

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA



SEDE REGIONAL ROSARIO

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO FINAL

TÍTULO: “USO DE PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE
60 AÑOS “

AUTOR: DELENA, FABIO MARTÍN

TUTORA: PROF. DRA. AGOSTINI MARCELA

FECHA DE PRESENTACIÓN: MARZO 2013

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Problema.....	6
Objetivo General.....	7
Materiales y Métodos.....	8
Análisis Estadístico.....	11
Marco Teórico.....	12
Resultados.....	28
Discusión:.....	40
Conclusión:.....	42
Agradecimientos.....	44
Bibliografía.....	45

Resumen

Para evaluar el consumo de psicofármacos en los adultos mayores de 60 años se realizó un estudio de corte transversal, con el objetivo de identificar el uso de estos fármacos de acuerdo a edad, sexo y fuente de prescripción. Se obtuvo una muestra de 125 pacientes, a través de la revisión de historias clínicas en el Centro de Asistencia e Investigación Clínica Integral (CAICI) en Rosario en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre de 2011. Con la información obtenida se confeccionó una base de datos. Los resultados se expresan en porcentajes y tablas.

Se reveló que la prescripción de benzodiazepinas (BZD) predominó en las edades comprendidas entre 60-64 años y en el sexo femenino. Dentro de las BZD, el fármaco más indicado fue el alprazolam y mayormente indicadas por médicos no psiquiatras.

PALABRAS CLAVES: Psicofármacos, Benzodiazepinas, Adultos mayores.

Introducción

El principal motivo de la elección del trabajo de investigación se basó en el interés sobre el uso y tratamiento psicofarmacológico en adultos mayores, que ofrece particularidades relacionadas con la frecuente pluripatología concomitante y la consiguiente poli medicación, lo que propicia interacciones farmacológicas y por ende un mayor riesgo de efectos secundarios.

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor, considerados los individuos mayores de 60 años de edad en la mayoría de las bibliografías revisadas sobre el tema. Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo. Existe también el significado sociocultural que se ve afectado no solo por su proceso evolutivo sino por las circunstancias sociopolíticas del país, del que se puede decir se inicia mucho antes de los 40 años. .

En los últimos 20 años se ha experimentado un incremento significativo del uso de psicofármacos a nivel mundial, principalmente ansiolíticos y antidepresivos¹. Podemos afirmar que a nivel mundial el grupo de los tranquilizantes ocupa el tercer lugar entre los más prescritos, solamente superado por los analgésicos y antiinflamatorios. Además, los antidepresivos no tricíclicos y los ansiolíticos son los medicamentos que más se prescriben en las consultas de atención primaria, solamente superados por los antibióticos, los

analgésicos y las vitaminas. En las últimas décadas las benzodiazepinas se convirtieron en uno de los fármacos más prescritos en la práctica médica general, existiendo evidencia de que más del 10% de la población de los países desarrollados es consumidora de psicofármacos ^{2,3}.

Entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia o polifarmacoterapia considerado fenómeno habitual que concierne a la práctica médica y médica-geriátrica. Esta peligrosa condición preocupa ya a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social, pues sus efectos colaterales o adversos conducen en muchas circunstancias a un incremento en hospitalizaciones, complicaciones graves y en ocasiones, desafortunadamente a la muerte del adulto mayor. ⁴

¿QUE ENTENDEMOS POR POLIFARMACIA?

La polifarmacia, definida como la utilización de múltiples preparados farmacológicos prescritos o no, se ha constituido, junto con el delirio, las demencias, las caídas, la inmovilidad y la incontinencia en uno de los grandes retos a la geriatría de nuestros tiempos. Asimismo la polifarmacia se encuentra dentro de los criterios aceptados categóricamente de fragilidad en los ancianos. ^{5,6}

Las personas mayores de edad son el grupo que más medicamentos consume entre ellos el uso de psicofármacos (ansiolíticos, sedantes y antidepresivos tricíclicos) con fines médicos. La intoxicación, con deterioro físico y mental, puede presentarse con el uso agudo, mientras que el uso reiterado conduce al abuso o dependencia.

Es conocido en quienes atienden a pacientes psiquiátricos, la frecuencia y magnitud de reacciones adversas que aparecen cuando se utilizan diferentes medicamentos. Algunas de ellas conducen a síntomas de extrema importancia en la edad avanzada como vértigo, inestabilidad para la marcha, somnolencia y confusión que quebrantan la funcionalidad biológica, psicológica y social afectando la dinámica y la autonomía del anciano. ⁷

Problema

¿Cuáles son los psicofármacos mayormente prescritos en adultos mayores pertenecientes al PAMI que concurren al Instituto CAICI de la ciudad de Rosario en el año 2011?

Objetivo General

- Clasificar tipo de psicofármacos utilizados en adultos mayores.

Específicos

- Identificar y relacionar el consumo de psicofármacos con la edad del paciente.
- Identificar y relacionar el consumo de psicofármacos con el sexo del paciente.
- Conocer quién prescribe los psicofármacos.

Materiales y Métodos

Diseño: Se realizó un estudio de corte transversal.

Población: Pacientes ambulatorios mayores de 60 años que concurren al CAICI (Centro de Asistencia e Investigación Clínica Integral) en la ciudad de Rosario.

Período: Entre 2° de Enero 2011 al 30 de Diciembre de 2011.

Criterios de Inclusión: Se tomaron las Historias clínicas de los pacientes adultos mayores que concurren al menos una vez en el año 2011.

Criterios de Exclusión:

Pacientes menores de 60 años.

Pacientes que no deseen participar.

Variables del Estudio:

Edad:

- a) 60 a 64 años.
- b) 65 a 69 años
- c) 70 a 74 años
- d) 75 a 79 años
- e) 80 a 84 años
- f) 85 a 89 años
- g) Mayores de 90 años.

Sexo: masculino / femenino.

Tipo de psicofármaco:

- a) Benzodiacepinas (hipnóticos-sedantes, ansiolíticos)
- b) Anti psicóticos
- c) Antidepresivos

Tiempo de uso del psicofármaco: *Carácter Ordinal*

- a) < 1 año
- b) 1-3 años
- c) Más de 3 años

Situación ocupacional y rol social: Si bien todos los adultos mayores de 60 años son jubilados, los podemos agrupar en diferentes sub-grupos teniendo en cuenta las actividades que realizan.

