



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, CARACTERÍSTICAS DE
PRESCRIPCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN
ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL AZUAY
EN EL PERIODO ENERO - MARZO DE 2013”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS: JANINA ESTEFANÍA CRESPO VÁSQUEZ
 SOFÍA CAROLINA CRIOLLO AGUILAR
 JENNY MARICELA CUSCO QUIROZ**

DIRECTOR Y ASESOR: DR. MARCO RIBELINO OJEDA ORELLANA

**Cuenca – Ecuador
2013**

RESUMEN

Objetivo: “Determinar la prevalencia de patología psiquiátrica, características de prescripción y efectos adversos de psicofármacos en adultos mayores de los centros gerontológicos de la Provincia del Azuay, en el año 2013”.

Metodología. Estudio transversal, se trabajó con 289 adultos mayores residentes de centros gerontológicos del Azuay, seleccionados mediante aleatorización simple, procediendo al llenado del formulario basándose en la historia clínica.

Resultados. Los adultos mayores con diagnóstico psiquiátrico el 23% son mayores a 90 años. Prevalencia de 43.2% de adultos mayores que consumen psicofármacos, indiferentemente de la presencia o no de patología psiquiátrica. De los 124 pacientes con diagnóstico psiquiátrico, 78.2% reciben psicofármacos. El 16% de los pacientes que no presentan diagnóstico psiquiátrico reciben medicación. El 38% presentan demencia, 25% depresión, 18% trastornos mixtos. De los pacientes que reciben psicofármacos, 7% presentaron efectos adversos gastrointestinales. El 19% presenta posible interacción con medicamentos. Según el grupo farmacológico, los antipsicóticos fueron los más prescritos con un 56.4%. El 51 % recibe Risperidona y 24% Fluoxetina. La dosis media de Risperidona fue de 0,97mg con desvío estándar de 0,82; la dosis de fluoxetina fue de 18,4mg con desvío estándar de 3,74.

Conclusiones. En centros gerontológicos del Azuay, la patología psiquiátrica con mayor prevalencia fue demencia (38%). La patología psiquiátrica es más común en el género femenino y en mayores de 90 años. El psicofármaco más usado fue Risperidona en pacientes con y sin patología psiquiátrica, la vía de administración más usada fue la oral. Se presentó reacciones adversas gastrointestinales en un 7% y 19% presentaron posibles interacciones medicamentosas.

DeCS: TRASTORNOS MENTALES; PREVALENCIA; MEDICAMENTOS BAJO PRESCRIPCIÓN-ADMINISTRACIÓN Y DOSIFICACIÓN; MEDICAMENTOS BAJO PRESCRIPCIÓN-EFECTOS ADVERSOS; MEDICAMENTOS BAJO PRESCRIPCIÓN-USO TERAPÉUTICO; ANCIANO; ANCIANO MAYOR A 80 AÑOS O MÁS; HOGARES PARA ANCIANOS; AZUAY-ECUADOR

ABSTRACT

Objective: "To determine the prevalence of psychiatric disorders, psychotropic prescribing characteristics and adverse effects in adults over gerontology centers of the province of Azuay, in 2013".

Methodology. Cross-sectional study was worked with 289 elderly residents of Azuay gerontology centers; selected by simple randomization, proceeding to fill the form based on clinical history.

Results. Older adults with psychiatric diagnosis, 23% are above 90 years. Prevalence of 43.2% of older adults who consume psychoactive drugs, regardless of the presence or absence of psychiatric pathology. Of the 124 patients with psychiatric diagnosis, 78.2% receive psychotropic drugs. The 16% of patients without psychiatric diagnosis receive medication. The 38% of patients presents dementia, 25% depression, 18% mixed disorders. Of the patients receiving psychotropic drugs, 7% had gastrointestinal adverse effects. The 19% have potential drug interactions. According to the pharmacological group, antipsychotics were the most prescribed at 56.4. The 51% receiving risperidone and 24% Fluoxetine. The middle dose of risperidone was 0,97mg with a standard deviation of 0.82. The middle dose of fluoxetine 18,4mg with a standard deviation of 3.74.

Conclusions. In gerontology centers of Azuay, the most prevalent psychiatric condition was dementia (38%). Being most common psychiatric disorders in females and in patients over 90 years. The most used psychoactive drug was risperidone both in patients with psychiatric disorders as in those without diagnosis, route of administration most commonly used was the oral one. Gastrointestinal adverse reactions appeared to 7% of patients and 19% develop potential drug interactions.

