

11226^v
3
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CIUDAD JUAREZ

ESTUDIO DE PREVALENCIA SOBRE ADICCIONES
A PSICOFARMACOS EN PACIENTES DE 60 AÑOS Y MAS
EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION CIUDAD JUAREZ

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar, presenta

JOSE SALVADOR ALATRISTE ALATRISTE

CIUDAD JUAREZ, CHIH. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2 (11226)



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTUDIO DE PREVALENCIA SOBRE ADICCIONES
A PSICOFARMACOS EN PACIENTES DE 60 AÑOS Y MAS
EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ**

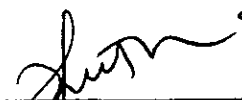
Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

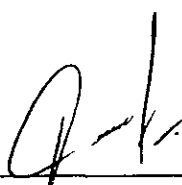
JOSE SALVADOR ALATRISTE ALATRISTE



**DR. CIPRIANO CUAUHEMOC PIÑA ASSAF
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION CIUDAD JUAREZ**



**DR. HECTOR LASTRA REZA
ASESOR DE TESIS
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION CIUDAD JUAREZ**



**DRA. CARMEN CARRANZA CERVANTES
ASESORA DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

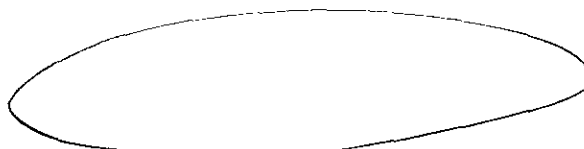
**ESTUDIO DE PREVALENCIA SOBRE ADICCIONES
A PSICOFARMACOS EN PACIENTES DE 60 AÑOS Y MAS
EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION CIUDAD JUAREZ**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

JOSE SALVADOR ALATRISTE ALATRISTE

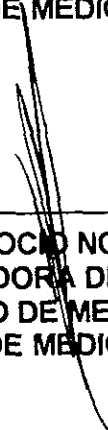
AUTORIZACIONES



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**ESTUDIO DE PREVALENCIA
SOBRE ADICCIONES A PSICOFARMACOS
EN PACIENTES DE 60 AÑOS Y MAS
EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION CIUDAD JUAREZ**

INDICE GENERAL

	Pág.
1.- MARCO TEORICO	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3.- JUSTIFICACION	12
4.- OBJETIVOS	13
5.- METODOLOGIA	14
5.1 TIPO DE ESTUDIO	
5.2 POBLACION LUGAR Y TIEMPO	
5.3 TIPO DE LA MUESTRA	
5.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA	
5.5 CRITERIOS DE SELECCION	
5.6 VARIABLES	
5.7 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACION	
5.8 CONSIDERACIONES ETICAS	
6.- RESULTADOS	18
7.- DISCUSION	23
8.- CONCLUSIONES	25
9.- REFERENCIAS	26
10.- ANEXOS	28

MARCO TEORICO

A lo largo de la historia escrita, en todas las sociedades se han consumido sustancias que alteran el estado de ánimo, el pensamiento y los sentimientos. Además, en algunos casos, los adelantos farmacológicos han traído consigo dependencia física, y desafortunadamente también conductual, respecto de agentes que en un principio se utilizaron con finalidades terapéuticas(1).

El uso inapropiado de cualquier sustancia puede ser intencional o inadvertido. En particular, las que afectan la conducta tienden a consumirse en exceso cuando sus efectos resultan placenteros. Los factores psicosociales, que tienden a ser semejantes en el caso de los diversos agentes farmacológicos, tienen la misma importancia en la patología de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y en la persistencia de su empleo patológico, al igual que la tienen los singulares perfiles psicofarmacológicos de cada tóxico utilizado(1).

La definición de una adicción es la misma de siempre, ya sea que el paciente sea joven o viejo o ya sea que esté involucrado con dependencia de drogas lícitas o ilícitas. Adicción es una enfermedad crónica, progresiva, caracterizada por el uso incontrolado, continuo o periódico, de una droga; a pesar de conflictos en las relaciones sociales, físicas, emocionales y consecuencias legales. Es potencialmente fatal. La negación es una parte integral de la enfermedad y un obstáculo para reconocerla. Las adicciones no son secundarias a otros desordenes médicos o psiquiátricos, pero coexisten como desorden primario(2).

Los datos varían dependiendo de la comunidad y de la sustancia estudiadas, estimando que la prevalencia es del 3 al 15% en los ancianos en general y del 18 al 44% en el anciano internado con patología psiquiátrica(3).

En comparación con pacientes jóvenes con adicciones, el paciente anciano con dependencia a drogas prescritas presenta diferentes manifestaciones. El origen de las drogas usadas por este grupo de pacientes es su médico y generalmente usan menos drogas ilícitas y menos clases de drogas(4).

Los pacientes ancianos son grandes consumidores de fármacos, por lo que corren un riesgo elevado de sufrir problemas relacionados con el uso de medicamentos. El anciano en promedio consume 4.5 fármacos prescritos y 3.4 medicamentos de venta libre. El 60% de las visitas al médico da como resultado una prescripción farmacológica. El anciano es responsable del 30% del gasto farmacológico y del 25% de los fármacos de prescripción, es decir, 10 000 millones de dólares anuales, en los Estados Unidos(5,6).

El 13% de la población de 65 años y más de los Estados Unidos consume cerca del 32% de todas las drogas prescritas y probablemente un porcentaje igualmente alto de drogas no prescritas(7).

Por otro lado, según la Segunda Encuesta Nacional de Adicciones, llevada a cabo en la República Mexicana en 1993, se identificaron 911 ancianos entre 60 y 65 años; 218 (23.9%) consumen drogas médicas; 22% de las mujeres y 13% de los hombres consumen depresores del sistema nervioso central. Tales medicamentos son los de mayor consumo, seguidos por los opioides (7% en mujeres y 5% en los hombres)(8).

La edad de inicio del consumo en la mayoría de los casos es a los 60 años y es más temprana en los hombres. El consumo de depresores y opioides ocurre bajo prescripción médica en 85% de los casos, 3% se automedica y 5% los utiliza por recomendación de una amistad; 9% los emplea por más tiempo del prescrito(8).

La prevalencia más alta por regiones se encontró en la zona occidental (Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas); con un 32%, seguida por la zona norcentral (Chihuahua, Durango y Coahuila) con un 30%; la más baja fue la zona noroccidental (Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) con 18.4%(8).

Dos tercios de pacientes de 65 años y más usan una o más drogas diariamente. El promedio de drogas usadas en este grupo de edad es de 5 a 12 drogas por día y un poco menos del 5% de la población anciana no usa drogas. Un tercio de este grupo edad usa uno o más psicotrópicos cada año(9).

El número de drogas tomadas por los pacientes ancianos influye grandemente sus cambios experimentados con la reacción de la droga. Cuando dos o más drogas son tomadas, el potencial de interacción es del 6%, pero el riesgo se incrementa al 50% con cinco drogas y al 100% con ocho drogas(9).

Muchos pacientes toman su medicación incorrectamente, incrementando el riesgo de efectos adversos. Un estudio demostró que sólo el 22% de la medicación prescrita fue tomada correctamente y el 31% fue seriamente abusada. El incumplimiento de la prescripción ocurre en el 25 a 50% de los pacientes ambulatorios(9).

Los problemas pueden aparecer por el uso de diversos tipos de drogas en la población anciana. Esto incluye polifarmacia, uso prolongado de drogas psicotrópicas, tabaco, uso peligroso de alcohol y uso de alcohol y otras drogas en diversas combinaciones(10).

El alcohol y drogas problema son fácilmente usadas por la población mayor. Los médicos parecen fallar en considerar el abuso de sustancias en la población a pesar de existir abundante material que orienta a no hacerlo(11).

Se ha sugerido que los médicos prescriben inapropiadamente medicamentos a cerca del 25% de la población anciana. Algunos medicamentos son pobremente apropiados para uso en el anciano y sería evitado excepto bajo condiciones especiales(12,13,14,15,16,17,18,19).