- a) Trabajo alternativo
- b) Ama de casa
- c) Sin ocupación

Fuente de prescripción:

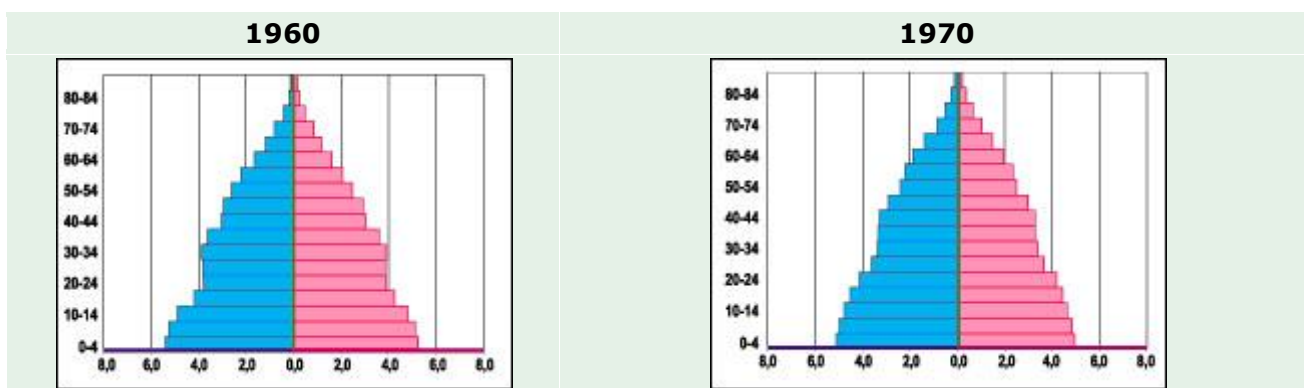
- a) Médico psiquiatra
- b) Médico no-psiquiatra

Análisis Estadístico

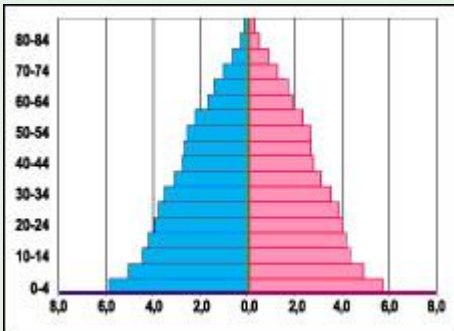
Los datos se analizaron a través del programa SPSS 15.0, mediante medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar) para variables cuantitativas y técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) para variables cualitativas ordinales y nominales.

Marco Teórico

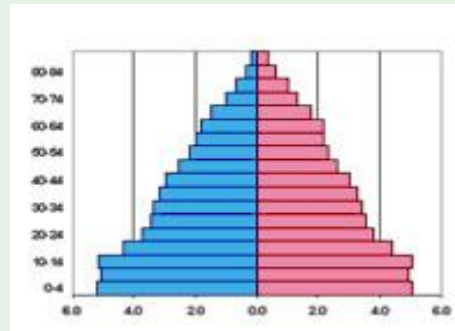
En las sociedades industrializadas como la nuestra, el descenso de las tasas de natalidad y mortalidad han dado como resultado un notorio envejecimiento de la población, pues no solamente las funciones de las personas de edad mayor están cambiando, sino también su número, su proporción respecto a la población total y la proporción entre los sexos. Estas variaciones en la distribución por edades de la población tienen consecuencias y repercusiones importantes para la política de los diferentes gobiernos, no solo en aspectos socioeconómicos, educativos sino también en aspectos de salud. Ya que en el futuro se prevé un incremento considerable de la población anciana y como consecuencia las patologías más frecuentes asociadas a la edad, tal situación no nos hace ajenos a la dicha problemática. ⁸



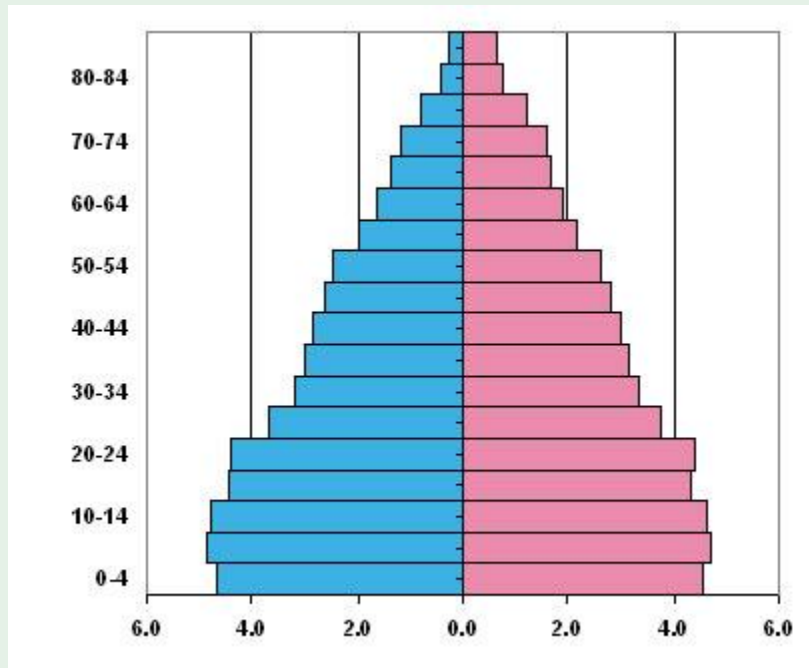
1980



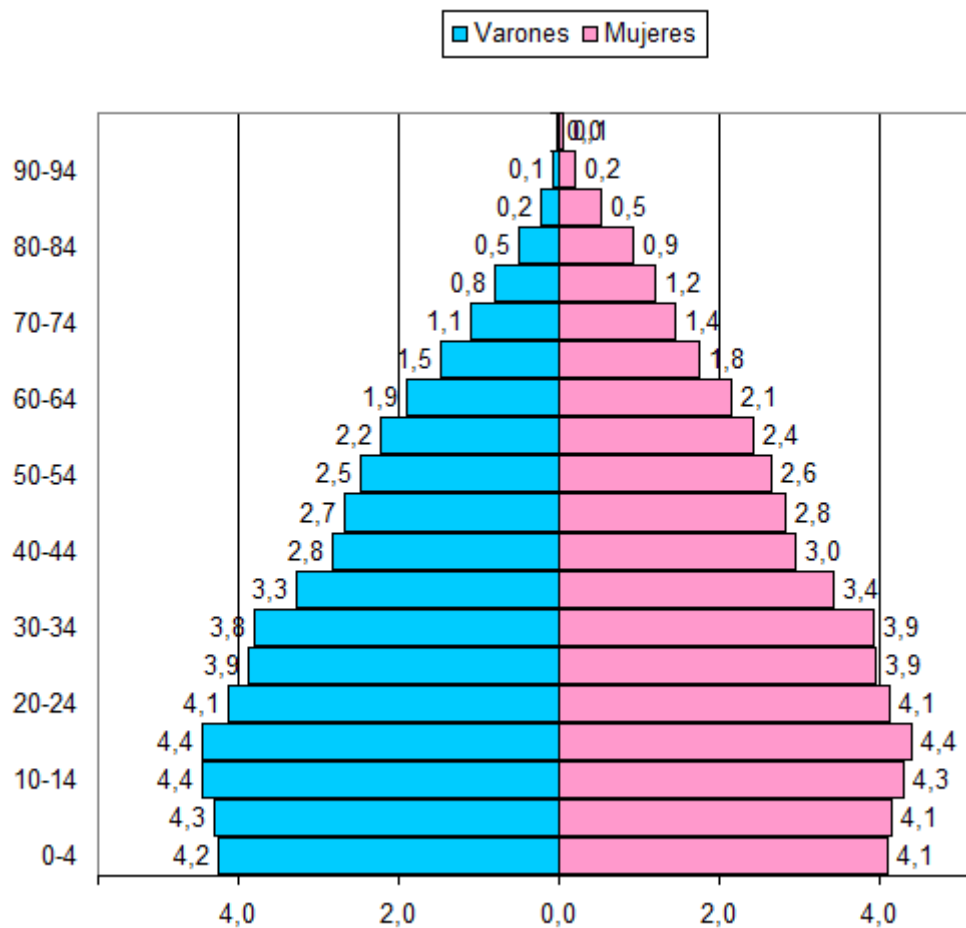
1991



2001



La pirámide 2001 confirma la tendencia de aumento de la población adulta mayor y a la vez, da cuenta de menores niveles de natalidad. Esto último se refleja una disminución porcentual de la base de la pirámide y aumento en el vértice.



