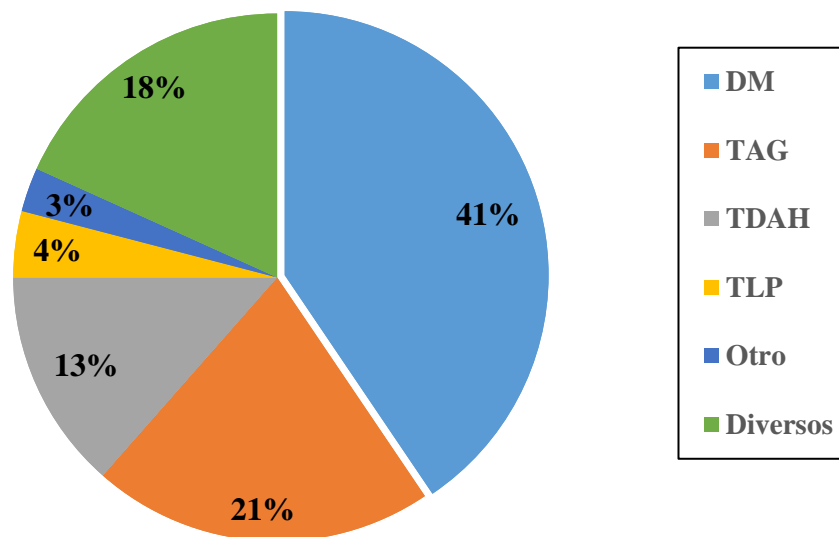


Gráfico N° 1: Diagnostico que un profesional de psicología/psiquiatría brindó a los pacientes.

Interpretación: En la tabla N° 3 y gráfico N° 1 se puede observar que en su mayoría los pacientes han sido diagnosticados con depresión mayor (41%), resaltando también los trastornos de ansiedad generalizada (21%); los pacientes que presentan dos o más diagnósticos representan el 18%.

Tabla N° 4: Tiempo desde que el paciente fue diagnosticado.

Tiempo	N	%
2 - 4 meses	13	8,78
5 - 7 meses	41	27,70
8 - 11 meses	35	23,65
1 - 2 años	28	18,92
3 - 4 años	25	16,89
5 - 7 años	6	4,05
TOTAL	148	100

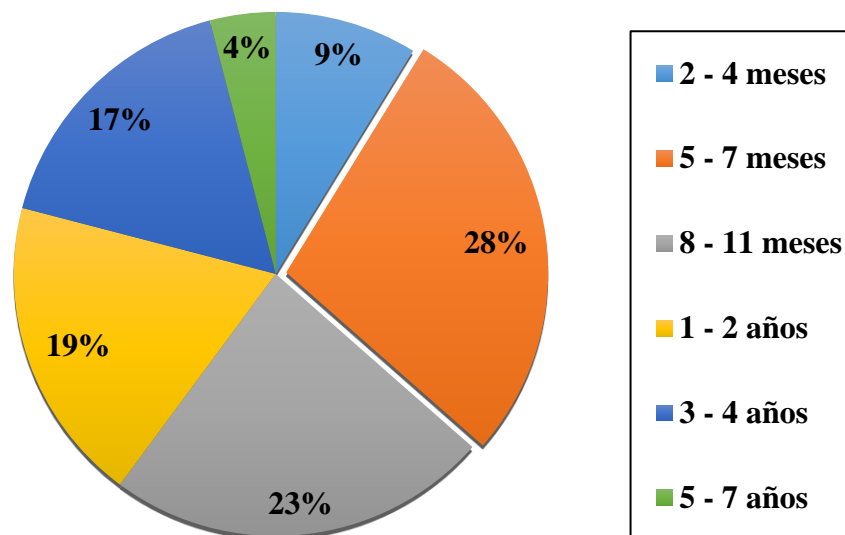


Gráfico N° 2: Tiempo desde que el paciente fue diagnosticado.

Interpretación: En la tabla N° 4 y gráfico N° 2 se puede observar que gran parte de los pacientes fueron diagnosticados entre los 5 a 7 meses (28%), también se puede observar que el 9% de pacientes fue diagnosticado a temprana etapa (2 - 4 meses), y el 4% de pacientes fueron diagnosticados en una etapa tardía (5 - 7 años).

Tabla N° 5: Principales síntomas que presentaron los pacientes antes de su diagnóstico.

Síntomas		N	%
a	Tristeza sin motivo aparente	18	12,2
b	Sensación de desesperación	28	18,9
c	Desgano y cansancio excesivo	16	10,8
d	Inquietud y exceso de energía	12	8,1
e	Dificultad para controlar las emociones	22	14,9
f	Impulsividad	24	16,2
g	Pensamientos extraños	17	11,5
h	Alucinaciones auditivas o visuales	11	7,4
TOTAL		148	100

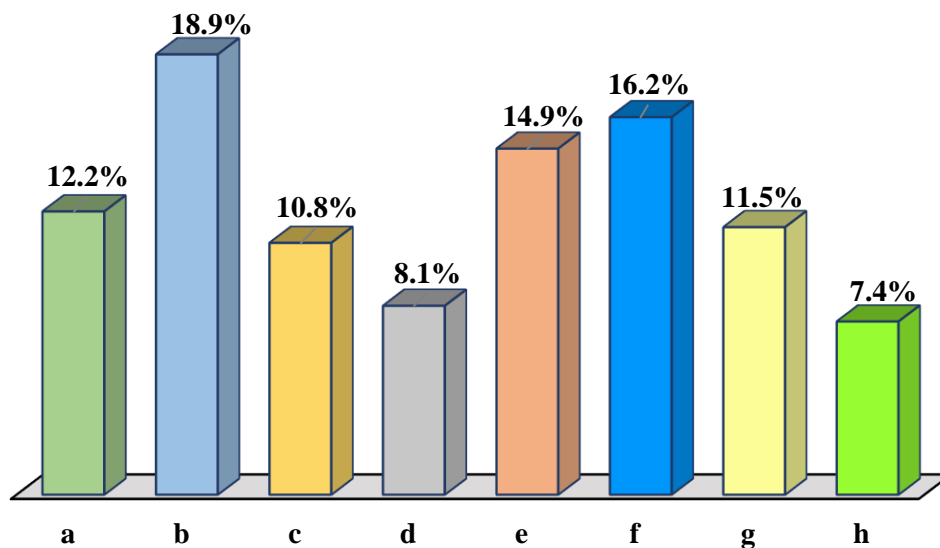


Gráfico N° 3: Principales síntomas que presentaron los pacientes antes de su diagnóstico.

Interpretación: En la tabla N° 5 y gráfico N° 3 se observa que, de los pacientes encuestados, el síntoma con mayor prevalencia es la sensación de desesperación (18,9%), seguido por la impulsividad (16,2%) y la dificultad para controlar sus emociones (14,4%).

Tabla N° 6: Otra enfermedad o problema de salud que presentaron los pacientes.

		N	%
a	Diabetes	5	3,4
b	Hipertensión arterial	8	5,4
c	Colesterol o triglicéridos elevados	4	2,7
d	Gastritis	0	0
e	Artrosis	2	1,4
f	Asma o enfermedad pulmonar obstructiva	2	1,4
g	Ninguna	127	85,8
TOTAL		148	100

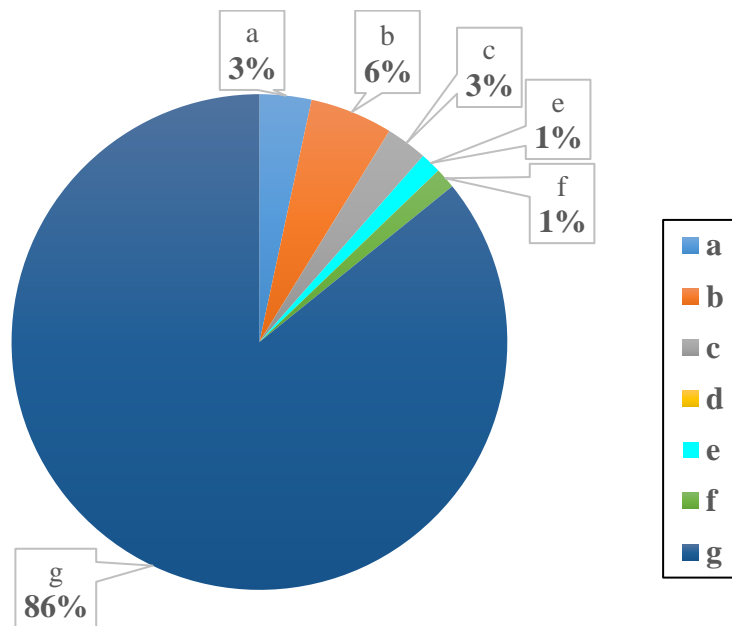


Gráfico N° 4: Otra enfermedad o problema de salud que presentaron los pacientes.

