



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto educativo para profesionales de
enfermería de Atención Primaria: El manejo de
los psicofármacos en el cuidado del anciano.***

Alumno: Jorge Doblado Lorenzo

Director: Daniel Fernández Robles

Madrid, mayo de 2024

Índice:

Glosario de abreviaturas.....	4
1. Resumen:.....	5
Abstract.....	6
2. Presentación.....	7
3. Estado de la cuestión.	8
Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	8
3.1 Envejecimiento	8
3.2 Situación poblacional actual de España.....	9
3.3 Envejecimiento sano.....	10
3.4 Envejecimiento patológico y salud mental.....	11
3.5 Enfermedades mentales más comunes	12
3.6 Psicofarmacología en el adulto mayor.	14
3.7 Antidepresivos	15
3.8 Benzodiazepinas	16
3.9 Antipsicóticos.....	18
3.10 Farmacovigilancia.....	20
Justificación.....	21
4. Metodología	22
Población y captación	22
Población diana	22
Captación	22
Objetivos	23
Objetivos generales	23
Objetivos específicos	23
Contenidos.....	25
Sesiones, técnicas de trabajo y uso de materiales	26
Plan general	26
Cronograma general.....	26
Sesiones.....	27
Evaluación.....	31

Evaluación de la estructura y el proceso.....	31
Evaluación de resultados.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXOS	37
Anexo 1: Tabla de edad media por sexos Instituto Nacional de Estadística	37
Anexo 2: Pirámide poblacional en España	38
Anexo 3: Escala de Frail	39
Anexo 4: Tabla de prevalencia de problemas psicológicos por grupos quincenales de edad	40
Anexo 5: Tabla de prevalencia de la ansiedad/estado de ansiedad por grupos quincenales de edad	41
Anexo 6: Tabla de prevalencia de trastornos del sueño por grupos quincenales de edad	42
Anexo 7: Tabla de prevalencia de depresión/trastornos depresivos por grupos quincenales de edad	43
Anexo 8: Tabla de prevalencia de psicosis afectivas por grupos quincenales de edad ...	44
Anexo 9: Tabla de prevalencia de demencia en personas de +60 años por grupos quincenales de edad	45
Anexo 10: Escala de índice de Downton	46
Anexo 11: Cartel sesiones	47
Anexo 12: Díptico con información sobre las sesiones	48
Anexo 13: Formulario Google® para inscripción a las sesiones.....	49
Anexo 14: Hoja de registro de asistencia para las sesiones.....	50
Anexo 15: Hoja de registro de materiales empleado.....	51
Anexo 16: Evaluación de la estructura (por parte de los asistentes)	52
Anexo 17: Cuestionario pre y post 1ª sesión.....	53
Anexo 18: Cuestionario farmacología	54
Anexo 19: Evaluación comunicativa (cumplimentar por los docentes en todas las sesiones de cada asistente)	55
Anexo 20: Caso clínico (simulación)	56
Anexo 21: Evaluación de simulación clínica.....	57
Anexo 22: Prueba de reciclaje remitida por correo electrónico 3 meses después de las sesiones	58

Glosario de abreviaturas

Atención primaria	AP
Índice de fragilidad	FI
Actividades básicas de la vida diaria	ABVD
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	ISRS
Inhibidores de la monoaminoxidasa	IMAO
American Geriatric Society	AGS
Benzodiacepinas	BZD
Accidente cerebrovascular	ACV
Tensión arterial	TA
Sistema nervioso central	SNC
Electrocardiograma	ECG
Reacción adversa medicamentosa	RAM
Unión Europea	UE
Centro de salud	CS

1. Resumen:

El uso de psicofármacos ha aumentado de manera exponencial en los últimos años. Esto sumado a un claro envejecimiento de la población supone un riesgo por los efectos que estos fármacos pueden tener en los grupos de población con más edad. La escasa formación en el grado de enfermería y durante la vida profesional hace necesario que se promueva la adquisición de conocimientos en lo relativo a farmacovigilancia para minimizar los riesgos asociados al uso de psicofármacos.

Objetivo principal: trata de proporcionar al colectivo de enfermería los conocimientos necesarios, así como las herramientas que permiten la valoración de los pacientes para evitar o disminuir la incidencia de reacciones adversas medicamentosas a los psicofármacos.

Metodología: empleada se basa en la lectura y revisión de artículos y revistas científicas para analizar los principales cambios de la vejez y las características de los psicofármacos, desarrollando de este modo un proyecto educativo dirigido a los profesionales del Centro de Salud de Ciempozuelos.

Implicación en enfermería: es determinante en este tema ya que la administración de la medicación es competencia de esta profesión. Además, la postura cercana y de confianza que tiene la enfermera respecto al paciente, permite un punto de vista privilegiado para detectar problemas asociados a esta medicación.

Palabras clave: Envejecimiento, Salud mental, Psicofarmacología, Psiquiatría

Abstract

The use of psychotropic drugs has increased exponentially in recent years. This, coupled with a clear aging of the population, poses a risk due to the effects that these drugs can have on older age groups. The lack of training in nursing degrees and throughout professional life makes it necessary to promote the acquisition of knowledge regarding pharmacovigilance to minimize the risks associated with the use of psychotropic drugs.

Main objective: is to provide the nursing collective with the necessary knowledge, as well as the tools that allow the assessment of patients to prevent or reduce the incidence of adverse drug reactions to psychotropic drugs.

Methodology: used is based on reading and reviewing articles and scientific journals to analyze the main changes in old age and the characteristics of psychotropic drugs, thus developing an educational project aimed at professionals at the Health Center of Ciempozuelos.

Nursing involvement: is crucial in this matter since medication administration is within the scope of this profession. In addition, the close and trusting relationship that nurses have with patients allows for a privileged perspective to detect problems associated with this medication.

Keywords: Aging, Mental Health, Psychopharmacology, Psychiatry

2. Presentación

La esperanza de vida de la población aumenta con cada avance científico-médico. El envejecimiento de una persona es el cambio morfológico y fisiológico que sufre por la acción del tiempo sobre el cuerpo. Esto, plantea desafíos para los campos de la salud, entre los que está el de la salud mental. El uso de psicofármacos por parte de la población ha aumentado en los últimos años incluyendo los ancianos. Los fármacos como los antidepresivos y ansiolíticos son vitales para tratar trastornos mentales, pero con riesgos significativos. Debido al aumento de su uso, las investigaciones de los últimos años se centran en el impacto que tienen estos fármacos en el anciano.

El aumento de las prescripciones en personas mayores ha generado la necesidad de evaluar los beneficios y riesgos de los psicofármacos. Estudios recientes señalan efectos secundarios significativos, incluyendo efectos en la cognición, mayor riesgo de caídas y sus consecuencias físicas, como fracturas, así como deterioro funcional y mayor vulnerabilidad en general. Es importante considerar la interacción de estos medicamentos con otros comúnmente utilizados en el tratamiento de afecciones relacionadas con el envejecimiento. La prevención enfermera establece las medidas de seguridad oportunas, así como la valoración, actuación y comunicación al equipo médico si fuera necesario.

Se han identificado beneficios potenciales en la calidad de vida para quienes utilizan medicamentos psiquiátricos debido a su eficacia en trastornos como la depresión y la ansiedad, comunes en ciertos grupos demográficos. Sin embargo, los efectos secundarios y los riesgos asociados son un aspecto para tener en cuenta desde enfermería.

Los estudios coinciden en la necesidad de una valoración individualizada por enfermería sobre la respuesta farmacológica, considerando los factores que rodean a la persona mayor como la polifarmacia, las comorbilidades y los cambios propios del envejecimiento para evitar la aparición de efectos farmacológicos no deseados, signos de sobredosificación y otros problemas asociados al uso de estos fármacos. Todo ello sin restar importancia al uso de otras terapias que han demostrado utilidad e importancia al tratar problemas psiquiátricos.

La investigación actual sobre salud mental y prescripción de psicofármacos es limitada y requiere más estudios. Es crucial que la enfermería desarrolle habilidades y herramientas para abordar las consecuencias de la medicación. Este proyecto educativo va dirigido al equipo de enfermería y busca equiparlos para enfrentar los desafíos que la psicofarmacología entraña en pacientes mayores.

3. Estado de la cuestión.

Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.

Se ha realizado una serie de búsquedas bibliográficas apoyadas en las bases de datos disponibles como son Academic Search Complete, C17, CINAHL Complete, MEDLINE Complete o E-Journals, en las cuales se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos respaldados por la comunidad científica en relación al tema, aplicando los filtros pertinentes, los términos DeCS/MeSH y operadores booleanos (and, or, not) para la combinación correcta de los filtros de búsqueda.

Las publicaciones oscilan entre el 2015-2023 y se encontraron un total de 18 archivos que respaldan la cuestión en inglés y español.

Los términos DeCS y MeSH empleados son los siguientes:

DeCS	MeSH
Envejecimiento	Aging
Salud mental	Mental health
Envejecimiento sano	Healthy aging
Psiquiatría	Psychiatry
Psicofarmacología	Psychopharmacology

3.1 Envejecimiento

Cada vez, las personas viven más. Actualmente, la mayoría de la población vive más de 60 años y, por ello, en países avanzados, el aumento de personas mayores refleja el envejecimiento demográfico generalizado (1).

El envejecimiento es un proceso donde se produce un cambio en la morfología, así como en la fisiología de la propia persona. Según la OMS, el envejecimiento biologicista resulta de la acumulación de daños en moléculas y células del cuerpo en el tiempo, lo que deriva en la pérdida progresiva de funciones (físicas y mentales), mayor riesgo de enfermedades y muerte. El envejecimiento trae consigo innumerables cambios, como: las pérdidas auditivas, las cataratas, dolores, diabetes, depresión y demencia. Además, también destaca la aparición de los llamados síndromes geriátricos los cuales son procesos complejos y vienen desencadenados por múltiples factores, destacando entre los muchos que hay, la fragilidad, incontinencias, caídas, delirios y las úlceras por presión (1).

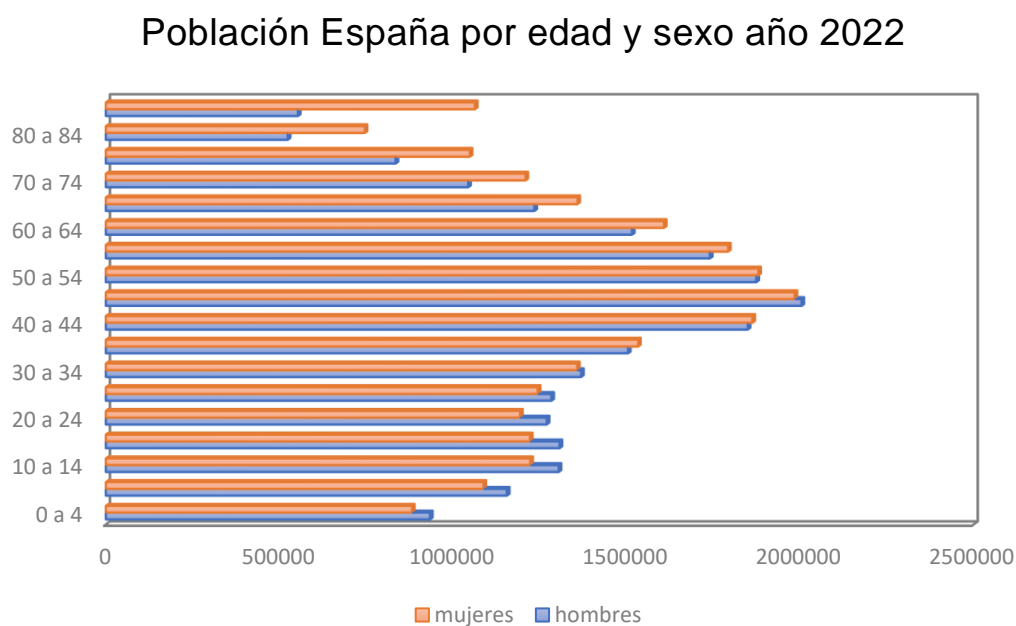
La sobrecarga de trabajo en los órganos provocada por los estresores corporales produce cambios en los mismos, causando así problemas en el funcionamiento normal de los mismos. Estos factores pueden ser (2):

- Patologías
- Fármacos
- Cambios en el estilo de vida
- Aumento considerable de las demandas físicas al organismo

3.2 Situación poblacional actual de España

Los indicadores demográficos revelan un crecimiento exponencial de la edad media de la población en España, aumentando de 31-34 en 1975 a 41-45 en 2023, reflejando un envejecimiento poblacional de hasta 10 puntos. Este fenómeno se atribuye al declive de la tasa de natalidad y al incremento de la esperanza de vida gracias a los avances científicos y médicos recientes (3) (anexo 1).