En pacientes ancianos, con conocimiento de diagnósticos existentes, es esencial evitar la administración inapropiada de múltiples agentes farmacéuticos por el posible riesgo de abuso de drogas asociado y dependencia(20).

Distinguir entre uso normal, abuso y dependencia es un reto mayor para el investigador y el clínico. La presencia de múltiples desordenes médicos es una razón para esa dificultad. Swanson y colaboradores, en su reporte elemental sobre 225 pacientes (edad media de 45 años) quienes fueron hospitalizados por el abuso de drogas prescritas notaron que el abuso fue típicamente "disimulado en una fachada de desordenes médicos"(20).

Los ancianos integran un grupo con características muy particulares en cuanto a su respuesta a estímulos nocivos y su perspectiva del entorno. Por otro lado, el ritmo de vida de nuestra sociedad actual condiciona que la población de 60 años y más se vea, de algún modo relegada lo cual conlleva tristeza, desazón, apatía, ansiedad, depresión y quizá hasta tendencias suicidas, sumándose factores de riesgo a su integridad física y mental.

La vejez es una etapa de pérdidas: pérdida de la función social (casi siempre por la jubilación), pérdida de ingresos y pérdida de amigos y familiares (por la muerte y movilidad). También puede ser una época de temor: temor por la seguridad personal, temor a la inseguridad financiera, temor a la dependencia(21).

Cuando se trata a estos pacientes, es útil tener presente que la capacidad de un individuo para funcionar depende de la combinación de características personales (por ej., capacidad innata, motivación, tolerancia al dolor) y el ambiente en el cual se espera que funcione la persona. El mismo individuo puede ser funcional en un ambiente y dependiente en otro. La primera responsabilidad del médico es tratar al paciente, arreglar lo remediable por medio de la búsqueda y el tratamiento de las alteraciones susceptibles a éste. La siguiente labor del médico es estructurar un ambiente que facilite el funcionamiento de la persona con la máxima autonomía. Ignorar el ambiente de un individuo discapacitado equivale a prescribir medicamentos e ignorar el acatamiento del paciente al régimen terapéutico(21).

Las expectativas de vida a nivel mundial han aumentado debido al control actual o la erradicación de muchas enfermedades y a los avances de la terapéutica moderna; consecuentemente, la fracción de población de más de 60 años está creciendo de manera acelerada y la proyección del aumento de ancianos para la primera década del siglo XXI es del orden de 50% para los países desarrollados y de más de 200% para América Latina(22).

Esta expectativa constituye un reto para los servicios de atención médica, aun cuando este grupo se ha beneficiado enormemente en los países altamente desarrollados con la medicina moderna, ya que todavía en la actualidad la mayoría de los medicamentos no han sido evaluados en ancianos(21).

Aunque cada vez se hace más evidente que una medicina geriátrica válida requiere múltiples modalidades terapéuticas, los fármacos siguen siendo los pilares de la asistencia facultativa; sin embargo, diversos factores complican este tipo de tratamiento. Los pacientes geriátricos necesitan más medicación y atención médica a causa de las enfermedades crónicas concomitantes(23).

En los pacientes hospitalizados de más de 65 años de edad, aparecen reacciones medicamentosas adversas tres veces más a menudo que en los de menos de 50 años. Por tanto, es obvio que la terapia farmacológica no siempre resuelve un problema médico geriátrico, pero sí puede crear per se otro tipo de problemas(23).

Los fármacos psicotrópicos se clasifican ampliamente como antidepresivos, antipsicóticos y sedantes e hipnóticos. Es probable que estos medicamentos sean los de mayor uso excesivo y equivocado en la población geriátrica(21).

Todos los medicamentos psicotrópicos deben usarse en el anciano en forma cuidadosa debido a sus posibles efectos colaterales. De éstos, los más frecuentes y potencialmente discapacitantes corresponden a cuatro categorías generales: cambios en el estado cognoscitivo (sedación, delirio, demencia) y efectos extrapirámides, anticolinérgicos y cardiovasculares(21).

Los viejos son más sensibles a las benzodiazepinas que los jóvenes, aun cuando los niveles séricos de la sustancia sean comparables. La agitación y confusión que se desarrollan con la administración de sedantes a los ancianos representa una de las reacciones clínicas anómalas menos conocidas en medicina(23).

La respuesta paradójica a los sedantes, los hipnóticos y ansiolíticos oscila entre la agitación leve y la psicosis manifiesta, y podría confundirse con una disfunción irreversible del sistema nervioso. Cuando la actividad farmacológica se prolonga a causa de alteraciones farmacocinéticas, la sedación excesiva puede hacer al paciente dependiente y obligar a su

institucionalización. El uso prolongado de las benzodiazepinas puede causar confusión o estupor(23).

Es posible que el mayor problema de los antidepresivos en el anciano sea su uso inadecuado. Los efectos adversos más habituales en este grupo de pacientes tratados con tricíclicos son la hipotensión ortostática, la agravación de arritmias cardíacas y de glaucoma, la retención urinaria y los estados confusionales(23).

Los antipsicóticos originan parkinsonismo (síntomas extrapiramidales) en la senectud. Los trastornos del movimiento de tipo coreiforme son cinco veces más frecuentes en el viejo que en el joven. Además, no siempre se resuelven cuando se interrumpe la medicación. Otros trastornos motrices, como la disquinesia tardía o la acatisia, son también comunes en el anciano(23).

A pesar de que la farmacología moderna ha beneficiado enormemente a los ancianos, múltiples estudios han demostrado su notable susceptibilidad a los efectos adversos de los medicamentos, lo que es congruente tanto porque utilizan estos con mayor frecuencia como porque su condición corporal está generalmente disminuida(24).

Las reacciones adversas pueden ser de tipo A (por sobredosis), que son mucho más frecuentes en esta edad que las reacciones tipo B (ligadas a la farmacodinamia y a la idiosincrasia). Las reacciones adversas de los fármacos se presentan frecuentemente por la falta de congruencia entre las instrucciones que señala el médico y la interpretación que de ellas hace el anciano(24).

Los pacientes geriátricos a menudo tienen deficiencias auditivas, visuales, de la memoria y mecánicas por artritis o parkinson, problemas de motilidad esofágica, etc. por lo que no es raro encontrar al anciano que utiliza la vía de administración inadecuada, la dosis exagerada o bien la omisión del fármaco(24).

Finalmente, los pacientes pueden tener un riesgo incrementado para las interacciones de drogas si ellos no entienden las instrucciones emitidas en términos médicos o el uso del lenguaje o idioma no es el adecuado(25).

BENZODIAZEPINAS.

Haciendo mención más detallada sobre las benzodiazepinas, podemos señalar que estas sustancias en clínica ejercen efectos cualitativamente semejantes, las diferencias cuantitativas importantes en sus espectros farmacodinámicos y sus propiedades farmacocinéticas han dado por resultado diversos patrones de aplicación terapéutica(26).

PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. Todos los efectos de las benzodiazepinas se producen, virtualmente, por acciones de estos fármacos en el SNC. Los más relevantes son sedación, hipnosis, disminución de la ansiedad, relajación muscular, amnesia anterógrada y actividad anticonvulsiva. Sólo dos efectos de estos fármacos parecen resultar de acciones en los tejidos periféricos: vasodilatación coronaria, que se observa después de la administración intravenosa de dosis terapéuticas de ciertas benzodiazepinas, y bloqueo neuromuscular, que ocurre sólo con las dosis muy altas(26).

Sistema Nervioso Central. Aunque las benzodiazepinas afectan la actividad a todos los niveles del neuroeje, ciertas estructuras se afectan en un grado mucho mayor que otras. En general no son depresores neuronales, como los barbitúricos. Todas tienen perfiles farmacológicos muy semejantes. De todas maneras, estos fármacos difieren en su selectividad y, por tanto, varía en grado considerable la utilidad clínica de cada uno(26).