Interpretación: En la tabla N° 6 y gráfico N° 4 se observa que el 86% de pacientes encuestados no tienen ninguna enfermedad, teniendo en un 6% la hipertensión arterial como una enfermedad poco frecuente.

Tabla N° 7: Medicamentos consumidos por los pacientes.

Medicamento	Indicación	Dosis	Tiempo de consumo
Sertralina	DM, TAG, TOC	25 - 100 mg	2 - 9 meses
Clonazepam	TOC, TAG	0,25 - 2 mg	1 - 10 días
Carbamazepina	Convulsiones	200 - 800 mg	3 - 5 semanas
Alprazolam	TAG, T. de pánico	0,5 - 5 mg	1 - 4 semanas
Risperidona	Esquizofrenia, T. psicóticos	1 - 4 mg	1 - 4 meses
Quetiapina	Esquizofrenia, T. bipolar	50 - 600 mg	1 - 9 semanas
Gabapentina	Convulsiones	600 - 2400 mg	1 - 3 meses
Valproato de sodio	Convulsiones, T. bipolar	200 - 800 mg	De por vida
Olanzapina	Psicosis aguda y crónica	10 - 15 mg	2 - 6 meses
Fluoxetina	DM, TAG	10 - 20 mg	2 - 9 meses
Escitalopram	TOC, T. angustia	5 - 10 mg	1 - 6 meses
Amitriptilina	DM, Dolor neuropático	25 -50 mg	3 - 9 meses
Pregabalina	TAG, Dolor neuropático	50 - 150 mg	1 - 3 meses
Aripiprazol	Convulsiones, T. bipolar	10 - 20 mg	1 - 3 meses
Lamotrigina	Convulsiones. T. bipolar	25 - 100 mg	1 - 4 semanas
Venlafaxina	DM, TAG, T. de pánico	50 -75 mg	1 - 4 semanas
Haloperidol	Psicosis aguda y crónica	0,5 - 2 mg	2 - 12 meses

Interpretación: En la tabla N° 7 se observa que de los medicamentos consumidos por los pacientes podemos determinar que gran parte de ellos son recetados por un tiempo no mayor a un año, a excepción del valproato de sodio que se recomienda consumir de por vida, cabe resaltar que el paciente luego de terminar su tratamiento se le hace un nuevo diagnóstico y así poder determinar si se le cambia de medicamento o si se le aumenta la dosis.

Tabla N° 8: El paciente cumple con el tratamiento brindado por su especialista.

	N	%
Siempre	99	66,9
Casi siempre	31	20,9
A veces	18	12,2
Muy pocas veces	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	148	100

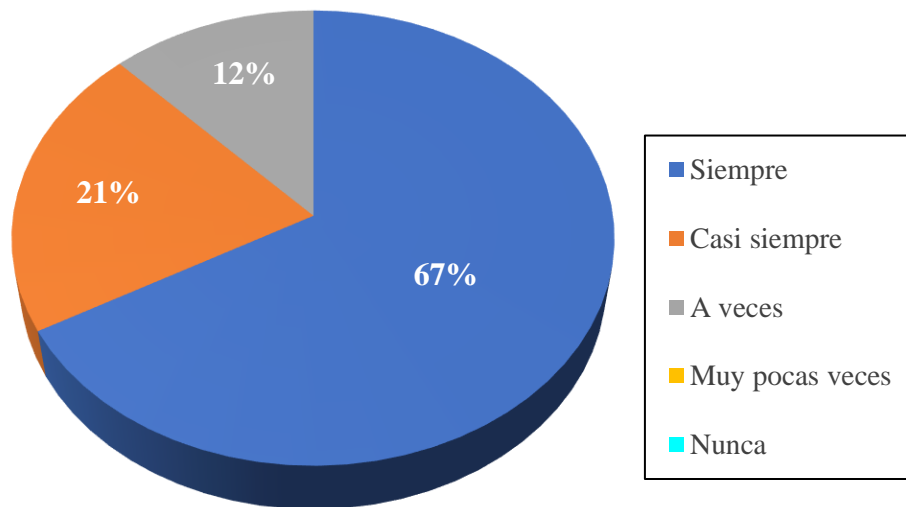


Gráfico N° 5: El paciente cumple con su tratamiento brindado por su especialista.

Interpretación: En la tabla N° 8 y gráfico N° 5 se observa que el 67% de pacientes cumplen siempre con el tratamiento estipulado por su especialista, el 21% de pacientes casi siempre cumplen con su tratamiento, seguido por los pacientes que a veces cumplen su tratamiento (12%).

Tabla N° 9: El paciente siente alguna molestia al consumir sus medicamentos.

		N	%
a	Dolor de cabeza	26	17,6
b	Dolor de estomago	21	14,2
c	Diarrea	17	11,5
d	Sueño excesivo	7	4,7
e	Temblores repentinos	9	6,1
f	Insomnio	18	12,2
g	Aumento de apetito	16	10,8
h	Ninguno	23	15,5
i	Otros	11	7,4
TOTAL		148	100

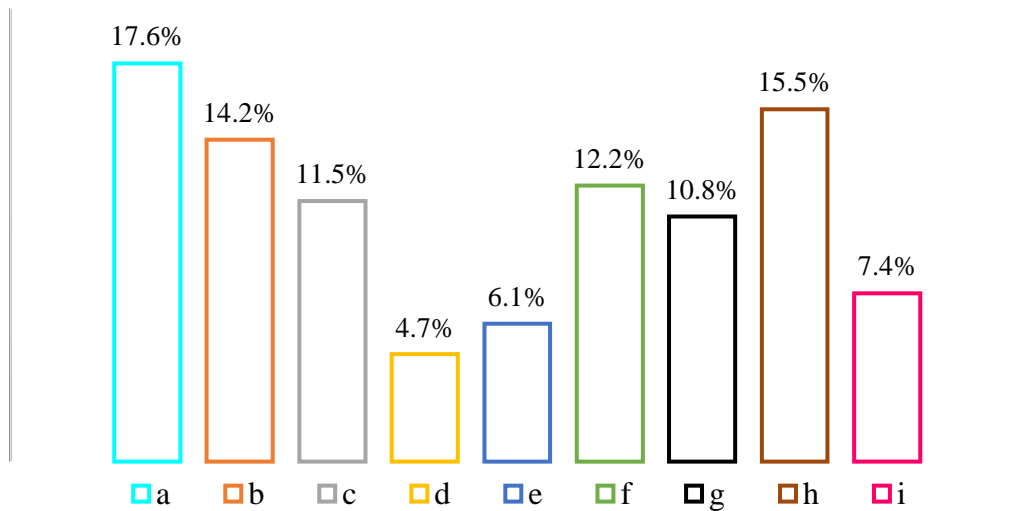


Gráfico N° 6: El paciente siente alguna molestia al consumir sus medicamentos.

Interpretación: En la tabla N° 9 y gráfico N° 6 se observa que gran parte de los pacientes sienten dolor de cabeza (17,6%), a su vez el 15,5% no presenta ningún síntoma, y el 7,4% presentan otros síntomas al consumir sus medicamentos.

Tabla N° 10: El Químico Farmacéutico brindó información de los medicamentos que recibe los pacientes.