La pirámide poblacional de España del 2022 (gráfica 1) sitúa su pico cada vez en grupos de mayor edad y sus mínimos en natalidad, confirmando así lo anterior (anexo 2).



Gráfica 1 de elaboración propia a partir del INE -2022- (3)

3.3 Envejecimiento sano

El proceso de envejecimiento es una vivencia singular y diversa, cuyo significado se transforma según las interpretaciones culturales. Se comprende como un fenómeno multidimensional que abarca todas las facetas de la vida humana. El cuidado de enfermería en el envejecimiento busca comprender y promover modelos de envejecimiento activo y exitoso, reconociendo la experiencia del adulto mayor como clave en la toma de decisiones y adaptación a cambios. El estudio de esta materia representa un desafío para la enfermería, que busca mejorar sus estrategias de intervención y práctica en este ámbito (4).

El envejecimiento exitoso, es esencialmente promover y conservar la funcionalidad, garantizando el bienestar en la vejez. Esto implica tener las habilidades que permiten a cada persona realizar actividades significativas para ellos (5). Difiere del común y está influenciado por factores demográficos como economía, entorno y cultura. Implica salud, menor fragilidad y funcionalidad conservada. Los médicos carecen de bases para prevenir alteraciones en sí mismos según un estudio. Una encuesta a 282 médicos mostró deficiencias en hábitos saludables. La gestión financiera familiar es crucial debido al aumento de gastos en salud en la vejez. Invertir en autonomía puede promover el envejecimiento exitoso (6).

Uno de los aspectos con importancia para el bienestar y la salud en el envejecimiento es la orientación temporal hacia el presente. A medida que se envejece, la orientación temporal hacia el pasado se vincula con un peor funcionamiento a nivel emocional. Por otro lado, la percepción de una mayor velocidad de paso del tiempo se relaciona con un efecto positivo y menor incidencia de episodios depresivos. El empleo de estrategias como mindfulness promueven un envejecimiento satisfactorio (7).

La atención integral a la creciente población de adultos mayores es fundamental para garantizar su bienestar físico y mental. El objetivo es lograr un "envejecimiento exitoso" mediante la gestión efectiva de la salud, la prevención de enfermedades y la preservación de la autonomía y calidad de vida. Se proponen estrategias para abordar las condiciones de la persona, así como directrices para promover un envejecimiento activo a través de estilos de vida saludables y medidas preventivas de diversa índole (8, 9):

- Considerar factores sociales, interpersonales e individuales, proporcionando directrices para mejorar la salud, preservar la autonomía y calidad de vida.
- Considerar complicaciones iatrogénicas comunes y graves en adultos mayores, como los efectos adversos medicamentosos, infecciones hospitalarias, úlceras por presión y síndromes de confusión.

3.4 Envejecimiento patológico y salud mental

Hay personas que por sus circunstancias personales no envejecen de manera exitosa y sufren un deterioro considerable frente a otros individuos. La vejez es un proceso diferente en cada persona y multifactorial (1).

El envejecimiento de la población aumenta la demanda de recursos sociales y de salud debido al incremento de problemas de salud en adultos mayores. La fragilidad es un síndrome geriátrico previo a la dependencia funcional, identifica a aquellos con mayor riesgo de dependencia y eventos negativos de salud. Intervenciones multicomponentes pueden revertir la fragilidad. La atención primaria (AP) es clave para diagnosticar y seguir la fragilidad (tabla 1), utilizando herramientas como la *FRAIL scale* (anexo 3). Un seguimiento efectivo requiere la coordinación de profesionales y la participación del paciente (10).

La fragilidad: estado clínico asociado a la edad de la persona, con una disminución de la reserva fisiológica y de la función orgánica, lo que confiere en una vulnerabilidad mayor ante los factores estresantes. La investigación es esencial para identificar intervenciones eficaces y comprender los cursos clínicos en este contexto (10).

Herramienta	Descripción
Fenotipo de Feid	5 criterios: pérdida de peso no intencionada; debilidad muscular; baja energía; baja velocidad de la marcha; nivel reducido de actividad física Resultados: Robusto (sin criterios); pre-frágil (1-2 criterios); frágil (≥ 3 criterios)
Índice de fragilidad (FI)	Déficits en salud en distintos dominios como el físico, enfermedades, signos/síntomas, hallazgos de laboratorio, funcional, mental y social. Resultados: 0 (sin déficits); 1 (todos los déficits posibles). $\text{Padecidos} \div \text{posibles} = 0-1$ Fragilidad ≥ 0.25 .
Escala de FRAIL	Cinco criterios: debilidad, dificultad deambulación, incapacidad para subir un piso por escaleras, pérdida de peso y enfoque multidimensional (>5 enfermedades)
Prueba corta de desempeño físico	Tres dimensiones: equilibrio (posiciones pies juntos, semitándem, tándem) marcha a lo largo de 4m; capacidad de levantarse de una silla y sentarse. Resultados: puntuaciones de 0-12; fragilidad <10
Índice electrónico de fragilidad	Versión electrónica de FI, basado en registros de la historia clínica electrónica

Tabla 1 de elaboración propia a partir de Miguel Ángel Acosta-Benito e Iñaki Martín-Lesende, 19 mayo -2022- (10)

La fragilidad caracteriza a las personas mayores, requiriendo un equipo asistencial cohesionado para abordar sus necesidades nutricionales. La prevención de la fragilidad requiere un enfoque integral desde AP, con una valoración geriátrica centrada en el paciente (9). En conclusión, se puede decir que la fragilidad es uno de los mejores marcadores para la predicción de discapacidad, morbilidad y mortalidad. Requiere un rápido cribado y un plan de aplicación para minimizarlo o revertirlo. Es necesario potenciar el trabajo de AP y aumentar los conocimientos que los profesionales de este nivel tienen acerca de él (10).

La enfermedad mental es más prevalente de lo que se percibe, destacando la necesidad de reducir el estigma y centrarse en la persona. Considerándose grave aquella que afecta significativamente la capacidad funcional del individuo (11). Las personas con enfermedades mentales graves enfrentan desigualdades en la atención médica, reduciendo su esperanza de vida hasta 15-20 años. El estigma y la falta de recursos dificultan la comunicación y el tratamiento. El equipo de enfermería debe proporcionar cuidados integrales y de calidad para abordar estas necesidades (12).

Las personas con enfermedades mentales tienen mayor riesgo de padecer patología renal crónica debido a factores como las afecciones cardiovasculares, tabaquismo y diabetes. La mala alimentación y la falta de vivienda también influyen (12). El estudio de Alwar y Addis analizó las experiencias de las enfermeras de hemodiálisis tratando a personas con enfermedad mental grave con comportamientos disruptivos y agresivos, llegando a la conclusión de que la falta de educación sobre las patologías mentales son un factor que colabora en la falta de atención necesaria en pacientes que padecen ambas enfermedades (13).

3.5 Enfermedades mentales más comunes

Si se analizan los datos de prevalencia de problemas de salud y consumo de psicofármacos muestran un aumento de **problemas psicológicos** con la edad, siendo más comunes en mujeres, especialmente en edades avanzadas (anexo 4). En cuanto a los **trastornos de ansiedad**, las mujeres superan significativamente a los hombres, aunque esa diferencia disminuye en grupos mayores debido posiblemente a cambios en las responsabilidades y disminución de factores estresantes (anexo 5). **Alteraciones del sueño** aumentan con la edad sin diferencias de género significativas (anexo 6). La prevalencia de **depresión** se dispara después de los 50, siendo mucho más alta en mujeres (anexo 7). Las **psicosis afectivas** aumentan con la edad, pero disminuyen después de los 85 posiblemente por la muerte de los individuos (anexo 8). La prevalencia de **demencia** se dispara después de los

74 años, siendo mucho más alta en mujeres (anexo 9).

Se prevé un aumento en el número de adultos con enfermedades mentales graves, destacando la necesidad de intervenciones comunitarias y familiares para brindar cuidados. Sin embargo, los cuidadores enfrentan sus propias condiciones cambiantes. Es crucial abogar por políticas de salud mental y proporcionar herramientas y recursos. Oregón ejemplifica esto con un programa de especialistas en salud mental para apoyo, coordinación y acceso a servicios de salud mental. Además, ofrece Unidades de Atención Mejorada para aquellos con patología dual, asegurando atención especializada en el hogar (11).

Los diagnósticos de enfermedades mentales más comunes son (14, 15, 16, 17, 18):

- **Enfermedad de Alzheimer** → Se trata del tipo de demencia más usual y afecta severamente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los mayores, progresando gradualmente y comprometiendo funciones cerebrales como la memoria y el lenguaje, resultando en dificultades para realizar actividades cotidianas como la higiene dental o el peinado. No hay cura, pero ciertos fármacos pueden ralentizarla. La detección temprana a través de neuroimagen puede revelar cambios décadas antes de los síntomas. Se compara su desarrollo con el modelo “semilla-suelo” de oncología, enfatizando factores ambientales y conductuales. La prevención se centra en reducir la carga tóxica y fortalecer el cerebro con cambios en el estilo de vida.
- **La esquizofrenia** → Es una enfermedad mental grave que cursa con alucinaciones y delirios, generalmente diagnosticada entre los 16 y 30 años. Los síntomas pueden afectar la coherencia del discurso y el autocuidado. Aunque incurable, se puede controlar con tratamiento farmacológico y otras intervenciones como terapia, apoyo familiar y rehabilitación.
- **Trastornos esquizoafectivos** → Son aquellos en los que se produce una pérdida de contacto con la realidad (psicosis) junto con problemas del estado de ánimo. De origen desconocido. Se utilizan medicamentos antipsicóticos y antidepresivos o eutimizantes además de combinarlo con psicoterapias, terapias de grupo, apoyo y capacitación laboral.
- **Trastorno bipolar** → También llamado trastorno afectivo, provoca cambios intensos en el estado de ánimo, como episodios maníacos y depresivos. La causa es multifactorial y los tratamientos incluyen medicamentos, psicoterapia, terapia electroconvulsiva y fototerapia.

El envejecimiento es un suceso que no ocurre de manera homogénea, si no que tiene circunstancias diversas que lo afectan y por ello lo difiere del envejecimiento en cualquier otra persona. Es fundamental investigar o identificar aquellos factores que pueden servir de protección o aumentar el riesgo de padecer este declive cognitivo o enfermedad mental. Se ha podido determinar que la neuroimagen, se presenta como una herramienta importante para descubrir los marcadores cognitivos y de la salud mental de las personas (19).

3.6 Psicofarmacología en el adulto mayor.

El envejecimiento afecta a la absorción, distribución y eliminación de los medicamentos en las personas de avanzada edad. Esto tiene especial repercusión en el uso de fármacos psicotrópicos. La posible disminución de la función renal (12) (quedando así metabolitos en el organismo, lo cual aumenta exponencialmente el riesgo de sufrir efectos adversos o tóxicos a largo plazo (20)) y los cambios en el tejido adiposo pudiendo provocar una acumulación excesiva de fármaco, son determinantes a la hora de utilizar estos tratamientos en personas mayores. Los cambios farmacodinámicos hacen a los ancianos más sensibles a la propia acción de los fármacos, sobre todo los efectos adversos requiriendo que el personal de enfermería esté cualificado y formado ante cualquiera de las eventualidades que puedan surgir (rápida detección del problema y resolución de la causa que lo precede). Es importante comprender las interacciones medicamentosas en el envejecimiento para garantizar una atención segura y efectiva en el adulto mayor (20).

El personal de enfermería debe conocer la información sobre farmacología y el adulto mayor por lo mencionado anteriormente lo cual influye en la sensibilidad al medicamento. Es necesario comprender la memoria, concentración, atención, marcha, equilibrio, coordinación, habla, función intestinal, vesical y sexual para poder detectar posibles efectos no deseados por parte de los medicamentos administrados a personas mayores. De hecho, los efectos adversos que vienen indicados en los medicamentos son mucho más usuales en las personas mayores que en jóvenes (20).

3.7 Antidepresivos

El manejo farmacológico de la depresión en pacientes mayores con disfunción cognitiva sigue un enfoque similar al tratamiento para la población de edad avanzada en general. La evidencia actual indica que las personas con deterioro cognitivo y depresión pueden responder positivamente al uso de antidepresivos (21).

Es complejo determinar si los cambios a nivel cognitivo en el adulto mayor con tratamiento de antidepresivos están producidos por estos, por el propio cuadro depresivo o a razón del propio envejecimiento. Aspectos importantes para tener en cuenta son los cambios en:

- La **atención**
- La **función motora**
- La conservación de la propia **memoria**.