DeCS: MENTAL DISORDERS; PREVALENCE; PRESCRIPTION DRUGS- ADMINISTRATION & DOSAGE; PRESCRIPTION DRUGS- ADVERSE EFFECTS; PRESCRIPTION DRUGS- THERAPEUTIC USE; AGED; AGED, 80 AND OVER; HOMES FOR THE AGED; AZUAY-ECUADOR

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
2. MARCO TEÓRICO	21
2.1.1 Población General en Ecuador	21
2.1.2 Bases Fisiológicas en el Adulto Mayor	21
2.1.3 Trastornos Psiquiátricos en el Adulto Mayor.....	22
3. OBJETIVOS.....	29
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	29
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4. METODOLOGÍA	30
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	30
4.2 UNIVERSO	30
4.3. MUESTRA.....	30
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	31
4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	31
4.6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	31
4.7. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	36
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y PROCEDIMIENTOS	37
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	37
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	38
5.1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO.....	38
6. DISCUSIÓN.	53
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
8. RECOMENDACIONES	57
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	58
10. ANEXOS	61

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

Fundada en 1867

Yo, Janina Estefanía Crespo Vásquez, autora de la tesis "PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, CARACTERÍSTICAS DE PRESCRIPCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL AZUAY EN EL PERIODO ENERO - MARZO DE 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Septiembre del 2013



Janina Estefanía Crespo Vásquez

C.I. 0104385810

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

Fundada en 1867

Yo, Sofía Carolina Criollo Aguilar, autora de la tesis "PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, CARACTERÍSTICAS DE PRESCRIPCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL AZUAY EN EL PERIODO ENERO - MARZO DE 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Septiembre del 2013



Sofía Carolina Criollo Aguilar

C.I. 0104811369

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

Fundada en 1867

Yo, Jenny Maricela Cusco Quiroz, autora de la tesis "PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, CARACTERÍSTICAS DE PRESCRIPCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL AZUAY EN EL PERIODO ENERO - MARZO DE 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Septiembre del 2013



Jenny Maricela Cusco Quiroz

C.I. 0105167449

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Janina Estefanía Crespo Vásquez, autora de la tesis "PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, CARACTERÍSTICAS DE PRESCRIPCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL AZUAY EN EL PERIODO ENERO - MARZO DE 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Septiembre del 2013



Janina Estefanía Crespo Vásquez

C.I. 0104385810

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

Fundada en 1867

Yo, Sofía Carolina Criollo Aguilar, autora de la tesis "PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, CARACTERÍSTICAS DE PRESCRIPCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL AZUAY EN EL PERIODO ENERO - MARZO DE 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Septiembre del 2013



Sofía Carolina Criollo Aguilar

C.I. 0104811369

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

Fundada en 1867

Yo, Jenny Maricela Cusco Quiroz, autora de la tesis "PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, CARACTERÍSTICAS DE PRESCRIPCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL AZUAY EN EL PERIODO ENERO - MARZO DE 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Septiembre del 2013


Jenny Maricela Cusco Quiroz

C.I. 0105167449

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios por haberme dado la vida y permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación. Por darme las fuerzas para seguir adelante sin desfallecer ante las adversidades.

A mis padres por ser el pilar más importante, y demostrarme su cariño y apoyo incondicional, en cada momento, depositando su confianza en cada reto que se me presentaba, forjando juntos mi carrera profesional.

A mis abuelos, mis segundos padres, que estuvieron conmigo en cada momento.

A mis hermanas, con quienes he compartido gran parte de mi vida.

A mis compañeras, Jenny y Sofía, porque a más de ser mis compañeras de tesis, son mis amigas, con quienes hace 6 años comenzamos este sueño, que hoy se hace realidad.

Y a todos mis familiares, viejos amigos y quienes se han sumado a mi vida, porque a lo largo de este trayecto aprendimos que nuestras diferencias se convierten en riqueza, cuando existe respeto y verdadera amistad.

Janina

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría.

A mis padres, quienes con su ejemplo de amor y perseverancia me han mostrado el camino hacia la meta, dándome fortaleza para aceptar las derrotas y coraje para derribar los miedos.

A mis hermanos, quienes día a día me apoyaron incondicionalmente, y con quienes he compartido grandes experiencias.

A mis compañeras de tesis, porque sin el equipo que formamos, un hubiéramos logrado esta meta.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional, a las que me encantaría agradecerles por su amistad, ánimo y apoyo en todo momento.

Sofía

DEDICATORIA

A Dios por su bendición, por su amor, por darme salud para culminar una de las metas más importantes en mi vida. A mi madre Matilde por el ejemplo de perseverancia, constancia y paciencia, por el apoyo, por sus consejos porque juntas hemos luchado contra muchas adversidades, te amo mami. A mis compañeras y amigas de tesis por compartir seis años y miles de momentos buenos y malos. A mis profesores quienes a más de ser excelentes docentes tienen una increíble calidad de ser humano Dr. Jacinto Landívar, Dr. Marco Ojeda. A mi familia y a todos quienes en algún momento de mi carrera tuvieron una palabra de ánimo y cariño.

Jenny

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer primeramente a Dios por permitirnos llegar hasta donde hemos llegado, y hacernos partícipes de este sueño anhelado. A la UNIVERSIDAD DE CUENCA por darnos la oportunidad de estudiar, esta carrera tan importante para nosotras.

A nuestro Director y Asesor de tesis, Dr. Marco Ojeda Orellana, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia y paciencia nos ha guiado para poder culminar con éxito este trabajo.