	N	%
Siempre	108	73,0
A veces	37	25,0
Nunca	3	2,0
TOTAL	148	100

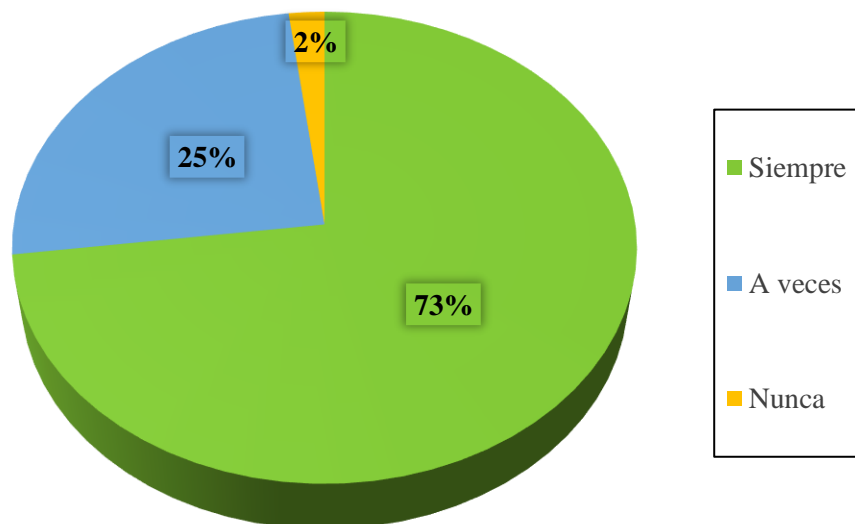


Gráfico N° 7: El Químico Farmacéutico brindó información de los medicamentos que recibe los pacientes.

Interpretación: En la tabla N° 10 y gráfico N° 7 se observa que el 73% de pacientes recibió información de parte del Químico Farmacéutico sobre los medicamentos que consume, el 25% afirmaron que a veces reciben información, y a su vez el 2% nunca recibió información sobre sus medicamentos.

Tabla N° 11: Psicofármacos prescritos más utilizados por los pacientes.

Medicamento	Frecuencia		Clasificación
	N	%	
Sertralina	75	21,2	Antidepresivo
Clonazepam	52	14,7	Ansiolítico
Carbamazepina	39	11,0	Estabilizador de ánimo
Alprazolam	35	9,9	Ansiolítico
Risperidona	29	8,2	Antipsicótico
Quetiapina	28	7,9	Antipsicótico
Gabapentina	28	7,9	Estabilizador de ánimo
Valproato de sodio	25	7,1	Estabilizador de ánimo
Olanzapina	12	3,4	Antipsicótico
Fluoxetina	8	2,3	Estabilizador de ánimo
Escitalopram	7	2,0	Antidepresivo
Amitriptilina	6	1,7	Antidepresivo
Pregabalina	3	0,8	Estabilizador de ánimo
Aripiprazol	2	0,6	Antipsicótico
Lamotrigina	2	0,6	Estabilizador de ánimo
Venlafaxina	1	0,3	Antidepresivo
Haloperidol	1	0,3	Antipsicótico
TOTAL	353	100	

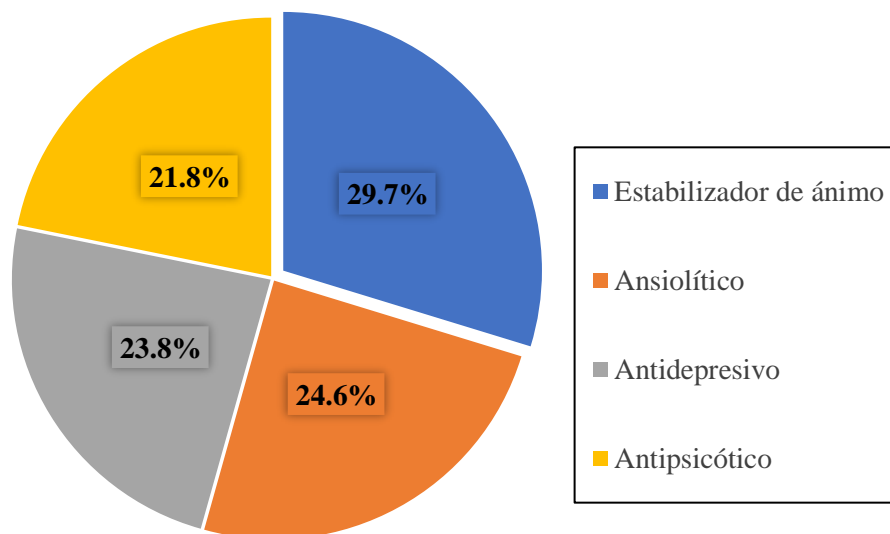


Gráfico N° 8: Psicofármacos prescritos más utilizados por los pacientes.

Interpretación: En la tabla N° 11 y gráfico N° 8 se observa que los fármacos más consumidos son los estabilizadores de ánimo con un 29,7% seguido por los ansiolíticos con un 24,6%, los antidepresivos representan el 23,8%, y por último tenemos a los antipsicóticos con un 21,8%.

Tabla N° 12: RAMs que se presentaron y se clasificaron según su gravedad.

RAMs	Frecuencia		Clasificación
	N	%	
Fatiga	77	16,0	Leve
Dolor de cabeza	68	14,1	Leve
Aumento de peso	52	10,8	Moderado
Mareos	49	10,2	Moderado
Anorexia	42	8,7	Grave
Insomnio	41	8,5	Leve
Disminución de lívido	38	7,9	Moderado
Dificultad para concentrarse	32	6,6	Moderado
Amnesia	32	6,6	Grave
Visión borrosa	17	3,5	Moderado
Ansiedad	15	3,1	Moderado
Euforia	11	2,3	Moderado
Retraso menstrual y dolor de senos	6	1,2	Moderado
Ninguno	2	0,4	-
TOTAL	482	100	

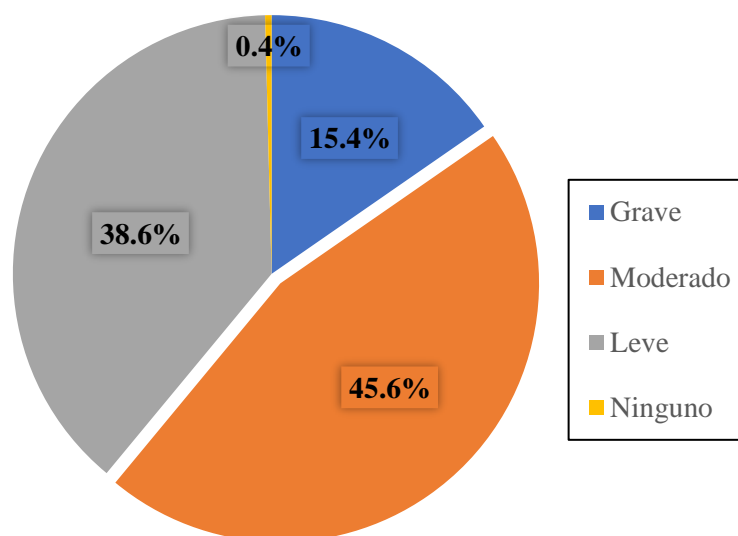


Gráfico N° 9: RAMs que se presentaron y se clasificaron según su gravedad.

Interpretación: En la tabla N° 12 y gráfico N° 9 se observa que las RAMs más frecuentes según su gravedad son las de tipo moderado con un 45,6%, seguido por las RAMs de tipo leve con un 38,6%, también se presentaron RAMs de tipo grave con un 15,4%; a su vez se encontró pacientes que no presentaron ninguna RAM siendo estos un 0,4%.

Tabla N° 13: Interacciones farmacológicas que se obtuvo.