Conforme se incrementa la dosis de una benzodiazepina, la sedación progresa hasta hipnosis y, a continuación, a estupor. El descubrimiento reciente de una base molecular para múltiples subtipos de receptores de la benzodiazepina brinda justificación para intentar separar las acciones ansiolíticas de estos fármacos, de sus efectos sedantes e hipnóticos. Sin embargo, sigue siendo un problema distinguir entre estas propiedades. Las mediciones de ansiedad y sedación son difíciles en el ser humano, y no está clara la validez de los modelos animales de ansiedad y sedación. La existencia de múltiples receptores para las benzodiazepinas explica en parte la diversidad de las reacciones farmacológicas en las diferentes especies(26).

Respiración. Las dosis hipnóticas de las benzodiazepinas carecen de efecto en la respiración en los sujetos normales. En dosis altas, como las empleadas para la medicación preanestésica o para endoscopia, deprimen levemente la ventilación alveolar y causan cianosis respiratoria como resultado de disminución del impulso hipóxico más que del hipercápnico; estos efectos se intensifican en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y pueden producirse hipoxia alveolar, narcosis por CO₂ o ambas cosas. Estos fármacos pueden causar apnea durante la anestesia o cuando se dan con opioides, y los pacientes gravemente intoxicados con benzodiazepina suelen requerir asistencia respiratoria sólo cuando han ingerido también otro fármaco depresor del SNC, con mayor frecuencia alcohol(26).

En contraste, las dosis hipnóticas de benzodiazepinas pueden empeorar los trastornos respiratorios relacionados con el sueño, al afectar de manera adversa el control de los músculos de las vías respiratorias superiores, o disminuir la reacción ventilatoria al CO₂. Este último efecto puede ser suficiente para causar hipoventilación e hipoxemia en algunos pacientes con EPOC grave, aunque las benzodiazepinas pueden mejorar el sueño y su estructura en algunos casos(26).

Aparato cardiovascular. Los efectos cardiovasculares de las benzodiazepinas son menores en sujetos normales, salvo en casos de intoxicación grave; ya antes se mencionaron los efectos adversos en pacientes con trastornos obstructivos del sueño o cardiopatía. En dosis preanestésicas, todas las benzodiazepinas disminuyen la presión arterial e incrementan la frecuencia cardíaca. Con el midazolam, los efectos parecen secundarios a disminución de la resistencia periférica, pero con diazepam son secundarios a disminución del trabajo del ventrículo izquierdo y del gasto cardíaco. El diazepam incrementa el flujo sanguíneo coronario, posiblemente por una acción que aumenta las contracciones intersticiales de adenosina, y la acumulación de este metabolito cardiopresor puede explicar también los efectos inotrópicos negativos de este último fármaco. A grandes dosis el midazolam disminuye en grado considerable tanto el flujo sanguíneo cerebral como la asimilación cerebral de oxígeno(26).

Tubo digestivo. Algunos gastroenterólogos consideran que las benzodiazepinas mejoran diversos trastornos gastrointestinales "relacionados con la ansiedad". Son escasas las pruebas de acciones directas de esta clase. Estos fármacos protegen en parte contra las úlceras por estrés en la rata, y el diazepam disminuye en grado notable la secreción gástrica nocturna en seres humanos(26).

ABSORCION, DESTINO Y ELIMINACION. Las propiedades fisicoquímicas y farmacocinéticas de las benzodiazepinas afectan en gran medida su utilidad clínica. En la forma no ionizada todas tienen coeficientes altos de distribución en lípidos y agua; de todas maneras, su lipofilia varía más de 50 veces, según la polaridad y la electronegatividad de los diversos sustitutos(26).

En esencia, todas las benzodiazepinas se absorben por completo, con excepción del clorazepato; este fármaco se descarboxila con rapidez en el jugo gástrico hasta N-desmetil-diazepam (nordazepam), que a continuación se absorbe por completo. Algunas

benzodiazepinas (por ej. Prazepam y flurazepam) llegan a la circulación general sólo en forma de metabolitos activos(26).

Los fármacos activos a nivel del receptor de las benzodiazepinas se pueden clasificar en cuatro categorías, según su vida media: 1) benzodiazepinas de acción ultrabreve; 2) agentes de acción breve con $t_{1/2}$ menor de seis horas, entre ellos el triazolam, la no benzodiazepina zolpidem y la zopiclona, 3) agentes de acción intermedia con $t_{1/2}$ mayor de seis a 24 hs, entre ellos estazolam y temazepam, y 4) agentes de acción prolongada con $t_{1/2}$ mayor de 24 hs, entre ellos flurazepam y quazepam(26).

Las benzodiazepinas y sus metabolitos activos se fijan en proteínas plasmáticas. El grado de la fijación se relaciona con su solubilidad en lípidos, y varía 70% en el caso del alprazolam y casi 99% en el del diazepam. La concentración en el líquido cefalorraquídeo (LCR) es aproximadamente igual a la que tiene el fármaco libre en el plasma(26).

Ocurre captación rápida de las benzodiazepinas en el cerebro y otros órganos con gran perfusión después de la administración intravenosa (o de la administración oral de un compuesto de absorción rápida); la captación rápida va seguida de la fase de redistribución hacia los tejidos que están bien perfundidos, en especial músculo y tejido adiposo. La redistribución es más rápida para los fármacos con la solubilidad más alta en lípidos. En ocasiones, en los regímenes que se usan para la sedación durante la noche, la velocidad de redistribución puede influir más que la de biotransformación, en la duración de los efectos en el SNC. La cinética de la redistribución del diazepam y otras benzodiazepinas lipofílicas se complica por la circulación enterohepática. Los volúmenes de distribución de las benzodiazepinas son grandes y en muchos casos se incrementan en ancianos. Estos fármacos cruzan la barrera placentaria y se secretan a través de la leche materna(26).

Las benzodiazepinas se metabolizan en gran medida, particularmente por efecto de diversos sistemas enzimáticos microsómicos en el hígado. Como se generan metabolitos activos que se biotransforman con mayor lentitud que el compuesto originario, el tiempo de acción de muchas benzodiazepinas guarda pocas relaciones con la vida media del fármaco que se administró. A la inversa, la velocidad de biotransformación de los agentes que se inactivan por reacción inicial es un aspecto determinante de importancia de lo que dura su acción; entre estos agentes están oxazepam, lorazepam, temazepam, triazolam y midazolam(26).

De manera ideal, un agente hipnótico útil tendría una acción lo bastante sostenida para facilitar el sueño durante toda la noche, y ninguna acción residual a la mañana siguiente. En teoría, entre las benzodiazepinas que suelen usarse como agentes hipnóticos, el triazolam se ajusta más a esta descripción. A causa de la tasa lenta de eliminación del desalquilflurazepam, el flurazepam (o quazepam) podría parecer inconveniente para esta finalidad. Sin embargo, en la práctica parece haber algunas desventajas en el empleo de agentes que tienen una tasa relativamente rápida de desaparición; entre estas desventajas están el insomnio matutino que experimentan algunos pacientes, y mayor probabilidad de insomnio de rebote al interrumpir la administración del fármaco. Si se elige con cuidado el régimen de dosificación, podrán emplearse con gran eficacia flurazepam y otras benzodiazepinas con tasas más lentas de eliminación(26).

EFFECTOS ADVERSOS. Cabe esperar que, para el momento en que alcanzan su concentración plasmática máxima, las dosis hipnóticas de benzodiazepinas produzcan grados variables de aturdimiento, laxitud, incremento del tiempo de reacción, incoordinación motora, trastorno de las funciones mentales y motoras, confusión y amnesia anterógrada. La cognición se afecta en menor grado que el rendimiento motor. Todos estos efectos pueden trastornar en gran medida las capacidades para conducir vehículos y efectuar otras tareas psicomotoras. La interacción con el etanol puede ser especialmente grave. Cuando el fármaco se administra en el momento en que el paciente pretende dormir, la persistencia de estos

efectos durante las horas de vigilia es adversa. Estos efectos residuales están relacionados claramente con la dosis y pueden ser insidiosos, puesto que la mayor parte de los sujetos no estiman en su magnitud el grado de su trastorno. Puede haber también somnolencia residual durante el día como efecto adverso, aunque el tratamiento farmacológico eficaz puede reducir la somnolencia diurna resultante del insomnio crónico. La intensidad y la incidencia de la toxicosis del SNC suelen incrementarse al avanzar la edad; participan factores tanto farmacocinéticos como farmacodinámicos(26).

