

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “Dr. JOSÉ ASEFF YARA”

POLICLÍNICA DOCENTE UNIVERSITARIA ÁREA NORTE

CIEGO DE ÁVILA.



Título: Intervención educativa sobre el uso de psicofármacos
en gerontes del consultorio 44.

Autora: Dra. Direly Nazco Unzaga.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila

2023

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS "Dr. JOSÉ ASEFF YARA"

POLICLÍNICA DOCENTE UNIVERSITARIA ÁREA NORTE

CIEGO DE ÁVILA.



Título: Intervención educativa sobre el uso de psicofármacos en gerontes del consultorio 44.

Autora: Dra. Direly Nazco Unzaga.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Yonaisy Vega Lorenzo.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Master en ciencias.

Profesor Asistente.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila

2023

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados con el uso indiscriminado de psicofármacos en el adulto mayor del consultorio 44 en el área de salud Norte de Ciego de Ávila, en el período comprendido desde enero 2021 a marzo 2023. El universo de estudio quedó constituido por 200 personas adultas mayores. La muestra quedó constituida por 38 personas adultas mayores que fueron seleccionadas a partir de la aplicación de un muestreo aleatorio por conglomerados monoetápico. Se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el uso y abuso de psicofármacos, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron los adultos mayores de edad temprana y el sexo femenino. El nivel inicial de conocimientos sobre psicofármacos utilizados con mayor frecuencia y reacciones adversas más comunes, se presentaron muy bajos en la población, no así los temas sobre necesidad de seguir el tratamiento médico y consecuencias de la automedicación que más de la mitad de los adultos mayores presentaban conocimientos iniciales adecuados. En todos los aspectos analizados se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos, incluyendo la evaluación global de todas las preguntas, por lo que se consideró efectiva la intervención aplicada.

Palabras clave: intervención educativa, adulto mayor, psicofármacos, automedicación.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción 3
▪ Objetivos 4
▪ Marco teórico 5
▪ Método 15
▪ Análisis y discusión de los resultados 20
▪ Conclusiones 27
▪ Referencias bibliográficas 28
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

En 1984 la Organización Mundial de la Salud estableció el término adulto mayor para hacer referencia a toda persona sea hombre o mujer con edad superior a 60 años, aunque hay bibliografía que clasifica a los adultos mayores desde la edad de 55 y otros que los empiezan a contar a partir de los 65 años, lo cierto es que esto no es más que una cuestión meramente legal ^{1,2}.

Entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia: definida como el consumo más de tres fármacos simultáneamente, es una de las situaciones más frecuentes con implicaciones relacionadas con la morbimortalidad en el adulto mayor. La polifarmacia preocupa a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no sólo social, pues sus efectos adversos conducen en ocasiones a la muerte del adulto mayor ³⁻⁵.

Los medicamentos constituyen la tecnología médica más utilizada en el mundo contemporáneo, han salvado vidas y prevenido enfermedades, pero su discriminada utilización los ha convertido en un problema de salud pública. La sociedad occidental tiene planteado un reto importante, tanto desde el punto de vista económico como ético en relación con su uso apropiado, y en especial con aquellos que son de efecto psicoactivo, pues son estos los que han experimentado en los últimos 20 años mayor incremento en su uso ^{6,7}.

Psicofármacos: este término engloba todas las sustancias que de alguna forma influyen en los procesos mentales, induciendo cambios de comportamiento, ya sea por estimulación o sedación. De forma práctica se definen como los medicamentos para el tratamiento de los trastornos psíquicos ⁸.

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que la prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos entre los adultos mayores de la población general, asciende a 15%, sin contar los que se manifiestan clínicamente mediante cefalea. ⁹

En estudios epidemiológicos llevados a cabo en Europa y Estados Unidos se pudo constatar que la población de ancianos consume aproximadamente el 40,0% de todas las prescripciones de hipnóticos. ⁹

Un estudio realizado en Europa específicamente Zaragoza sobre la prevalencia del consumo de psicofármacos en el anciano en una residencia geriátrica, indica el porcentaje de ancianos que toman medicación psicofarmacológica. En cuanto a los antipsicóticos, aproximadamente el 25% de los ancianos los consumían, marcado también con porcentajes parecidos en otros estudios (entre el 25% y el 37%). Los antidepresivos en cambio son más consumidos, casi el 48% de los ancianos los consumían (en otros estudios varía entre el 39% y el 48%).¹⁰

Sobre las benzodiazepinas, la prevalencia es del 47%, siendo en otros estudios variable entre el 49,3% y 53%, siendo el grupo de psicofármacos más consumido en este grupo de edad, aunque hay otros estudios que indican un porcentaje poco superior al 20%, ya que la prescripción de benzodiazepinas varía en función de si los pacientes presentan demencia, ya que no están indicadas si existe este tipo de enfermedad. Y por último, los estabilizadores del ánimo presentan una prevalencia del 7,4%.¹⁰

La elevada prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos entre la población adulta mayor, conlleva un alto consumo de psicofármacos. En los gerontológicos y hogares de ancianos latinoamericanos se ha documentado que esta prevalencia se encuentra entre 42,9% y 52,5%.¹¹

En México un estudio realizado en 2008 reportó que más del 20% de las mujeres mayores consumían drogas médicas, mientras que solo el 4,4% de hombres mayores lo hacía. Los ansiolíticos fueron los psicofármacos más utilizados con un 83,5% de prevalencia y los antidepresivos con un 16,5%.⁸

En los últimos años se han realizado algunas investigaciones en Cuba que alertan sobre el uso indiscriminado de fármacos en la tercera edad, y se sitúan los psicofármacos entre los tres primeros grupos de medicamentos consumidos y sin prescripción facultativa en muchos casos fundamentalmente las benzodiazepinas de las cuales en 2017 fueron consumidas por un total de 49,5% de adultos mayores no consultantes; 50,8% de adultos mayores hospitalizados; y un 61,4% de personas en atención primaria en cinco países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Chile, Cuba y México.⁹

Existen estudios que plantean la relación que guarda el proceso de envejecimiento con el incremento en su consumo a lo cual hay que prestarle especial atención ya que al cierre del año 2022, el grado de envejecimiento refleja el 22.3 %, con una población de 60 años y más de 2 millones 478 mil 087 personas, es decir que en solo 20 años el grado de envejecimiento creció en 7.7 puntos porcentuales, consolidándose Cuba como uno de los países más envejecidos en América Latina. También se ha plantado su estrecha relación con el sexo femenino por ser la mujer la mayormente afectada por los cambios endocrino-metabólicos y con sintomatología más frecuente.⁹

En la provincia de Ciego de Ávila no se han sistematizado estudios relacionados con el problema a investigar, por lo que nos resulta difícil encontrar datos en los que el autor pueda apoyarse para realizar su investigación sustentada en referentes locales; lo que eleva la necesidad e importancia del estudio por lo que representa para la familia, el estado y la sociedad sobre todo cuando en nuestra provincia existen un total de 89343 adultos mayores y en municipio cabecera un total de 33096.