Interacción	Frecuencia		Clasificación
	N	%	
Sertralina – AAS	6	42,9	I. Farmacéutica
Clonazepam - Valproato de sodio	5	35,7	I. Farmacodinámica
Carbamazepina - Olanzapina	3	21,4	I. Farmacéutica
TOTAL	14	100	

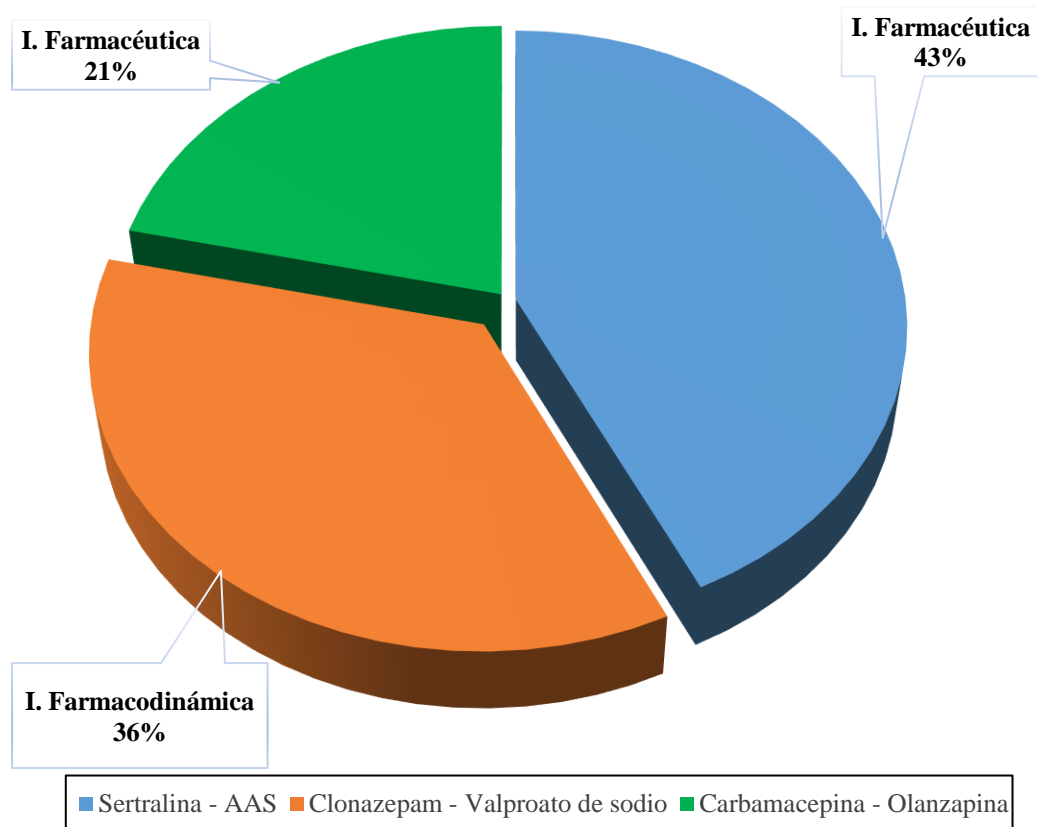


Gráfico N° 10: Interacciones farmacológicas que se obtuvo.

Interpretación: En la tabla N° 13 y gráfico N° 10 se observa que la interacción más frecuente es la sertralina con ácido acetilsalicílico (43%) siendo un antidepresivo con un analgésico (I. Farmacéutica), seguido por el clonazepam con valproato de sodio (36%) siendo un ansiolítico con un estabilizador de ánimo (I. Farmacodinámica), por último, tenemos a la carbamazepina con olanzapina (21%) siendo un estabilizador de ánimo con un antipsicótico (I. Farmacéutica).

V. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito la detección temprana de reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes. Además, se identificaron la prevalencia de distintos trastornos mentales, a su vez identificar los principales fármacos que se prescriben para tratar a los pacientes, y clasificar las reacciones adversas de los psicofármacos y sus posibles interacciones farmacológicas detectadas en dichos pacientes; para ello se diseñó un cuestionario, y dicho instrumento fue aplicado en 148 pacientes del centro de salud mental comunitario “Esperanza de vida” - Cajamarca.

Como objetivo específico de esta investigación se consideró determinar la prevalencia de diversos trastornos mentales entre los pacientes encuestados, con un enfoque en la alteración significativa de la cognición como característica central de estos trastornos. Los resultados revelaron hallazgos significativos que respaldan la relación entre los trastornos mentales y la necesidad de una atención clínica adecuada. Estos resultados están en sintonía con la teoría que sustenta nuestro estudio, basada en la investigación realizada por Kumar N et al. (2017) en la India, titulada "Adverse Drug Events in Patients with Mental Disorder in an Ambulatory Setting". En el presente estudio, se encontró que el 41% de los pacientes encuestados padecen de depresión mayor, el 21% sufre de trastorno de ansiedad generalizada, el 13,5% presenta trastorno de déficit de atención e hiperactividad, y el 4% muestra síntomas de trastorno límite de la personalidad. Estos resultados se asemejan a los hallazgos

obtenidos por Kumar N et al. (2017), quienes investigaron la prevalencia de trastornos mentales en una población diferente, pero también utilizaron encuestas como método de recopilación de datos. La investigación de Kumar N et al. (2017) se centró en pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión, y sus resultados mostraron una alta prevalencia de eventos farmacológicos adversos relacionados con el sistema nervioso central y otros sistemas orgánicos. A pesar de las diferencias en los enfoques de ambos estudios, es interesante notar que ambas investigaciones revelaron la importancia de comprender la complejidad de los trastornos mentales y sus implicaciones para la atención ambulatoria. La coincidencia en la identificación de una alta prevalencia de trastornos mentales subraya la necesidad de una atención integral para los pacientes que sufren de estas condiciones. La relación entre los resultados de ambos estudios sugiere que los trastornos mentales son una preocupación global y que la aplicación de encuestas puede ser una herramienta valiosa para evaluar la salud mental en diferentes contextos y poblaciones. En conclusión, la presente investigación contribuye a la comprensión de la prevalencia de trastornos mentales en nuestra población de estudio y respalda la importancia de la atención clínica adecuada para abordar estos trastornos. La relación con la teoría de Kumar N et al. (2017) resalta la relevancia de investigaciones interdisciplinarias que aborden los desafíos de la salud mental en distintas comunidades y contextos clínicos.

En el siguiente objetivo específico, consistió en identificar los principales fármacos que se prescriben a pacientes con trastornos mentales. Nuestros resultados revelan similitudes notables con la investigación realizada por

Agostini-Zampieron M et al (2015) en Argentina, titulada "Uso de psicofármacos en un grupo de adultos mayores de Rosario, Argentina". Esta investigación proporciona una sólida base teórica para nuestro estudio y nos ayuda a contextualizar nuestras conclusiones. Según nuestros hallazgos, los medicamentos más consumidos por pacientes con trastornos mentales son los estabilizadores de ánimo, con un 29,7% de prescripciones, destacando la carbamazepina, gabapentina y el valproato de sodio. Además, los ansiolíticos representan el 24,6% de las prescripciones, con el clonazepam y el alprazolam como destacados. Los antidepresivos constituyen el 23,8% de las prescripciones, y la sertralina es uno de los más utilizados. Finalmente, los antipsicóticos representan el 21,8% de las prescripciones, con la risperidona y la quetiapina como los fármacos más comunes. Estos resultados coinciden en gran medida con los hallazgos de Agostini-Zampieron M et al (2015), quienes también encontraron que ciertos tipos de fármacos son prevalentes en el tratamiento de trastornos mentales. En su estudio, observaron que las benzodiacepinas se consumieron en un 67%, los antidepresivos en un 30%, y los antipsicóticos en un 3%. Esta concordancia entre los dos estudios refuerza la consistencia de la prescripción de fármacos en el tratamiento de trastornos mentales, independientemente de la ubicación geográfica o el grupo de edad de los pacientes. En resumen, tanto nuestro estudio como la investigación de Agostini-Zampieron M et al (2015) destacan la importancia de los fármacos en el tratamiento de trastornos mentales, respaldando la práctica común de psicólogos y psiquiatras en la prescripción de estos medicamentos. Además, ambas investigaciones subrayan la necesidad de comprender mejor cómo se

utilizan estos psicofármacos en diferentes grupos de pacientes y en distintas regiones geográficas para mejorar la atención y el manejo de los trastornos mentales.