Otros efectos adversos relativamente frecuentes son debilidad, cefalalgia, visión borrosa, vértigos, náusea y vómito, malestar epigástrico y diarrea; en algunos de los individuos que reciben estos fármacos puede haber artralgias, dolor de tórax e incontinencia. Las benzodiazepinas anticonvulsivas incrementan, en ocasiones, la frecuencia de las convulsiones en pacientes epilépticos(26).

EFFECTOS PSICOLÓGICOS ADVERSOS. Las benzodiazepinas pueden producir efectos paradójicos. Por ejemplo, el flurazepam incrementa en ocasiones la incidencia de pesadillas, sobre todo durante la primera semana, y en otras causa locuacidad, ansiedad, irritabilidad, taquicardia y sudación. También se ha informado durante el empleo de diversas benzodiazepinas amnesia, euforia, inquietud, alucinaciones y conducta hipomaniaca. En algunos usuarios se ha observado exteriorización de conducta extraña no inhibida, en tanto que pueden haber hostilidad y furia en otros; en conjunto, estos fenómenos se llaman reacciones de desinhibición o descontrol. En ocasiones, el empleo de estos agentes se acompaña también de paranoia, depresión e ideación suicida. La incidencia de estas reacciones paradójicas es rara, y parece relacionarse con la dosis(1).

Aunque las benzodiazepinas tienen reputación de causar sólo una incidencia baja de abuso y dependencia, no debe soslayarse la posibilidad de esta complicación adversa con el empleo crónico. Puede haber dependencia leve en muchos pacientes que han tomado dosis terapéuticas de benzodiazepinas de manera regular durante periodos prolongados. Los síntomas de supresión pueden consistir en intensificación temporal de los problemas que motivaron originalmente su empleo. Pueden ocurrir también disforia, irritabilidad, sudación, sueños desagradables, temblores, anorexia y desmayos o mareos. Durante los regimenes terapéuticos ordinarios, pocos individuos incrementan su ingestión sin instrucciones para hacerlo, y son muy pocos los que manifiestan conducta compulsiva de búsqueda del fármaco al interrumpirse la benzodiazepina. Los pacientes que tienen antecedentes de consumo de sustancias o alcohol son los más proclives a emplear estos agentes de manera inapropiada, y suele ocurrir abuso en el consumo de benzodiazepinas como parte de un patrón de adicción a sustancias múltiples. Las dosis altas de benzodiazepinas durante periodos prolongados pueden causar síntomas más graves después de interrumpir el fármaco, como agitación, depresión, pánico, paranoia, mialgias, fasciculaciones musculares e incluso convulsiones y delirio(26).

Puede haber gran variedad de reacciones alérgicas, hepatotóxicas y hematológicas a las benzodiazepinas, pero la incidencia es bastante baja; estas reacciones se han relacionado con el uso de flurazepam y triazolam, pero no de temazepam(26).

En general, los usos terapéuticos de una benzodiazepina determinada dependen de su vida media y quizá no coincidan con las indicaciones del instructivo contenido en los envases. Las benzodiazepinas que resultan útiles como anticonvulsivos tienen una vida media prolongada, y se requiere que entren con rapidez en el cerebro para que sean eficaces en el tratamiento del estado epiléptico. Es conveniente una vida media breve en el caso de los hipnóticos, aunque entraña la desventaja de incremento de la proclividad al abuso y la gravedad de la abstinencia después de interrumpir la administración crónica. En cambio, los agentes que combaten la ansiedad deben tener una vida media prolongada, a pesar de la desventaja del riesgo de déficit neuropsicológicos causados por su acumulación(26).

ANTIDEPRESORES TRICICLICOS

Los primeros antidepresores que mostraron eficacia fueron imipramina, amitriptilina, sus derivados N-demetilicos y otros compuestos semejantes, y desde principios del decenio de 1960 se han utilizado con gran amplitud en el tratamiento de la depresión mayor. Por su configuración estructural se les denominó antidepresores "tricíclicos". Está bien establecida su eficacia para aliviar la depresión mayor y está creciendo el apoyo a su empleo en otros trastornos psiquiátricos(27).

La búsqueda de compuestos relacionados desde el punto de vista químico con la imipramina ha dado por resultado múltiples análogos que se aplican con frecuencia en Estados Unidos. Además de las dibenzazepinas, la imipramina y su congénere de amina secundaria (y metabolito mayor) desipramina, lo mismo que su derivado 3-clomipramina, existen amitriptilina y su metabolito N-desmetilado nortriptilina, lo mismo que la doxepina y la protriptilina. Otros compuestos relacionados, desde el punto de vista estructural, son trimipramina, maprotilina y amoxapina (una dibenzoxazepina con propiedades antidepresoras y neurolépticas mixtas). Se aplica a los miembros de este grupo el nombre común de antidepresores tricíclicos, porque todos tienen un centro molecular de tres anillos y producen reacciones terapéuticas en la mayor parte de los pacientes con depresión mayor. En grados variables, estos medicamentos comparten también la capacidad de inhibir la captación neuronal de noradrenalina(27).

PROPIEDADES FARMACOLOGICAS. Son incompletos los conocimientos acerca de las propiedades farmacológicas de los fármacos antidepresores. Como es el más antiguo y el mejor estudiado, la imipramina se puede considerar el prototipo con el que se compararán los otros compuestos(27).

Sistema Nervioso Central. Cabe esperar que un fármaco antidepresor eficaz tenga un efecto estimulante o elevador del ánimo cuando se administra a un sujeto normal, esto no sucede con los antidepresores tricíclicos. La administración de dosis terapéuticas de imipramina a sujetos normales produce somnolencia, aturdimiento, disminución leve de la presión arterial y algunos efectos anticolinérgicos (por ej. Boca seca, visión borrosa). Los sujetos se sienten cansados y tienen dificultades para concentrarse y pensar; estos efectos resultan desagradables y producen disforia. En contraste, si el fármaco se administra durante un periodo a pacientes deprimidos, sobreviene aumento del ánimo. Deben pasar dos a tres semanas para que se manifiesten los efectos terapéuticos de la mayor parte de los antidepresores. Por este motivo, los antidepresores tricíclicos no se prescriben bajo el concepto de "según sea necesario"(27).

Efectos en el sueño. Los antidepresores tricíclicos se han utilizado en ocasiones como hipnóticos, por su propiedad sedante, este efecto puede resultar útil en el tratamiento inicial del paciente deprimido que no duerme bien. Los fármacos del tipo de la imipramina disminuyen el número de despertares, incrementan el sueño de la etapa 4, aumentan en grado notable la latencias, y disminuyen el tiempo total dedicado al sueño de movimientos oculares rápidos (REM), que característicamente es más relevante y se produce antes en el sueño de los pacientes deprimidos(27).

Acciones en las aminas cerebrales. Los antidepresores tricíclicos potencian las acciones de las aminas biógenas al bloquear sus medios principales de inactivación fisiológica, que abrcan transporte o recaptación en las terminaciones nerviosas. La imipramina bloquea la recaptación de noradrenalina. La imipramina y sus congéneres con cadena lateral de amina terciaria tienen también un efecto en la recaptación de serotonina, aunque lo ejercen en grado pequeño en la recaptación de dopamina. Los congéneres de

aminas secundarias de la imipramina (o sus metabolitos N-desmetilados) como desipramina y nortriptilina, son inhibidores potentes y muy selectivos de la recaptación de noradrenalina; difieren de los compuestos de aminas terciarias en que tienen efectos adversos anticolinérgicos y autonómicos de otros tipos, más limitados(27).

Sistema Nervioso Autónomo. Los principales efectos de los antidepresores tricíclicos en la función del sistema nervioso autónomo parecen resultar de inhibición del transporte de noradrenalina hacia las terminaciones nerviosas adrenérgicas y de antagonismo de las reacciones muscarínicas colinérgicas y alfa 1-adrenérgicas a los neurotransmisores autonómicos. Por ejemplo, fenómenos como visión borrosa, boca seca, estreñimiento y retención urinaria causados por las dosis terapéuticas de antidepresores tricíclicos, ponen de manifiesto acciones anticolinérgicas. La amitriptilina produce estos efectos con gran frecuencia, en tanto la desipramina tiende menos a causarlos(27).