Todas ellas se pueden ver afectadas por este grupo de fármacos. Los estudios indican que los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los duales como la Venlafaxina, tienen una mejor tolerancia que los de tipo tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). El riesgo de afectación sobre la cognición depende de las propiedades que tengan los fármacos empleados (21).

El uso de antidepresivos es el tratamiento indicado tanto para pacientes con alteraciones de la función cognitiva como para los que no. La efectividad en cuanto al aspecto emocional si ha demostrado ser positiva, pero se ha de tener en cuenta que los efectos en la cognición. Mientras que los antidepresivos ISRS si han demostrado efectos positivos en la cognición, los tricíclicos y los IMAO no, probablemente por el mecanismo de acción que estos fármacos emplean los cuales se relacionan con acciones sedantes y con efectos amnésicos (21). Los antidepresivos de elección en el adulto mayor son el **Citalopram** y la **Sertralina** por su menor efecto sobre el citocromo (que actúa en el metabolismo farmacológico). Ambos pertenecen a los antidepresivos ISRS (22).

El **Citalopram** es un antidepresivo perteneciente a los ISRS (efectos visibles a partir de la 2ª semana) con las siguientes especificaciones (tabla 2) (23):

INDICACIONES	Para depresión y prevención de recaídas . Empleado para trastorno de angustia y trastorno obsesivo compulsivo
PRECAUCIONES	Pacientes con insuficiencia hepática/renal; diabetes (alteraciones en glucemias); epilepsia (riesgo de aumento de crisis); aparición de alteraciones cardíacas.
INTERACCIONES	Litio (eutimizante), Metoprolol (betabloqueante), fármacos antiagregantes (riesgo de hemorragias), neurolépticos (bajan umbral convulsiones), precaución con Citalopram y trastornos del ritmo cardíaco. Se puede tomar independientemente de las comidas. Si mastica las capsulas percibirá sabor amargo, pero no está contraindicado. Ingerir con un vaso de agua
EFFECTOS ADVERSOS	Frecuentes → somnolencia/insomnio; náuseas y mareo; estreñimiento/diarreas; estados confusionales; disminución de peso Poco frecuentes → trastornos hemorrágicos; cutáneos; alucinaciones; desmayos; taquicardia/bradicardia; dificultad en la micción; edemas en extremidades Raros → sangrados; hepatitis; fiebre Otros → reducción de plaquetas; aumento de orina; hipocalemia (nivel de potasio bajo en sangre); hipotensión; fracturas óseas; arritmias

Tabla 2: Especificaciones del Citalopram con perspectiva etaria

La **Sertralina** es un antidepresivo perteneciente también a los ISRS con las siguientes especificaciones (tabla 3) (24):

INDICACIONES	Tratamiento de la depresión y prevención de recaídas . También para trastornos de ansiedad social, estrés post traumático, angustia y trastorno obsesivo compulsivo .
PRECAUCIONES	Síndrome serotoninérgico previos, hiponatremia, insuficiencia hepática, trastornos hemorrágicos y anticoagulantes. Especial atención en ancianos .
INTERACCIONES	Otros antidepresivos (IMAO); fármacos para el Parkinson; Linezolid (antibiótico); Pimozida (medicamento para trastornos mentales) Tomar con o sin alimentos, pero no combinar con zum de pomelo ya que este aumenta los niveles del fármaco en el organismo.
EFFECTOS ADVERSOS	Muy frecuentes → mareos; diarreas; fatiga Frecuentes → anorexia; ansiedad/agitación; temblores; palpitaciones; estreñimiento; dolor en pecho Poco frecuentes → alucinaciones; convulsiones; falta de coordinación; amnesias; mareos; taquicardia; hipertensión; disnea; disfagia; trastornos urinarios Raros → problemas intestinales; trastornos psicóticos; alteraciones sensoriales; ataque cardíaco; problemas de circulación; disfunción hepática; tolerancia disminuida a otros fármacos.

Tabla 3: Especificaciones de la Sertralina con perspectiva etaria

3.8 Benzodiazepinas

La American Geriatric Society (AGS) y otras asociaciones desaconsejan el uso de benzodiazepinas (BZD) en adultos mayores debido a su riesgo. A pesar de ello, la prescripción

de BZD sigue siendo alta. Recomiendan evitar su uso en pacientes mayores de 65 años con antecedentes de caídas o en tratamiento con 2 o más fármacos que afecten al SNC. Las BZD son inapropiadas para adultos mayores debido a su mayor sensibilidad y metabolismo disminuido, aumentando el riesgo de deterioro cognitivo, delirios, caídas, fracturas óseas y accidentes automovilísticos (25).

El uso de benzodiacepinas (BZD) requiere atención debido a complicaciones potenciales. La dependencia es una preocupación principal, detectable por señales como deseo intenso de consumo, uso continuado a pesar de caídas, combinación con otros hipnóticos, y ansiedad por la retirada. Descuidar estos aspectos puede retrasar la detección del problema y afectar su abordaje. Las caídas (de las cuales valoraremos el riesgo con la escala de Downton (anexo 10)), vinculadas significativamente con BZD, aumentan el riesgo de fracturas, especialmente en adultos mayores. Estas pueden generar temor a futuras caídas, limitando las actividades de la vida diaria. El deterioro cognitivo es otra preocupación, con efectos a corto y largo plazo, incluyendo posibles conexiones con demencia, aunque no está totalmente claro. Además, el uso de BZD se asocia con un aumento en la tasa de mortalidad, aunque su relación causal aún no está completamente entendida. La vigilancia de estas complicaciones es esencial para una gestión adecuada del tratamiento con BZD (25). La BZD más consumida en España según la AEMPS es el **Lorazepam**, suponiendo el 24% del total de BZD consumidas en el país (26) y contiene las siguientes especificaciones en su ficha técnica (tabla 4) (27):

INDICACIONES	Tratamiento a corto plazo de cuadros de ansiedad , incluso la que tiene relación o trastornos del sueño. Como fármaco preanestésico .
PRECAUCIONES	Tolerancia tras su uso a lo largo de varias semanas. Puede generar amnesia. Puede provocar la reaparición de cuadros depresivos previo y ocultar posibles tendencias suicidas que han de ser vigiladas. Se recomienda menores dosis en casos de patologías respiratorias.
INTERACCIONES	Alta interacción con fármacos para enfermedades mentales, aumentando somnolencia. Riesgos graves con opioides: somnolencia, disnea, coma, muerte. Precaución con Clozapina, Valproato, Probenecid y Teofilina, ya que pueden potenciar o reducir efectos de Lorazepam. Contraindicado la combinación con bebidas alcohólicas ya que estas potencian la acción sedante del fármaco
EFFECTOS ADVERSOS	Muy frecuentes → Sensación de ahogo Frecuentes → Confusión, ataxia, falta de fuerza en la musculatura, mareo, cansancio Poco frecuentes → Nauseas

Tabla 4: Especificaciones del Lorazepam con perspectiva etaria.

El **Diazepam** es la segunda BZD más usadas en España según los últimos datos recogidos(26) y según su ficha técnica debemos prestar atención a las siguientes especificaciones (tabla 5) (28):

INDICACIONES	Tratamiento de la ansiedad o agitación psicomotriz y como relajante muscular por sus propiedades. Tratamiento coadyuvante en crisis epilépticas .
PRECAUCIONES	Pacientes con afecciones cardíacas, hepáticas o renales, así como en pacientes con afecciones respiratorias graves o problemas en la movilidad/deambulación.
INTERACCIONES	Ketoconazol, Fluoxetina, Diltiazem, Armodafinilo y Omeprazol potencian la sedación del Diazepam. Carbamazepina y Rifampicina lo reducen. Interacción con Fenitoína. Riesgo de depresión cardiorrespiratoria y muerte con otros fármacos que afectan al SNC. Interacciones con zumo de pomelo aumentando los niveles de fármaco. Bebidas alcohólicas aumenta el efecto sedante . El uso con alimentos retrasa la velocidad, pero no la absorción.
EFFECTOS ADVERSOS	Muy frecuentes → somnolencia, falta de fuerza muscular y sensación de cansancio aumentada Ocasionales → confusión; mareos; estreñimiento; ataxias; alteraciones cardíacas y circulatorias; dificultad para hablar; vértigos.

Tabla 5: Especificaciones del Diazepam con perspectiva etaria.

3.9 Antipsicóticos.

El uso de antipsicóticos en ancianos ha sido controvertido debido a los riesgos de los antipsicóticos típicos. La llegada de antipsicóticos atípicos ha cambiado el panorama, ofreciendo perfiles de efectos secundarios más favorables y convirtiéndose en la principal opción de tratamiento para enfermedades mentales en adultos mayores (29).

El análisis de efectos adversos de antipsicóticos diferencia entre tipos. Los típicos propician más síntomas extrapiramidales y agitación psicomotriz, mientras que los atípicos presentan más casos de síndrome neuroléptico maligno, aunque raramente. Ambos están asociados con caídas, atribuidas a hipotensión, temblores y somnolencia. No hay ventajas claras entre ambos. Ambos pueden causar problemas metabólicos y aumento de peso, siendo los atípicos más propensos a ello, posiblemente debido a la sedación. Además, pueden provocar alteraciones lipídicas y riesgo de dislipemia. Asociaciones médicas han señalado estos riesgos metabólicos y han propuesto protocolos de monitoreo para pacientes bajo tratamiento con antipsicóticos atípicos (29). Estos antipsicóticos atípicos presentan mayores riesgos cardiovasculares, como trombosis venosa profunda debido a su afinidad con los receptores de serotonina tipo 2 y la sedación que causan, aumentando la estasis venosa. También se ha asociado con un mayor riesgo de eventos cerebrovasculares, posiblemente relacionado con efectos secundarios como aumento de peso y cambios metabólicos. La obesidad abdominal y las alteraciones metabólicas pueden aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular y arritmias ventriculares, posiblemente por el bloqueo de canales de potasio y cambios en la repolarización cardíaca. Los pacientes con antipsicóticos convencionales tienen un mayor

riesgo de hospitalización por arritmias, mientras que los que toman antipsicóticos atípicos no muestran un riesgo asociado, independientemente de las enfermedades cardíacas preexistentes(29). Uno de los antipsicóticos típicos más empleados es el **Haloperidol** (tabla 6) (30):

INDICACIONES	Tratamiento de patologías que alteran el pensamiento, los sentimientos o el comportamiento , tales como, la esquizofrenia o el trastorno bipolar además de los problemas conductuales.
PRECAUCIONES	Aumento de muertes y ACV en personas mayores. Precaución con problemas cardíacos, TA baja, mareos, y condiciones hepáticas, renales o tiroideas. Controlar niveles de potasio y magnesio
INTERACCIONES	Puede afectar al corazón si se combina con Alprazolam, Fluoxetina, Sertralina, Carbamazepina y Verapamilo. Puede interferir con el tratamiento de insomnio, analgésicos, antidepresivos tricíclicos, antihipertensivos, enfermedad de Parkinson y anticoagulantes. El Haloperidol no puede tomarse con alcohol ya que puede aumentar la somnolencia.
EFFECTOS ADVERSOS	Muy frecuentes → Insomnio; agitación Frecuentes → Depresión; mareos; somnolencia; descenso de la TA; problemas en la visión; estreñimiento; cambios hepáticos. Poco frecuentes → Confusión; problemas en la marcha; disnea; edemas. Raros → Hipoglucemia; insuficiencia hepática.

Tabla 6: Especificaciones del Haloperidol con perspectiva etaria.

Por otro lado, uno de los antipsicóticos atípicos más empleados es la **Clozapina** (tabla 7) (31):

INDICACIONES	Tratamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia en pacientes que no responden al tratamiento de al menos otros 2 antipsicóticos o baja tolerancia a estos . Uso en pacientes con enfermedad de Parkinson con alteraciones del pensamiento
PRECAUCIONES	Vigilar síntomas gripales, por riesgo de desmayos. Atender a disnea, alteraciones cardíacas y hepáticas. Control de glucemia en diabéticos. Alerta ante fiebre alta y antecedentes de trombos. Observación por posible aparición de estreñimiento
INTERACCIONES	Puede interactuar con fármacos depresores del sistema nervioso central (SNC), antidepresivos de tipo IMAO, BZD, anticolinérgicos (como los empleados para el Parkinson), medicamentos antihipertensivos, betabloqueantes y el Omeprazol (puede disminuir la cantidad del antipsicótico en sangre) La Clozapina no interfiere con comidas ni bebidas a excepción de las alcohólicas.
EFFECTOS ADVERSOS	Muy frecuentes → somnolencia; mareos; taquicardias; estreñimiento Frecuentes → incremento de peso; problemas de visión; temblores; episodios convulsivos; alteraciones en el electrocardiograma (ECG); hipertensión arterial; falta de apetito; aumento de secreción de enzimas hepáticas. Raros → hiperglucemia; agitación; pericarditis; confusión; alteraciones cardíacas; disfagia; hepatitis. Muy raros → mal control glucémico; muerte súbita; problemas respiratorios; estreñimiento grave por disminución de la actividad del intestino; inflamación renal

Tabla 7: Especificaciones de la Clozapina con perspectiva etaria.