También se consideró clasificar las reacciones adversas según su gravedad y posibles interacciones farmacológicas en los tratamientos brindados a los pacientes, en los resultados recopilados en la tabla N° 12 y gráfico N° 9, se muestran las reacciones adversas donde se obtuvo que las RAMs más frecuentes según su gravedad son las de tipo moderado con 45,6% donde resaltan el aumento de peso y los mareos, a su vez tenemos a las RAMs de tipo leve con 38,6% resaltando la fatiga y el dolor de cabeza, por último, tenemos a las RAMs de tipo grave con 15,4% donde prevalece la anorexia y la amnesia. Los resultados obtenidos en la presente investigación difieren con lo obtenido en la investigación de Valdivieso G (2021), quien en su investigación obtuvo que las RAMs más frecuentes en el consumo de psicofármacos son la ansiedad y depresión (de tipo moderado), e insomnio (de tipo leve). Aunque este estudio también investiga las reacciones adversas de los psicofármacos, difiere de nuestra investigación en términos del enfoque situacional, ya que el estudio antes mencionado fue realizado en pacientes con un cuadro de Covid-19, y nuestra investigación ha sido realizada en pacientes de un centro de salud mental que no presentaban ningún cuadro aparente. Para determinar las posibles interacciones farmacológicas de este objetivo, tuvimos en cuenta los psicofármacos que los pacientes consumían, de estos llegamos a deducir algunas posibles interacciones que se muestran en la tabla N° 13 y gráfico N° 10, las interacciones se presentaron por combinar algunos medicamentos tales

como la interacción farmacéutica entre la sertralina con ácido acetilsalicílico, que dicha combinación puede aumentar el riesgo de hemorragia, y la carbamazepina con olanzapina que puede producir efectos neurológicos aumentando el riesgo de accidentes o lesiones, estas interacción farmacéutica se encontró en 9 pacientes; también se encontró interacción farmacodinámica entre el clonazepam con el valproato de sodio que produce sedación e somnolencia y depresión respiratoria, dicha interacción se encontró en el tratamiento de 5 pacientes. Cabe resaltar que estas interacciones farmacológicas se dedujeron a partir de los medicamentos que los pacientes consumían.

VI. CONCLUSIONES

De la información procesada, se logró determinar las distintas reacciones adversas y las interacciones farmacológicas en 148 pacientes del Centro de Salud Mental “Esperanza de vida” - Cajamarca que fueron diagnosticados con diversos trastornos mentales, la información se obtuvo haciendo uso de un cuestionario de recolección de datos, resaltando las principales características socioculturales y datos sobre sus enfermedades y sus tratamientos indicados por su especialista.

- Se determinó la prevalencia de distintos trastornos mentales en pacientes del Centro de Salud Mental “Esperanza de vida” - Cajamarca, con una alta prevalencia se encuentra la depresión mayor con un 41%, con una prevalencia media está el trastorno de ansiedad generalizada con un 21%, y con una baja prevalencia tenemos al trastorno de déficit de atención e hiperactividad con 13,5%, a su vez se dedujo una prevalencia mayor en las mujeres que representan un 52,7% de los entrevistados, con edades comprometidas entre 21 y 30 años.
- Se identificó los principales fármacos que se prescriben para tratar a pacientes del Centro de Salud Mental “Esperanza de vida” - Cajamarca, obteniendo así que el principal fármaco que se prescribe es la sertralina con 21,2% siendo este un antidepresivo, seguido por el clonazepam con 14,7% siendo un ansiolítico, también tenemos a la carbamazepina con 11% siendo

un estabilizador de ánimo, por último, tenemos a la risperidona con 8,2% siendo un antipsicótico.

- Se clasificó las reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas que se detectaron en el tratamiento de los pacientes, en la clasificación de reacciones adversas según la gravedad obtuvimos que, las más frecuente son las RAMs moderadas, en la que resalta el aumento de peso con un 10,8%, con una frecuencia media tenemos a las RAMs leves, donde tiene una mayor prevalencia la fátiga con un 16%, por último, tenemos a las RAMs graves, de la que predomina la anorexia con un 9,7%. En las interacciones farmacológicas que se detectaron, tenemos a las interacciones farmacéuticas que se presentó en 9 pacientes (64,3%), por la administración de sertralina con aspirina, y la carbamazepina con olanzapina, también se obtuvo interacciones farmacodinámicas en 5 pacientes (35,7%), la misma que se dio por la administración de clonazepam con valproato de sodio. Estas interacciones farmacológicas se llegaron a deducir a partir del tratamiento que llevaban los pacientes.

VII. RECOMENDACIONES

Al centro de salud mental comunitario “Esperanza de vida” - Cajamarca se le recomienda:

- Evaluar los antecedentes familiares de los pacientes para detectar posibles factores de riesgo de reacciones adversas o interacciones farmacológicas al consumir algún medicamento en particular.
- Monitorizar cuidadosamente a los pacientes para detectar cualquier efecto secundario (RAM) de los medicamentos que se consume, para así poder ajustar la dosis o cambiar de medicamento.
- Utilizar herramientas de seguimiento y monitoreo modernas que puedan ayudar en la identificación temprana de las interacciones farmacológicas y a su vez realizar pruebas de laboratorio para detectar posibles efectos secundarios en otros órganos.
- Generar estrategias de cuidado y seguimiento farmacoterapéutico para estos pacientes en los que se involucre más a los químicos farmacéuticos, y así tener una mayor información de cada paciente para evitar y/o contrarrestar las reacciones adversas o interacciones farmacológicas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Xavier M, Terra M, Da Silva C, Souto V, Mostradeiro S, Sadjá C y Vasconcelos R. El uso de psicofármacos en individuos con trastorno mental en seguimiento ambulatorio. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014; 13 (36): 125-133. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400007
2. Cuellar LX. La Salud Mental, un verdadero problema de salud pública. *Revista Colombiana Salud Libre.* [Internet]. 2018; 13 (1): 5-8. [Citado el 30 de enero 2022]. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/4985/4378>
3. Linn L. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [Internet]. Washington: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2012. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
4. Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Lineamientos de política sectorial en salud mental. 2018.

[Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2018. 54 p. [Citado el 30 de enero 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

5. Vega F. Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú. [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental. 2011. [Citado el 30 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>
6. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010. 80 p. [Citado el 30 de enero 2022]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
7. Teva. Nuevos roles de los farmacéuticos en la atención de salud mental comunitaria. 2020. [Internet]. Barcelona: Teva España. [Actualizado en mayo 2020; citado el 30 de enero 2022]. Disponible en: <https://tevfarmacia.es/academia/noticias/nuevos-roles-de-los-farmaceuticos-en-la-atencion-de-salud-mental-comunitaria>
8. Bahta M, Berhe T, Russom M, Tesfamariam TH y Ogbaghebriel A. Magnitude, Nature, and Risk Factors of Adverse Drug Reactions Associated with First Generation Antipsychotics in Outpatients with

Schizophrenia: A Cross-Sectional Study. Integrated Pharmacy Research and Practice. [Internet]. 2020; 2020 (9): 205-217. [Citado el 01 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.dovepress.com/magnitude-nature-and-risk-factors-of-adverse-drug-reactions-associated-peer-reviewed-fulltext-article-IPRP>

9. Quintana I. Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018; 40 (2): 124-132. [Citado el 01 de febrero 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200017
10. Kumar N, Sharma S y Kapoor V. Adverse Drug Events in Patients with Mental Disorder in an Ambulatory Setting. Int J Appl Basic Med Res. [Internet]. 2017; 7 (2): 108–111. [Citado el 01 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5441257/>
11. Shah A, Yadav PP, Chaundhari M, Vataliya A, Kantharia ND y Mehta R. A Prospective Study of Adverse Drug Reactions in Patients with Bipolar Disorder in Psychiatry Outpatient Department of a Tertiary Care Hospital. J Clin Diagn Res. [Internet]. 2017; 11 (5): FC24–FC28. [Citado el 01 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5483701/>