Problema científico: ¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre el uso adecuado de psicofármacos en gerontes del consultorio 44 de la Policlínica Norte de Ciego de Ávila, en el período comprendido desde enero 2021 a marzo 2023?

O B J E T I V O S

O b j e t i v o g e n e r a l: E v a l u a r l a e f e c t i v i d a d d e l a a p l i c a c i ó n d e u n p r o g r a m a d e i n t e r v e n c i ó n e d u c a t i v a r e l a c i o n a d a c o n e l u s o i n d i s c r i m i n a d o d e p s i c o f á r m a c o s e n e l a d u l t o m a y o r d e l c o n s u l t o r i o 4 4 d e l á r e a d e s a l u d N o r t e d e C i e g o d e Á v i l a , e n e l p e r í o d o c o m p r e n d i d o d e s d e e n e r o 2 0 2 1 a m a r z o 2 0 2 3 .

O b j e t i v o s e s p e c í f i c o s :

1. C a r a c t e r i z a r l a m u e s t r a s e g ú n a l g u n a s v a r i a b l e s s o c i o d e m o g r á f i c a s e n l a p o b l a c i ó n d e e s t u d i o .
2. D e t e r m i n a r e l n i v e l d e c o n o c i m i e n t o s d e l a d u l t o m a y o r s o b r e e l u s o y a b u s o d e p s i c o f á r m a c o s .
3. A p l i c a r u n a e s t r a t e g i a d e i n t e r v e n c i ó n d i s e ñ a d a p a r a e l e v a r e l n i v e l d e c o n o c i m i e n t o s o b r e e l u s o i n d i s c r i m i n a d o d e p s i c o f á r m a c o s e n e l a d u l t o m a y o r .
4. E v a l u a r e l n i v e l d e c o n o c i m i e n t o l u e g o d e a p l i c a r l a i n t e r v e n c i ó n e d u c a t i v a .

MARCO TEÓRICO

Tercera edad o senectud es un término antro-po-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir. En esta etapa del ciclo vital, se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social ¹².

Según datos de la revisión de 2017 del informe «Perspectivas de la Población Mundial», se espera que el número de personas mayores, se duplique para el año 2050 y se tripliquen para el 2100: quiere decir, que aumentarán de 962 millones de personas a 3100 millones ^{13,14}. Actualmente, al menos en 120 países, la esperanza de vida es de 66 años contra 48 años desde el año 1955 y debe ser de 73 años para el 2025. Cuba, se encuentra entre estos países y de 33,2 años que era la expectativa de vida del cubano en el año 1900, evolucionó a 76,1 años en el 2000; en 2005 se estimó que aumentara a 76,9 años y para el 2025 a 82,3 años ^{13,15}.

La tercera edad es una etapa de la vida en la que el ser humano elabora una reflexión de lo que ha logrado en su trayectoria de vida. Cabe señalar que en esta etapa se hacen presentes trastornos biológicos y psicológicos que dan lugar a emociones negativas como ansiedad, tristeza, baja autoestima, que conducen al aislamiento social y la apatía. El envejecimiento conlleva, por tanto, a un aumento de la prescripción de medicamentos y de los problemas asociados con su empleo ¹⁶.

Entre el 65 % y 90 % de los adultos mayores consumen algún medicamento, consumo que aumenta en forma directamente proporcional con la edad, con un incremento del riesgo de que aparezcan reacciones adversas que constituyen una de las formas más frecuentes de iatrogenia en estos pacientes. El consumo de fármacos constituye una señal de la prevalencia de problemas médicos, y los psicofármacos como herramienta terapéutica esencial en todo acto médico, puede convertirse en una peligrosa arma si son mal utilizados ¹⁷.

El elevado consumo de psicofármacos en el adulto mayor genera importantes problemas: mayor incumplimiento terapéutico, aumento de reacciones

adversas y de las interacciones entre fármacos, así como peligro de sufrir accidentes ¹⁸⁻²⁰.

Durante los últimos 20 años se ha presentado un incremento importante en el consumo de los psicofármacos a nivel mundial, siendo las benzodiazepinas (BZD) uno de los fármacos más prescritos en la población AM en las últimas décadas. Fue Leo Sternback quien descubrió estos fármacos en el año 1930, introduciéndolas a la práctica clínica en 1959 como clordiazepóxido, una BZD ansiolítica conocida como librium (por la terminación de la palabra equilibrium). Sin embargo, no fue sino hasta el año 1963 cuando se comenzó a utilizar en gran escala con la aparición del diazepam (Valium), gracias a su eficacia terapéutica por sobre las sustancias utilizadas hasta el momento como ansiolíticos, convirtiéndose rápidamente en los fármacos más utilizados reemplazando así a los barbitúricos ²¹.

En América Latina existe un potencial crecimiento de la población de AM, por lo que el uso racional que existe con relación a la prescripción de psicofármacos es de real importancia. Debido a esto, conocer los efectos provocados por las BZD más allá de los farmacológicos es cada vez más relevante. Algunos efectos conocidos provocados por su uso en AM son: deterioro cognitivo, rendimiento psicomotor, dependencia, entre otras. El primer acercamiento a las BZD suele ser por prescripción médica, a diferencia de otras drogas sean legales o ilegales. De igual forma, el uso prolongado de BZD se ha asociado al desarrollo de dependencia, aun cuando sea en dosis terapéuticas ²².

Las BZD corresponden a una familia de fármacos que se caracterizan por ser depresores del sistema nervioso central, con efectos miorelajantes (relajación muscular), anticonvulsivantes, ansiolíticos e hipnóticos. Su mecanismo de acción está asociado al complejo de receptores gamma-amino butírico (GABA), los receptores inhibitorios más grandes del sistema nervioso central. Las moléculas benzodiazepínicas se unen a estos receptores que constan de un canal iónico y varias sub-unidades que se fijan a otras sustancias (alcohol, BZD y algunos barbitúricos). Los receptores GABA son los encargados de modular la polarización de las neuronas mediante el cierre o la apertura de los canales de cloruro. ²³

Su clasificación está determinada por el tiempo de vida media de cada tipo de BZD (larga, mayor a 24 horas, ej. diazepam; media, de 6 a 24 horas, ej. lorazepam, alprazolam, bromazepam; corta, menor a 6 horas, ej. midazolam, triazolam) relacionado al tiempo de eliminación de cada fármaco. Esto es importante considerar ya que estaría relacionado con los posibles efectos adversos que puedan causar en quien la use ²³.