3.10 Farmacovigilancia.

La farmacovigilancia es toda actividad que se dirige a la detección de cualquier reacción adversa medicamentosa (RAM) producida por los fármacos empleados, además de su evaluación y prevención. También se incluye cualquier otro tipo de percances que puedan tener una etiología farmacológica. Su objetivo es la reducción en su máximo exponente de los riesgos asociados al uso de fármacos. Se hace así necesaria la colaboración de los profesionales sanitarios para la notificación de posibles RAM empleando en España el registro que depende del Sistema Español de Farmacovigilancia el cual recibe el nombre de “tarjeta amarilla” (32) el cual es un formulario estandarizado que cumplimenta el profesional sanitario y que recoge los datos relativos al sexo, edad y peso del paciente, datos sobre la dosis diaria y vía de administración así como las fechas de inicio de tratamiento, síntomas y reacciones u otras observaciones (33).

En cuanto a la labor enfermera respecto a la farmacología, es importante nombrar la Orden CIN/2134/2008 por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero, establece en el módulo de formación básica común *“conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos. Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo”*(34), por lo que los conocimientos necesarios en materia de farmacología están más que justificados y por tanto son necesarios para desarrollar la labor enfermera. Además, en cuanto a normativa, también en el Real Decreto RD 577/2013 por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano encontramos en su capítulo II, artículo 4 “ 1. *Notificar las sospechas de reacciones adversas de los medicamentos autorizados, incluidas las de aquellos que se hayan utilizado en condiciones diferentes a las autorizadas. Estas notificaciones se enviarán lo más rápidamente posible al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente a su ámbito asistencial, mediante cualquiera de las vías que éste ponga a su disposición. La dirección web para su notificación electrónica estará disponible en las fichas técnicas de los medicamentos”*(35).

Justificación

La formación de los enfermeros les otorga el conocimiento necesario sobre la farmacología, incluyendo efectos secundarios de medicamentos. Su estrecho contacto con los pacientes les permite detectar cambios relevantes siendo vital su contribución en la farmacovigilancia para identificar reacciones adversas. A pesar de la importancia de esto, la participación de enfermería en esta área sigue siendo menor a la necesaria. La proximidad y continuidad en la atención al paciente proporcionan una perspectiva única para reconocer y documentar eventos adversos relacionados con la medicación. Esta conexión directa con los pacientes resalta la relevancia de su rol en el monitoreo de la seguridad y efectividad de los medicamentos. Sin embargo, existe una brecha evidente entre la importancia de su contribución y su participación efectiva en la farmacovigilancia (32).

Los resultados de un estudio realizado a un grupo de enfermeras de Cantabria indican una percepción deficitaria de la formación en farmacología entre las enfermeras, tanto durante los 4 años de formación universitaria como en formación continua. A pesar de esto, la formación en materia de farmacología se considera esencial para el desempeño de sus labores. Se arrojan datos que denotan que las enfermeras de hospitales tienen una mejor formación continua en farmacología que las de Atención Primaria o sociosanitaria. La capacidad percibida para identificar RAM e interacciones farmacológicas es mayor en enfermeras con más experiencia y empleo estable (32).

En España existe un consumo de fármacos enorme. Todos los fármacos que existen pueden provocar la aparición de RAM. Estas están directamente relacionadas con complicaciones que pueden acabar incluso en ingreso hospitalario o muerte. Diferentes estudios apuntan a la aparición de RAM en el 41% de los pacientes en AP y hasta un 46% de los pacientes hospitalizados. Por otro lado, según una nota publicada por la Unión Europea (UE), generan hasta 197.000 muertes anuales en todo el continente, además de los gastos económicos que suponen para los sistemas sanitarios de los países que lo componen (33).

Por todo ello es que es necesario realizar un proyecto educativo enfocado en principales RAM y/o interacciones farmacológicas y la intervención de enfermería necesaria en el paciente mayor por los cambios producidos en la farmacocinética y farmacodinamia (20) además de la polifarmacia de este perfil de pacientes. El resultado de este artículo arroja la necesidad de las enfermeras de recibir más formación en lo que a farmacología respecta. La superposición de ambos factores supone un mayor grado de dificultad en el manejo de estos problemas en el paciente mayor.

4. Metodología

Población y captación

Población diana

El proyecto va dirigido a proporcionar los conocimientos, herramientas y valoraciones necesarias para que el equipo de enfermería sea capaz de prevenir o tratar de manera efectiva los efectos adversos derivados del uso de los psicofármacos en el anciano mayor.

La población diana estará formada por: profesionales de nueva incorporación y plantilla fija en el Centro de Salud (CS) de Ciempozuelos. Se propone a los profesionales de enfermería de AP por su evidente contacto con pacientes con patologías mentales o que usan alguno de los fármacos mencionados (aunque sin ingreso hospitalario) haciendo evidente la obligación profesional de seguir el tratamiento para detectar cualquier anomalía en estos pacientes.

Los grupos de profesionales de enfermería que asistirán a las sesiones no será en ningún caso superior a las 20 personas por sesión. Si fuera necesario se dividiría a los profesionales en dos grupos.

Captación

La captación para este proyecto educativo se va a realizar en primera instancia, contactando con el centro mencionado (CS de Ciempozuelos) y se hablará con dirección de enfermería, así como los supervisores del CS para ofrecerles las sesiones, informando de los objetivos que se pretenden conseguir, así como el contenido que se impartirá, número de sesiones y material necesario. Si el centro confirma su interés por las sesiones, se proporcionará mediante correo informático el cartel principal de los talleres (anexo 11), así como el díptico donde se detallarán los datos expuestos anteriormente (nº sesiones, contenidos, objetivos, etc) y se especificarán los requisitos para la inscripción (anexo 12). A su vez, se proporcionará un código QR en el cartel principal que llevará a un enlace de encuesta de Google para que el personal de enfermería pueda inscribirse (anexo 13).

Tras la correcta tramitación de la inscripción, se proporcionará a la población diana un correo electrónico de contacto para la consulta de cualquier duda que pudiera surgir en relación con las sesiones.

Objetivos

Objetivos generales

Se plantea un objetivo general a lograr con el proyecto educativo en cuestión:

- Aportar los conocimientos y herramientas necesarias para una correcta farmacovigilancia en pacientes mayores tratados con psicofármacos.

Objetivos específicos

Se dividirán los objetivos por área tratada para facilitar el reparto de los contenidos, así como facilitar las evaluaciones de los organizadores en cuanto a la consecución de los objetivos.

Área cognitiva:

- Mejorar los conocimientos por parte del equipo de enfermería sobre los principales grupos de psicofármacos empleados en el tratamiento de patologías mentales en adulto mayor.
- Enseñar los efectos de estos psicofármacos en la fisiología del adulto mayor.
- Adquirir conocimientos de los riesgos asociados a la psicofarmacología en el adulto mayor.
- Conocer las principales RAMs, enfatizando siempre en su prevención, pero también en su manejo dependiendo de origen y la posible necesidad de monitorización continua.
- Concienciar sobre la importancia de una continua evaluación del paciente para determinar posibles ineficacias del tratamiento.

Área emocional:

- Aumentar su seguridad a la par que responsabilidad en la administración de psicofármacos mediante la exposición de dudas y preguntas de los asistentes.
- Facilitar la exposición de preocupaciones por parte del equipo de enfermería en relación con patologías mentales para evitar caer en estereotipos o prejuicios.

Área de habilidades:

- Capacitar a los enfermeros para la administración segura de los fármacos, dosis adecuadas, presentaciones, posibilidad de otras vías o especificidades relativas a los fármacos.

- Desarrollar habilidades que permitan a los profesionales el manejo de manera temprana, rápida y correcta en situaciones complejas originadas por los psicofármacos.
- Generar habilidades de evaluación exhaustiva del anciano mayor en tratamiento con psicofarmacología para asegurar el correcto funcionamiento del tratamiento o la aparición de problemas asociados.
- Mejorar la capacidad de los enfermeros en lo relativo a materia de Educación para la Salud EpS sobre el uso adecuado de los medicamentos, importancia de seguimiento y adhesión al tratamiento y la detección por parte de los usuarios de signos y síntomas de alarmas, así como la actuación a seguir.

Contenidos

TEMA	CONTENIDOS
El anciano	Se tratará el envejecimiento como concepto general. El envejecimiento sano o exitoso, el patológico y las valoraciones por parte de enfermería en este ámbito.
Salud mental	Situación actual en España sobre patologías mentales con perspectiva de sexo y etaria. Se ahondará en las peculiaridades del adulto mayor con problemas de salud mental.
Psicofarmacología	Principales grupos de psicofármacos empleados en salud mental, así como sus presentaciones, indicaciones, precauciones y RAMs. Además, se expondrán las principales interacciones tanto con otros fármacos como con alimentos, todo ello teniendo en cuenta el perfil del paciente mayor y sus características. Cálculo de dosis.
Interacciones farmacológicas	Se expondrán las principales interacciones tanto con otros fármacos como con alimentos, todo ello teniendo en cuenta el perfil del paciente mayor y sus características.
Cálculo de dosis	Principales métodos para un cálculo de dosis correcto, así como transmitir la importancia de mantener las dosis indicadas disminuyendo de esta forma la posibilidad de cometer errores y propiciar problemas derivados de ello.

Sesiones, técnicas de trabajo y uso de materiales

Plan general

El lugar donde se realizarán las sesiones serán los diferentes centros donde se imparta el proyecto educativo en cuestión. Se hablará con dirección de enfermería para valorar el lugar final de las sesiones y que se realicen en un lugar que permita realizar todas las actividades previstas en el proyecto. El proyecto ha tenido en cuenta las limitaciones a nivel de infraestructura que puedan existir por lo que se ha optado por realizar actividades que no requieran grandes recursos para su correcto desarrollo.

Los docentes serán 2, las sesiones serán impartidas y dirigidas por al menos 2 graduados en Enfermería o 1 graduado en enfermería junto a un TCAE que trabajen o hayan trabajado en las áreas de psiquiatría y tengan al menos 1 año de experiencia en este ámbito.

En cuanto al aula, se realizará en la sala de reuniones del propio CS, la cual se sitúa en la primera planta y es de un tamaño suficiente para la realización de todas las sesiones. En ella hay sillas con mesas, un ordenador con proyector y una pizarra de rotuladores por si fuera necesario su uso. También se encuentra una mesa grande la cual se empleará en algún momento de las sesiones cuando la disposición de los participantes así lo requiera.

Cronograma general

El proyecto se programará para realizarse en el mes de Julio en el centro de salud para así llegar a la población diana que se propone (el equipo que de AP de Ciempozuelos). Se realizará en 3 días alternos de la semana, empezando un lunes y acabando un viernes. Las sesiones durarán 2h y 30 minutos con una prolongación de 15 minutos al inicio y otros 15 minutos al final de cada sesión para la realización de los cuestionarios de evaluación. La tercera sesión se enfocará más a las habilidades de tal modo que se podrá “evaluar” los conocimientos adquiridos en las sesiones previas mediante dinámicas de grupo y una simulación final.

1. Sesión enfocada a teoría
2. Sesión enfocada a la esfera emocional
3. Sesión de habilidades

JULIO 2024

L	M	X	J	V	S	D
1 SESIÓN 1 13:00H- 16:00H	2	3 SESIÓN 2 13:00H- 16:00H	4	5 SESIÓN 3 13:00H- 16:00H	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Sesiones

Los contenidos que se van a tratar en las sesiones se expondrán en los siguientes puntos haciendo referencia a los objetivos perseguidos en cada una de ellas, los métodos que se van a emplear, el tiempo que durará cada sesión y los materiales que se han de utilizar para el desarrollo de estas.