Aparato cardiovascular. A dosis terapéuticas generan efectos importantes en el aparato cardiovascular; tales efectos pueden poner en peligro la vida si ocurre sobredosificación. En el ser humano, la manifestación más frecuente de dichos efectos es la hipotensión postural, que se debe en parte a bloqueo alfa-adrenérgico. Se observa también taquicardia sinusual leve, quizá como consecuencia de inhibición de la captación de noradrenalina así como de bloqueo de los receptores muscarínicos. Los cambios ECG más relevantes que se encuentran durante el empleo de imipramina y sus congéneres consisten en inversión o aplanamiento de las ondas T y pruebas de tiempo de conducción prolongados a todos los niveles del sistema de conducción intracardiaco, en proporción con la concentración plasmática del fármaco, en particular por arriba de 200 ng/ml. Puede ser también notable la depresión directa del miocardio. Lo mejor será evitar los antidepresores tricíclicos de aminas terciarias (como amitriptilina) en los sujetos cardiopatas o de edad avanzada(27).

ABSORCION, DISTRIBUCION, BIOTRANSFORMACION Y ELIMINACION. Los antidepresores tricíclicos se absorben bastante bien después de su administración oral. Aunque suelen emplearse al principio repartidos en varias veces al día, sus vidas medias relativamente largas y sus límites bastante amplios de concentraciones toleradas permiten una transición gradual hacia la dosis diaria única administrada a la hora de dormir. Esto se logra con mayor seguridad con dosis hasta de un equivalente de 150 mg de imipramina. Las dosis altas de estos compuestos fuertemente anticolinérgicos pueden disminuir la actividad gastrointestinal y el tiempo de vaciamiento gástrico, lo cual da por resultado absorción más lenta o errática de éstos y otros fármacos tomados de manera concomitante, lo cual puede complicar el tratamiento de las sobredosificaciones agudas. Las concentraciones plasmáticas alcanzan su máximo de manera característica en plazo de dos a ocho horas, pero el tiempo se puede retrasar hasta doce horas. Una vez absorbidos, estos fármacos lipófilos se distribuyen con amplitud; sus propiedades farmacocinéticas son semejantes a las de las fenotiazinas. Se fijan con firmeza a proteínas plasmáticas y a constitutivos tisulares. Las concentraciones plasmáticas de estos fármacos que se ha sugerido se correlacionan mejor con las reacciones antidepresivas satisfactorias varían entre 100 y 250 ng/ml. Se pueden esperar efectos tóxicos de estos fármacos cuando sus concentraciones plasmáticas pasan de 500 ng/ml y las cifras que pasan de 1 microgramo/ml pueden ser letales(27).

La inactivación y la eliminación de la mayor parte de los antidepresores se produce en un periodo de varios días, pero hay algunas excepciones notables. En general, los antidepresores tricíclicos de aminas secundarias y los derivados N-desmetilados de los inhibidores de la recaptación de serotonina tienen semieliminaciones cercanas al doble de las de los fármacos originales. De todas maneras, la mayor parte de los compuestos tricíclicos se han eliminado casi por completo en plazo de 7 a 10 días. Un antidepresor tricíclico de acción excepcionalmente prolongada es la protriptilina (vida media de casi 80 hs). Aunque la vida media de la fluxetina es aprox de 50 hs, la de su producto N-desmetilado extiende la vida

media global a valores de hasta 150 a 200 hs, por lo que su eliminación requiere varias semanas(27).

Reacciones tóxicas y efectos adversos. Son relativamente frecuentes los efectos adversos importantes de los antidepresores tricíclicos, y las estimaciones de su prevalencia han llegado a ser de hasta 5%. La mayor parte de estas reacciones consisten en efectos antimuscarínicos de los fármacos y toxicosis cerebral, pero la cardiotoxicosis y la hipotensión ortostática plantean también problemas graves. Las consecuencias de los efectos antimuscarínicos consisten en boca seca y sabor amargo o metálico, malestar epigástrico, estreñimiento, mareos, taquicardia, palpitaciones, visión borrosa y retención urinaria. Deben tomarse precauciones en varones con hipertrofia prostática. Paradójicamente, una queja muy común, cuyo mecanismo no se ha dilucidado, es la sudación excesiva. Debilidad y fatiga son atribuibles a los efectos centrales de estos fármacos. Los pacientes de edad mayor sufren más mareos, hipotensión postural, estreñimiento, retraso de la micción, edema y temblores musculares(27).

Otro efecto adverso de los antidepresores es la transición, en algunos pacientes, de la depresión a la excitación hipomaniaca o maniaca, o hacia un estado maniacodepresivo disfórico y agitado mixto. También son frecuentes la confusión y el delirio; los problemas de memoria y concentración; se observan en casi 10% de los pacientes tratados (y hasta en 30% de los mayores de 50 años de edad). Otro efecto tóxico de los antidepresores tricíclicos es el mayor riesgo de convulsiones tonicoclónicas(27).

Un efecto oftalmológico adverso frecuente de cualquier medicamento con potencia anticolinérgica es la pérdida de la acomodación, como ocurre con los tricíclicos. Es infrecuente, aunque no improbable, que se produzca glaucoma. El riesgo tiende a ser mayor en pacientes de edad avanzada con glaucoma de ángulo estrecho(27).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de adicciones a psicofármacos en la población de 60 años y más de Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez?

JUSTIFICACION

De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, Chihuahua ocupa el segundo lugar de prevalencia de adicciones a psicofármacos, junto con los estados de Durango y Coahuila, en la población de 60 años y más.

La población de Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez, de 60 años y más es de 1588 derechohabientes, lo que representa el 11.3% de la derechohabiencia en general; tiene características que la hacen diferente, con mucho, a otros grupos de ancianos por sus perspectivas a futuro después de 30 años de jornada laboral, generalmente.

Por otro lado, como se hace mención en diversos estudios y publicaciones, existe una tendencia, ya sea injustificada o ya sea irracional, a utilizar psicofármacos.

Del mismo modo, en el marco de la atención que se brinda a este grupo de pacientes en Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez, es frecuente la prescripción de dichos psicofármacos. Por lo tanto, es imprescindible conocer la real prevalencia de esta situación y poder efectuar cambios en la actitud al prescribir.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de adicciones a psicofármacos en la población de 60 años y más en Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Determinar cuáles son los psicofármacos más utilizados.
- b) Determinar el tiempo de evolución de la adicción.
- c) Determinar la existencia previa de sintomatología psicoafectiva.
- d) Determinar factores asociados del anciano: edad, sexo, actividad, estado civil, participación en grupos sociales y forma en que participa en ellos.
- e) Determinar la participación del médico en el otorgamiento de psicofármacos.
- f) Determinar si existe otro medio diferente al médico para la obtención de los psicofármacos.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se planteó como un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez, institución que brinda atención médica de primer nivel en sus ocho consultorios, en horarios habituales de consulta (matutino y vespertino) y cuya población es de 12 853 derechohabientes.

La institución se localiza en la Avenida Paseo Triunfo de la República No. 4776, en Ciudad Juárez, Chih.

El periodo de investigación comprendió el periodo de septiembre de 1997 a abril de 1998.