La tendencia observada hasta el año 2001 se confirmó en el último Censo poblacional realizado en el año 2010 en nuestro país.

El consumo de Psicofármacos y la polifarmacia en el anciano constituye un importante problema de salud en la sociedad actual como resultado de la multiplicidad de patologías asociadas. Es bien conocido por todos el hecho de que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en sujetos mayores de 65 años. De la misma forma y a partir de esta realidad se comprende que la población citada sea gran consumidora de medicación con efectos cardiovasculares. Analizando estos datos desde un

punto de vista exclusivamente demográfico, y considerando la prolongación de la vida media en nuestro entorno con el consiguiente envejecimiento de la población, resulta evidente que los pacientes cardiovasculares y concretamente los pacientes hipertensos mayores son una realidad diaria y continua en nuestros consultorios médicos con todo lo que ello representa a nivel diagnóstico y terapéutico.

Otro hecho a destacar es que las enfermedades que se relacionan, también son las que conciernen al sistema osteomioarticular. Esto es válido también para las enfermedades digestivas, seguidas de los trastornos mentales y demencias, en el mismo período de vida. Llama la atención que los trastornos psiquiátricos y las demencias, que se sitúan como tercera prioridad en relación con la polifarmacoterapia. Este hecho tiene una gran importancia, en la epidemiología gerontológica de estos tiempos, donde se presupone que la demencia y los trastornos afines ya ocupan un lugar preponderante como problemas de salud, en los países del primer mundo y en algunos otros en vías de desarrollo como el nuestro.

PATOLOGIAS PSQUIATRICAS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR:

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN:

Si bien los trastornos de ansiedad y los depresivos son entidades diferentes, el hecho de que compartan factores etiopatogénicos explica la alta comorbilidad clínica entre ambos desórdenes y la buena respuesta terapéutica a fármacos de la misma clase.

Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos más utilizados para el tratamiento de los trastornos depresivos. La respuesta al tratamiento antidepresivo habitualmente es retardada con un intervalo de hasta dos y seis semana como mínimo antes que se produzca la máxima mejoría. Estos fármacos son más efectivos en el tratamiento de la depresión endógena de moderada a severa, asociada a trastornos fisiológicos y psicomotores (alteraciones del apetito y del sueño). El tratamiento con esta droga (la amitriptilina) no deberá extenderse por más de 3 meses, incluyendo el período de reducción gradual del mismo, pues el uso prolongado puede crear hábito.

En cuanto a los ansiolíticos más utilizados son las benzodiazepinas (BZD) las que ocupan un lugar relevante. El tratamiento de la ansiedad debe estar limitado a la dosis mínima efectiva durante el tiempo más corto posible. Tras el uso regular durante más de unas semanas, puede aparecer tolerancia y dependencia (tanto física como psicológica), y la subsiguiente dificultad de retirada del fármaco. Habitualmente, no está justificado prolongar el tratamiento con ansiolíticos e hipnóticos durante más de 1 ó 2 semanas. En cuanto al Diazepam y Nitrazepam para evitar riesgo de dependencia se recomienda emplear cursos cortos de tratamiento (no mayores de 4 semanas) y deberá ser retirado progresivamente.⁹

¿QUE ENTENDEMOS POR ANSIEDAD?

Nos referimos a un estado de atención sensorial y motor sentido como amenaza o temor, en el que la persona no puede precisar el objeto que lo provoca. La ansiedad es inherente al desarrollo normal del sujeto.

Su aparición pone de manifiesto el conflicto adaptativo y la falta de recursos para conseguir una respuesta adecuada a las tensiones internas y externas ambiente que le rodea.⁹

TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN MANUAL DSM IV.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. (TAG)

Es un estado de ansiedad y preocupación crónica, que está acompañado de multitud de síntomas somáticos, provocando un intenso malestar en el sujeto o mal funcionamiento social o laboral. Sus síntomas generales se resumen en ansiedad, hiperactividad autonómica (sudoración, palpitaciones), tensión motora (dolor de cabeza, inquietud) y estado de hiperalerta (irritabilidad)

TRASTORNO DE PANICO (PANIC ATTACK) / CRISIS DE ANGUSTIA.

Se define por la presencia de crisis de angustia recurrentes, de las que algunas deben ser espontaneas, en ausencia de trastornos orgánico, psíquico o toxico que lo las justifique.

TRASTORNOS FÓBICOS.

***Fobia específica** - La fobia se encuentra dirigida hacia un objeto o animal específico.

***Fobia social**- Las personas que sufren este tipo de fobia, evitan a toda costa cualquier clase de interacción social

***Agorafobia**- Los agorafóbicos viven con el temor de quedar atrapados y sufrir ataques de pánico.

TRASTORNO OBSESIVO – COMPULSIVO. (10)

1. **Obsesión:** Contaminación de gérmenes.

Compulsión: Lavarse las manos excesivamente.

2. **Obsesión:** Inquietudes relacionadas a dejar las puertas abiertas o llaves.

Compulsión: Revisar estos artefactos o lugares de la casa una y otra vez.

3. **Obsesión:** Pensamientos que urgen a comportarse de manera extraña ante las normas sociales.

Compulsión: Contar de manera incontrolada e inevitable, los pasos, escalones y otro tipo de objeto

¿QUE ENTENDEMOS POR DEPRESIÓN? ¹⁰

¿CUANDO CONSIDERAMOS QUE ES UNA ENFERMEDAD?

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera una que otra vez durante períodos cortos.

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado. ¹⁰

Los síntomas de depresión abarcan:

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- Pérdida de placer en actividades habituales.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.

- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.

La baja autoestima es común con la depresión, al igual que los arrebatos repentinos de ira y falta de placer en actividades que normalmente lo hacen feliz, entre ellas, la actividad sexual.

Es posible que los niños deprimidos no tengan los síntomas clásicos de la depresión en los adultos. Vigile especialmente los cambios en el rendimiento escolar, el sueño y el comportamiento. Si usted cree que su hijo podría estar deprimido, vale la pena consultarlo con el médico.¹⁰

Los tipos principales de depresión abarcan:

- **Depresión mayor:** La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.
- **Depresión atípica:** ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes con depresión. Los síntomas abarcan comer y dormir en exceso. Usted puede sentirse como si estuviera sobrecargado y se acongoja mucho por el rechazo.

- **Distimia:** una forma de depresión más leve que dura años si no recibe tratamiento.