GUIÓN (1ª SESIÓN)	METODOLOGÍA	OBJETIVO	DURACIÓN	MATERIAL
INICIO SESIÓN-PRESENTACIÓN	Técnica de iniciación: técnica de pasarse la pelota	Originar un clima cálido para realizar una presentación de cada miembro del grupo. Con una pelota los asistentes se la tendrán que ir pasando sin repetir en ningún momento los asistentes que ya se hayan presentado	10 minutos	Aula o lugar de reunión. Sillas colocadas concéntricamente. Docentes y asistentes.
PRUEBA PRE-SESION	Prueba tipo test	Valorar los conocimientos preexistentes en cada uno de los asistentes en la materia que se impartirá en la sesión.	15 minutos	Papel con test impreso y bolígrafo. Mesas o mesa central (sala de reuniones)
EL ANCIANO: SANO, PATOLÓGICO Y SALUD MENTAL	Inicio con técnica foto-palabra y técnica expositiva: charla participativa	Exponer información sobre el adulto mayor y las condiciones derivadas del envejecimiento.	1 hora	Sillas, mesa/s y proyector para diapositivas en formato PowerPoint
DESCANSO DE 10 MINUTOS				
SALUD MENTAL	Técnica expositiva: lección	Proporcionar información sobre salud mental abordándolo desde una introducción general para más tarde abordarlo desde una perspectiva etaria.	1 hora	Sillas, mesa/s, docente y proyector
TEST POST-SESION	Prueba tipo test	Prueba idéntica a la realizada al inicio de la sesión para valorar los conceptos adquiridos a lo largo de la misma	15 minutos	Test, bolígrafos y mesa/s

GUIÓN (2ª SESIÓN)	METODOLOGÍA	OBJETIVO	DURACIÓN	MATERIAL
PRUEBA DE CONOCIMIENTOS	A través de prueba de asociación de conceptos	Comprobar el nivel de conocimientos del grupo acerca de farmacología psiquiátrica a través de la unión de conceptos. No se aportarán los resultados ya que al final se volverá a realizar el ejercicio mediante puesta en común y se compararán los resultados obtenidos.	20 minutos	Mesas, prueba impresa y bolígrafos.
PSICOFARMACOLOGÍA: PRINCIPALES GRUPOS, INDICACIONES, PRECAUCIONES Y PRINCIPALES RAM	Técnica expositiva: charla participativa en conjunción con lección	Aportar información teórica necesaria acerca de los principales psicofármacos empleados en salud mental junto con sus indicaciones, precauciones y principales RAM desde una perspectiva etaria.	1 hora y 30 minutos	Sillas, mesa/s y proyector. Prospectos de los psicofármacos más usados
DESCANSO DE 10 MINUTOS				
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS/ALIMENTICIAS	Técnica expositiva: lección	Informar sobre las principales interacciones de los fármacos más empleados de cada grupo.	40 minutos	Sillas, mesa/s, docente y proyector
REPETICIÓN PRUEBA DE CONOCIMIENTOS	A través de prueba de asociación de conceptos	Se realizará de nuevo la prueba inicial. Los asistentes tendrán guardadas sus respuestas anteriores en una plantilla y compararán sus respuestas iniciales con las aportadas al final de la sesión	20 minutos	Prueba impresa y bolígrafos. Mesas

GUIÓN (3ª SESIÓN)	METODOLOGÍA	OBJETIVO	DURACIÓN	MATERIAL
PRESENTACIÓN, VÍAS Y MANEJO DE FÁRMACOS	Técnicas expositivas: lección	Aportar los conocimientos necesarios acerca de las presentaciones de los principales fármacos empleados, sus vías de administración y el manejo de estos para su correcta administración.	40 minutos	Proyector para presentación y sillas. Fármacos caducados para mostrar su presentación y manejo.
CÁLCULO DE DOSIS	Técnicas para desarrollo de habilidades: ejemplos prácticos	Desarrollar las capacidades necesarias para realizar cálculo de dosis, cambios de medidas y volúmenes/cantidades necesarios para la correcta administración a través de la proyección de los casos	40 minutos	Casos prácticos de cálculo de dosis. Proyector. Bolígrafos. Sillas. Pizarra de rotuladores para respuestas en grupo.
SIMULACIÓN: CASO CLÍNICO REAL A TRABAJAR EN EQUIPO	Técnicas para el desarrollo de habilidades: simulación y juego de roles	Puesta en práctica de todos los conocimientos adquiridos para lograr la resolución de un caso aleatorizado relacionado con el anciano, salud mental y psicofarmacología. REQUIERE EL TRABAJO EN EQUIPO (ROLES)	40 minutos	Medicamentos caducados. Aula preparada para simulación.
VALORACIÓN FINAL DEL PROYECTO MEDIANTE PUESTA EN COMÚN + CÓDIGO QR CON VALORACIÓN ANÓNIMA				

Evaluación

Evaluación de la estructura y el proceso

Se realizarán dos tipos de evaluación, por un lado, por parte de los docentes y por otro por parte de los asistentes.

Por parte de los docentes, en se realizará un registro de asistencia tanto a la entrada como a la salida, lo cual consistirá en una hoja que los asistentes deberán rellenar tanto al inicio como a la salida indicando:

1. DNI
2. NOMBRE
3. PUESTO DE TRABAJO
4. FIRMA

De esta manera se llevará a cabo un análisis por parte de los organizadores de si la asistencia ha sido completa o ha habido alguna falta de asistencia. Además, el registro antes de la entrada y de la salida, permitirá valorar si los horarios han sido los ideales para compaginar con los de trabajo (se establecen las sesiones de 13-16h puesto que permite la organización de las agendas de los enfermeros de AP para facilitar la asistencia) (anexo 14).

Los docentes también tendrán que rellenar una hoja de registro la cual hará referencia a los materiales y aula empleados para las sesiones, indicando si su uso ha sido correcto y suficiente o si no hubiese sido así, indicando cual ha sido la incidencia de cara a poder cambiarlo y mejorarlo para otras sesiones (anexo 15).

Para la evaluación de la estructura por parte de los asistentes, se les aportará un enlace el cual redirigirá a un cuestionario de Google® similar al que rellenaron cuando se inscribieron en el mismo. En este cuestionario lo que se pretende evaluar son aspectos propios del proyecto como son los horarios, la organización, la calidad de las exposiciones, la metodología empleada, etc. Esto permitirá a los docentes y organizadores hacer modificaciones en cualquiera de estos aspectos si fuera necesario ya que la percepción del grupo es algo de vital importancia. Por último, aparecerá una escala para puntuar el grado de utilidad que perciben en el proyecto con el fin de prolongarlo en otros centros o, por el contrario, hacer una revisión de este antes de impartirlo en otros centros (anexo 16).

Evaluación de resultados

Con el fin de evaluar correctamente los contenidos propuestos y expuestos en el proyecto educativo, se han desarrollado una serie de cuestionarios/actividades que los asistentes deberán cumplimentar a lo largo del desarrollo de las sesiones.

Área cognitiva→ en la primera sesión se realizará un cuestionario pre-sesión y post-sesión (anexo 17) el cual será idéntico en preguntas y forma. De esta manera se podrá valorar los conocimientos que los asistentes tienen sobre la temática antes de la sesión y tras haberla realizado. Con ello se conseguirá obtener un *feedback* de dos direcciones (por un lado, pondrá en valor los conocimientos obtenidos y en segundo lugar pondrá en evidencia si la metodología empleada por los docentes es la correcta). Además, en la 2ª sesión se les entregará un cuestionario de asociación de conceptos relativos a farmacología. (anexo 18).

Área afectiva→ Se evaluará a lo largo de las tres sesiones por parte de los docentes el área comunicativa de los asistentes. Se usará una plantilla para valorar la comunicación y los objetivos de esta área de los asistentes (anexo 19)

Área de habilidades → en la última sesión se encuentra el apartado de simulación clínica (anexo 20) en la cual se realizará una evaluación similar a la de otro tipo de simulaciones, valorando distintos aspectos sobre el grupo que realiza la simulación (evaluación conjunta) (anexo 21) en relación con sus capacidades, conocimientos, aptitudes, trabajo en equipo. Esto permitirá transmitir un *feedback* a los asistentes sobre su participación en la simulación de manera visual y no únicamente a través de una charla a modo de *debriefing*. Además, permitirá también a los docentes evaluar de forma similar a todos los asistentes, haciendo una evaluación general de conocimientos adquiridos durante los 3 días de sesiones.

Se debe realizar un “**reciclaje**” de conocimientos y una comprobación de que los mismos se han asentado de manera correcta y sólida en los asistentes. Se propone de esta manera hacer un envío por correo electrónico de un enlace de cuestionario Google® que incorpore al menos 3 preguntas de cada uno de los objetivos generales y específicos propuestos de tal modo que los participantes (anexo 22), vía online puedan transmitir un *feedback* que servirá a los organizadores y docentes de que el proyecto ha surtido el efecto deseado y se han cumplido los objetivos propuestos en las bases de este.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. [Actualizado el 1 de Octubre de 2022, Acceso el 2 de Enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Johns Creek (GA): Ebix, Inc., A.D.A.M.; ©1997-2020. Cambios en órganos, tejidos y células por el envejecimiento; [Revisado el 18 de Abril de 2023, consultado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004012.htm>
3. Instituto Nacional de Estadística. Edad Media de la Población según sexo [Internet]. [Actualizado en 2023, consultado el 4 de Enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=3197#!tabs-grafico>
4. Alvarado-García AM, Salazar-Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2): 57-62.
5. OMS. Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) [Internet]. [Consultado el 2 de Enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
6. D'Hyver De Las Deses C, Alonso-Reyes MDP, Herrera-Landero A, Aldrete-Velasco JA. Successful aging. A view among physicians. Med Int Mex 2024. 2019;35(1):45–60.
7. Izal M, Bellot A, Montorio I. Positive perception of time and its association with successful ageing. Estud Psicol. 2018;39(2–3):286–323.
8. Aliaga-Díaz E, Cuba-Fuentes S, Mar-Meza M. Health promotion and disease prevention for active aging that preserves quality of life. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):311–20.
9. Zayas SE, Fundora ÁV. Sobre las interrelaciones entre la nutrición y el envejecimiento. RCAN. 2017;27(2):394-429.
10. Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. Aten Primaria. 2022;54:1-9
11. Dawson WD, Nash M. Aging with Serious Mental Illness: One State's Response. GENERATIONS. 2018;42:63–70.
12. Cogley C, Carswell C, Bramham K, Chilcot J. Chronic Kidney Disease and Severe Mental Illness: Addressing Disparities in Access to Health Care and Health Outcomes. Clin J Am Soc Nephrol. 2022;17(9):1413-7
13. Alwar A, Addis G. Renal nurses' experiences of patients with severe mental health conditions receiving acute haemodialysis: A qualitative study. J Ren Care. 2022;48(3):197-206.

14. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Enfermedad de Alzheimer. [consultado el 19 de febrero de 2024]; Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html>
15. Hung CC, Crowe-White KM, McDonough IM. A seed and soil model of gut dysbiosis in Alzheimer's disease. *Aging (Albany NY)*. 2023;15(12):5235-7.
16. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Esquizofrenia. [consultado el 26 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/schizophrenia.html>
17. Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Johns Creek (GA): Ebix, Inc., A.D.A.M.; ©1997-2020. Trastorno esquizoafectivo; [Última revisión el 30 de Abril de 2022, consultado el 26 de Diciembre de 2023]. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000930.htm>
18. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Trastorno bipolar. [Consultado el 26 de Diciembre de 2023]; Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/bipolardisorder.html>
19. Hung CC, Crowe-White KM, McDonough IM. A seed and soil model of gut dysbiosis in Alzheimer's disease. *Aging (Albany NY)*. 2023;15(12):5235-7.
20. Howland RH. Effects of aging on pharmacokinetic and pharmacodynamic drug processes. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2009;47(10):15-6, 17-8.
21. Oxman TE. Antidepressants and cognitive impairment in the elderly. *J Clin Psychiatry*. 1996;57 Suppl 5:38-44. Erratum in: *J Clin Psychiatry* 1996;57(8):374.
22. Sánchez-Ayala MI. Pharmacological treatment of depression in older adults: how to choose. *Medwave* 2005;5(03):653
23. CINFA [Internet]. Prospecto citalopram pensa 20 mg comprimidos recubiertos con película efg; [consultado el 10 de Marzo de 2024]. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/68395/Prospecto_68395.html
24. CINFA [Internet]. Prospecto sertralina almus 50 mg comprimidos recubiertos con película efg; [consultado el 10 de Marzo de 2024]. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/69765/P_69765.html
25. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(11):1632-9.
26. National Geographic [Internet]. ¿Hay un exceso de consumo de benzodiacepinas en España?; [consultado el 15 de Marzo de 2024]. Disponible en:
<https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2022/12/benzodiacepinas-adiccion->