TIPO DE MUESTRA

Se realizó la búsqueda de expedientes clínicos, previamente aleatorizados de la lista nominal del departamento de afiliación.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

158 pacientes de 60 años y más.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

- **Pacientes derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez**
- **Pacientes que consumían psicofármacos, prescritas por personal médico de la institución**
- **Pacientes que resultaron asignados por el proceso de aleatorización de la muestra**

CRITERIOS DE EXCLUSION

- **Pacientes menores de 60 años**
- **Pacientes que no consumían psicofármacos**
- **Pacientes que dejaron de ser derechohabientes de la institución sede**
- **Pacientes foráneos de la delegación Juárez**

CRITERIOS DE ELIMINACION

- **Pacientes de 60 años y más con patología que no permitían interrogatorio**
- **Pacientes que por algún motivo abandonaron el protocolo de estudio**

VARIABLES

ADICCION

Variable dependiente

ESCALA DE MEDICION

Nominal

ESTADISTICA

Analítica

PSICOFARMACO

Variable independiente

ESCALA DE MEDICION

Nominal

ESTADISITICA

Analítica

SEXO

Variable independiente

ESCALA DE MEDICION

Nominal dicotómico

ESTADISTICA

Analítica

EDAD

Variable independiente

ESCALA DE MEDICION

Razón

ESTADISTICA

Analítica

ESTADO CIVIL

Variable independiente

ESCALA DE MEDICION

Nominal

ESTADISTICA

Analítica

ACTIVIDAD U OFICIO

Variable independiente

ESCALA DE MEDICION

Nominal

ESTADISTICA

Analítica

PARTICIPACION EN GRUPOS SOCIALES

Variable independiente

ESCALA DE MEDICION

Razón

ESTADISTICA

Analítica

PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION

La recolección de datos se obtuvo del expediente clínico y por entrevista directa por medio de una cédula de recolección de datos, diseñada exprofeso (anexo 1).

ANALISIS ESTADISTICO

Se presentaron y analizaron los datos en tablas de categorización de dos por dos, intervalos de confianza y chi cuadrada, mediante el sistema EPI INFO 6.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio se erigió como factible, toda vez que no requirió experimentación directa con el paciente, no representó un riesgo para el mismo y el abordaje fue practicamente en el expediente. Por lo anterior, no se infringen los preceptos de la Declaración de Helsinki ni los contenidos en el Reglamento de la Ley General de Salud de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

RESULTADOS

Se revisaron 158 expedientes clínicos de pacientes de 60 años y más en Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez, seleccionados en forma aleatorizada; encontrando los siguientes resultados:

De el total de pacientes, 101 (63.9%) correspondieron al sexo femenino y 57 (36.1%) al sexo masculino (gráfica 1).

El promedio de edad de la población fue de 68.2 años con una desviación estándar de 7.18.

La prevalencia de adicción a psicofármacos encontrada fue del 32.2%. De este grupo usuario de psicofármacos, 30 fueron mujeres (18.9%) y 21 hombres (13.3%). Ver cuadro 1:

Cuadro No 1 USO DE PSICOFARMACOS POR SEXO EN PACIENTES DE 65 AÑOS Y MAS EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DELEGACION JUAREZ. 1998						
SEXO	USO DE PSICOFARMACOS		NO USO DE PSICOFARMACOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
MASC	21	13.3	36	22.8	57	36.1
FEM	30	18.9	71	44.9	101	63.9
TOTAL	51	32.2	107	67.7	158	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

Al realizar el análisis por grupos de edad se encontró que 32 pacientes (20.25%) pertenecían al grupo de 60 a 69 años; 13 (8.22%) al de 70 a 79 años y 6 (3.79%) de los 80 a los 89 años y el mayor volumen del grupo correspondió al decenio de 60 a 69 años con 107 pacientes (67.8%) Ver cuadro 2:

CUADRO No 2 USO DE PSICOFARMACOS POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES DE 65 AÑOS Y MAS EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DELEGACION JUAREZ. 1998						
GRUPOS DE EDAD	USO DE PSICOFARMACOS		NO USO DE PSICOFARMACOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
60 - 69	32	20.25	75	47.46	107	67.8
70 - 79	13	8.22	25	15.82	38	24.0
80 - 89	6	3.79	7	4.43	13	8.2
TOTAL	51	32.27	107	67.72	158	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

Analizando el estado civil, encontramos que el total de la muestra tenía una proporción de 52 (32.9%) casados contra 106(67.1%) de viudos. Siendo el grupo usuario el representado por 17 casados (10.75%) y 34 viudos (21.52%). Ver cuadro 3:

CUADRO No. 3 USO DE PSICOFARMACOS SEGUN ESTADO CIVIL EN PACIENTES DE 65 AÑOS Y MAS EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DELEGACION JUAREZ. 1998						
ESTADO CIVIL	USO DE PSICOFARMACOS		NO USO DE PSICOFARMACOS		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
CASADO	17	10.75	35	22.15	52	32.9
VIUDO	34	21.52	72	45.58	106	67.1
TOTAL	51	32.27	107	67.73	158	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

En base a la actividad laboral o recreativa se encontró que sólo 9 pacientes (5.69%) se mantenían activos, mientras que 149 pacientes (94.31%) no reportaron actividad alguna. Por lo que respecta al grupo usuario, la proporción fue de 4 pacientes activos (2.53%) contra 47 sin ninguna actividad (29,74%). Ver cuadro 4:

CUADRO No 4 USO DE PSICOFARMACOS SEGUN ACTIVIDAD EN PACIENTES DE 65 AÑOS Y MAS EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DELEGACION JUAREZ. 1998						
ACTIVIDAD	USO DE PSICOFARMACOS		NO USO DE PSICOFARMACOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
ACTIVOS	4	2.53	5	3.16	9	5.69
INACTIVOS	47	29.74	102	64.57	149	94.31
TOTAL	51	32.27	107	67.73	158	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

Por lo que se refiere a la participación en grupos sociales y el uso de psicofármacos las relaciones encontradas fueron: 15 pacientes participan en grupos lo que hace un 9.49% y los que no participan suman 143 pacientes lo que se traduce en un 90.51%. Siendo la proporción de usuarios de psicofármacos que si participan apenas de 5 pacientes (3.17%) y los no participantes fueron 46 (29.11%) como se puede apreciar en el cuadro 5:

ESTI YENS NO BIRE
SALA DE LA BIBLIOTECA

**CUADRO No 5
USO DE PSICOFARMACOS Y PARTICIPACION EN GRUPOS SOCIALES
EN PACIENTES DE 65 AÑOS Y MAS
EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ. 1998**

PARTICIPACION	USO DE PSICOFARMACOS		NO USO DE PSICOFARMACOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
PARTICIPA	5	3.16	10	6.33	15	9.49
NO PARTICIPA	46	29.12	97	61.39	143	90.51
TOTAL	51	32.28	107	67.72	158	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

Analizando la relación entre el uso de psicofármacos y la sintomatología o patología asociadas, encontramos que el insomnio es el motivo principal en 26 pacientes (16,4%), seguido de la ansiedad con 20 pacientes (12.6%), el miedo con 17 casos (10.7%), nervios 14 pacientes (8.8%), angustia 13 casos (8.2%), depresión 12 pacientes (7.5%), desesperación con 2 casos (1.2%), así como el rubro de otros que alcanza el 7.5% con 12 pacientes. Asimismo, se encontraron diversas combinaciones entre las diferentes sintomatologías ya referidas, tan diversas que es ocioso poder mencionarlas, pero que comprenden a 42 pacientes con dos o más síntomas (29.59%). Ver cuadro 6:

**CUADRO No. 6
USO DE PSICOFARMACOS SEGUN SINTOMATOLOGIA
EN PACIENTES DE 65 AÑOS Y MAS
EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ. 1998**

SINTOMATOLOGIA	NUMERO	PORCENTAJE
INSOMNIO	26	16.4
ANSIEDAD	20	12.6
MIEDO	17	10.7
NERVIOS	14	8.8
ANGUSTIA	13	8.2
DEPRESION	12	7.5
DESESPERACION	2	1.2
2 ó más síntomas	42	29.5
OTROS	12	7.5

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

Respecto de los psicofármacos utilizados por los pacientes objeto del estudio, fueron por orden de frecuencia: el bromazepam (lexotan R) en 27 pacientes (17%), el diazepam (valium R) en 15 pacientes (9.5%), seguidos del loracepam (ativan R), imipramina (tofranil R) y amitriptilina (tryptanol R) con 10 pacientes cada uno lo que equivale al 19% en conjunto, Otras de uso menor fueron el triazolam (halcion R) con 8 casos (5%), la flufenazina con nortriptilina (motival R) 6 pacientes (3.7%), el flunitrazepam (rohypnol R) con 4 casos (2.5%). Continuando

con el diazepam combinado con dextropropoxifeno y paracetamol (qual R) con 4 pacientes (2.5%) y el cloracepato dipotásico (tranxene R) en 2 pacientes (1.2%). Asimismo, existe un grupo de 62 pacientes que utilizan diversas combinaciones lo que representa el 39%. Ver cuadro 7:

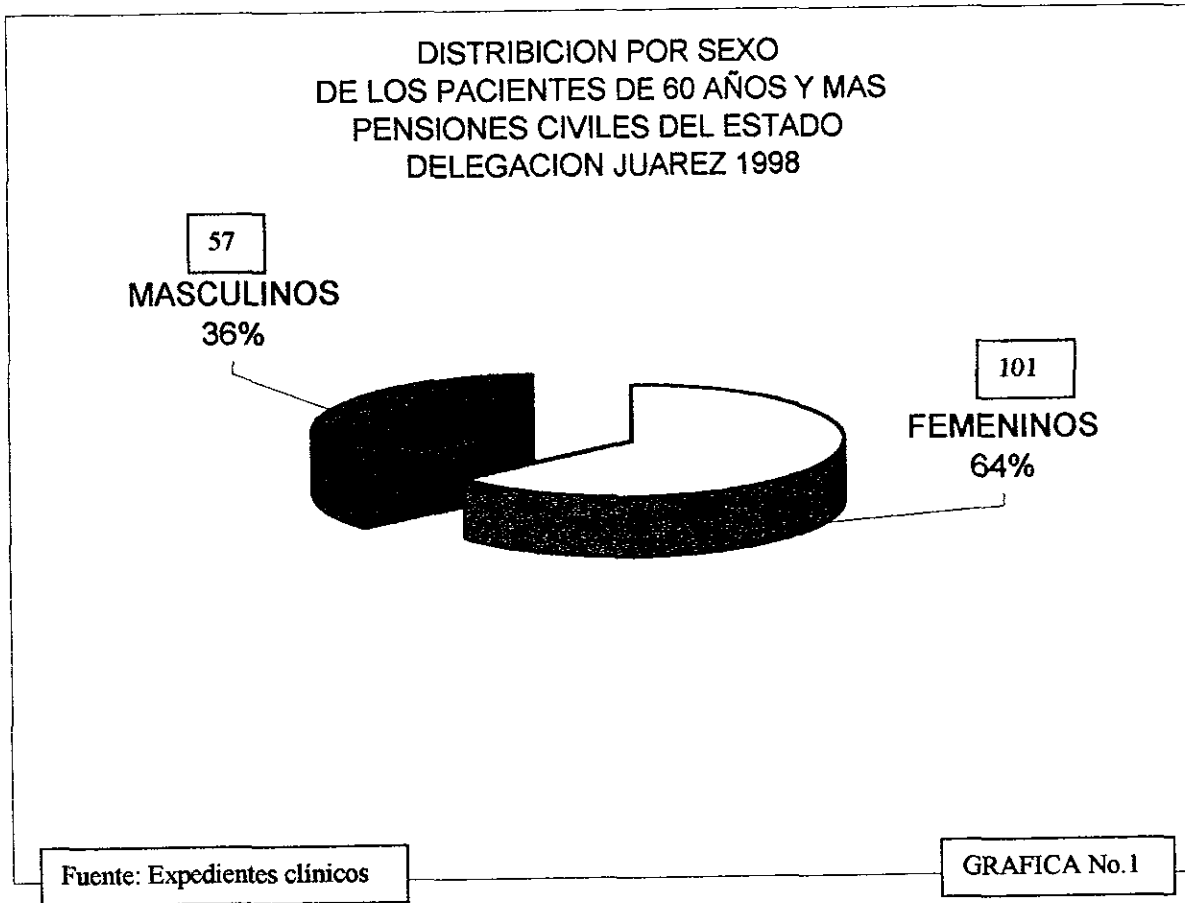
CUADRO No. 7 RELACION DE PSICOFARMACOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES DE 60 AÑOS Y MAS EN PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DELEGACION JUAREZ. 1998		
PSICOFARMACO	NUMERO	PORCENTAJE
Bromazepam	27	17
Diazepam	15	9.5
Loracepam	10	6.3
Imipramina	10	6.3
Amitriptilina	10	6.3
Triazolam	8	5
Flufenazina/nortriptilina	6	3.8
Flunitrazepam	4	2.5
Diazepam/dextropropoxifeno	4	2.5
Cloracepato dipotásico	2	1.2
Combinaciones varias	62	39

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

Es menester mencionar que en el 100% de los pacientes estudiados, la obtención del psicofármaco es por conducto del médico.

Se realizó análisis estadístico a cada una de las variables, buscando asociación por medio de odds ratio, no encontrando significancia estadística en alguna de ellas.

GRAFICA No. 1



DISCUSION

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) efectuada durante 1993, identificó que el consumo de drogas médicas en la población de 60 a 64 años fue de 23.9%(8). En el presente estudio se obtuvo una prevalencia de 32.2%. Esta diferencia se puede aceptar como válida, ya que el grupo blanco de nuestro trabajo incluyó un rango de pacientes que fluctuó entre los 60 y los 88 años, además de que el 67.8% de nuestra población estudiada se inserta en el subgrupo de 60 a 69 años, también de que su uso fue más elevado en este grupo de edad. Otra diferencia de ambos estudios reside en que la ENA incluyó los opioides, además de los depresores y sedantes del sistema nervioso central.

Los límites tan virtuales entre el uso, el abuso y la dependencia del individuo a estos fármacos, conlleva el preguntarnos cuál es el daño psíquico o físico que tras un inocente consumo se puede presentar. Kane, Ouslander y Abrass al abordar el tema del consumo de psicofármacos en el paciente senecto, mencionan: "...los más frecuentes y potencialmente discapacitantes corresponden a cuatro categorías generales: cambios en el estado cognoscitivo (sedación, delirio y demencia), efectos extrapiramidales, anticolinérgicos y cardiovasculares"(21). Este hecho conlleva dos aspectos: los efectos nocivos derivados del medicamento y el deterioro orgánico y metabólico propios del envejecimiento, sumados tienen la capacidad de generar más daño al organismo de estos pacientes.

La ENA incluyó en su estudio algunas variables que se consideran como íntimamente ligadas al elevado consumo de este tipo de medicamentos, entre ellas se incluyen: edad, género, estado civil, ocupación y escolaridad. En el presente trabajo se revisaron estas variables, excepto la escolaridad, no encontrando asociación significativa entre cada una de ellas y el uso de psicofármacos. No podemos llegar a concluir que esto sea válido y extrapolable a la población senecta de Pensiones Civiles del Estado, ya que hubo un sesgo en la forma de asignar la población en forma aleatorizada, pues la estructura poblacional de esta Institución tiene una conformación atípica con respecto a lo observado clásicamente en otras poblaciones. Esto tiene apoyo en las observaciones que de la proyección a futuro se hace para la primera década del siglo XXI y que es del orden del 50% para los países desarrollados y del 200% para los países de América Latina(22).

Por lo que respecta a la sintomatología, podemos decir que el insomnio en conjunción con la ansiedad (16.4% y 12.6%, respectivamente), son los más frecuentes, lo cual los convierte, de algún modo en rasgos distintivos del anciano, toda vez que la vejez se torna en una etapa de pérdidas (de la función social, secundaria a la jubilación; de ingresos, de amigos y familiares). También puede ser una etapa de temores (a la seguridad personal, a la soledad, a la dependencia)(21) con lo cual se arraigan estos síntomas, aunados a otros de menor frecuencia como el miedo, nerviosismo y otros, así como el fantasma de la depresión. Bajo esta perspectiva no es posible confrontar la literatura revisada en lo que se refiere a proporciones, ya que hasta el momento actual los estudios existentes hacen alusión a factores de tipo constitucional, social y, por supuesto bioquímico y psicológico del paciente senecto con adicción a psicofármacos, como se puede apreciar en los estudios de Solomon y cols, Wilcox, Hunter, Juergens, etc(2,4,6,12).