Las benzodicepinas son utilizadas frecuentemente para el insomnio, tratamiento de la ansiedad, trastornos convulsivos, síndrome de abstinencia al alcohol, anestesia, cirugía menor y enfermedades neuromusculares. Estos medicamentos son poco recomendados en adultos mayores debido a los cambios fisiológicos y farmacológicos que este grupo etario experimenta, asociándose su uso crónico incluso con bajas puntuaciones en escalas de valoración cognitiva. Esto se debe a que su uso prolongado genera un aumento en las dosis necesarias (o tolerancia) para poder lograr los efectos esperados, especialmente en los hipnóticos o anticonvulsivos ²⁴.

En cuanto a las benzodicepinas es importante establecer la diferencia entre la prescripción apropiada y aquella que suele ser inapropiada. Para la Organización Mundial de la Salud el uso adecuado de fármacos implica que los pacientes reciban medicamentos acordes a sus necesidades clínicas, en dosis y tiempos adecuados a las particularidades de su situación, suponiendo el mínimo costo para ellos y la comunidad. ^{25,26}

Como en todo ámbito se generan discusiones acerca de qué tan necesario puede ser un fármaco o cuál es la evaluación que se hace acerca de riesgo versus beneficio de este. Se considera que dentro de la población adulto mayor sólo un tercio de las prescripciones de benzodicepinas son apropiadas, dejando ver que más de la mitad de las prescripciones resultan inapropiadas ^{25,26}.

Un estudio realizado de Honorato, establece que las benzodicepinas se consumen por dos motivos principales: por prescripción médica o por automedicación. Estos fármacos son prescritos para diversos cuadros sintomáticos, entre los cuales se encuentran: trastornos de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico, trastorno adaptativo con ánimo ansioso, reacciones agudas al estrés e insomnio. Hwang,

señala que las prescripciones más frecuentes son realizadas por preocupación, nerviosismo y dificultad para dormir.²⁶

Otra investigación realizada con población AM perteneciente a Corea, señala que estos son quienes presentan un mayor consumo de BZD con relación a otros países. Según muestran sus resultados, la prescripción en esta población se realiza en bajas dosis, pero durante un tiempo prolongado. A lo largo del estudio no se mostraron mayores cambios en la forma de recetar esta droga, sin embargo se dio cuenta de un aumento de esta práctica en población considerada vulnerable²⁷.

Dentro del grupo etario de los AM la prescripción de BZD se asocia a cuadros de insomnio y ansiedad. Un estudio realizado en Argentina refiere que la alta prescripción no se limita al insomnio y ansiedad sino que también es utilizada como un medicamento complementario para problemas no necesariamente psiquiátricos, como por ejemplo, el tratamiento de colon irritable²⁸.

Entre los predictores más comunes para la indicación de BZD en AM se incluyen: a) la cantidad de médicos que prescriben, b) ser mujer, c) tener diagnóstico de depresión, d) abuso o dependencia de alcohol y otras drogas, e) medicamentos en general, siendo los antidepresivos el pronosticador más fuerte. Por cada médico visitado la probabilidad de prescripción de BZD aumenta un 12%. Por el contrario, predictores que bajan la probabilidad de recibir una indicación de BZD en AM son el aumento de la edad, un mayor número de estadías en hospitales de cuidados intensivos, tener una lesión por una caída que requirió atención médica, un diagnóstico de accidente cerebrovascular y trastornos convulsivos²⁹.

A cerca del consumo de benzodiazepinas por sexo: Díaz-Gutiérrez, en un estudio realizado en 81 policlínicos pertenecientes a la ciudad de la Habana, en Cuba constataron que un 73,6% de los consumidores de benzodiazepinas corresponden al sexo femenino, con un predominio en las mujeres mayores a 60 años. Asimismo, el diazepam fue la BZD que más se consumió en ambos sexos, pero por motivos diferentes. En el caso masculino por indicación facultativa, mientras que en el sexo femenino por automedicación y una alta prescripción por insomnio y ansiedad. Bajo la misma línea, existe otro estudio efectuado que considera un mayor consumo de BZD en el sexo femenino, no

obstante, cabe destacar que la muestra estaba constituida en su mayoría por mujeres con un 82%, a diferencia de los hombres representada por un 18%^{30,31}.

De acuerdo a los efectos negativos asociados al uso de benzodiazepinas un estudio plantea que las BZD corresponden a los psicofármacos más utilizados en el AM y que, por ende, su uso conlleva una alta presentación de diversos efectos adversos. Flores, señala que estos efectos suelen generarse debido a situaciones consideradas como inapropiadas en el tratamiento con BZD, un ejemplo de ello es la alta prescripción de este fármaco y una duración excesivamente prolongada de su uso. Otro factor que puede provocar efectos adversos es el uso en contextos donde estaría contraindicado, como el uso de BZD de acción prolongada en adultos mayores. Agregan además estos autores que a pesar de las actualizaciones respecto a su utilización muchos médicos siguen promoviendo su prescripción de manera desmedida.³²

Dentro de los diversos efectos negativos que emergen de un uso inapropiado de BZD (sea por errores en la prescripción o la automedicación) se encuentran la sedación, ataxia, vértigo, descoordinación motora y mayor riesgo de caídas, como también la amnesia global transitoria, déficit en el procesamiento sensorial y en el razonamiento verbal, el uso a corto plazo de BZD se evidencian síntomas como mareos, dolores de cabeza, náuseas y taquicardia y en el uso a largo plazo de se asocian con ansiedad, fatiga, sueño y estados del ánimo irritables. Con relación a lo anterior, Mato en Flores, señala que una prescripción inadecuada de BZD puede producir diversos efectos adversos como somnolencia, mareos o confusión, trastornos motores, incremento en el riesgo de sufrir caídas y deterioro funcional.³²

La demencia es definida como el deterioro progresivo de habilidades intelectuales como la memoria. Esta enfermedad tiene tres características principales: es permanente, se adquiere y afecta funciones del dominio intelectual de manera progresiva en el tiempo. En cuanto a su relación con el consumo de BZD, se ha encontrado que quienes las consumen tienen un 78% más de probabilidades de padecer demencia, aunque no se puede establecer que sea un factor directo. Lo mismo plantean Islam, quien señalan que, si bien en 8 estudios por ellos revisados se establece una relación entre el uso de BZD

y el riesgo de demencia, existen factores como los criterios diagnósticos utilizados en los estudios y la falta de control en varios de ellos (como el consumo de alcohol, ansiedad, depresión, insomnio y nivel educativo) que impiden establecer una causalidad directa y segura entre ambos. También Pomara et al., señalan que la memoria y el rendimiento psicomotor se ven afectados de diversas maneras tras consumir Lorazepam, dependiendo del tiempo transcurrido desde el consumo, quienes disminuyen el consumo de estos fármacos presentan menor deterioro cognitivo y reacciones adversas que quienes no lo hacen, concluyen que mientras menor sea el tiempo de no consumo de BZD, o abstinencia, puede haber un incremento en el riesgo de padecer demencia. Otra investigación señala que si bien, existe una relación entre el uso de estos fármacos y deterioro cognitivo, no es significativa. Además concluye que los usuarios de BZD tienen una mayor prevalencia de sintomatología depresiva y más probabilidades de reportar el consumo de tabaco y alcohol ^{33,34}.