PSICOSIS

La **psicosis** es un término genérico utilizado en la psicología para referirse a un estado mental descrito como una pérdida de contacto con la realidad. A las personas que lo padecen se les llama psicóticas. En la actualidad, el término «psicótico» es a menudo usado incorrectamente como sinónimo de psicopático. Las personas que experimentan psicosis pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como por dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Una amplia variedad de elementos del sistema nervioso, tanto orgánicos como funcionales, pueden causar una reacción psicótica. Esto ha llevado a la creencia que la psicosis es como la «fiebre» de las enfermedades mentales, un indicador serio pero no específico ^{11, 12}. Sin embargo, muchas personas tienen experiencias inusuales y de distorsión de la realidad en algún momento de sus vidas, sin volverse discapacitadas o ni siquiera angustiadas por estas experiencias. Como resultado, se argumenta que la psicosis no está fundamentalmente separada de una consciencia normal, sino más bien es un continuum con consciencia normal ¹³. Desde esta perspectiva, las personas que son diagnosticadas clínicamente como psicóticas pueden estar teniendo simplemente experiencias particularmente intensas o angustiantes.

Definición

El Diccionario médico de Stedman define la psicosis como «un desorden mental severo, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno de la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal.¹⁴

Una correcta apreciación del término implica circunscribir la psicosis como una situación de enfermedad mental que presenta un desvío en el juicio de realidad. Este desvío es propio de la psicosis, a diferencia de la insuficiencia de juicio propia de la oligofrenia, del debilitamiento propio de las demencias, y de la suspensión del juicio propio de los estados confusionales (o delírium).

Los sujetos psicóticos suelen experimentar (o no) alucinaciones, pensamientos delirantes (siempre si están en período de estado), y trastornos formales del pensamiento (cambios de las relaciones semánticas y sintácticas).

Clasificación

Existen históricamente muchas clasificaciones, algunas de las cuales se establecían en función de ser cuadros delirante-alucinatorios (por ejemplo, las esquizofrenias) o no alucinatorios (por ejemplo la paranoia), en psicosis delirantes verosímiles o inverosímiles, bien o mal sistematizadas, en relación a su irrupción como proceso o desarrollo, etc.¹³

El DSM (Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales, de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense) reconoce varios tipos de psicosis:

- Esquizofrenia
- Tipo paranoide de esquizofrenia.
- Tipo desorganizado de esquizofrenia.
- Tipo catatónico de esquizofrenia.
- Tipo indiferenciado de esquizofrenia.
- Tipo residual de esquizofrenia.
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno delirante
- Trastorno psicótico breve
- Trastorno psicótico compartido.
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica asociada.
- Trastorno psicótico inducido por sustancias.
- Trastorno psicótico no especificado.

Síntomas

Los siguientes son síntomas que sugieren la presencia de un trastorno de tipo psicótico:

- Cambios bruscos y profundos de la conducta.
- Replegarse sobre sí mismo, sin hablar con nadie.
- Creer sin motivos que la gente le observa, habla de él o trama algo contra él.
- Hablar a solas (soliloquio) creyendo tener un interlocutor, oír voces, tener visiones (alucinaciones visuales, auditivas) sin que existan estímulos.
- Tener períodos de confusión mental o pérdida de la memoria.
- Experimentar sentimientos de culpabilidad, fracaso, depresión.

Advertencia: Algunos de estos síntomas también pueden experimentarse en condiciones no psicóticas: abuso de sustancias, trastornos de personalidad, eventos estresantes (distresantes), lo que Jaspers ha denominado «situaciones límite», momentos graves de neurosis (por ejemplo ciertas neurosis del tipo histeria), momentos de conversión. De modo que los síntomas mencionados no constituyen ninguna evidencia concluyente.¹³

Los antipsicóticos clásicos o convencionales constituyen un grupo heterogéneo de compuestos químicos eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia, trastornos de la conducta, la demencia, y otras alteraciones psíquicas.

Son antagonistas de los receptores dopaminérgicos D2, que se localizan principalmente en estructuras del sistema nervioso central (SNC) como: sistema límbico (amígdala, núcleo acumbens, tubérculo olfatorio), zona quimiorreceptora o del disparo emético bulbar y ganglios basales. Por tal motivo, comparten muchas acciones farmacológicas, aplicaciones terapéuticas y RAM comunes.

La selectividad de estos compuestos por los receptores D2 es escasa, también bloquean los alfa 1 vasculares, triptaminérgicos, muscarínicos e histaminérgicos H1.

Independientemente de su acción antipsicótica, poseen un importante efecto sedante y ansiolítico, fundamentalmente al inicio del tratamiento, y con el transcurso de semanas se desarrolla tolerancia. Sin embargo, los efectos adversos autonómicos y neurológicos limitan su uso en la ansiedad.

Por regla general, perturban la actividad motora espontánea, y pueden provocar rigidez muscular y bradiquinesia, entre otras alteraciones del movimiento.

Se deben tener presentes precauciones generales durante la prescripción de estos fármacos: realizar electrocardiograma para excluir alteraciones como prolongación del intervalo QT; repetirlo periódicamente (cada 6 meses como mínimo). La dosis se debe incrementar lentamente y no más de una vez por semana. Evaluar regularmente frecuencia del pulso, tensión arterial y temperatura; asegurar adecuada ingestión de líquidos.

Entre los efectos indeseables que producen los antipsicóticos clásicos encontramos: síntomas extrapiramidales (temblor, rigidez, discinesia, acatisia, distonía, entre otros); son los más molestos y se asocian principalmente con las fenotiacinas piperacínicas (flufenacina y

trifluoperacina), las butirofenonas y los preparados de depósito. Dependen principalmente de la dosis, el tiempo de exposición, y la susceptibilidad del paciente.

La sequedad bucal, constipación, visión borrosa y mareos son reacciones anticolinérgicas comunes, que disminuyen con el empleo prolongado de estos fármacos. Raramente pudieran observarse algunas graves: hipotensión ortostática, alteración de la regulación de la temperatura corporal, síndrome neuroléptico maligno y depresión de la médula ósea. El riesgo de sufrir estas RAM aumenta en personas de la tercera edad. ¹⁶

TRASTORNOS DE LA MEMORIA Y DEMENCIA.

La memoria es la capacidad del cerebro de registrar, almacenar y recordar información. La pérdida total o parcial de la memoria reciente recibe el nombre de *AMNESIA*. La alteración progresiva de la memoria es la característica principal de las *DEMENCIAS* más frecuentes.

Memoria a corto plazo (primaria o inmediata):

Se refiere a la retención temporal de información (segundos), que puede ser utilizada para realizar tareas aprendidas (memoria de trabajo). Tiene una capacidad limitada en tiempo y espacio. Es la memoria que utilizamos para realizar todas las actividades cotidianas

Memoria a largo plazo (secundaria):

Se refiere a la capacidad de retener información de una forma más permanente, con una capacidad prácticamente ilimitada y un rango de tiempo que va de minutos a años. La memoria hace referencia a la información adquirida en un pasado reciente (horas, días), mientras que la memoria remota hace referencia a acontecimientos personales o públicos que ocurrieron meses, años o décadas pasadas.