En relación a la frecuencia de uso de los diferentes psicofármacos, el bromazepam es el más utilizado, seguido del diazepam, que confrontado con la ENA se establece una similitud en cuanto al grupo de las benzodiazepinas como las más utilizadas y que concuerdan con otros estudios ya referidos como los de Vargas-Rivera y cols, Gambert, Malloy, Stein y otros al respecto(3,5,9,22). Revistiendo doble importancia por el alto potencial

de producir dependencia física así como por el hecho de desencadenar más fácilmente depresión respiratoria como complicación más frecuente(1).

CONCLUSIONES

1.- La prevalencia de adicciones en la población de 60 años y más de Pensiones Civiles del Estado es de 32.2%, que se aleja de la encontrada en la Encuesta Nacional de Adicciones efectuada en 1993, 23.9%; así como de los reportes de los diferentes autores de los Estados Unidos donde la prevalencia se estima en 13% en la población senecta en general, pero que en nuestro medio se encontró elevada por las características de la propia población de la institución sede.

2.- Aunque sin significancia estadística entre las diferentes variables abordadas, el presente estudio permite reflexionar sobre el dispendio en la prescripción de psicofármacos a la población senecta, objeto de atención en nuestra institución, ya que el 100% de los pacientes obtienen el psicofármaco directamente del médico, en la consulta externa generalmente.

3.- También nos da oportunidad de tomar decisiones para incidir en el entorno del paciente de 60 años y más, pues el ambiente de estos seres, generalmente no es del todo apropiado para su sobrevivencia.

4.- Asimismo, los médicos en general, sin importar categoría o grado de especialización, debemos tomar conciencia sobre la real y tajante amenaza en que se convierte una prescripción de este tipo, toda vez que el deterioro progresivo de un organismo es indefectible y puede acelerarse con el uso de cualquier psicofármaco.

5.- Más que nunca aplicar el principio máximo de nuestra profesión: *primun non nocere*.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. O'Brien Ch P. Adicción y abuso de sustancias tóxicas. En: Hardman JG, Limbird LE, ed. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 9a ed. México:McGraw-Hill Interamericana, 1997:vol I:595-617.
2. Solomon K, Maneapalli J, Ireland GH, Maicon GM. Alcoholism and prescription drug abuse in the elderly: St Louis University grand rounds. *J. Am Geriatr Soc* 1993; 41:57-69.
3. Gambert SR. Substance abuse in the elderly. En:Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, ed. *Substance abuse: A comprehensive text book*. 2a ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992:843-851.
4. Juergens SM. Prescription drug dependence among elderly persons [editorial]. *Mayo Clin Proc* 1994;69:1215-1217.
5. Malloy TR, Halm DE, Torres JL, Susman JL. Problemas frecuentes en el anciano. En: Taylor RB, ed. *Medicina de familia principios y práctica*. 4a ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1994:179-187.
6. Hunter KA, Florio ER, Lamberg RG. Pharmaceutical care for home-dwelling elderly persons: a determination of need and program description. *The gerontologist* 1996;36:543-548.
7. Der EH, Rubinstein LZ, Choy GS. The benefits of in-home pharmacy evaluation for older persons. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:211-214.
8. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Borges-Yáñez A, De la Rosa B. Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México. *Encuesta Nacional de Adicciones 1993. Salud Pública Mex* 1996; 38:458-465.
9. Stein BE. Avoiding drug reactions: seven steps to writing safe prescriptions. *Geriatrics* 1994; 49(sept):28-36.
10. McInnes E, Powell J. Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed? *BMJ* 1994; 308:444-446.
11. Dunne FJ. Misuse of alcohol or drugs by elderly people. May need special management. *BMJ* 1994; 308:608-609.
12. Wilcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA* 1994; 272:292-296.
13. Carlson JE. Perils of polypharmacy: 10 steps to prudent prescribing. *Geriatrics* 1996;(july):26-35.
14. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arc Intern Med.* 1997; 157:1531-1536.
15. Schmader KE, Hanlon JT, Landsman PB y cols. Inappropriate prescribing and health outcomes in elderly veteran outpatients. *Ann Pharmacoter* 1997;31:529-533.
16. Hsu RY, Lin MSh, Chou MH. Medication use characteristics in ambulatory elderly population in Taiwan. *Ann Pharmacoter* 1997;31:308-314.
17. Aparasu RR, Fliginger ShE. Inappropriate medication prescribing for the elderly by office-based physicians. *Ann Pharmacoter* 1997;31:823-829.
18. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ y cols. Adverse drug events in high risk older outpatients. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:945-948.
19. Baumevielle M, Haramburu F, Bégaud B. Abuse of prescription medicines in southwestern France. *Ann Pharmacoter* 1997; 31:847-850.

-
20. Finlayson RE, Davis LJ, Jr. Prescription drug dependence in the elderly population: Demographic and clinical features of 100 inpatients. *Mayo Clin Proc* 1994; 69:1137-1145.
 21. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Implicaciones clínicas del proceso de envejecimiento. En: *Geriatría Clínica*. 3a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997:3-17
 22. Vargas-Rivera J, Islas-Andrade E, Ponce-Monter. Monitoreo de medicamentos en ancianos. Posibilidad de reducir los efectos adversos. *Rev Med IMSS* 1995;33:419-423.
 23. Woo E. Tratamiento farmacológico en la senectud. En: Walshe TM, ed. *Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica*. México: Interamericana, 1986:23-29.
 24. Vargas-Rivera J, Sumano LH. Efectos adversos de los medicamentos en ancianos. *Rev Med IMSS* 1994;32:282-287.
 25. Lamy PT. Hazards of drug use in the elderly. *Postgrad Med* 1984; 6(1):50.
 26. Hobbs W, Rail T, Verdoorn T. Hipnóticos y sedantes; etanol. En Hardman JG, Limbird LE, ed. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 9a ed. México:McGraw-Hill Interamericana, 1997:vol I:385-422.
 27. Baldessarini R. Fármacos y tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Depresión y manía. En: Hardman JG, Limbird LE, ed. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 9a ed. México:McGraw-Hill Interamericana, 1997:vol I:459-489.

ANEXO 1

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO, DELEGACION JUAREZ
PROTOCOLO DE INVESTIGACION DE ADICCIONES A PSICOFARMACOS
EN LA POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA_____ No. DE PENSIONES_____

NOMBRE_____ EDAD_____ SEXO_____

ESTADO CIVIL_____ ACTIVIDAD_____

PARTICIPA EN GRUPOS SOCIALES (SI)_____ (NO)

EN CASO AFIRMATIVO: EN QUE FORMA PARTICIPA UD. DESCRIBALO BREVEMENTE_____

HA USADO DROGAS POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

() INSOMNIO () ANSIEDAD () DEPRESION () ANGUSTIA () MIEDO
() DESESPERACION () NERVIOS () OTROS

ESPECIFIQUE_____

QUE TIPO DE DROGA O DROGAS HA USADO:

() VALIUM () ALBORAL () PAXIL () DORMICUM () MELLERIL
() RIVOTRIL () STELAZINE () TRILAFON () MOTIVAL () TOFRANIL
() ATIVAN () URBADAN () RITALIN () HALDOL () NORPRAMIN
() LITHIUM () LEXOTAN () QUAL () TRIPTANOL () HALCION
() ROHYPNOL () NUMENCIAL () MUTABON () TAFYL () BUSPAR
() TRANXENE () ADEPSIQUE

DURANTE CUANTO TIEMPO HA USADO ESTAS DROGAS:

UN MES () 6 MESES () UN AÑO () MAS DE UN AÑO () MAS DE 5 AÑOS ()

LAS USA UD. ACTUALMENTE (SI) (NO) FUERON OTORGADAS POR SU MEDICO (SI) (NO)

LE SIGUEN SIENDO OTORGADAS POR SU MEDICO (SI) (NO)

LAS CONSIGUE UD. POR SU CUENTA (SI) (NO)

SE LAS RECOMENDO UNA AMISTAD (SI) (NO)

GRACIAS