También un agradecimiento a nuestros profesores, que durante toda nuestra carrera profesional, han aportado con sus conocimientos para nuestra formación.

Y como olvidarnos de nuestras familias quienes día a día estuvieron ahí, velando por nuestro bienestar, y apoyándonos en cada instante de nuestra vida.

En general, quisiéramos agradecer a todas y cada una de las personas que de una u otra manera nos apoyaron, brindándonos todo su ánimo, colaboración pero sobre todo su cariño y amistad, a lo largo de nuestra carrera profesional.

Las Autoras.

1. INTRODUCCIÓN

Una de nuestras más tempranas experiencias es conocer que envejecemos, aceptando este hecho como destino propio y como una consecuencia normal del paso del tiempo. Este proceso inevitable, implica cambios en la esfera física, psicológica y sociocultural en la vida de una persona que afectan de forma importante su calidad de vida.

La OMS, considera adulto mayor a todo individuo mayor de 60 años y en Ecuador se considera a aquellos de 65 años o más.

Según el último Censo en el Ecuador hay 940.905 adultos mayores, lo que corresponde al 6,5% del total de la población. En el Azuay el 5,9% de la población pertenecen a este grupo y 35819 corresponden al cantón Cuenca. El incremento de la esperanza de vida al nacer (En Ecuador para el año 2011 fue para hombres: 72,79 años y para mujeres: 78,82 años (1)), actualmente juega un papel importante en el manejo de ciertas condiciones médicas propias de la edad, desafiando al profesional de la salud a encontrar métodos modernos e innovadores que garanticen que esos años que se han sumado sean dignos y de calidad.

El envejecimiento es un proceso normal, debiendo reconocer también que es una condición de salud que se asocia a una mayor propensión de enfermar y sufrir deterioro fisiológico, por tanto requiere especial atención sanitaria. Consecuentemente se asocia mayor frecuencia de consumo de fármacos en este grupo de edad. Entre el 65 al 94% de personas mayores consumen algún tipo de fármaco y las reacciones adversas ocurren en el 25% de las personas de 65-70 años (2). Como podemos observar se crean circunstancias que promueven la alta prevalencia de consumo de fármacos, entre estos los psicofármacos. Un estudio realizado en Uruguay encontró que 67% de los adultos mayores entrevistados declaró haber utilizado un psicofármaco o tranquilizante menor en los últimos 30 días, el 75% de los entrevistados los

utilizó en el último año y el 81% relató haber tomado algún psicofármaco en algún momento de su vida. (3)

La automedicación de psicofármacos, condición que sumada a la polipatología y cambios en la farmacocinética y farmacodinámica en la edad adulta representan un riesgo potencial de interacciones, reacciones adversas e incluso enmascaramiento de alguna enfermedad.

Según datos demográficos recientes mayores a 65 años utilizan una media entre 2-6 medicamentos prescritos, 1-3 no prescritos, 23% innecesarios de los cuales el 4% causan accidentes significativos y el 1% accidentes mortales. (4)

La patología psiquiátrica a esta edad es mucho más frecuente que en otras edades; constituyendo un problema de salud real y cada vez más creciente debido a la mayor expectativa de vida. Los trastornos más observados encontramos en orden de frecuencia la depresión, demencia y ansiedad, los cuales tienen gran impacto en la vida de quienes lo padecen.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un proceso normal que cada uno de nosotros lo experimentamos con el paso del tiempo, no obstante cuando cumplimos cierta edad los años nos pasan la cuenta, así se presenta mayor patología, situación que determina el mayor consumo de fármacos.

Esta vez centramos nuestro interés en investigar la prevalencia de patología psiquiátrica y utilización de psicofármacos en los adultos mayores.

Los trastornos psiquiátricos se presentan con mayor frecuencia en residentes de centros gerontológicos, indicándonos con ello que no solo la edad es un factor predisponente, sino que es una suma de varios elementos, que influyen de manera importante en la presentación de la enfermedad. Dichos elementos se engloban principalmente en la esfera sentimental y emocional.

Respecto al consumo de fármacos en este grupo de edad, la bibliografía menciona que entre 65-94% de adultos mayores consume algún tipo de fármaco (5).

Un estudio realizado en España encontró una tasa de consumo de psicofármacos en los adultos mayores del 39,6 %, los más usados fueron los ansiolíticos e hipnóticos. Otro estudio realizado en Uruguay señala que el 67% de los adultos mayores entrevistados declaró haber utilizado un psicofármaco o tranquilizante menor en los últimos 30 días (prevalencia mensual), el 75% de los entrevistados los utilizó en el último año (prevalencia anual) y 81% relató haber tomado algún psicofármaco en algún momento de su vida (prevalencia de vida).

En los estudios que se han realizado no existen cifras de la incidencia de este fenómeno pero si se muestran diferencias en cuanto a género, señalando que las mujeres consumen psicofármacos en mayor porcentaje, otros estudios señalan además que son las personas y en especial mujeres que pertenecen a

la “clase social alta” que se incluyen en el grupo de mayor consumo de dichos fármacos. La prevalencia de uso de psicofármacos en los adultos mayores, en estos estudios y otros realizados en países vecinos es elevada.