En cuanto a la ansiedad se encontró una relación significativa que aumentaba con el uso más frecuente de BZD, y el uso crónico de estas se asoció con un triple riesgo de ansiedad durante el seguimiento. La satisfacción de vida, por otro lado, disminuyó al existir uso de BZD, siendo el uso crónico de estas el factor más determinante. Además se presentó una mayor dificultad para conciliar el sueño en AM al consumir BZD, y durante el seguimiento se relaciona en mayor medida con el uso intermitente y el crónico. En consideración a la salud general percibida y uso de BZD se presentó una relación relativamente débil. Por otro lado, se ha demostrado que el uso de BZD de al menos 3 meses puede ser suficiente para tener un efecto nocivo sobre el estado de ánimo y/o ansiedad del AM. Incluso los problemas psicomotores como pérdida del equilibrio y reducción de la motricidad, podrían afectar la ansiedad del AM, ya que pueden producirse lesiones o accidentes automovilísticos. De igual manera, algunos problemas de memoria o atención pueden ser confundidos con demencia senil provocando cierto malestar en los AM ³²⁻³⁴.

Sobre los efectos conductuales del uso de BZD, uno particularmente común es la dependencia. Esta es definida por Aguirre y Sifri, como un trastorno

conductual en donde los efectos biológicos causados por determinadas sustancias producen una falta de control sobre el consumo de ellas. Tanto las BZD de vida media corta como las de vida media larga presentan un alto potencial adictivo.³⁵

En cuanto a los efectos físicos colaterales producidos por el consumo de BZD se ha asociado su prescripción a accidentes de tráfico en carretera, caídas y fractura de cadera, donde han demostrado que quienes consumen BZD son más propensos a participar de alguno de estos episodios, debido a lo afectadas que se ven habilidades cognitivas complejas como la conducción y la coordinación motriz³⁶. Por otro lado, se encontró que son las mujeres de edad avanzada quienes sufren mayores efectos físicos colaterales por el uso de estos medicamentos, siendo el bromazepam la BZD más consumida e influyente en ello, aumentando considerablemente el porcentaje de caídas recurrentes y lesiones por caídas^{34,35}.

Contrario al estudio anterior, una investigación realizada en Canadá Sylvestre, Abrahamowicz, Čapek, y Tamblin, no encontró asociaciones significativas entre el riesgo de sufrir lesiones por caídas y el clordiazepóxido, lorazepam y bromazepam, a pesar de ser lorazepam la BZD más consumida. Sin embargo, en este mismo estudio, se posiciona el flurazepam como la BZD más significativa en términos de relaciones con caídas y lesiones por ellas, seguido por el alprazolam (27%) y el clonazepam (20%), mientras que en el caso del temazepam el riesgo de caídas disminuye en consumidores habituales, teniendo más posibilidades de sufrir caídas si el medicamento es retirado.³⁶

Adicionalmente, una revisión sistemática reciente señala que un factor de riesgo relacionado con el consumo de BZD y las caídas sería la cantidad de tiempo que estas son ingeridas. Por este motivo se recomienda que los médicos no prescriban BZD por periodos prolongados, especialmente si los pacientes presentan una edad avanzada y no existiera una supervisión cercana. Otro factor está relacionado con la dosificación ya que se vincularía a un mayor riesgo de caídas, donde se ha comprobado que altas dosis de BZD presentes en el sistema nervioso central estarían asociadas a un aumento en la posibilidad de alguna caída²⁹.

En un estudio en el cual se midieron parámetros respiratorios como volumen tidal (cantidad de aire que es desplazado a lo largo de la inhalación y exhalación normal), frecuencia respiratoria y volumen respiratorio (volumen de aire inhalado y exhalado por una persona por minuto) luego de la administración pre-operatoria de BZD de manera analgésica, se encontró que tanto volumen tidal como volumen respiratorio disminuyeron de manera significativa, demostrando así una respuesta potencialmente peligrosa ³⁷.

Se puede destacar inicialmente que las BZD son fármacos ampliamente utilizados para el tratamiento de síntomas relacionados con la ansiedad y el insomnio. Según los estudios revisados, la más investigada es el diazepam, seguida por el bromazepam. ³⁷

Todo lo anterior no tiene sentido si el personal de salud no conoce en detalle las características de los psicofármacos en cuanto a su uso en el adulto mayor como población especial, para así de esta forma brindar a la población la información adecuada, necesaria y correcta para su consumo sin prescripción médica.

Las intervenciones educativas son una metodología que se ha incorporado como estrategia de prevención en los últimos años, debido a su bajo requerimiento de recursos (humanos y materiales), como la necesidad de aumentar el nivel educacional en la población objetivo, a sabiendas que una población educada en salud mejora sus conductas preventivas.

Se define la intervención educativa como: una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general" ³⁸.

La intervención psicoeducativa, se define como una ciencia social, aplicada a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual

como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.³⁹

La intervención educativa contempla cuatro funciones: terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo al brindar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado. Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades, al trabajar con la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda requerida. Desarrollo: Es la concepción de la intervención mediante un enfoque "no problemático, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social. Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, como lugar en el que se originan los hechos y el medio mediante el cual el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser 'instrumento-agente de cambio social'.³⁸

El contenido de la intervención constituye su esencia y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.⁴⁰

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se concienten de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas.⁴⁰

En cuanto a los destinatarios de la intervención a pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.⁴¹

En relación con los niveles de actuación se pueden identificar los siguientes: el nivel individual, entendido como tratamiento individualizado. El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados

dentro o fuera de una organización. El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma. El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera.⁴²

La intervención debe relacionarse con la investigación de ahí proviene su carácter científico, de modo que permita guiar el proceso propiamente dicho, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar o falsar principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la misma, tanto en el diseño como en el desarrollo de la esta, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios.⁴²

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de un programa de intervención educativa, pudiera elevar de forma positiva el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre las implicaciones del uso de psicofármacos en estos pacientes en el consultorio 44 del área de salud Norte de Ciego de Ávila, en el período comprendido desde enero 2021 a marzo 2023.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados con el uso indiscriminado de psicofármacos en el adulto mayor del consultorio 44 en el área de salud Norte de Ciego de Ávila, en el período comprendido desde enero 2021 a marzo 2023.

Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por 200 personas adultas mayores pertenecientes del área de salud antes referida en Ciego de Ávila, en el período de estudio antes comprendido. La muestra se seleccionó partir de la aplicación de un muestreo aleatorio por conglomerados monoetápico quedando constituida por 38 adultos mayores.

Criterios de inclusión:

1. Adultos mayores que acepten participar en el estudio con la firma del consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Adultos Mayores que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

- Abandono por decisión propia o fallecimiento durante la intervención educativa.

Métodos del nivel teórico:

• Histórico-Lógico: Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del área de salud del policlínico Norte, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.

- Analítico-Sintético: Se analizaron y compararon las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia en diferentes temas relacionados con el uso de psicofármacos en adulto mayor.

- Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.

- Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia, dirigida por el equipo básico de salud para promover acciones de educación y prevención sobre el uso de psicofármacos en el adulto mayor en el área de salud del policlínico Norte, Ciego de Ávila.

Métodos del nivel empírico:

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de una encuesta (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; diseñadas por el autor y presentada al consejo científico del área de salud.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el uso de psicofármacos en el adulto mayor en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento la encuesta, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: constó de las siguientes etapas:

diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapa diagnóstica: los conocimientos sobre el uso de psicofármacos en el adulto mayor fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaborará el Programa de Intervención Educativa.

Etapa de intervención propiamente dicha: la muestra se dividió en 2 grupos de adultos mayores. La intervención se planificó para impartirla en un período de 4 meses, y para ello se desarrollaron 4 sesiones de trabajo en el consultorio 44, con una frecuencia de 2 veces por semana para cada grupo de adultos mayores. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas, con una duración de 45 y 50 minutos.

Etapa evaluación: se aplicó la misma encuesta inicial y evaluó bajo los principios que la inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa.

En correspondencia al problema de investigación que se pretende generalizar, a continuación, se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe las manifestaciones del uso de psicofármacos en adulto mayor.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 60 a 69 años De 70 a 79 años 80 o más años	Según años cumplidos.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

En relación con la variable nivel de conocimientos la cual se desarrolló en relación con los psicofármacos utilizados con mayor frecuencia, la necesidad de seguir el tratamiento médico, las consecuencias de la automedicación y las reacciones adversas más comunes.

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el uso y abuso de psicofármacos, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0,1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado.

Se aplicó la prueba Mc. Nemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasificó el conocimiento de las personas de las variables en estudio, es decir adecuado (1) e inadecuado (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el SPSS.

Objetivo: Determinar si la tasa de respuesta inicial (antes del evento) es igual a la tasa de respuesta final (después del evento).

Esto conlleva al planteamiento de las siguientes hipótesis: H_0 : La metodología de intervención no es efectiva. H_1 : La metodología de intervención es efectiva.

Esta prueba nos permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en nuestro diseño del tipo antes y después.

Con la utilización del SPSS podemos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad p . En caso de que $p \leq 0.05$ entonces existe significación y rechazo la hipótesis H_0 .

Aspectos éticos

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada persona leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Participantes según sexo y edad. Ciego de Ávila. 2023.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
De 60 a 69 años	6	66,7	13	44,8	19	50,0
De 70 a 79 años	3	33,3	11	37,9	14	36,8
80 o más años	0	0,0	5	17,2	5	13,2
Total	9	100,0	29	100,0	38	100,0

Fuente: encuesta

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el sexo de pertenencia y las edades agrupadas en rangos.

Se pudo observar que predominó el sexo femenino con 29 participantes en comparación con los masculinos que fueron solo 9.

El rango de edades más representado resultó el de 60 a 69 años con 19 de ellos para el 50,0 % del total, seguido por el rango de 70 a 79 años y el de 80 o más años con 14 y 5 adultos mayores respectivamente que representaron el 36,8 % y el 13,2 % por ese orden.

El consumo de psicofármacos se incrementa con la edad, aparejado al aumento de enfermedades crónicas e incapacidades que predisponen a los trastornos de depresión y ansiedad. Sin embargo, los pacientes mayores de 70 años del presente estudio no fueron los más consumidores de psicofármacos, coincidiendo con ciertos planteamientos recogidos en la literatura, que refieren una disminución del consumo de estos fármacos a partir de los 75 años, atribuible a la precaución de los médicos a la hora de prescribirlos en pacientes de edad avanzada ^{43,44}.

En estudios realizados en Ciudad de la Habana y Cienfuegos ^{45,46}, se constató también el predominio del sexo femenino. En uno de ellos, el 73,6% de los consumidores de benzodiazepinas correspondió al sexo femenino, con un predominio en las mujeres mayores de 60 años. Estudios realizados en Chile demuestran que esta conducta ha sido asociada posiblemente a que las mujeres presentan mayor sintomatología que los hombres, debido a sus

características fisiológicas, los cambios endocrinos metabólicos verificados durante la menopausia, su rol social y a una mayor sensibilidad a éstos ⁴⁷.

Tabla 2. Participantes según nivel de conocimientos sobre psicofármacos utilizados con mayor frecuencia y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	10	26,3	24	63,2
Inadecuado	28	73,7	14	36,8
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,003$

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre psicofármacos utilizados con mayor frecuencia, evaluado antes y después del programa capacitante.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 10 personas respondieron adecuadamente la interrogante sobre este tema, para un escaso 26,3 % de la muestra, mientras 28 de ellos (73,7 %), expresaban serias dificultades para identificar los mencionados psicofármacos.

Al finalizar la intervención capacitante, 24 de los participantes en el estudio (63,2 %), fueron capaces de identificar las respuestas correctas, por lo que la intervención resultó con un cambio porcentual significativo y positivo entre los dos momentos evaluados, atendiendo al resultado de la prueba estadística empleada.

En una investigación realizada en Guantánamo, Cuba, Sánchez Figueredo, refiere que en su investigación la mayoría de los pacientes consumieron benzodiacepinas de larga duración con un predominio en la prescripción de los ansiolíticos tipo benzodiacepinas, como Diazepam y Clorodiazepóxido con un 27.2 % y 20 % respectivamente, seguidos en orden de frecuencia por antidepresivos como la amitriptilina (18.1 %) y los antipsicóticos de manera general, obteniéndose también un registro de pacientes que usan estos

mismos medicamentos por autoprescripción, y en el que predominaron de igual manera el Diazepam y el Clordiazepóxido, coincidiendo con estudios realizados en nuestro país, relacionado con una mayor disponibilidad y comercialización en la red farmacéutica de estos compuestos y, por tanto, de mayor consumo en la población. Teniendo en cuenta lo anterior, se esperaba encontrar este hallazgo en la presente investigación ya que son además medicamentos que el especialista de la Atención Primaria de Salud puede prescribir en una cantidad prudente por cada receta sin la participación de cualquier otra especialidad de la atención secundaria.^{48, 49}

Tabla 3. Participantes según nivel de conocimientos sobre necesidad de seguir el tratamiento médico y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	22	57,9	34	89,5
Inadecuado	16	42,1	4	10,5
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,004$

La tabla 3 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre necesidad de seguir el tratamiento médico evaluado antes y después de la intervención comunitaria realizada.