ansiolíticos-espana

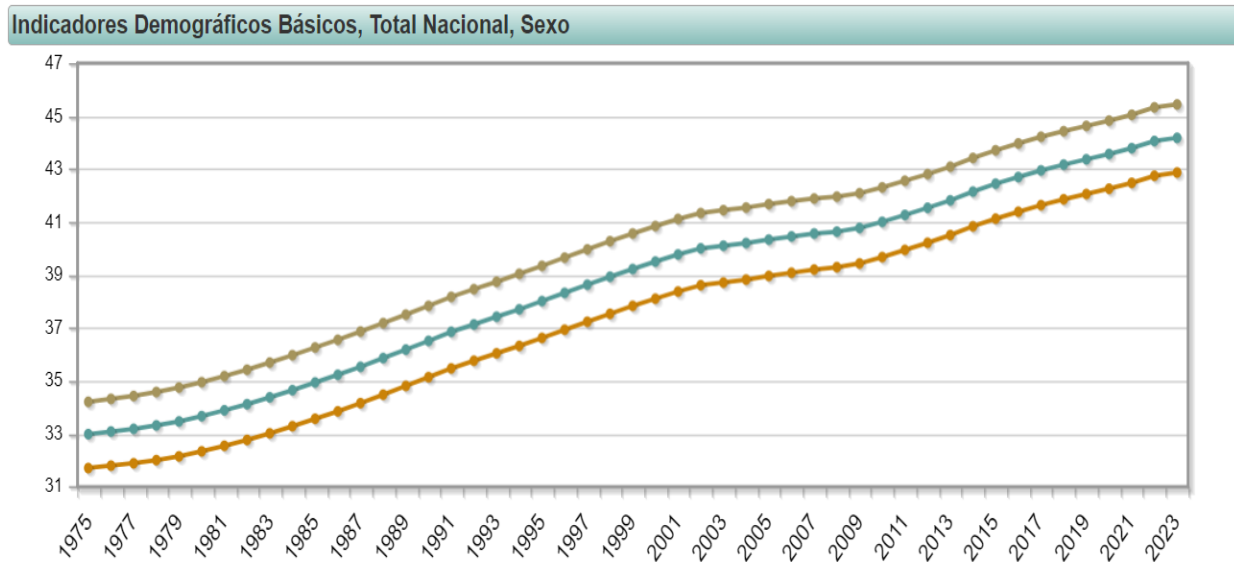
27. CIMA [Internet]. Prospecto Lorazepam cinfa 1 mg comprimidos efg; [consultado el 15 de Marzo de 2024]. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/68477/Prospecto_68477.html
28. CIMA [Internet]. Prospecto Diazepam normon 5 mg comprimidos; [consultado el 15 de Marzo de 2024]. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/51208/P_51208.html
29. Gurevich A, Guller V, Berner YN, Tal S. Are atypical antipsychotics safer than typical antipsychotics for treating behavioral and psychological symptoms of dementia? J Nutr Health Aging. 2012;16(6):557-61.
30. CIMA [Internet] Prospecto Haloperidol prodes 2mg/ml gotas orales en solución; [consultado el 18 de Marzo de 2024]. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/33488/Prospecto_33488.html
31. CIMA [Internet] Prospecto Clozapina farmalider 50 mg/ml suspension oral; [consultado el 18 de Marzo de 2024]. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/77039/Prospecto_77039.html
32. González-Expósito J, Martínez-Rioja E, Prado-Amores M, García-Román JC, Bustamante-Revuelta E, Plni SF. Importancia y grado de conocimiento percibido por las enfermeras de Cantabria sobre farmacología, reacciones adversas medicamentosas e interacciones farmacológicas. Metas Enferm. 2018;21(8):5–10.
33. Colegio Oficial Farmacéuticos de Zaragoza [Internet]. Reacciones Adversas a Medicamentos y la importancia de notificarlas; [consultado el 4 de Febrero de 2024]. Disponible en: <https://cofzaragoza.org/reacciones-adversas-a-medicamentos-y-la-importancia-de-notificarlas/>
34. Por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio. Boletín oficial del Estado, nº 174, (19/07/2008) Sec 1 Pag 31680 a 31683.
35. Por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. Real Decreto 577/2013, de 26 de julio. Boletín oficial del Estado, nº179, (27-07-2013).
36. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [Internet] Pirámide de población año 2023; [consultado el 4 de Enero de 2024]. Disponible en:
<https://inclasns.sanidad.gob.es/report/population/>
37. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R et al. Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(6):392-7.
38. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado [Internet] Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP; [consultado el 4 de Enero de 2024];

Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/>

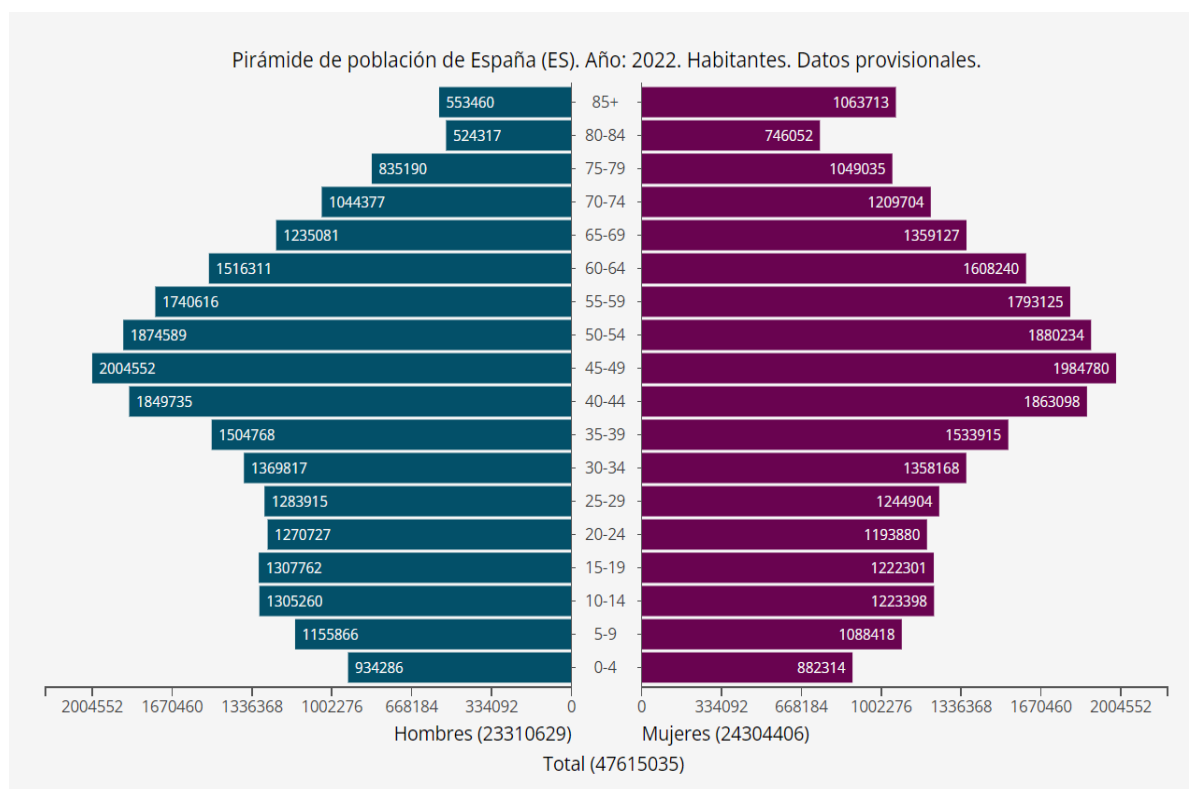
39. Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sánchez JC, Morales-Fernández, Enríquez De Luna-Rodríguez M, Moya-Suarez AB, et al. Consecuencias de los errores en la traducción de cuestionarios: versión española del índice Downton. Rev Calid Asist. 2015;30(4):195-202

ANEXOS

Anexo 1: Tabla de edad media por sexos Instituto Nacional de Estadística (3)



Anexo 2: Pirámide poblacional en España (36)



Anexo 3: Escala de Frail (37)

FRAIL

	Puntuación
[Fatigue (fatiga)] En las últimas 4 semanas; ¿Qué tanto tiempo se sintió	1 = Todo el tiempo 2 = La mayor parte del tiempo 3 = Algo de tiempo 4 = Muy poco tiempo 5 = Nada de tiempo Respuestas 1 o 2 son puntuadas como 1 y el resto como 0.
[Resistance (resistencia)] Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?	1 = Si 0 = No
[Aerobic (actividad aeróbica)] Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?	1 = Si 0 = No
[Illnesses (enfermedades)] Para las 11 enfermedades, los participantes se les pregunta: ¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]?	1 = Si 0 = No. El total de enfermedades (0-11) son recodificadas como 0-4 = 0 y 5-11 = 1. Las enfermedades incluyen: hipertensión arterial sistémica, diabetes, cáncer (otro que no sea un cáncer menor en piel), enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva, angina, asma, artritis (incluyendo osteoartritis y artritis reumatoide), enfermedad vascular cerebral (embolia) y enfermedad renal crónica.
[Lost of weight (pérdida de peso)] ¿Cuánto pesa con su ropa sin zapatos? [peso actual] Hace un año ¿Cuánto pesaba con ropa y sin zapatos? [Peso hace un año]	El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera: $[(\text{Peso hace un año} - \text{Peso actual}) / \text{Peso hace un año}] * 100.$ Si la pérdida de peso es $\geq 5\%$ se suma un punto (+1), si es ≤ 4 se puntúa como 0.

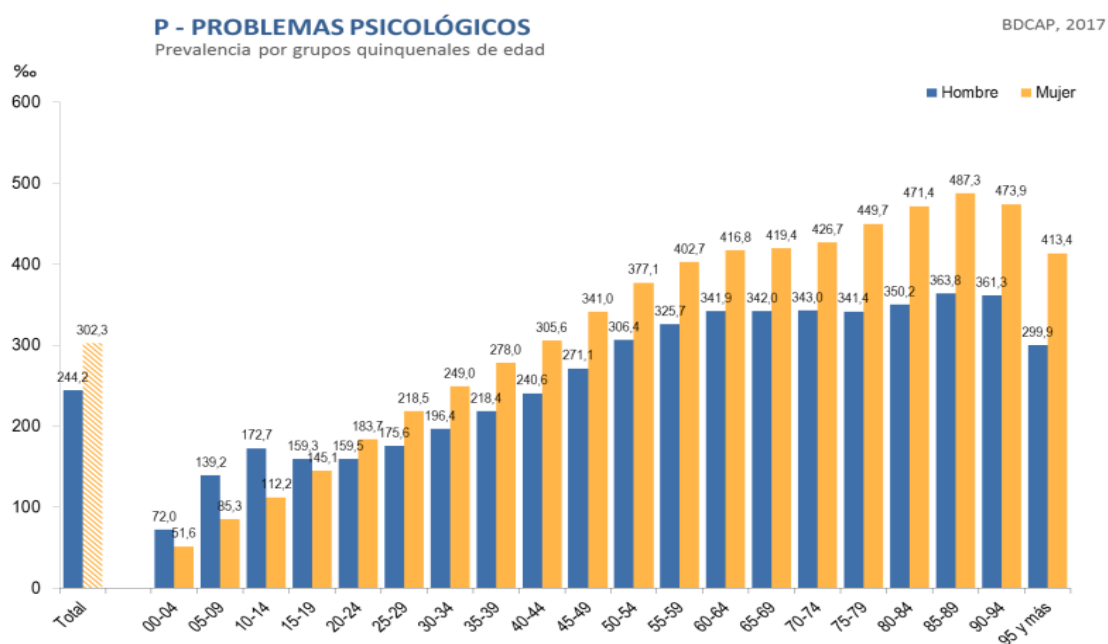
Puntuación total: _____

Interpretación

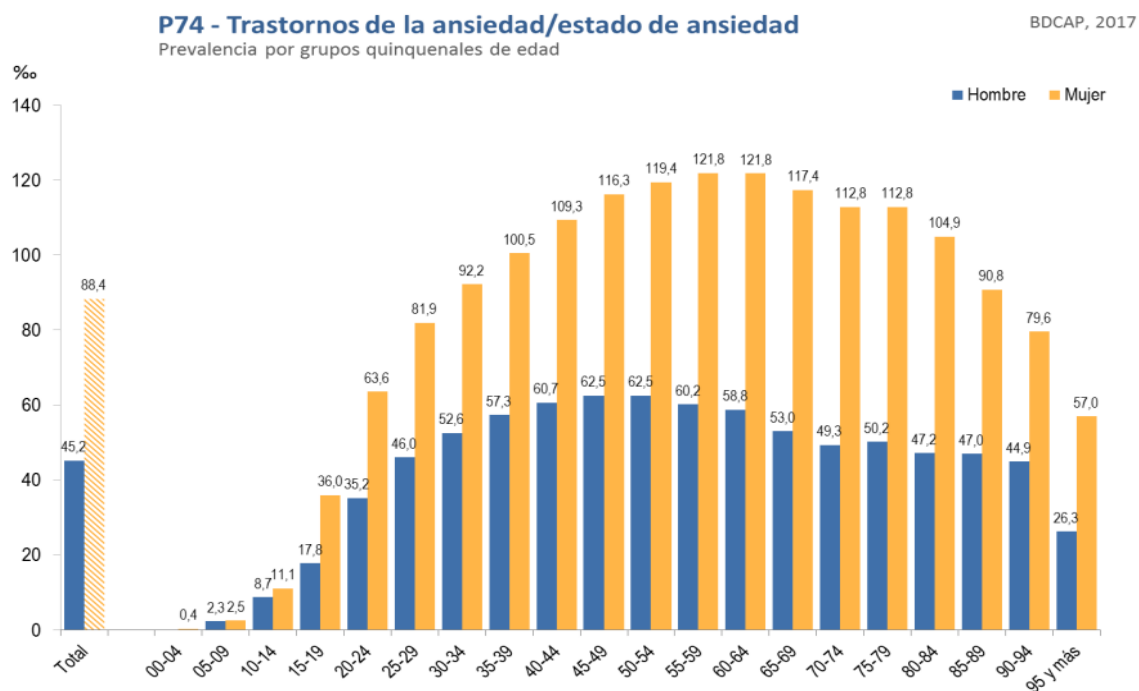
El rango de la puntuación total va de 0 a 5 puntos, 1 punto por cada componente.