Las causas de *AMNESIA* son diversas y pueden afectar de forma selectiva a un tipo de memoria. Pueden afectar la capacidad de retener nueva información (*Amnesia anterógrada*) y la dificultad de recordar sucesos pasados (*Amnesia retrógrada*).

Las *DEMENCIAS* consisten en alteraciones de la memoria y una o más de las siguientes alteraciones:

Alteraciones en el lenguaje

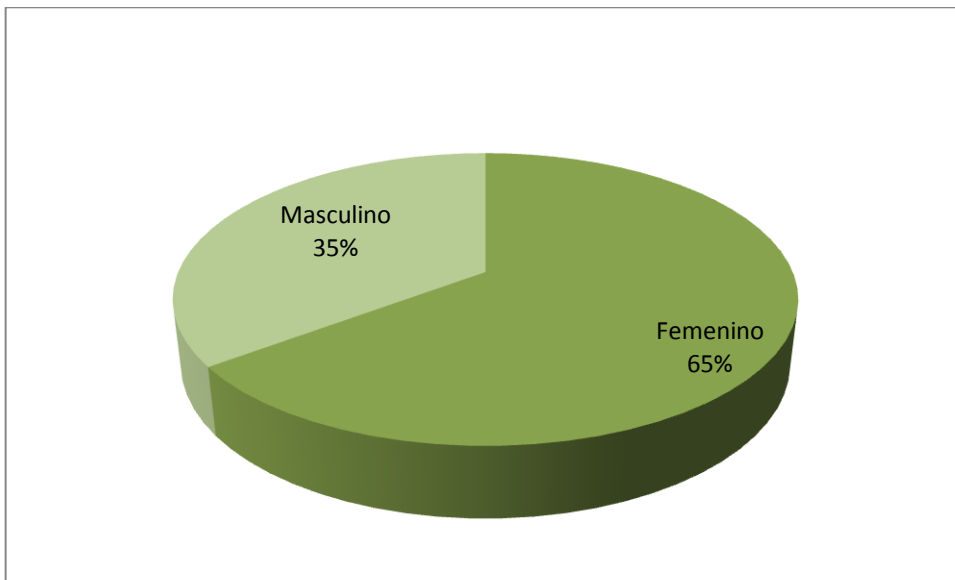
- Dificultad para recordar lo ya aprendido
- Dificultad para recordar los conocimientos adquiridos
- Alteraciones en la ejecución

Dichas alteraciones han de ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral.

Resultados

Se estudió una población de Adultos Mayores de 125 pacientes, los cuales resultaron de 44 pacientes de sexo masculino y 81 pacientes de sexo femenino (Gráfico N° 1).

Gráfico N°1: Distribución según sexo.



La edad promedio del total de los Adultos Mayores evaluados en el presente estudio fue de 69 años (DS: ± 7).

Para los varones la edad promedio es de 68 años con un desvío de ± 6 años y para las mujeres la edad promedio es de 69 años con un desvío de ± 9 años.

Los Adultos Mayores de sexo femenino superan a los varones en casi el doble (Tabla 1).

Esto implica que las edades de los varones son más homogéneas que las de las mujeres y que si bien las mujeres evaluadas alcanzan mayores edades que los varones, la gran mayoría que concurre al CAICI son más jóvenes que los varones.

Tabla N°1: Distribución según edad y sexo.

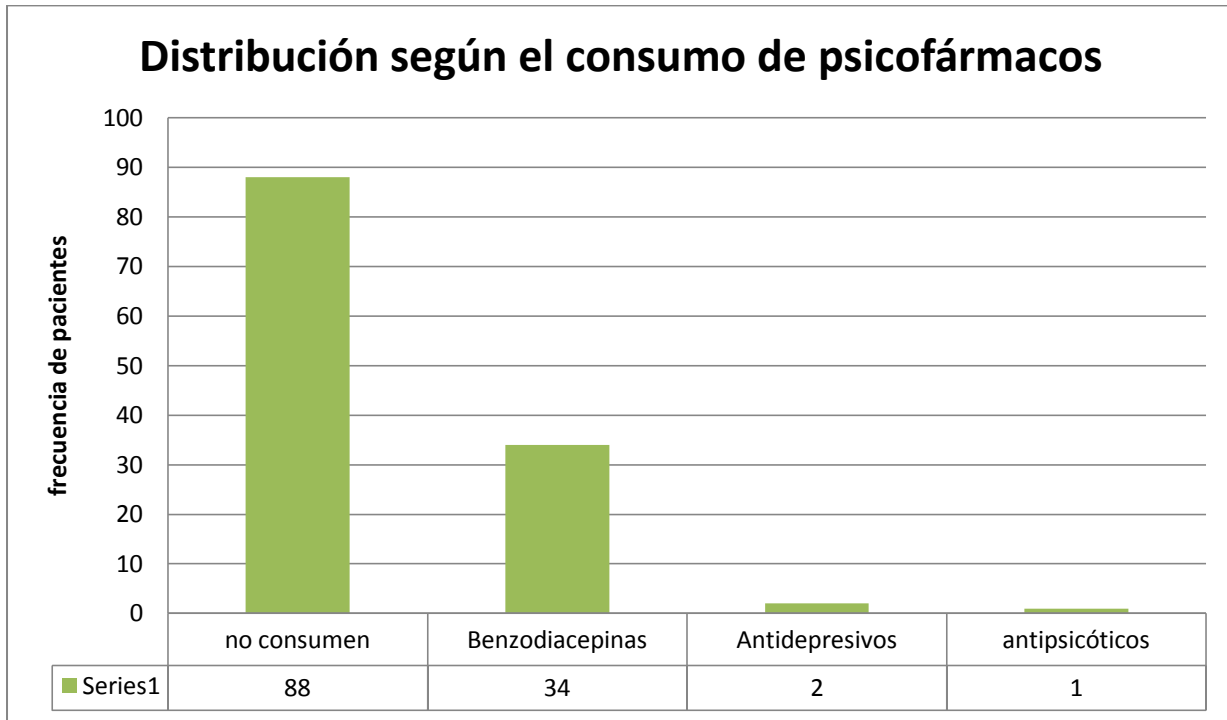
Sexo	Varones		Mujeres		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Edad en años						
60 - 64	12	9,6	31	24,8	43	34,4
65 - 69	16	12,8	17	13,6	33	26,4
70 - 74	7	5,6	9	7,2	16	12,8
75 - 79	6	4,8	11	8,8	17	13,6
80 - 84	3	2,4	11	8,8	14	11,2
85 - 89	0	0	2	1,6	2	1,6
TOTAL	44	35,2	81	64,8	125	100

La mayoría de los Adultos Mayores evaluados (71,12 %) no consumen psicofármacos.

Las benzodiazepinas resultaron ser las más consumidas, representando el (27,2%) de la población general estudiada.

Sólo el (1,6 %) consume antidepresivos y (0,08 %) antipsicóticos. (Gráfico N° 2)

Gráfico N°2



El Grupo etario que registra un mayor consumo es el de 60 a 64 años, no obstante hay que considerar que este es el grupo estudiado más numeroso.