Se pudo observar que en la encuesta diagnóstica, aplicada al comienzo de la investigación, 22 personas poseían un nivel de conocimientos evaluado de adecuado por la clave de calificación, para un 57,9 % de los participantes, mientras que 16 (42,1 %), no demostraban conocimientos adecuados.

A concluir la actividad capacitante y aplicar la encuesta final, la cifra de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 34, los que representaron el 89,5 % del total, logrando así una modificación positiva que resultó significativa según la interpretación de la prueba estadística utilizada.

La literatura revisada explica que las benzodiazepinas se consumen por dos motivos principales: por prescripción médica o por automedicación. Este planteamiento corrobora una situación encontrada durante la investigación relacionada con el hábito de autoprescripción. Como es conocido, este acto está muy arraigado en la población cubana, con predominio en el adulto mayor por lo que se hace extensivo a los pacientes de la muestra investigada, en los que se pudo constatar que obtienen los fármacos que consumen, muchas veces de parte de familiares y vecinos. En los servicios de salud, los médicos suelen ser los que inician la prescripción de psicofármacos y luego el paciente continúa con patrones de uso y automedicación, olvidando o desconociendo que estos medicamentos poseen el riesgo de crear dependencia, tolerancia y posibilidad de inducir síntomas de abstinencia. ⁵⁰⁻⁵¹

Tabla 4. Participantes según nivel de conocimientos sobre consecuencias de la automedicación y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	21	55,3	31	81,6
Inadecuado	17	44,7	7	18,4
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,013$

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre consecuencias de la automedicación, evaluado antes y después de aplicar el programa de intervención.

Se pudo observar en la encuesta inicial diagnóstica, que 21 participantes respondían adecuadamente los ítems consignados en la encuesta, para un 55,3 % del total, mientras que 17 (44,7 %), no demostraban conocimientos adecuados sobre dichas consecuencias.

Al terminar el programa capacitante y aplicar el cuestionario por segunda vez luego de un tiempo prudencial, la cifra de respuestas acertadas, se elevó hasta 31 participantes para un 81,6 % del total y aunque de inicio más de la mitad

conocía dicho tema, la modificación positiva resultó en una variación significativa según la interpretación de la prueba empleada para este fin.

Los fármacos prescritos por el médico de familia, los prescritos por diversos especialistas y la propia automedicación, al final conforman una lista numerosa de medicamentos que el anciano consume de forma más o menos regular. Los que, en algunos casos, pueden interactuar entre sí y producir efectos secundarios con signos y síntomas que complican el proceso diagnóstico y terapéutico.^{45, 46}

Sánchez Figueredo, refiere en su estudio que en la muestra estudiada, se distribuyeron las reacciones adversas identificadas tras el uso de los psicofármacos, siendo predominantes los síntomas relacionados con el sistema nervioso central y aparato digestivo, representados preferentemente por somnolencia diurna con sedación excesiva y enlentecimiento motor, así como efectos anticolinérgicos como la sequedad bucal, estreñimiento y retención urinaria.⁴⁹

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimientos sobre reacciones adversas más comunes y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	12	31,6	26	68,4
Inadecuado	26	68,4	12	31,6
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar

p = 0,003

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre reacciones adversas más comunes, evaluado antes y después de aplicar la intervención capacitante.

Se pudo observar que antes de aplicar la mencionada intervención, 12 participantes, para un 31,6 % del total, presentaban conocimientos

considerados adecuados por la clave de calificación utilizada, mientras 26, no respondían adecuadamente los ítems consignados para un 68,4 % del total.

Al aplicar el cuestionario por segunda vez, ya un tiempo prudencial después de terminado el programa de intervención, las cifras se invirtieron por lo que 26 personas (68,4 %), respondieron adecuadamente sobre reacciones adversas más comunes con un cambio positivo y significativo en los participantes.

La literatura revisada afirma que se debe tener precaución con el empleo de las benzodiazepinas ya que su uso y abuso pueden desencadenar efectos secundarios importantes como deterioro cognitivo, alteraciones motoras, ataxia, caídas y fallo respiratorio, entre otras. Es por ello que la mayoría de la literatura recopilada insiste que en el adulto mayor se debe usar la menor dosis posible y seleccionando los compuestos de vida media corta ⁴⁹.

Otros autores, coinciden con esta investigación al mencionar efectos como la sedación excesiva y la somnolencia diurna como los efectos adversos que con más frecuencia modifican la rutina de vida de los adultos mayores y pueden incluso inducir estados de apatía y deterioro cognitivo. ⁵²

Tabla 6. Participantes según nivel global de conocimientos sobre uso de psicofármacos en gerontes y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	14	36,8	30	78,9
Inadecuado	24	63,2	8	21,1
Total	38	100,0	38	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según nivel global de conocimientos sobre uso de psicofármacos en gerontes, evaluado antes y después del programa capacitante.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 14 personas respondieron adecuadamente las diferentes interrogantes de la encuesta aplicada, para un

escaso 36,8 % de la muestra, mientras 24 de ellos (63,2 %), expresaban serias dificultades para identificar las respuestas correctas sobre uso de psicofármacos en gerontes.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las respuestas correctas se elevaron a 30 de los participantes para un 78,9 % lo que resultó en una modificación significativa y positiva de los conocimientos generales sobre el tema.

La autora de la investigación comenta que, enfocados al uso racional de fármacos, especialmente psicofármacos, en los adultos mayores del territorio y habiéndose identificado como problema de salud el inadecuado uso que se hace de estos. Las personas de la tercera edad o adultos mayores, son un grupo heterogéneo de pacientes, en el que a menudo coexisten múltiples enfermedades para las que se prescribe un elevado número de medicamentos, incluidos los psicofármacos, con el riesgo consiguiente de reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones farmacológicas, razón de importancia, que obliga a los médicos a conocer las características particulares de esta población y los principios terapéuticos de la medicina geriátrica.