- Probable fragilidad: 3 a 5 puntos.
- Probable pre-fragilidad: 1 a 2 puntos.
- Sin fragilidad o robustez: 0 puntos.

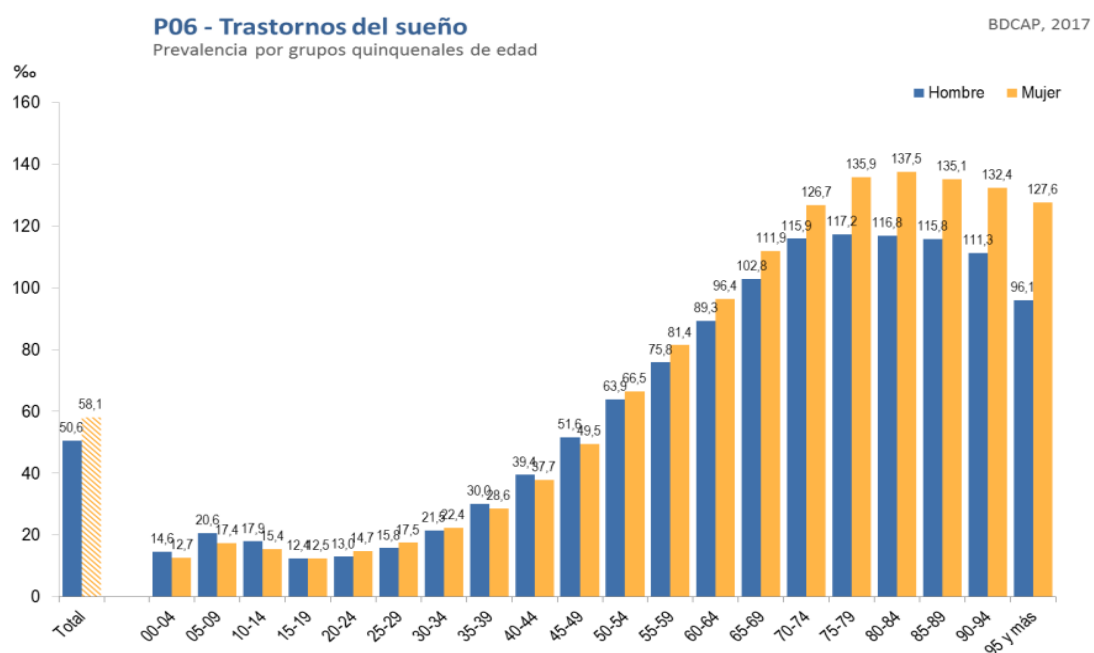
Anexo 4: Tabla de prevalencia de problemas psicológicos por grupos quincenales de edad (38)



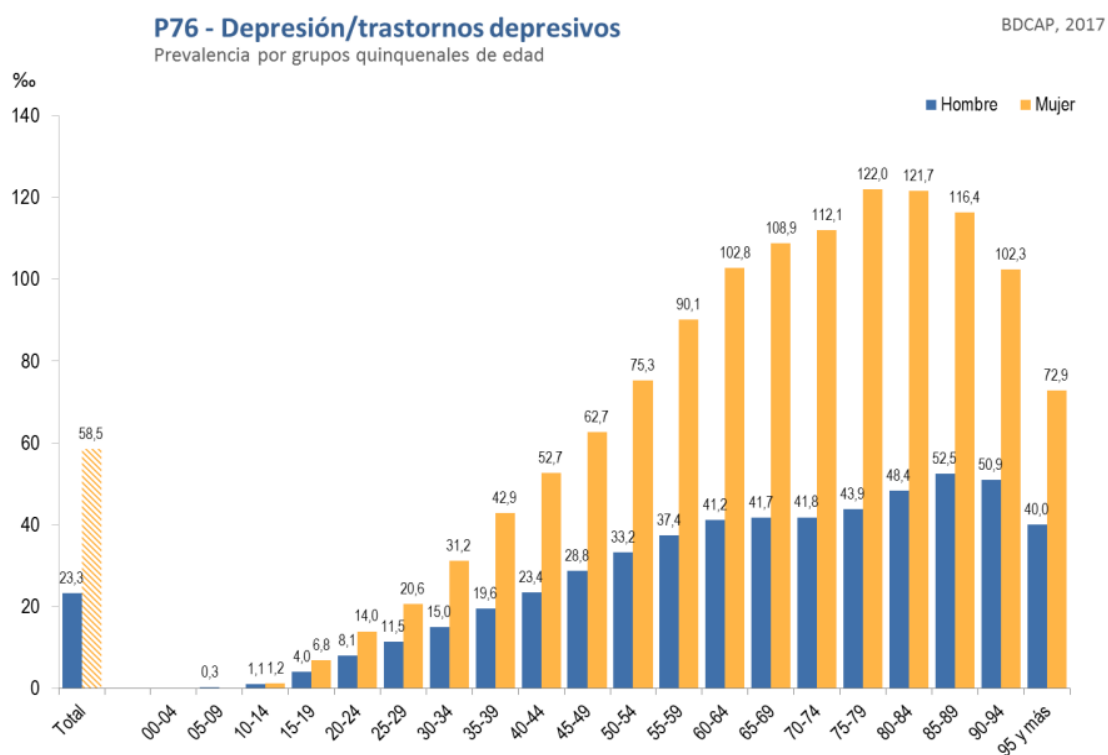
Anexo 5: Tabla de prevalencia de la ansiedad/estado de ansiedad por grupos quincenales de edad (38)



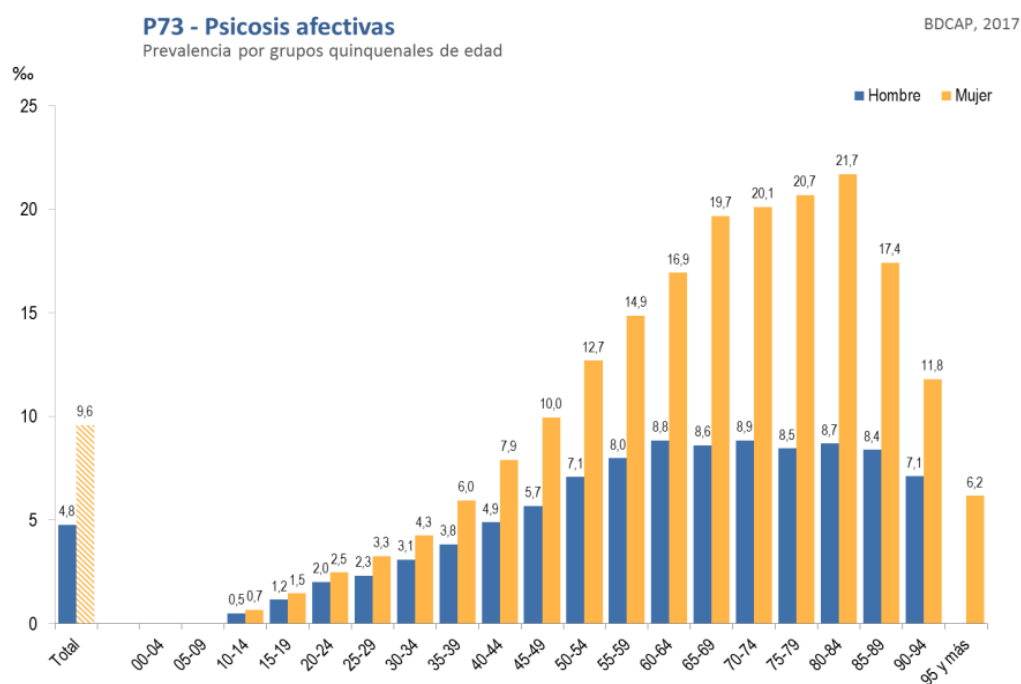
Anexo 6: Tabla de prevalencia de trastornos del sueño por grupos quincenales de edad (38)



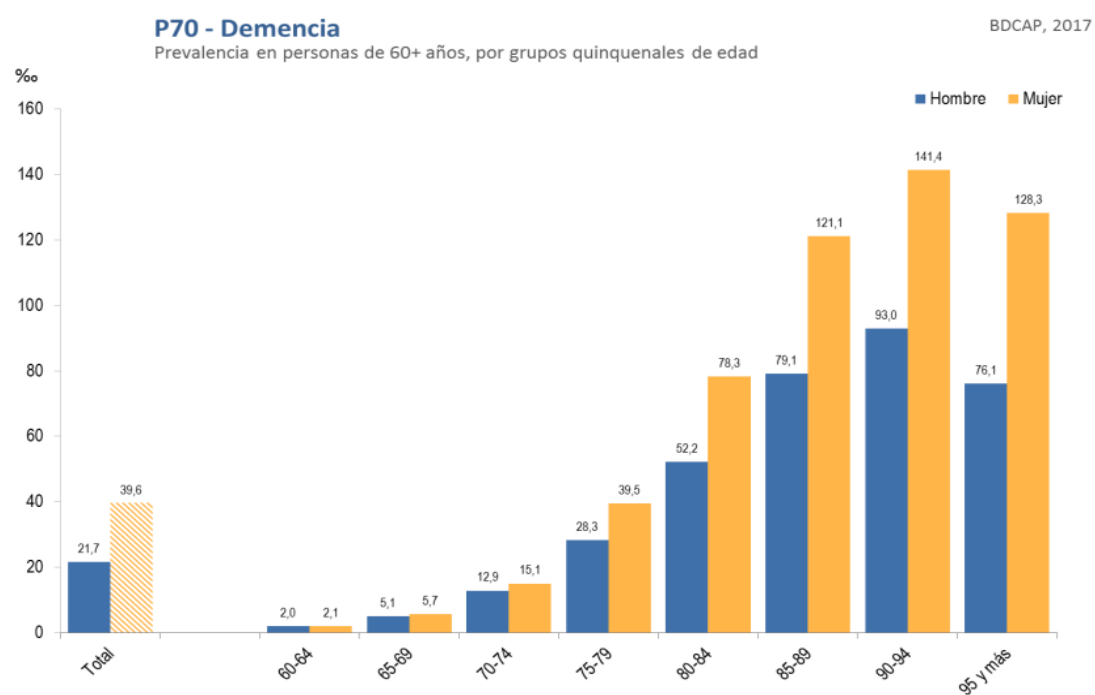
Anexo 7: Tabla de prevalencia de depresión/trastornos depresivos por grupos quinquenales de edad (38)



Anexo 8: Tabla de prevalencia de psicosis afectivas por grupos quincenales de edad (38)



Anexo 9: Tabla de prevalencia de demencia en personas de +60 años por grupos quincenales de edad (38)



Anexo 10: Escala de índice de Downton (39)

Escala Downton	Puntuación escala original	Puntuación escala traducida al español
<i>Caídas previas</i>		
No	0	0
Sí	1	1
<i>Medicamentos</i>		
Ninguno	0	0
Tranquilizantes/sedantes	1	1
Diuréticos	1	1
Hipotensores (no diuréticos)	1	1
Antiparkinsonianos	1	1
Antidepresivos	1	1
Otros medicamentos	0	1
<i>Déficits sensoriales</i>		
Ninguno	0	0
Alteraciones visuales	1	1
Alteraciones auditivas	1	1
Extremidades (amputación, ictus, neuropatía, etc.)	1	1
<i>Estado mental</i>		
Orientado	0	0
Confuso	1	1
<i>Deambulación</i>		
Normal	0	0
Segura con ayuda	0	1
Insegura con/sin ayuda	1	1
Imposible	0	1

Puntuaciones de 3 o más indican alto riesgo de caídas.