12. Agostini-Zampieron M, Aybar-Maino J, Heit-Barbini F, Arca-Fabre A y Mónico-Ditieri MC. Uso de psicofármacos en un grupo de adultos mayores de Rosario, Argentina. *Aten Fam.* [Internet]. 2015; 22 (1): 10-13. [Citado el 31 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54618>
13. Noguera MJ. Consumo abusivo de psicofármacos entre la población que acude a un servicio de urgencias. 2014. [Tesis]. Alcalá: Universidad de Alcalá. [Citado el 01 de febrero 2022]. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/29320/Tesis%20Mar%20Jos%C3%A9%20Noguera%20Mar%C3%A9n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Xavier M, Terra MG, da Silva CT, Souto VT, Mostradeiro S y Vasconcelos RO. Uso de psicofármacos en individuos con trastorno mental en seguimiento ambulatorio. *Enferm. Glob.* [Internet]. 2014; 13 (36): 132-141. [Citado el 30 de enero 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400007
15. Lares I, Sosa M, Alanis EA, Sánchez P, Gillé G, Loera V et al. Farmacoepidemiología de psicofármacos empleados en la práctica pediátrica en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital General de

Durango, México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. 2010; 67 (1): 23-33. [Citado el 01 de febrero 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462010000100004

16. Valdivieso-Jiménez G. Uso de psicofármacos para síntomas neuropsiquiátricos en pacientes hospitalizados con COVID-19. Horiz. Med. [Internet]. 2021; 21 (2): 134-142. [Citado el 31 de enero 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2021000200012&script=sci_arttext#aff1
17. Rivera R. Características del consumo, disponibilidad y dispensación de psicofármacos en tres centros de salud mental en Santa Anita de enero a junio 2019. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019. [Citado el 26 de abril 2022]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11493/Rivera_dr.pdf?sequence=3&isAllowed=y
18. Lara D. Salud mental: los expertos hablan de riesgo real de salud pública incontrolado. [Internet]. Quito: AEMPPI Ecuador; 2017. [Actualizado en octubre de 2017; citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/salud-mental-los-expertos-hablan-de-riesgo-real-de-salud-publica-incontrolado>

19. Arrieta-Vergara K, Fortich-Mesa N, Tirado-Amador L, y Simancas M. Trastornos mentales comunes y factores asociados en estudiantes de Odontología en Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría. [Internet]. 2019; 48 (1): 10-16. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/S2.0-S0211344907746672/first-page-pdf>
20. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
21. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2015 - 2020. [Internet]. Washington: Oficina regional para las Américas de la OMS; 2014. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>
22. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú 2018. (RM N° 935 – 2018/ MINSa). [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2018. 54 p. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

23. Brunier A y Oliel S. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. [Internet]. Washington: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2006. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,durante%2014%20d%C3%ADas%20o%20m%C3%A1s.
24. Academia Nacional de Medicina. El trastorno de ansiedad generalizada. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. [Internet]. 2012; 21 (3): 1-2. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009
25. Cruzblanca H, Lupercio P, Collas J y Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud Ment. [Internet]. 2016; 39 (1): 122-131. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000100047#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20mayor%20

[\(DM\)%20se, fisiopatol%C3%B3gicos%20que%20subyacen%20a%20el
la.](#)

26. Paz R. Modelos fisiopatológicos de la esquizofrenia; de dopamina a glutamato, de glutamato a GABA. Rev Chil Neuro-Psiquiat. [Internet]. 2005; 43 (4): 314-328. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000400006&script=sci_arttext#:~:text=Se%20propone%20que%20la%20esquizofrenia, en%20m%C3%BAltiples%20regiones%20de%20cerebro.
27. Ortuño F. Esquizofrenia. [Internet]. Navarra: Clínica Universidad de Navarra; 2020. [Actualizado en octubre del 2020; citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/esquizofrenia#:~:text=La%20esquizofrenia%20es%20una%20enfermedad, las%20emociones%20o%20la%20voluntad.>
28. Ahumada-Cortez J, Gámez-Medina ME y Valdez-Montero C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. Ra Ximha. [Internet]. 2017; 13 (2): 13-24. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>

29. Oviedo HC y Arboleda PL. Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol. *Universitas Médica*. [Internet]. 2006; 47 (2): 112-120. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675002.pdf>
30. Zevallos KS. Utilización de psicofármacos y sus consecuencias en pacientes con enfermedades catastróficas VIH del Hospital de Salud Pública “Sagrado Corazón de Jesús”, del Cantón Quevedo, provincia de Los Ríos. [Tesis]. Los Ríos: Universidad Técnica de Babahoyo; 2016. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/3162/E-UTB-FCJSE-PCLIN-000044.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
31. Gutiérrez CJ y Espinoza KY. Buenas prácticas de prescripción de psicofármacos en recetas médicas atendidas en oficinas farmacéuticas del distrito de Surquillo periodo febrero 2015 - abril 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Wiener; 2016. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <http://190.187.227.76/bitstream/handle/123456789/542/TITULO%20-%20Gutierrez%20Mantar%20c3%ad%2c%20Cynthia%20%20Johanna.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
32. Noguera MJ. Consumo abusivo de psicofármacos entre la población que acude a un servicio de urgencias. [Tesis]. Alcalá: Universidad de Alcalá; 2014. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en:

<https://ebuah.uah.es/xmlui/bitstream/handle/10017/29320/Tesis%20Mar%20Noguera%20Mar%20c3%adn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

33. Guerri M. ¿Qué son los Psicofármacos?, tipos y función. [Internet]. Barcelona: PsicoActiva.com; 2021. [Actualizado en agosto del 2021; citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/los-psicofarmacos-tipos-funcion/>
34. Moreno L y Muedra V. Farmacología básica del dolor (analgésicos). [Internet]. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2017. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Abordaje_Dolor/MIT5Texto.pdf
35. García-Alonso I, Herrero B y González A. Conceptos básicos de anestesia. [Internet]. Barcelona: Universidad del País Vasco; 2016. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <http://www.oc.lm.ehu.eus/Departamento/OfertaDocente/Teledocencia/Leia/Fundamentos/Cap%2039%20Anestesia.pdf>
36. Divins MJ. Hipnóticos y sedantes. Farmacia Profesional. [Internet]. 2004; 18 (3): 38-44. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-hipnoticos-sedantes-13059597>

37. Morales-Pérez M. Intoxicación por barbitúricos, una mirada toxicológica. Horizonte Sanitario. [Internet]. 2019; 18 (2): 23-34. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/2418>
38. Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares. Estabilizadores del ánimo o eutimizantes. [Internet]. Chile: International Society for Bipolar Disorders; 2017. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.sochitab.cl/post/estabilizadores-del-%C3%A1nimo-o-eutimizantes>
39. Silva H. Mecanismos de acción de los estabilizadores del ánimo. Rev Chil Neuro-Psiquiat. [Internet]. 2001; 39 (3): 45-55. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000300006
40. Domínguez V, Collares M, Ormaechea G y Tamosiunas G. Uso racional de benzodiacepinas: hacia una mejor prescripción. Rev. urug. med. Interna. [Internet]. 2016; 1 (3): 14-24. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v1n3/v01n03a02.pdf>

41. Benedí J y Romero C. Antidepresivos. Farmacia Profesional. [Internet]. 2005; 19 (10): 76-81. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-antidepresivos-13081504>
42. Baca E e Iruela L. Terapéutica farmacológica (I). Antidepresivos. [Internet]. Buenos Aires: Editorial Panamericana de Salud; 2017. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: https://psiquiatria.com/tratado/cap_37.pdf
43. Vicente MP, Macías D, De la Fuente C, González D, Montero D y Catala F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. Rev. Esp. Salud Publica. [Internet]. 2013; 87 (3): 21-34. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000300004
44. Morillas ML, Simão L y Pineda D. Fármacos antipsicóticos. Med fam Andal. [Internet]. 2018; 19 (1): 48-52. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v19n1_09_repasaFarmacos.pdf
45. Pereira B y Reis E. Circulación de información sobre medicamentos y otras sustancias para aumentar el rendimiento cognitivo: un estudio de

un blog brasileño (2015-2017). Salud Colect. [Internet]. 2020; 16 (24): 25-34. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2514/es/>