TABLA N° 2

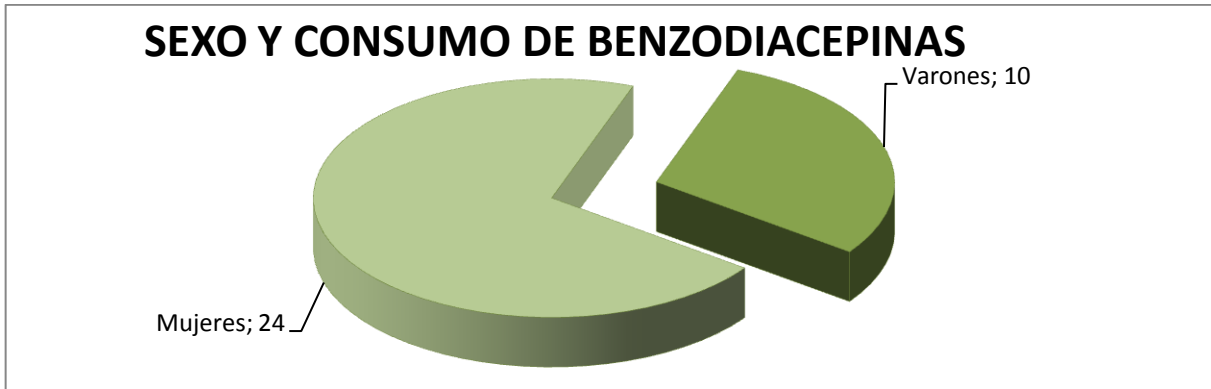
DISTRIBUCION DEL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS SEGÚN EDAD.

Consumo	Si	No	TOTAL DE
Benzodiazepinas			PACIENTES.
Edad en años			
60 - 64	11	32	43
65 - 69	6	27	33
70 - 74	5	11	16
75 - 79	3	14	17
80 - 84	7	7	14
85 - 89	2	0	2
TOTAL	34	91	125

Se observó que 3 de cada 10 Adultos Mayores que consumen Benzodiazepinas son varones, mientras que 7 de cada 10 que la consumen son mujeres. (Gráfico 3)

Gráfico N°3

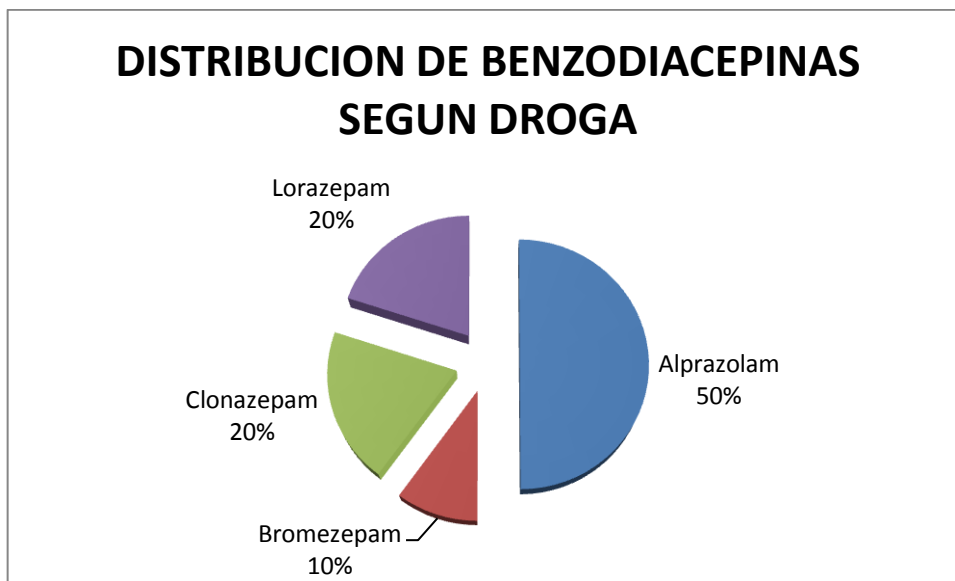
DISTRIBUCION SEGÚN EL SEXO Y CONSUMO DE BENZODIACEPINAS



Dentro de los dos tipos de Benzodiazepinas estudiadas: (Ansiolíticos e Hipnóticos), los 34 Adultos Mayores evaluados consumen solo Ansiolíticos, ninguno Hipnóticos.

En relación al tipo de droga de las Benzodiazepinas expresadas, se pudo observar que: 5 de cada 10 era Alprazolam, 1 de cada 10 era Bromazepam, 2 de cada 10 Clonazepam y 2 de cada 10 Lorazepam. (Gráfico N° 4)

Gráfico N° 4



DISTRIBUCION DEL CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS SEGÚN EDAD.

El 98,4% de los Adultos Mayores no consumen Antidepresivos, sólo 2 de ellos comprendidos ambos en el rango etario de 75 a 79 años lo hacen y corresponden a un varón sin ocupación y a una mujer Ama de Casa. (Tabla N°3)

Se observó de las drogas consumidas fueron venlafaxina y citalopram.

TABLA N°3: DISTRIBUCION DEL CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS SEGÚN EDAD

Consumo	Si	No	TOTALES DE PACIENTES.
Antidepresivos			
Edad en años			
60 - 64	0	43	43
65 - 69	0	33	33
70 - 74	0	16	16
75 - 79	2	15	17
80 - 84	0	14	14
85 - 89	0	2	2
TOTAL	2	123	125

En relación a los antipsicóticos se observó que el 99,2% de los Adultos Mayores no consumen, sólo 1 de ellos comprendido en el rango etéreo de 70 a 74 años lo hace y corresponden a una mujer Ama de Casa. (Tabla N°4)

Resultó ser la risperidona la droga consumida.

TABLA N°4: DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y CONSUMO DE ANTIPSICOTICOS

Consumo	Si	No	TOTALES DE
Antipsicóticos			PACIENTES
Edad en años			
60 - 64	0	43	43
65 - 69	0	33	33
70 - 74	1	15	16
75 - 79	0	17	17
80 - 84	0	14	14
85 - 89	0	2	2
TOTAL	1	124	125

EDAD, SITUACION OCUPACIONAL Y ROL SOCIAL.

El 24,8% de los adultos mayores tienen trabajo alternativo, el 36% son Amas de casa, mientras que el 39,2% son personas sin ocupación. Esto significa que entre el grupo de Amas de Casa y las personas sin ocupación representan un porcentaje importante (75.2%) de los pacientes estudiados.

Comparando la Situación ocupacional con las edades se puede observar que los Adultos mayores sin ocupación representan una masa importante en el grupo entre 60 y 64 años que serían los más jóvenes. (Tabla N°5)

TABLA N°5: SITUACION OCUPACIONAL, ROL SOCIAL Y EDAD.

Situación Ocupacional	Trabajo Alternativo	Ama de casa	Sin ocupación	TOTALES DE PACIENTES
Edad en años				
60 - 64	12	13	18	43
65 - 69	11	13	9	33
70 - 74	4	6	6	16
75 - 79	3	5	9	17
80 - 84	1	6	7	14
85 - 89	0	2	0	2
TOTAL	31	45	49	125

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y TIEMPO DE USO DE PSICOFARMACOS.