Farmacocinéticas y farmacodinámicas, patología múltiple, polimedicación con aumento de las reacciones adversas e interacciones medicamentosas, crean la necesidad de investigar sobre la farmacoterapia recibida y el estado médico integral del paciente. Los datos mostrados pertenecen a estudios realizados años atrás que reflejan realidades de otra época, actualmente con el avance de la ciencia y la tecnología seguramente muchas situaciones son diferentes, de las cuales aún no se ha documentado información actualizada, además es necesario conocer lo que sucede en nuestra esfera ya que cada cultura es un mundo diferente y aún más cada persona. La información actualizada representa progreso, nos permite hacer un aporte al conocimiento existente y saber las acciones que debemos emprender para que esa realidad cambie.

En nuestro país no se ha documentado información sobre la utilización de psicofármacos en adultos mayores, es por ello que creemos necesario realizar un estudio en los centros gerontológicos de la Provincia del Azuay para obtener información que nos proporcione datos actualizados de lo que está sucediendo en nuestro medio. El estudio a realizar está orientado a investigar la prevalencia de patología psiquiátrica y la utilización de psicofármacos en dichas patologías en centros gerontológicos, el estudio incluirá los fármacos de uso frecuente, dosis, vías de administración y reacciones adversas, en adultos mayores de los Centros Gerontológicos de la provincia del Azuay en el período enero-marzo de 2013.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En todos los países la administración de psicofármacos en adultos mayores es muy elevada, debido a la alta frecuencia de patología psiquiátrica a esta edad. Un claro ejemplo es Estados Unidos, en donde cerca del 60% de pacientes asilados en diversos centros gerontológicos toman medicamentos psicotrópicos.

Una de las patologías comúnmente diagnosticadas a esta edad es la depresión, que aparece en aproximadamente el 15% de los adultos mayores. Un estudio realizado en un policlínico de la ciudad de La Habana, Cuba, en el 2007, indica que los medicamentos psicotrópicos se hallaban en el cuarto puesto entre los fármacos más usados, y de estos los más prescritos incluían: diazepam, nitrazepam y meprobamato.

En nuestro medio no encontramos estudios científicos sobre la administración de psicotrópicos en adultos mayores, que residen en centros gerontológicos. Además, estudios ya realizados en diversos países Latinoamericanos como Cuba, Brasil, Chile y Uruguay no reflejan datos actualizados, sobre la administración de dichos fármacos.

En vista de esto, y siendo creciente la población de adultos mayores, hemos creído conveniente realizar este estudio, con la finalidad de determinar la frecuencia de patología psiquiátrica, así como las características de prescripción de psicofármacos en nuestro medio.

Con los datos obtenidos se pretende tener una visión global y actualizada de cómo se están empleado dichos medicamentos, la frecuencia así como los efectos adversos que estos producen.

Esta información es de vital importancia, ya que debido a cambios fisiológicos que suceden a esa edad, la forma de prescripción y las dosis varían significativamente; ya que se puede encontrar mayor prevalencia de efectos adversos e interacciones medicamentosas, circunstancias que ameritan un estudio a profundidad sobre el tema.

Los resultados del estudio serán entregados en la secretaría de la comisión de asesoría de trabajos de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y a los directores de los centros gerontológicos, para que se creen políticas de uso de medicación psiquiátrica, a fin de tener en cuenta los problemas que el empleo de estos fármacos en los adultos mayores conlleva y así garantizar la calidad de vida de esta población, que en este campo, en particular de la salud, se ha visto olvidada por mucho tiempo

2. MARCO TEÓRICO

2.1 PSICOFÁRMACOS Y ADULTOS MAYORES

2.1.1 Población General en Ecuador.-

En el Ecuador al igual que el resto de países ha aumentado significativamente la expectativa de vida, debido a las mejoras en el campo de la salud, a fin de encontrar un equilibrio entre el medio ambiente y el individuo. Debido al aumento de este grupo de la población es constante la búsqueda de mejoras en la calidad de vida del adulto mayor. La OMS, considera adulto mayor a todo individuo mayor de 60 años, sin embargo en el Censo realizado en el 2010 en Ecuador se incluyó dentro de este grupo a personas de 65 años o más.

*El censo del año 2010, reveló que la población en el Ecuador era de 14.483.499 millones de habitantes de los cuales 940.905 eran adultos mayores, lo que corresponde al 6,5% del total de la población.

En la provincia del Azuay, se encontró un número relativamente bajo de adultos mayores, representando el 5,9% de la población total de la provincia, con ligero predominio del sexo femenino (57,4%). La situación de vivienda en este grupo es variable; si bien la mayoría vive en un ambiente familiar, hay una parte importante que se encuentra en centros gerontológicos o en otro tipo de casas de atención.