Sesión formativa

Psicofarmacología en adulto mayor

El anciano: Sano y patológico

Salud mental

Principales psicofármacos

FECHAS

1/07/2024

3/07/2024

5/07/2024

**Lugar: Centro de Salud
Ciempozuelos**




QR para formulario
de inscripción

LOGO

Anexo 12: Díptico con información sobre las sesiones

Objetivos


Aportar los **conocimientos** y **herramientas** necesarias para una correcta **farmacovigilancia** en pacientes con tratamiento con **psicofármacos**



Requisitos para inscripción

Titulación de Grado en Enfermería o Técnico en cuidados auxiliares de enfermería

Pertenecer a la **plantilla** del **Centro de Salud de Ciempozuelos** en el momento de las sesiones



Materiales

Libreta y bolígrafo

Teléfono con conexión a internet

Uniforme (último día para simulación)


Sesión 1

01/07/2024 (13:00-16:00)

El anciano: sano, patológico

Salud mental: situación en España

Salud mental: principales patologías




Sesión 2

03/07/2024 (13:00-16:00)

Psicofarmacología: principales grupos farmacológicos

Interacciones farmacológicas/alimenticias



Sesión 3

05/07/2024 (13:00-16:00)

Presentación, vías y manejo de fármacos

Cálculo de dosis

Simulación: caso clínico a trabajar en equipo

LOGO

Docentes: Jorge Doblado Lorenzo


LOGO


Docentes: Jorge Doblado Lorenzo

Anexo 13: Formulario Google® para inscripción a las sesiones
(https://docs.google.com/forms/d/e/1faipqlsfjgx0yyqu2hepz54nwtzjiizxisvw8l3vrqpgrixr1trbq/viewform?usp=sf_link)

Formulario de inscripción

Sesiones de psicofarmacología en el adulto mayor

jdobladolorenzo@gmail.com [Cambiar de cuenta](#) 

 No compartido

Nombre y apellidos

Tu respuesta

Correo electrónico

Tu respuesta

Número de teléfono

Tu respuesta

Puesto de trabajo

Tu respuesta

Enviar

Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Denunciar abuso](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Anexo 14: Hoja de registro de asistencia para las sesiones



SESIÓN SOBRE PSICOFARMACOLOGÍA EN EL ADULTO MAYOR

REGISTRO DE ASISTENCIA

FECHA	NOMBRE	DNI	PUESTO DE TRABAJO	FIRMA

Anexo 15: Hoja de registro de materiales empleado

MATERIALES EMPLEADOS

TIPO DE MATERIAL	N.º TOTAL ENTREGADOS	INCIDENCIAS

Anexo 16: Evaluación de la estructura (por parte de los asistentes)

(https://docs.google.com/forms/d/e/1faipqlsc37bxotwadqe06wuzqxi4jypnwa4drdghgk5dhvdrdhl-qhq/viewform?usp=sf_link)

Valoración de las sesiones impartidas

jdobladolorenzo@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)

No compartido

*** Indica que la pregunta es obligatoria**

En una escala del 1 al 5: ¿Cómo calificarías los contenidos impartidos? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En una escala del 1 al 5: ¿Cómo de útiles para tu vida profesional te parecen los contenidos impartidos? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En una escala del 1 al 5: Valora a los docentes y su conocimiento acerca del tema expuesto. *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En una escala del 1 al 5: Valora la organización de la sesión impartida *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En una escala del 1 al 5: Valoración general de la sesión *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones y sugerencias.

Tu respuesta

Enviar

Borrar formulario

Anexo 17: Cuestionario pre y post 1ª sesión

PREGUNTAS PARA TEST PRIMERA SESIÓN

1. En el envejecimiento:
 - a. Se producen cambios fisiológicos
 - b. Únicamente se producen cambios morfológicos
 - c. Se produce tras la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo
 - d. A y C son correctas
2. Los factores que pueden propiciar fallos en el funcionamiento orgánico son:
 - a. Aumento de las demandas físicas del cuerpo
 - b. No tener patologías previas
 - c. Uso de fármacos tanto en procesos agudos como crónicos
 - d. A y C son correctas
3. En cuanto a la población en España:
 - a. La edad de la media está aumentando de manera anual
 - b. Se trata de una población generalmente más joven que hace 30 años
 - c. Ha aumentado la tasa de natalidad considerablemente
 - d. A pesar de los avances científicos, la esperanza de vida no se ha visto aumentada
4. Una orientación temporal hacia el presente y un paso del tiempo rápido produce:
 - a. Menor incidencia de depresión
 - b. Mejor funcionamiento emocional
 - c. Produce bienestar y mejora la salud
 - d. Todas son correctas
5. Considerar los factores sociales, interpersonales e individuales:
 - a. No tiene efecto sobre la salud de las personas
 - b. Es necesario para mejorar la salud de quienes atendemos pero no influye en su autonomía
 - c. Son factores primordiales a la hora de mejorar la salud, preservar la autonomía y mejorar la calidad de vida
 - d. Ninguna es cierta
6. La fragilidad:
 - a. Produce una mayor vulnerabilidad en la persona ante factores estresantes
 - b. Se produce por una disminución de funciones orgánicas
 - c. Se puede medir a través de la Escala de FRAIL
 - d. Todas son correctas
7. El Alzheimer:
 - a. Es la forma de demencia más común
 - b. Afecta, pero no de manera grave en la realización de las ABVD
 - c. Existen tratamientos que permiten frenar el avance de la enfermedad
 - d. Aparece de manera abrupta y no de forma progresiva
8. En la esquizofrenia:
 - a. El paciente pierde el contacto con la realidad
 - b. No tiene afectación en los estados anímicos
 - c. No existe tratamiento a parte de los ansiolíticos
 - d. Se produce siempre por el consumo de ciertas drogas
9. El trastorno bipolar:
 - a. Es de causa desconocida
 - b. Tiene un componente multifactorial
 - c. La terapia electroconvulsiva está indicada en ciertos casos
 - d. Todas son correctas
10. El envejecimiento:
 - a. Se produce de manera homogénea y prácticamente similar en todas las personas
 - b. Controlar los factores que afectan a la aparición de patologías mentales no influye en su prevención
 - c. Existen factores de protección para evitar la aparición de enfermedades mentales
 - d. Ninguna es correcta

Anexo 18: Cuestionario farmacología

CUESTIONARIO PSICOFÁRMACOS

1. En el envejecimiento se ven afectadas la absorción, la _____ y eliminación de los fármacos
2. Los cambios en el tejido adiposo provocan una _____ excesiva que se ha de tener en cuenta en el tratamiento de personas mayores
3. En las personas mayores, los efectos adversos que se advierten en las fichas técnicas son mas _____ que en personas jóvenes
4. Los efectos del Citalopram pueden observarse a partir de la ____ semana
5. El citalopram se debe ingerir con una cantidad aproximada de ____ ml de agua
6. La Sertralina interacciona fuertemente con el zumo de _____
7. La Sertralina puede propiciar la aparición de _____ que pueden conllevar a caídas accidentales
8. La benzodiacepina mas consumida de España es _____
9. El Lorazepam interactúa con otros psicofármacos aumentando su efecto _____
10. El Diazepam está indicado para el tratamiento de la ansiedad, la agitación psicomotriz pero también para _____
11. La mezcla de benzodiacepinas con alcohol provoca un aumento del efecto _____
12. El Haloperidol pertenece a los medicamentos antipsicóticos _____
13. Aunque es un efecto adverso de aparición rara, se debe prestar atención a los pacientes diabéticos por riesgo a sufrir episodios de _____
14. La Clozapina se usa cuando los pacientes no han respondido a otros _____
15. Los efectos adversos pueden ser de diversos tipos, pero se deberá prestar a nivel gastrointestinal observación cercana por posible aparición de _____

Anexo 19: Evaluación comunicativa (cumplimentar por los docentes en todas las sesiones de cada asistente)

EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE LOS ASISTENTES

OBJETIVOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Claridad en la comunicación			
Escucha activa			
Adaptabilidad			
Resolución de conflictos			
Comunicación no verbal			
Respeto en las intervenciones			
Uso de la terminología adecuada			

CASO PARA SIMULACIÓN

- **Paciente**→ Miguel López Guevara, 78 años
- **AP**→ No alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial controlada con medicación (en seguimiento por enfermería y medicina de atención primaria). Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina. Antecedentes de cuadros depresivos tratado con fluoxetina.
- **Caso clínico**→ Miguel tiene 78 años y vive solo ya que su mujer murió hace 1 año y no tiene hijos. A raíz del fallecimiento inesperado de su mujer (a causa de un infarto agudo de miocardio) comenzó nuevamente con clínica depresiva significativa que ha sido percibida por la enfermera del centro de salud al que acude con regularidad a sus revisiones de tensión arterial y diabetes. Miguel reconoce haber perdido el interés por las actividades que previamente solía hacer. Además refiere pasar gran parte del tiempo en la cama por falta de energía pero que a pesar de esto, tenía grandes problemas para dormir.
- **Medicación**→ Enalapril 10mg (1-0-0), Insulina Toujeo® (18uds), Insulina NovoRapid (>200 2uds//>250 4uds//>300 8uds), Sertralina 50mg (1-0-0), Lorazepam 1mg (rescate), Lormetazepam 2mg (0-0-1)
- **Estado actual del paciente**→ Miguel acude a tu consulta de enfermería como cada 2 meses. El tratamiento con Sertralina, Lorazepam y Lormetazepam empezó hace 6 semanas, cuando acudió a la consulta por tu derivación a causa de los síntomas depresivos. Miguel comenta que ha empezado hace 2 semanas a notar una serie de sucesos que previamente no le ocurrían. Los síntomas que describe son:
 - Temblores finos en las manos
 - Mareos al levantarse de la cama o incluso de una silla
 - Sequedad en la boca
 - Disminución considerable del apetito

Realizar una valoración en la consulta de enfermería teniendo en cuenta los datos aportados anteriormente haciendo uso de las herramientas e información transmitidas en las sesiones clínicas del proyecto

CHECK LIST (a cumplimentar por el docente)


Objetivos	Si	No	Observaciones
Recopilación de historia clínica, síntomas actuales e información de interés			
Evaluación de respuesta a la medicación prescrita			
Exploración física + evaluación correcta de todos los síntomas			
Correcta comunicación con el paciente a través de preguntas abiertas			
Correcta planificación para la consecución de resultados clínicos			

Anexo 22: Prueba de reciclaje remitida por correo electrónico 3 meses después de las sesiones




Cuestionario de reciclaje

Descripción del formulario

La benzodiacepina más usada en España es:

 Respuesta corta

Texto de respuesta corta

  Obligatorio ☒ 

La mezcla entre alcohol y una benzodiacepina puede provocar: *

☐ Aumento de la velocidad de absorcion

☐ Aumento del efecto sedante

☐ No entraña riesgos

En el envejecimiento, se ven afectados en lo relativo a los farmacos: *

☐ La absorcion, distribución y eliminación de los mismos

☐ La absorcion y la eliminación si, pero la distribución no

☐ Ninguna es correcta

La sertralina tiene fuertes interacciones con el zumo de: *

Texto de respuesta corta

Los antipsicóticos tienen muchos efectos adversos, pero a nivel gastrointestinal se debe prestar atención sobre todo a: *

Texto de respuesta corta
.....

La fragilidad: *

- ☐ Conlleva mayor vulnerabilidad ante factores estresantes
- ☐ Se produce una disminución de las funciones orgánicas
- ☐ Se puede medir a través de la Escala de FRAIL
- ☐ Todas son correctas

En el envejecimiento: *

- ☐ Se producen cambios fisiológicos
- ☐ Únicamente se producen cambios morfológicos
- ☐ Se produce tras la acumulación de fallos moleculares y celulares a lo largo del tiempo
- ☐ La A y la C son correctas

El envejecimiento: *

- ☐ Se produce de manera homogénea y similar en todos los individuos
- ☐ Controlar factores que afectan a la aparición de patologías mentales no influye en su prevención
- ☐ Existen factores de protección para evitar la aparición de enfermedades mentales
- ☐ Ninguna es correcta