CONCLUSIONES

Predominaron los adultos mayores de edad temprana y el sexo femenino. El nivel inicial de conocimientos sobre psicofármacos utilizados con mayor frecuencia y reacciones adversas más comunes, se presentaron muy bajos en la población, no así los temas sobre necesidad de seguir el tratamiento médico y consecuencias de la automedicación que más de la mitad de los adultos mayores presentaban conocimientos iniciales adecuados. En todos los aspectos analizados se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos, incluyendo la evaluación global de todas las preguntas, por lo que se consideró efectiva la intervención aplicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas-Jara, C., Calquín, F., González, J., Santander, E., & Vásquez, M. Efectos negativos del uso de benzodiazepinas en adultos mayores: Una breve revisión. Salud & Sociedad [Internet]. 2019 [citado 29/diciembre/2020]; 10(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00003>
2. Guías y Consejos para Ancianos y sus Familiares. OMS [citado 29/diciembre/2020] Disponible en: <https://canitas.mx/guias/adulto-mayor-oms/#%c2%bfcu%c3%a1+es+la+definici%c3%b3n+de+adulto+mayor+seg%c3%ban+la+oms%3f>.
3. Agostini-Zampieron M., Aybar-Maino J., Heit-Barbini F., Arca-Fabre A., Mónaco-Ditieri M.C. Uso de psicofármacos en un grupo de adultos mayores de Rosario, Argentina. ATEN FAM [Internet]. 2015 [citado 29/diciembre/2020]; 22(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300384>
4. Sánchez-Rodríguez J.R., Escare Oviedo C.A., Castro-Olivares V.E., Robles-Molina C.R., Vergara-Martínez M.I., Jara Castillo C.T. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. Rev. Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 29/diciembre/2020]; 21 (2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642019000200271&script=sci_abstract&tlng=es
5. Álvarez Escobar M.C., Martínez Leyva G., Junco Sánchez V.L., Valdés Gasmury I., Hidalgo Ruiz M., Hernández Ugalde F. Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018 [citado 29/diciembre/2020]; 40(6): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000602053
6. Caro-Mantilla M., Apolinaire-Pennini J, González-Menéndez R. Uso inadecuado de psicofármacos en las personas de 60 años y más. Revista Finlay [Internet]. 2015 [citado 29/diciembre/2020]; 3(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/174>
7. Mondéjar Barrio M.D., Giliberti J.D., Cepero Franco S. Efectos nocivos de la polifarmacia en los adultos mayores. MEDICIEGO [Internet]. 2012

- [citado 29/diciembre/2020]; 18 (No. Esp.): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1855>
8. Pérez Peña J. La dosis exacta: Psicofármacos. [Internet]. 2020-2012 [citado 29/diciembre/2020]; 18 (No. Esp.) Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/02/28/la-dosis-exacta-psicofarmacos/>
 9. Almaguer Fischer A. Intervención educativa para evitar uso inadecuado de psicofármacos en adultos mayores del policlinico Mario Gutiérrez. HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL HOLGUIN. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. [Internet]. 2021 [citado 31/mayo/2023]. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=3253>
 10. Gutiérrez Ruiz G. El papel de enfermería en el uso de la psicofarmacología UNIVERSIDAD DE CANTABRIA. FACULTAD DE ENFERMERÍA [Internet]. 2023 [citado 3/mayo/2023]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/29738>
 11. Quevedo Tejero E.C., Domínguez Sosa G., Leyva Alejandro L.A., Panting Lastra C.C., Zavala González M.A. Prescripción de Psicofármacos en un Hogar de Asistencia Social Para Adultos Mayores de Tabasco, México. [Internet]. 2016 [citado 29/diciembre/2020]; 12(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/prescripcion-de-psicofrmacos-en-un-hogarde-asistencia-social-para-adultos-mayores-detabasco-mxico.php?aid=9176>
 12. Lozano M. La ONU alerta sobre la «excesiva» prescripción de ansiolíticos a los mayores de 65 años. [Internet]. 2019 [citado 29/diciembre/2020]. Disponible en: https://www.abc.es/sociedad/abci-excesivo-consumo-ansioliticos-situa-tercera-edad-riesgo-maltrato-201907140119_noticia.html
 13. Corp Quijano Y., Pérez Díaz R., Torres Ruíz J.R., Ranero Aparicio V., González Hidalgo M. Consumo de benzodiazepinas en adultos mayores atendidos en el CITED. [Internet]. 2017 [citado 29/diciembre/2020] Disponible en: <http://www.revvhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/37/34>
 14. Fegadolli C., Araújo Carlinib E.L., Lores Delgado D. Percepciones y experiencias de usuarios de benzodiazepinas en la atención primaria de salud en Cuba. Saude soc. . [Internet]. 2019 [citado 29/diciembre/2020];

28(4): [aprox.8 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019181033>

15. Resnick B, Pacala JT. 2012 Beers Criteria. J Am Geriatr Soc. CrossRef. PubMed. 2019 Apr; 60(4):6123.
16. Ojea JE. Algunos problemas comunes en Geriátria. En: Harrison Text Book of Medicine. 25 ed. 2019.
17. Cecil L. Compendio de Medicina Interna: En: Biología del envejecimiento. 3ra ed. Interamericana, Mc Graw Hill, Madrid España, 1995. 989-99.
18. Naranjo Hernández Y, Figueroa Linares M, Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. Gaceta Médica Espirituana. [Internet] 2015 [citado 16 noviembre 2019]; volumen 17(3) pag10. Disponible en: <http://revgm.espirituana.sld.cu/index.php/gme>
19. Varela Hernández A, Alfonso Guerra JP, Sanso Soberats F, Márquez M, Alvares Sintés R, Sosa Acosta A. Evolución del envejecimiento en la población cubana. Medicina General Integral [Internet] 2014 [citado 15 de noviembre 2019]; volumen II: pág 1-3. Disponible en <http://gsdl.bvs.sld.cu>
20. González Cuello R., Ochoa Roca T. Z., Escobar González A., Hechavarría Barzaga K., Ayala Ramos R. Consumo de psicofármacos en pacientes de la tercera edad de la Policlínica René Ávila Reyes de Holguín. Trabajo Original. Universidad Médica. Holguín. Cuba 2011; 15(2).
21. Cires M, Vergara E. La prescripción en el anciano. Apéndice I. Prescribir en situaciones especiales. En: Cires M, Vergara E, eds. Guía terapéutica para la atención primaria de la salud en Cuba. La Habana: Editorial José Martí; 2019:252
22. Rivera Paico M, Características de la prescripción farmacológica en el adulto mayor hospitalizado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, octubre 2017 – enero 2019. Tesis para optar el título de médico cirujano. 2020 Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/944/BC-TES-5725.pdf?>
23. Simoni-Wastila L, Yang HK. Psychoactive drug abuse in older adults. Am J Geriatr Pharmacother 2020; 4(4): 380-94).
24. López, A., Aroche, A., Bestard, J., y Ocaña, N. Uso y abuso de las benzodiazepinas. Medisan, 2019, 14(4), 0-0.