**En el Azuay hay aproximadamente 367 adultos mayores que residen en centros gerontológicos.

2.1.2 Bases Fisiológicas en el Adulto Mayor.-

En el adulto mayor se ve una mayor frecuencia de patología, y es responsabilidad del médico tratante tener en cuenta las modificaciones que se deben realizar en el tratamiento de estos pacientes ya que existen varios factores que van a afectar su respuesta al mismo.

* Según datos del INEC del censo de población de 2010

** Según datos proporcionados por MIES- AZUAY

Fisiológicamente el adulto mayor presenta diferente composición corporal que el resto de individuos además de variación en la unión a proteínas plasmáticas; a esto se suma la disminución de la filtración glomerular y función tubular, prolongando la vida media y aumentando el riesgo de toxicidad. El metabolismo de ciertos fármacos se ve alterado debido a la disminución de la masa hepática y su flujo sanguíneo lo que aumenta la vida media de los mismos. Se debe tener mayor precaución en la prescripción de fármacos que actúan a nivel del sistema nervioso central ya que existe un aumento de la sensibilidad a dichos medicamentos. (6)

2.1.3 Trastornos Psiquiátricos en el Adulto Mayor.-

La patología psiquiátrica a esta edad tiene una prevalencia de 15 al 20% (7); los estudios demuestran que estos se presentan con mayor frecuencia en residentes de centros gerontológicos de larga estancia en comparación con los que habitan que en ambientes familiares. Dentro de éstos trastornos lo mayormente diagnosticados son la depresión con un 10% de los casos, seguido de la demencia en un 5.8% y en tercer lugar los trastornos de ansiedad con un 5%. (8)

En centros de atención gerontológicos un importante porcentaje de pacientes consumen medicamentos, dada la mayor frecuencia de patología en el paciente adulto mayor; entre los medicamentos prescritos es común encontrar los psicofármacos entre los de mayor frecuencia.

Depresión

La depresión es un síndrome geriátrico muy frecuente con una prevalencia del 10%; siendo más usual en el sexo femenino con una relación de dos a uno.

La institucionalización en residencias geriátricas, se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros depresivos, como el sentimiento de

abandono, pérdida del entorno socio-familiar y en sí todo lo que abarca el proceso de adaptación.

Todo esto incrementa la prevalencia de este trastorno llegando al 15 al 35% en las residencias. (9)

Esta patología interfiere con la vida cotidiana de las personas, así como en su desempeño normal, lo que ocasiona sufrimiento no solo a quién lo padece, sino también a sus seres queridos. Dada su relevancia social y la afectación tan importante de la calidad de vida de los que la sufren, debería existir un control en todos los niveles asistenciales, y especialmente en atención primaria, que es donde los adultos mayores acuden en primera instancia en busca de ayuda médica, lo que constituye un problema de salud pública real y creciente.

Uno de los factores de riesgo más importantes es la enfermedad física, que tiene mayor peso cuanto mayor sea la gravedad y el compromiso funcional que determina.(10) A menudo coexiste con otras enfermedades, que pueden presentarse antes de la depresión, causarla o ser el resultado de esta. Los trastornos de ansiedad, acompañan frecuentemente a la depresión. (11)

Este trastorno muchas de las veces es infradiagnosticado, debido a la presencia de características diferentes, que a otras edades. Uno de los principales síntomas es el insomnio, que frecuentemente es el primero en aparecer. Los síntomas somáticos son los que más salen a relucir en comparación con la tristeza, además suele ser llamativa la pérdida de peso.

Hay que tener presente que los adultos mayores suelen tomar varios medicamentos, de los cuales algunos pueden provocar síntomas depresivos, dentro de ellos tenemos antiparkinsonianos, corticoides y ciertos antihipertensivos. (12)

Tratamiento La depresión es un problema potencialmente tratable. Para esto debe tener un enfoque multidisciplinario. Los objetivos consisten en la

reducción de los síntomas depresivos, evitar las recurrencias y mejorar el estado funcional de los pacientes.

La terapia electroconvulsiva es una opción si el paciente no responde al tratamiento farmacológico.

Para el tratamiento farmacológico, en el caso de los adultos mayores debe tenerse en consideración, como parte de las modificaciones sufridas durante la vejez, los cambios en la farmacocinética y farmacodinamia, que determinarán un incremento en las vidas medias de muchos fármacos, entre ellos los antidepresivos, así como interacciones que potencialicen o antagonicen sus efectos.(13)

Dentro de los antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son los de primera elección, seguidos por los inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina como el bupropión 300mg al día. Las dosis iniciales deben ser bajas. Los agentes que deberían evitarse son amitriptilina, imipramina, doxepina, amoxapina, trazodona e isocarboxacide.(14)

Los inhibidores de la recaptación de serotonina más empleados son la Fluoxetina y Paroxetina 20 – 60mg/día, Sertralina 50 – 200mg/día, Citalopran 20 – 60mg/día. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina; Venlafaxina 75 – 225mg/día y Duloxetina 30 – 60mg/día. (15)

Demencia

La demencia se presenta mayormente en individuos a partir de los 60 años pero en mayores de 85 años puede diagnosticarse hasta en el 45% de los individuos; siendo la Enfermedad de Alzheimer la primera causa. (16)

El diagnóstico de demencia se establece mediante la presencia de múltiples déficits cognitivos que incluyen deterioro de la memoria y al menos uno de las siguientes alteraciones cognitivas: afasia, apraxia, agnosia o alteración en la función ejecutora.