SE EXPONE EL TIEMPO DE USO DE BENZODICEPINAS YA QUE ES EL DATO MÁS RELEVANTE DEL ESTUDIO, 34 PACIENTES. MIENTRAS QUE 2 PACIENTES CONSUMEN ANTIDEPRESIVOS Y SOLO 1 CONSUME ANTIPSICOTICO.

TABLA N°6

Tiempo de uso Psicofármacos	Menos de 1 año	Entre 1 y 3 años	Mayor a 3 años	TOTAL DE PACIENTES
Edad en años				
60 - 64	5	4	1	10
65 - 69	4	1	1	6
70 - 74	2	3	0	5
75 - 79	1	3	0	4
80 - 84	2	4	1	7
85 - 89	1	1	0	2
TOTAL	15	16	3	34

Se ha observado que 4 de cada 10 adultos mayores pertenecientes a PAMI en el CAICI usan Psicofármacos hace menos de 1 año, 5 de cada 10 lo usan entre 1 y 3 años y 1 de cada 10 hace más de 3 años que lo usan.

4 de cada 10 adultos mayores tienen entre 60 y 69 años y dentro de este grupo la mayor frecuencia la encontramos entre los que consumen hace menos de un año y entre 1 y 3 años.

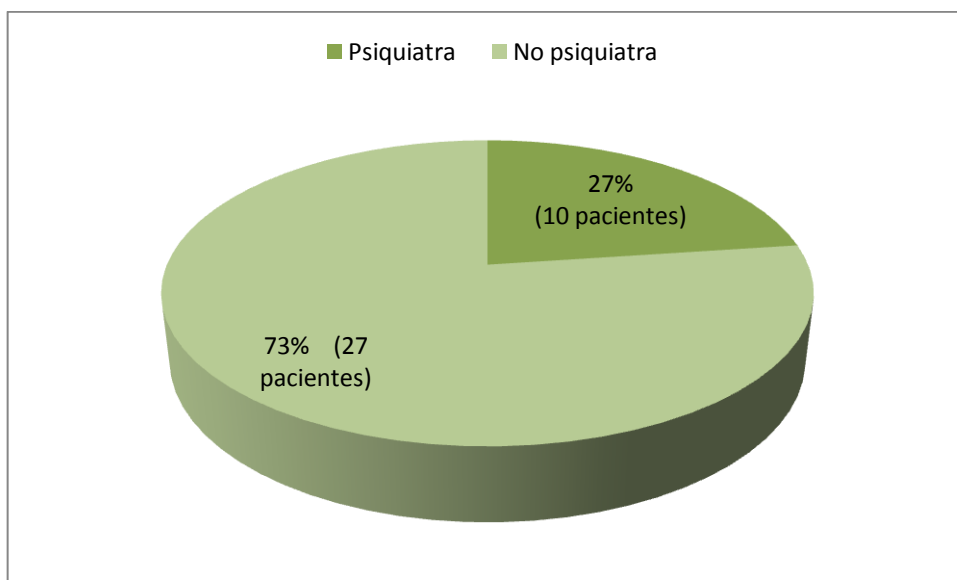
3 de cada 10 adultos mayores tienen entre 70 y 79 años y dentro de este grupo la frecuencia es igual para los que hace menos de 1 año y los que la usan entre 1 y 3 años , en este grupo no hay ninguno que consuma hace más de 3 años.

3 de cada 10 adultos mayores tienen entre 80 y 89 años y dentro de este grupo la mayor frecuencia se da entre 1 y 3 años, en menor cantidad los que hace menos de 1 año y 1 sólo la usa hace más de 3 años. (Tabla N°6)

En general los que consumen psicofármacos por tiempo mayor a 3 años son los menos.

GRAFICO N°5

FUENTE DE PRESCRIPCION DE PSICOFARMACOS.



En el 71,12 % de los pacientes el dato de prescripción no fue relevado porque los pacientes no tenían indicación de Psicofármacos.

Del total pacientes que consumen psicofármacos, el (27%) tienen indicación de médico psiquiatra y el (73%) de médicos no psiquiatras. De estos últimos la especialidad que aparece es la Clínica Médica. (Gráfico N°5)

Discusión:

En la muestra evaluada en este trabajo, evidenciamos un claro predominio del sexo femenino en el consumo de psicofármacos en relación a los hombres. Observamos similitudes en los patrones de distribución según edad, sexo en comparación con otros trabajos. Por ejemplo: el de Cafferata, Kasper y Bernstein, que analiza los datos procedentes del National Medical Care Expenditure Survey en EEUU para confirmar que las mujeres son las que más consumen psicofármacos.

Los autores muestran a través de la información analizada que en varones y mujeres la posibilidad de obtener un psicofármaco está influenciada por las responsabilidades de rol familiar, la estructura familiar y los eventos estresantes. Sin embargo, las mujeres tienen una mayor probabilidad que los varones con las mismas circunstancias familiares.¹⁶

Otra investigación llevada a cabo en Australia, por Mant, Broom y Duncan-Jones que resume de manera clara distintas hipótesis que tratan de explicar el consumo diferencial entre varones y mujeres de psicofármacos.¹⁷

1. La hipótesis de la morbilidad: ¿Más mujeres que varones tienen problemas psiquiátricos?

2. La hipótesis de la consulta: ¿Es más aceptable socialmente que las mujeres vayan más al médico que los varones?

3. La hipótesis de la manifestación de emociones: ¿Es más aceptable socialmente que las mujeres admitan que tienen síntomas, particularmente síntomas de problemas emocionales?

4. La hipótesis del estereotipo del personal médico ¿El personal médico tiene cierta predisposición a diagnosticar problemas neuróticos en las mujeres, especialmente en las mujeres de edad media?

En futuros trabajos de investigación sería importante tratar de conocer las razones y porque se prescriben mayormente benzodiazepinas. Una posible respuesta a este interrogante sería que estos fármacos se caracterizan por ejercer un cuádruple efecto farmacológico: ansiolítico, sedante o hipnótico, anticonvulsivante y miorelajante. Estos cuatro componentes del efecto aparecen, sin embargo, en cada benzodiazepina en una proporción distinta, lo que determina su perfil de acción.

Hemos observado en este trabajo que el alprazolam representa la mitad del total de benzodiazepinas prescritas. Teniendo en cuenta su acción terapéutica nos podemos preguntar: ¿Es el trastorno de la ansiedad el principal motivo de consulta?

Inmaculada de la Serna, Pedro en el año 2002 publica que las benzodiazepinas se prescriben ampliamente para diversas patologías somáticas y psíquicas. El 20-25 % de los ancianos las consumen. Este dato es concordante con lo encontrado en el trabajo presentado.¹⁸

Según un estudio realizado por Burin y col., se enumeraron algunos “factores de riesgo” para el consumo de psicofármaco en mujeres.¹⁹

¿Sería adecuado hablar de factores de riesgo **solo** para mujeres? La búsqueda del éxito en el ámbito profesional, en las relaciones sociales y amorosas no es exclusividad en la lista de ambiciones de las mujeres.