25. Gómez, S., León, T., Macuer, M., Alves, M., y Ruiz, S. Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. *Revista Médica de Chile*, 2019, 145(3), 351-359. doi: 10.4067/S0034-98872017000300009
26. Honorato, J., Azanza, J., y Cuena, R. Farmacología clínica de las benzodiazepinas. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 2019, 26(4), 21.
27. Hwang, H., Han, S., Choi, H., Park, C., Kim, M., y Kim, H. Trends in the prescription of benzodiazepines for the elderly in Korea. *BMC psychiatry*, 2021, 17(1), 303. doi: 10.1186/s12888-017-1467-z
28. Islam, M., Iqbal, U., Walther, B., Atique, S., Dubey, N., Nguyen, P., Poly, T., Masud, J., Li, Y., y Shabbir, S. Benzodiazepine use and risk of dementia in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology*, 2020, 47(3-4), 181-191. doi: 10.1159/000454881
29. Calero, L., Oropesa, D., González, M., Roca, A., y Blanco, K. La prescripción de benzodiazepinas en el adulto mayor, un problema médico social actual. *Correo Científico Médico de Holguín*, 2009, 13(2).
30. Díaz-Gutiérrez, M., Martínez-Cengotitabengoa, M., Sáez, E., Cano, A., Martínez-Cengotitabengoa, M., Besga, A., Segarra, R., y González Pinto, A. Relationship between the use of benzodiazepines and falls in older adults: a systematic review. *Maturitas*, 2019, 101, 17-22. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.04.002
31. Florián, J., y Buitrago, Y. Uso de benzodiazepinas y demencia: una revisión sistemática de la literatura. (Tesis de maestría). Universidad del Rosario, Bogotá - Colombia. 2019.
32. Flores, C. Efectos adversos de las benzodiazepinas en el adulto mayor de la UMF 16 Querétaro (Doctoral dissertation). 2020.
33. Pomara, N., Lee, S. H., Bruno, D., Silber, T., Greenblatt, D. J., Petkova, E., y Sidtis, J.J. Adverse performance effects of acute lorazepam administration in elderly long-term users: pharmacokinetic and clinical predictors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 56, 129-135. doi: 10.1016/j.pnpbp.2019.08.014.
34. Zhang, Y., Zhou, X. H., Meranus, D. H., Wang, L., y Kukull, W. A. Benzodiazepine use and cognitive decline in elderly with normal cognition.

- Alzheimer Disease and Associated Disorders, 2019, 30(2), 113-117. doi: 10.1097/WAD.0000000000000099
35. Aguirre, M., y Sifri, C. Paciente femenino de tercera edad, autovalente, adicción a benzodiazepinas. *Psiquiatría y Salud Mental*, 2020, 33, 51-56.
36. Airagnes, G., Pelissolo, A., Lavallée, M., Flament, M., y Limosin, F. Benzodiazepine misuse in the elderly: risk factors, consequences, and management. *Current Psychiatry Reports*, 2019, 18(10), 89. doi: 10.1007/s11920-016-0727-9
37. Sylvestre, M., Abrahamowicz, M., Čapek, R., y Tamblyn, R. Assessing the cumulative effects of exposure to selected benzodiazepines on the risk of fall-related injuries in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 2019, 24(4), 577-586. doi: 10.1017/S1041610211002031
38. ¿Qué es la intervención socioeducativa? [Página en Internet].UPN; 2009 [citado 29/diciembre/ 2022] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://upnintervencioneducativa-tere.blogspot.com/>
39. UNESCO. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior; París; 1998. Material docente del módulo de postgrado.
40. Morles V, Álvarez N, Camino J, Castillo E, Manzanilla O, Nieves F, et al. Sistema nacional de educación avanzada. Caracas: Centro de Estudios e Investigaciones sobre 26. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. *Educ Med Super* [serie en Internet]. 2008 [citado 29/diciembre/2022]; 22(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es
41. 36. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. *Educ Med Super* [serie en Internet]. 2008 [citado 29/diciembre/2022]; 22(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es
42. Muñoz Quezada MT. Estrategias de aprendizaje en estudiantes universitarios [página en Internet]. 2007 [citado 29/diciembre/2022] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/autores/autor-69-maria-teresa-munozquezada-HTML>

43. Gonzalez, L., Mehta, J., Brayonov, J., y Mullen, G. Quantification of respiratory depression during preoperative administration of midazolam using a non-invasive respiratory volume monitor. *Plos One*, 2019, 12(2). doi: 10.1371/journal.pone.0172750.
44. Angulo Cruz R, Umaña Álvarez A, Arguedas Gourzong E. Tratamiento farmacológico de la psicosis en el adulto mayor. *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica* LXVI (587) 49-52; 2019. En <https://www.binasss.sa.cr/revistas/pdf>
45. Rojas-Jara C, Calquin F, González J, Santander E, & Vásquez M. Efectos negativos del uso de benzodiazepinas en adultos mayores: Una breve revisión. *Salud & Sociedad*, 2019, 10(1), 40-50. doi: 10.22199/S07187475.2019.0001.00003
46. Vázquez Núñez MA, Santiesteban Alejo RE, Quirós Enríquez M, Ramírez Pérez A del R. Consumo de benzodiazepinas en pacientes que asisten al Centro ambulatorio geriátrico del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. *UNIMED [Internet]*. 2020 [citado: Fecha de acceso]; 2(2):XX-XX.
47. Droguett N, Vidal C, Medina B, Hoffmeister L. Factores asociados al consumo de psicofármacos sin receta en Chile: estudio descriptivo basado en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General. *Medwave* 2019;19(6):7670 doi: 10.5867/medwave.2019.06.7670
48. Rosagro Escámez F. Consumo de psicofármacos. Prevalencia y factores asociados. Trabajo de tesis. 2013.
49. Sánchez Figueredo, AM; Cardosa Aguilar, E. Comportamiento del uso de psicofármacos en adultos mayores del policlínico Mártires del 4 de Agosto 2019, V Simposio Académico sobre Adicciones/CEDRO 2022.
50. Corp-Quijano Y, Pérez-Díaz R, Torres-Ruíz J, Ranero-Aparicio V, GonzálezHidalgo M. Consumo de benzodiazepinas en adultos mayores atendidos en el CITED. 2017. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana [revista en Internet]*. 2019 [citado 2020 Oct 30]; 14(3): [aprox. 0 p.]. <http://www.revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/37>
51. Cañas M. Uso de medicamentos en ancianos. El Desafío de la polimedicación y la prescripción potencialmente inapropiada. *Technical*

<https://www.researchgate.net/publication/331132630>

52. Riesgos de la autoprescripción. Vigilancia en Salud Pública. 2020. En:

<http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/Autoprescripcion.aspx>