Las alteraciones cognitivas deben ser lo suficientemente severas como para que afecte la condición de vida del paciente. La duración de los síntomas es variable según la causa subyacente, pero se puede considerar adecuado un tiempo de 6 meses para establecer el diagnóstico. (17)

Un grupo importante de pacientes con demencia presentan además signos psicológicos y conductuales de la demencia, (18) que incluyen agitación, comportamiento sexual inapropiado, depresión ansiedad, delirio, conducta alucinatoria, apatía entre otros; siendo estos factores que aumenten la necesidad de hospitalización. Tratamiento El tratamiento de la demencia está compuesto en primer lugar de terapias que puedan disminuir en algún grado la velocidad de progresión de la enfermedad; dentro de este grupo tenemos a la terapia de recuerdo en la cual incluye la discusión de las actividades, los sucesos y las experiencias pasadas con otra persona o grupo de personas, ya sea con fotografías, grabaciones de música o archivos de sonido, que si bien no existe evidencia suficiente sobre la eficacia de su uso, puede resultar positiva para el paciente. (19)

El segundo componente del tratamiento es el uso de fármacos que puedan mejorar el déficit cognitivo, siendo el grupo de elección los anticolinérgicos, existiendo un sin número de estudios que evalúan su eficacia. Finalmente está indicado el uso de agentes dirigidos a la mejora de síntomas psiquiátricos, como antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, antidepresivos, entre otros.

Dentro de los inhibidores de la colinesterasa, la tacrina fue el fármaco de elección por muchos años pero debido a los múltiples problemas en cuanto a la administración, hepatotoxicidad y efectos adversos gastrointestinales; su uso ha sido desplazado por la nueva generación de anticolinérgicos que incluyen el donepezilo y la rivastigmina. Varios estudios determinaron una mejoría significativa en cognición y actividades diaria con el donepezilo a dosis de 5 a 10mg diarios en un lapso de 24 semanas de tratamiento; (20) y con la rivastigmina a dosis de 6 a 12mg al día. (21)

Como ya mencionamos un pilar importante en el terapéutica integral de la demencia, es el tratamiento de los síntomas psiquiátricos que la acompañan. Los ansiolíticos de elección en la demencia son las benzodiacepinas de vida media corta (Lorazepam 0.5mg o Oxacepam 10mg) o intermedia (Alprazolam 0.25mg). En el caso de los antidepresivos se prefiere los inhibidores de la recaptación de serotonina, fluoxetina 10mg, paroxetina 10mg o setralina 25mg. Se recomienda el uso de fármacos antipsicóticos atípicos como risperidona u olanzapina a dosis de 1-2mg/día y 5mg/día respectivamente. (22)

Trastornos de ansiedad

Dentro de los trastornos de la ansiedad se incluyen la fobia específica, los trastornos de ansiedad con o sin agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo así como el estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada, entre otros; sin embargo es éste último el de mayor relevancia y probablemente el más observado en los residentes de centros geriátricos. Los trastornos de ansiedad se presentan en el 5% de la población general, principalmente a partir de la quinta década de la vida; siendo su prevalencia en adultos mayores entre el 0,7 al 0,9%. (23)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM IV) define el trastorno de ansiedad generalizada como “ansiedad y preocupación excesivas sobre una gran cantidad de acontecimientos o actividades que se prolongan más de 6 meses”, que se acompañe de tres o más de los siguientes signos: inquietud o impaciencia, fatiga fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. (24)

Se ha demostrado una importante asociación entre el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión, más no existen suficientes estudios que sustenten su asociación con otros trastornos psiquiátricos ni con enfermedades crónicas. Debido a esta representativa asociación en muchas ocasiones el diagnóstico diferencial suele ser complicado, y el tratamiento cuando se presentan juntos se basa en un fármaco con efecto tanto antidepresor como ansiolítico.

Tratamiento Dentro del tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada, es común el uso de la terapia cognitivo-conductual, ya que esta presenta una eficacia del 50% en adultos y personas más jóvenes; en adultos mayores si bien ha sido útil su uso, se ha demostrado que no alcanza grados de efectividad satisfactorios, razón por la que su aplicación ha sido desplazada por el tratamiento farmacológico; sin embargo lo más recomendable para la atención integral de dicho trastorno es el uso conjunto de ambas terapias.