46. Ministerio de Salud. Petitorio Nacional Único de Medicamentos esenciales para el sector salud [Internet]. Lima: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas; 2015. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2018/RM_1361-2018.pdf

47. Montané E, Santesmases J. Reacciones adversas a medicamentos. Medicina Clínica. [Internet]. 2020; 154 (5): 178-184. [Citado el 13 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-reacciones-adversas-medicamentos-S0025775319306372>

48. Velasco A, Velasco M. Reacciones adversas medicamentosas (RAM). Interacciones medicamentosas. An Real Acad Med Cir Vall. [Internet]. 2018; 55: 243-267. [Citado el 13 de junio 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7141899.pdf>

49. Garduño JL. Interacciones farmacológicas potenciales en pacientes ambulatorios en expedientes de queja médica de la CONAMED. Rev

CONAMED. [Internet]. 2020; 25 (3): 115-122. [Citado el 10 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2020/con203b.pdf>

50. Nestler EJ, Hyman SE, Holtzman DM y Malenka RC. Neurofarmacología molecular. Fundamentos de neurociencia clínica, 3e. [Internet]. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2017. [Citado el 15 de mayo 2022]. Disponible en: [https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2187§ionid=165241168#:~:text=El%20principal%20neurotransmisor%20excitador%20en,%CE%B3%2Daminobut% C3%ADrico%20\(GABA\)](https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2187§ionid=165241168#:~:text=El%20principal%20neurotransmisor%20excitador%20en,%CE%B3%2Daminobut% C3%ADrico%20(GABA))
51. Alfageme I, Reyes N, Merino M y Gallego J. Fármacos anticolinérgicos. Archivos de bronconeumología. [Internet]. 2007; 43 (S4): 3-10. [Citado el 15 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-farmacos-anticolinergicos-articulo-13112310#:~:text=Los%20f%C3%A1rmacos%20anticolin%C3%A9rgicos%20bloquean%20de,del%20%C3%A1rbol%20bronquial%20produciendo%20broncodilataci%C3%B3n>
52. ADEAR. Medicamentos para tratar los síntomas y conductas asociados con el Alzheimer. [Internet]. Barcelona: Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento; 2017. [Actualizado en junio del 2017; citado el 15 de

mayo 2022]. Disponible en:

<https://www.nia.nih.gov/espanol/medicamentos-tratar-sintomas-conductas-asociados-alzheimer#:~:text=Los%20antipsic%C3%B3ticos%20son%20medicamentos%20usados,personas%20mayores%20que%20tienen%20demencia>

53. García JN. Astenia crónica. Madrid: Clínica Universidad de Navarra; 2020. [Actualizado en junio del 2020; citado el 15 de mayo 2022].

Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/astenia-cronica-fatiga#:~:text=%22No%20existe%20una%20prueba%20para,el%20propio%20criterio%20del%20m%C3%A9dico%22.&text=La%20astenia%20es%20el%20t%C3%A9rmino,frecuentes%20en%20las%20consultas%20m%C3%A9dicas>

[fatiga#:~:text=%22No%20existe%20una%20prueba%20para,el%20propio%20criterio%20del%20m%C3%A9dico%22.&text=La%20astenia%20es%20el%20t%C3%A9rmino,frecuentes%20en%20las%20consultas%20m%C3%A9dicas](https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/astenia-cronica-fatiga#:~:text=%22No%20existe%20una%20prueba%20para,el%20propio%20criterio%20del%20m%C3%A9dico%22.&text=La%20astenia%20es%20el%20t%C3%A9rmino,frecuentes%20en%20las%20consultas%20m%C3%A9dicas)

54. Portela A, Carbonell M, Hechavarría M y Jacas C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. MEDISAN. [Internet]. 2016; 20 (4): 119-128. [Citado el 15 de mayo 2022]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400016#:~:text=El%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de%20atenci%C3%B3n%20e%20hiperactividad%20\(TDAH\)%20es,la%20hiperactividad%20y%20la%20impulsividad](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400016#:~:text=El%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de%20atenci%C3%B3n%20e%20hiperactividad%20(TDAH)%20es,la%20hiperactividad%20y%20la%20impulsividad)

55. García R, Ayala PA y Perdomo SP. Epigenética: definición, bases moleculares e implicaciones en la salud y en la evolución humana. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2012; 10 (1): 59-71. [Citado el 16 de mayo 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732012000100006
56. Tibaduiza YA y Miranda AJ. Extrapiramidalismo por antieméticos. Revista Med. [Internet]. 2019; 27 (2): 63-72. [Citado el 16 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.med.ufro.cl/neuroanatomia/archivos/15_vias_eferentes_archivos/Page387.htm#:~:text=Extrapiramidal&text=Este%20sistema%20motor%20esta%20formado,como%20tambi%C3%A9n%20en%20funciones%20cognitivas
57. Álvarez F. Farmacoepidemiología. Estudios de Utilización de Medicamentos. Parte I: Concepto y metodología. Seguin Farmacoter. [Internet]. 2004; 2 (3): 129-136. [Citado el 16 de mayo 2022]. Disponible en: <http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/129-136.pdf>
58. MedlinePlus. Pruebas farmacogenéticas. [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); 2018. [Actualizado en mayo 2019; citado el 16 de mayo 2022]. Disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-farmacogeneticas/>

59. Santana N. Receptores monoaminérgicos en corteza prefrontal: Mecanismo de acción de fármacos antipsicóticos. [Tesis]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2007. [Citado el 16 de mayo 2022]. Disponible en:

https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/893/01.NSR_INTR_ODUCCION.pdf?sequence=2&isAllowed=y

60. Oficina de Investigación sobre el SIDA. Monoterapia. [Internet]. Rockville: HIV.gov; 2020. [Actualizado en mayo 2020; citado el 16 de mayo 2022]. Disponible en:

<https://clinicalinfo.hiv.gov/es/glossary/monoterapia#:~:text=Uso%20de%20un%20solo%20medicamento%20para%20tratar%20una%20infecci%C3%B3n%20o%20una%20enfermedad>

61. Pérez J y Merino M. Definición de multifacético. [Internet]. Madrid: Definición.de; 2020. [Actualizado en enero del 2021; citado el 16 de mayo 2022]. Disponible en: <https://definicion.de/multifacetico/>

62. Castaño B. ¿Qué es la Neuropsiquiatría? [Internet]. Barcelona: Top Doctors INC; 2016. [Citado el 16 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario->

[medico/neuropsiquiatria#:~:text=La%20neuropsiquiatr%C3%ADa%20es%20una%20especialidad,en%20pacientes%20con%20patolog%C3%ADas%20neurol%C3%B3gicas](#)

63. Casas-Vásquez P, Ortiz-Saavedra P, Penny-Montenegro E. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. Rev. Perú. med. exp. salud pública. [Internet]. 2016; 33 (2): 10-23. [Citado el 16 de mayo 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200020#:~:text=Se%20define%20polifarmacia%20al%20consumo,la%20coexistencia%20de%20m%C3%BAltiples%20comorbilidades
64. Moreno JM, Alija MJ y Alonso MM. Desarrollo psicomotor del niño. [Internet]. Madrid: Clínica Universidad de Navarra; 2020. [Actualizado en diciembre del 2020]. Disponible en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/infancia/desarrollo-psicomotor#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20desarrollo%20psicomotor%20designa,nervios%20y%20m%C3%BAsculos>

ANEXOS

ANEXO N° 01



Jr. José Sabogal N° 913
Cajamarca – Perú
Teléfonos: (976347077/976839916
homero.bazan@upagu.edu.pe
www.upagu.edu.pe

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Cajamarca, 30 de junio del 2022

OFICIO N° 017-2022-D-FCS-UPAGU

Psicólogo Dany Paredes Llavilla
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO “ESPERANZA DE VIDA”

Cajamarca.-

Asunto: Apoyo para tesis

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para saludarlo muy cordialmente y al mismo tiempo solicitar el apoyo de su digna jefatura para que de las facilidades pertinentes a los bachilleres **Jemima Areli Alvarado Tocas y Diana Paisig Salcedo** de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo (UPAGU), y con ello pueda llevar a cabo su proyecto de tesis intitulado: **Detección temprana de reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de Vida”, Cajamarca 2022.**

Le expreso mi agradecimiento por su amable atención y por su apoyo a la formación de nuestros profesionales cajamarquinos.

Hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y cordial deferencia.

Atentamente,



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO
Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Christian Fernando Tantaleán Odar
DECANO (e)

c.c.:

-Archivo

-Dirección - Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE REACCIONES ADVERSAS Y POSIBLES INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO ESPERANZA DE VIDA, CAJAMARCA

El presente cuestionario ha sido diseñado y elaborado por egresadas de la Carrera Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrello, con la finalidad de la detección temprana de reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca. Los datos que mencione en este cuestionario serán manejados de manera anónima y con completa confidencialidad. Se le pide por favor conteste las preguntas con responsabilidad y honestidad.

Cuestionario N°: _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

1.1. Sexo: Masculino Femenino

1.2. Edad: _____ años

1.3. Procedencia:

Urbano

Rural

1.4. Nivel académico:

Inicial

Primaria

Secundaria

Superior

Ninguna

1.5. Ocupación:

- a. Estudiante
- b. Ama de casa
- c. Comerciante
- d. Docente
- e. Ninguna
- f. Otra: _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

2.1. ¿Cuál es el diagnóstico que le dio el profesional de psicología/psiquiatría? (puede marcar más de una opción)

- a. Depresión mayor
- b. Trastorno de ansiedad generalizada
- c. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
- d. Trastorno límite de la personalidad
- e. Trastorno afectivo bipolar
- f. Trastorno obsesivo compulsivo
- g. Otro: _____

**2.2. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado? _____ () años
() meses**

2.3. ¿Cuáles destaca como síntomas principales de su enfermedad? (puede marcar más de una opción)

- a. Tristeza sin motivo aparente
- b. Sensación de desesperación
- c. Desgano y cansancio excesivo
- d. Inquietud y exceso de energía
- e. Dificultad para controlar las emociones
- f. Impulsividad
- g. Pensamientos extraños
- h. Alucinaciones auditivas o visuales

2.4. ¿Padece de alguna otra enfermedad o problema de salud actualmente?

- a. Diabetes
- b. Hipertensión arterial
- c. Colesterol o triglicéridos elevados

- d. Gastritis
- e. Artrosis
- f. Asma o enfermedad pulmonar obstructiva
- g. Ninguna
- h. Otra: _____

III. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

3.1. Información de los medicamentos (incluir todos los que consume actualmente).

Medicamento	Indicación	Dosis	Frecuencia	Tiempo de consumo

3.2. ¿Cumple con su tratamiento al pie de la letra?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Muy pocas veces
- e. Nunca

3.3. ¿Al consumir sus medicamentos tiene alguna de las siguientes molestias?

- a. Dolor de cabeza
- b. Dolor de estómago
- c. Diarrea
- d. Sueño excesivo
- e. Temblores repentinos
- f. Insomnio
- g. Aumento de apetito
- h. Ninguno
- i. Otros: _____

3.4. Al recibir los medicamentos en el centro de salud, ¿recibe información por parte del químico farmacéutico sobre su uso?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

IV. REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS

4.1. Descripción de los RAMs (llenar después del análisis)

Medicamento	RAM	Frecuencia		Clasificación	Recomendación
		N	%		

V. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

5.1. Descripción de las interacciones farmacológicas (llenar después del análisis)

Medicamentos	Interacción	Frecuencia		Clasificación	Recomendación
		N	%		

ANEXO N° 03

RECOPIACION DE INFORMACION

Yo Psicólogo: Dany Antonio Paredes Llavilla.

Jefe del Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de Vida”; identificado con DNI 43499574

Doy autorización a las alumnas de la Universidad Antonio Guillermo Urrelo (UPAGU) a la recopilación de información suficiente y necesaria para desarrollar, facilitando el acceso a las historias de los pacientes con fines educativos y lo que aporte a su proyecto a las bachiller en Farmacia y Bioquímica, Paisig Salcedo Diana identificada con DNI 73440553, Alvarado Tocas Areli identificada con DNI 71569718; haciendo su proyecto de investigación titulado “Detección temprana de reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de Vida”, Cajamarca, 2022”.

Estableciendo que el “Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de Vida” no se permite tomar fotos para proteger la identidad de los pacientes, siendo una institución de Salud Mental.



A handwritten signature in blue ink over a circular official stamp. The stamp contains the text "P.S. Dany Antonio Paredes Llavilla" and "JEFE DEL CSMC ESPERANZA DE VIDA".

Cajamarca, 28 de noviembre de 2022

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo identificado (a)
con D.N.I. N°, con domicilio legal
en, **acepto participar voluntariamente** en la presente investigación, declarando bajo juramento que he sido informado (a) de que el objetivo del estudio es detectar reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca. Dejo claro que la información que yo proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a), además, que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Cajamarca, ___ de _____ del 2022

Nombre:

DNI:

ANEXO N° 05

Fichas de validación del instrumento por juicio de expertos

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre de la Investigación: Detección temprana de reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de Vida”, Cajamarca, 2022

Instrumento evaluado: Ficha de detección de problemas relacionados a los medicamentos en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca.

Indicaciones. El evaluador deberá calificar cada criterio con un puntaje entre 0 – 1, en función al contenido del instrumento evaluado.

CRITERIOS	INDICADORES	PUNTAJE
1. OBJETIVO	Está expresado en capacidad observable.	0.80
2. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.	0.80
3. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento.	0.80
4. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.80
5. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0.80
6. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0.80
7. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos éticos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	0.80
8. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.80
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.80
TOTAL		7.2
Es validado si $P \geq 0.60$		0.80

Nombre del evaluador: Rafael Ricardo Tejada Rossi

Grado académico: Maestro en Gestión de la Educación

Cargo actual: Responsable de Laboratorio de Análisis Clínico



Q.F. Tejada Rossi Rafael R.
C.Q.F.P.: 19960

Firma y sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre de la Investigación: Detección temprana de reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de Vida”, Cajamarca, 2022

Instrumento evaluado: Ficha de detección de problemas relacionados a los medicamentos en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca.

Indicaciones. El evaluador deberá calificar cada criterio con un puntaje entre 0 – 1, en función al contenido del instrumento evaluado.

CRITERIOS	INDICADORES	PUNTAJE
1. OBJETIVO	Está expresado en capacidad observable.	0.80
2. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.	0.80
3. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento.	0.80
4. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.80
5. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0.80
6. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0.80
7. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos éticos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	0.80
8. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.80
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.80
TOTAL		7.2
Es validado si $P \geq 0.60$		0.80

Nombre del evaluador: Alexander Jair Rios Ñontol

Grado académico: Maestro en Gestión de la Educación

Cargo actual: Docente a tiempo completo - UNC



Firma y sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre de la Investigación: Detección temprana de reacciones adversas y posibles interacciones farmacológicas en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida", Cajamarca, 2022

Instrumento evaluado: Ficha de detección de problemas relacionados a los medicamentos en el tratamiento de pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Esperanza de Vida, Cajamarca.

Indicaciones. El evaluador deberá calificar cada criterio con un puntaje entre 0 – 1, en función al contenido del instrumento evaluado.

CRITERIOS	INDICADORES	PUNTAJE
1. OBJETIVO	Está expresado en capacidad observable.	1
2. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.	1
3. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento.	1
4. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	1
5. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	1
6. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	1
7. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos éticos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	1
8. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	1
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación	1
TOTAL		09
Es validado si $P \geq 0.60$		

Nombre del evaluador: *Alex Silva Araujo*

Grado académico: *Magister en Farmacia Clínica*

Cargo actual: *Perito en toxicología Ministerio Público*

MINISTERIO PÚBLICO
DIVISION MEDICO LEGAL II CAJAMARCA

ALEX SILVA ARAUJO
QUÍMICO FARMACÉUTICO
C.O.F.P. 11225
DISTRITO JUDICIAL CAJAMARCA

Firma y sello