Tamara Yates K. y Paola Catril M. revelaron a través de estudios realizados en 1988, 2003 y 2007 la tendencia del médico clínico a prescribir benzodiacepinas por encima de los médicos psiquiatras y otras especialidades. Esto se debería a que estos medicamentos no solo se utilizan para tratar ansiedad e insomnio sino también como complementario para tratar otras afecciones no psiquiátricas (como por ejemplo el colon irritable, patología más frecuente en las mujeres). Y además porque el médico clínico es el primer especialista al que recurren los pacientes. ²⁰

Conclusión:

Se ha observado en este trabajo una proporción superior en el consumo de psicofármacos (benzodiazepinas) en el sexo femenino, principalmente en aquellos que no continúan con una vida activa.

La mayoría de los pacientes recibieron indicación de benzodiazepinas por un período menor a 3 años y la prescripción fue realizada por un médico no psiquiatra, lo cual no significa que los médicos no psiquiatras prescriban más psicofármacos que los especialistas en psiquiatría.

Agradecimientos

Agradezco al Instituto CAICI, a la Profesora Doctora en clínica médica Marcela Agostini y la Señora Adriana Arca por su colaboración y buena predisposición en la elaboración del trabajo.

Bibliografía

1. De la Cruz Godoy, M.J., Farias Michelena, B., Herrera Garca, A. y González, M.T. (2000). *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria. Disponible en: www.interpsiquis.com. Visitada 22/08/2011 a las 08:30 am
2. Del Pozo Iribarra, J.A., Ruiz, M.A., Pardo, A. y San Martín, R. (2002). *Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados*. *Psicothema*, 14, 440-443. Disponible en: www.interpsiquis.com. Visitada 22/08/2011 a las 08:50 am
3. Zazone P. Mehr. et al. *A criterion-based review of preventive health care in the elderly*. Part Z.A. Geriatric health maintenance program. *J Fam Pract* 1992;34:320-47. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2122/11/Comportamiento-de-la-Polifarmacia-en-Adultos-Mayores> . Visitada 22/08/2011 a las 10:20 am
4. Jorjensen TM. *Prescription drug use among ambulatory elderly in Swedish Municipality*. *Ann Pharmacother*. 1993 Sep; 27(9):1120-5. Disponible en:

http://www.theannals.com/content/27/9/1120.abstract?ijkey=92f48db109020bacb68fc9b5b04eafc2146b14ca&keytype2=tf_ipsecsha Visitada 28/09/2011 a las 11:00 am

5. Castillo Fernando JR, Romero González M. *La Terapéutica Farmacológica en Geriatría*. Editorial SANDOZ; 1988:139-43. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/acciones-salud-contrarrestar-polifarmacia/acciones-salud-contrarrestar-polifarmacia2.shtml> Visitada 28/08/2011 a las 14:00

6. Beers MH, Ouslander JG. *Risk factors in geriatric drug prescribing. A practical guide to avoiding problems*. 2005;37:105-112. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2707138> Visitada 28/08/2011 a las 19:00

7. Lida Cabanes Flores. *Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor*. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml> Visitada 01/09/2011 a las 10:00

8. Greca A. *Terapéutica Clínica*. Corpus Libros Médicos y Científicos, Rosario, 2011; 1: 737-739

9. *Formulario Nacional de Medicamentos. Psicofármacos.* Colectivo de Autores. Ministerio de Salud Pública Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Editorial Ciencias Medicas 2006. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/numero34/article5/texto.html> Visitada 13/11/2011 a las 13:00
10. Medlineplus. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.html> Visitada 01/10/2011 a las 10:00
11. Tsuang, Ming T.; William S. Stone, Stephen V. Faraone (July 2000). «*Toward Reformulating the Diagnosis of Schizophrenia*». American Journal of Psychiatry **157** (7): pp. 1041–1050. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=174206> Visitada 02/09/2011 a las 11:00
12. Adela Pérez Escudero, Santiago Gil Molina, Laura Pina Camacho e Ignacio García-Cabeza. *Psicofarmacología de la Psicosis: Elección del Fármaco, Adherencia al Tratamiento y Nuevos Horizontes*. Clínica y Salud v.21 n.3 Madrid 2010. Disponible

en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000300006&script=sci_arttext

Visitada 06/09/2011 a las 10:00

13. Johns, Louise C.; Jim van Os . *The continuity of psychotic experiences in the general population*. *Clinical Psychology Review* (PubMed) 21 (8): pp. 1125–41 (2001). Disponible:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735801001039>

Visitada

02/09/2011 a las 10:00

14. [The American Heritage Stedman's Medical Dictionary](#). Disponible en:

<http://www.kmle.com/search.php?Search=psychosis> Visitada 22/10/2011 a las 10:00

15. Ashley Chao Cardeso, Giset Jiménez López, Ismary Alfonso Orta 3 y Jenny Ávila Pérez .*Caracterización de reacciones adversas por antipsicóticos clásicos en ancianos*. *Cuba 2003 – 2008* . Disponible

en:<http://www.revistahph.sld.cu/hph0210/hph01210.html> Visitada 14/11/2011 a las 15:00

16. Lee Cafferata, G., Kasper, J. and Bernstein, A. *"Family roles, structure, and stressors in relation to sex differences in obtaining psychotropic drugs"*. Journal of Health and Social Behavior, 1983, 24, 132-143. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000300004&script=sci_arttext
17. Mant, A., Broom, dorothy H. and Ducan-Jones, P. *"The path to prescription: Sex differences in -psychotropic drug prescribing for general practice patients"*. Soc Psychiatry, 1983, 18, 185-192. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000300004&script=sci_arttext
18. Inmaculada de la Serna de Pedro. Servicio de Psiquiatría. Hospital "Ramón y Cajal" . Universidad de Alcalá de Henares. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/5918/>
19. Mabel Burin, Esther Moncarz y Susana Velázquez, *"El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada"*. Tercera Parte, Buenos Aires, Paidós, 1990. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000300004&script=sci_arttext

20. Tamara Yates K. y Paola Catril M., *Tendencias en la utilización de benzodiazepinas en farmacia privada*. versión On-line ISSN 0717-9227. Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.47 n.1 Santiago mar. 2009. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000100002
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000100002

Bibliografía Consultada

1) Ritschel WA. *Pharmacokinetics in the aged*. (Eds. Mosby, 1993). Estados Unidos de América. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0210/hph01210.html>

2) Dra. Laura Rosa García Higuera, Dr. Robin Radámes Carballo Espinosa, Dr. Mario B. Aquey Hernández, Dr. Alberto Hernández Alonso, Dra. Annelys Corzo Pumar. *Caracterización de los adultos mayores con polifarmacia en la consulta de Geriátría*. Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud” Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2010/08/publicacion-polifarmacia-robin.pdf>

3) *Guías clínicas geronto – geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor*. Disponible en: <http://www.alimentatecuador.gob.ec/images/documentos/GUIAS%20CLINICAS%20GERONTO.pdf>

4) OSCANOVA, Teodoro J. *Uso inadecuado de medicamentos en adultos mayores*. An. Fac. med. [online]. ene./mar. 2005, vol.66, no.1, p.43-52. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000100007&lng=es&nrm=iso . ISSN 1025-5583.

5) *Epilepsia*. Disponible en: http://www.clinicaneurona.com.mx/1/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=112 Visitada 02/10/2011 a las 12:00