Los fármacos más utilizados son los antidepresivos, las benzodiacepinas y las azapironas. A pesar de esto, las benzodiacepinas no deberían ser el tratamiento de elección en adultos mayores, puesto que supone la presencia de graves efectos adversos y su uso a largo plazo provoca dependencia física. Los antidepresivos por otra parte son de gran utilidad en el tratamiento debido a la asociación de ansiedad y depresión. (25)

En cuanto a la duración del tratamiento, debe ser continuo por varios meses para prevenir recaídas, aunque no existe información suficiente solo el tiempo exacto, se recomienda según consenso de especialistas que por lo menos dure entre 12 y 24 meses.

Varios estudios indican que lo más adecuado es comenzar con las dosis más bajas, especialmente en lo que se refiere al uso de benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos, pudiendo aumentarse la dosis progresivamente, de acuerdo a la respuesta obtenida entre los 4 a 6 meses posteriores al inicio del tratamiento.

La bibliografía indica el uso de venlafaxina (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como fármacos de primera elección, seguidos de la buspirona y la imipramina como una buena alternativa terapéutica. Las dosis indicadas de la venlafaxina son de 75 a 225mg/día, comenzando como ya se dijo con la menor dosis. La paroxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina debe darse en dosis de 20 a 50mg/día. El agonista parcial de los receptores 5-HT_{1A} de la serotonina, la buspirona se prescribe entre 15 a 60mg/día. (26)

En aquellos pacientes en los que no existe una buena tolerancia o efectividad a los fármacos anteriormente mencionados, se puede usar benzodiacepinas como el diazepam en dosis de 5 a 15mg/día; aunque una buena opción son el lorazepam o el oxacepam.

No se recomienda el uso de otros fármacos como la pregabalina o el opiipramol debido a la ausencia de evidencia sobre su eficacia en adultos mayores.

2.1.4. Los psicofármacos.

A pesar de que se desconoce la patogenia fundamental de los trastornos psiquiátricos, la farmacología contemporánea cuenta con muchas técnicas para definir las acciones psicotrópicas conocidas a nivel celular y molecular. (27)

Desde el decenio de 1960-69 se ha extendido el uso de psicofármacos, gracias a la mejora en su tolerancia al minimizarse los efectos adversos, incremento de seguridad en sobredosis y progresos farmacocinéticos que ofrecen las formas farmacéuticas. En la actualidad se estima que el 70% de las prescripciones de psicofármacos las realiza el médico de atención primaria en el ámbito ambulatorio y 40% de los pacientes internados recibe psicofármacos en el tratamiento de afecciones no psiquiátricas.

Las benzodiacepinas son un claro ejemplo del amplio uso de los psicofármacos, ya que su utilidad en patología psicosomática ha determinado que se utilicen en casi todas las especialidades médicas; siendo el diazepam el medicamento más prescrito en la historia de la medicina. De igual forma los antidepresivos han sido utilizados como coanalgésicos en el manejo del dolor sobre todo de tipo crónico, ya que se ha demostrado una integración psíquica del dolor. (28)

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de patología psiquiátrica, características de prescripción y efectos adversos de los psicofármacos en adultos mayores de los centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la prevalencia de patología psiquiátrica en los centros gerontológicos.
2. Determinar la distribución de las patologías según variables sociodemográficas.
3. Determinar la prevalencia de prescripción de psicofármacos según nombre genérico.
4. Determinar las interacciones posibles entre psicofármacos y otros medicamentos prescritos en los pacientes asilados.
5. Determinar la prevalencia según dosis, vías de administración y efectos adversos de los psicofármacos prescritos en los centros gerontológicos

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio.- En la presente investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo acerca de patología psiquiátrica y el uso de agentes psicotrópicos en adultos mayores residentes de centros gerontológicos en la provincia del Azuay; con la finalidad de obtener información concreta, sobre la prevalencia de la patología psiquiátrica y el uso de psicofármacos para los mismos en adultos mayores.

4.2 Universo.- Estuvo constituido de 352 residentes de los centros gerontológicos de la provincia del Azuay. Se trató de un universo finito y homogéneo

4.3. Muestra.- El tipo de muestreo fue aleatorio simple, por ser un universo homogéneo. La aleatorización fue por centros gerontológicos, en la provincia del Azuay (Ver Anexo 3). Se colocó en un ánfora papeles con los nombres de los centros gerontológicos del Azuay y el número de residentes de cada centro. La elección fue hecha por una persona ajena a la investigación, la misma que con los ojos vendados sacó papeles hasta obtener el número de participantes de acuerdo a la muestra previamente obtenida. Se sumó el número de residentes de cada centro que salga sorteado hasta completar el tamaño de la muestra, El cálculo de la muestra se hizo en base a un universo finito, constituidos por 352 pacientes geriátricos; se utilizará un nivel de confianza de 95% (1,96), la prevalencia de enfermedad psiquiátrica encontrada en la bibliografía previa fue de 20% y el error de muestreo fue de 0.05. Con estos valores se obtuvo una muestra de 289 pacientes.

Unidad de observación: centros gerontológicos de la Provincia del Azuay.

Unidad de Análisis: historia clínica de los residentes de centros gerontológicos, de 65 años o más de edad, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

4.4 Criterios de inclusión:

- Pacientes de 65 años o más.
- Adultos mayores con mínimo de tres meses de residencia en el centro y con valoración médica.
- Pacientes que dispongan de historias clínicas.

4.5 Criterios de exclusión:

- Centros que no posean la modalidad de residencia.
- Centros en los que no se obtenga la autorización para realizar el estudio.
- Historias clínicas incompletas o ausencia de las mismas.
- Letra ilegible en las historias clínicas.

4.6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Género	Conjunto de caracteres que diferencian a los seres humanos en las diferentes especies.		Lo anotado en la Historia Clínica y características fenotípicas. Registrado en la cédula de identidad.	Mujer Varón
Edad	Número de años cumplidos contados a partir de la fecha de nacimiento.		Años Cumplidos. Registrados en la cédula de identidad.	Numérica

Depresión	<p>Desorden afectivo caracterizado por:</p> <p>1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. 2) disminución del interés en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. 3) pérdida significativa de peso sin estar en dieta o aumento de peso. 4) insomnio o hipersomnia. 5) agitación o retraso psicomotores. 6) fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7) sentimientos de desvalorización o culpa. 8) menor capacidad de pensar o concentrarse. 9) pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin plan específico o intento de suicidio.</p>	Trastorno psiquiátrico	Diagnóstico anotado en la Historia Clínica	Si No
------------------	--	------------------------	--	----------

Demencia	Presencia de múltiples déficits cognitivos, que incluyen deterioro de la memoria y al menos uno de las siguientes alteraciones cognitivas: afasia, apraxia, agnosia o alteración en la función ejecutora. La duración mínima de los síntomas debe ser mínimo de 6 meses y afectar el estilo de vida del paciente	Trastorno psiquiátrico	Diagnóstico anotado en la Historia Clínica	Si No
Ansiedad	Sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y miedo, que aparece al prever una situación de amenaza o de peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo y cuya causa suele ser desconocida o no admitida.	Trastorno psiquiátrico	Diagnóstico anotado en la Historia Clínica	Si No
Otros	Patología Psiquiátrica, que no corresponda a	Trastorno psiquiátrico	Diagnóstico anotado en la Historia Clínica	Si No

	depresión, demencia o ansiedad.			
Antidepresivos	Aquellos fármacos que poseen la capacidad de reducir total o parcialmente el estado depresivo.	Psicofármacos	Prescripción en la historia clínica en los últimos 3 meses	Nominal
Antipsicóticos	Fármacos que se emplean para tratar síntomas de la psicosis tales como alucinaciones, delirios y demencia.	Psicofármacos	Prescripción en la historia clínica en los últimos 3 meses	Nominal
Ansiolíticos	Fármaco que actúa sobre el sistema nervioso central reduciendo el nivel de intranquilidad y el grado de excitación propio de la ansiedad.	Psicofármacos	Prescripción en la historia clínica en los últimos 3 meses	Nominal
Estabilizadores del ánimo	Fármacos usados en el tratamiento de trastornos del ánimo, caracterizados por cambios intensos y sostenidos del mismo.	Psicofármacos	Prescripción en la historia clínica en los últimos 3 meses	Nominal
Otros	Psicofármacos usados en otras patologías distintas de depresión,	Psicofármacos	Prescripción en la historia clínica en los últimos 3 meses	Nominal

	demencia y trastornos de la ansiedad.			
Dosis	Es la cantidad de principio activo de un medicamento que se administrará de una vez. También es la cantidad de fármaco efectiva.		Prescripción en la historia clínica en los últimos 3 meses. Promedio por día.	mg/día
Vía de administración	Camino que se elige para hacer llegar determinado fármaco hasta la diana celular. Dicho de otra forma, la forma elegida de incorporar un fármaco al organismo.		Prescripción en la historia clínica en los últimos 3 meses	Vía Enteral: - Vía oral Vía Parenteral: - Vía intravenosa - Vía intramuscular
Reacciones Adversas Esperadas y conocidas	Cualquier respuesta a un medicamento que sea perjudicial y no deseada, la cual se presenta a las dosis empleadas en el hombre para profilaxis, diagnóstico, terapéutica o la modificación de una función.		Síntomas o signos referidos por los cuidadores	Gastrointestinales Sistema Nervioso Central Sistema Nervioso Periférico Renales Cardíacos Respiratorios Cutáneos
Posibles Interacciones	Es la acción que un fármaco ejerce		Según datos bibliográficos	Si No

Medicamentosas Conocidas	sobre otro, de modo que este experimente un cambio cuantitativo o cualitativo en sus efectos.			
-------------------------------------	---	--	--	--

4.7. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se diseñó el formulario y se entrevistó a los cuidadores sobre los efectos adversos de la medicación prescrita, para determinar las posibles interacciones se revisó todas las prescripciones y basándose en material bibliográfico se seleccionó el/los medicamentos con posible interacción con el psicofármaco administrado. El formulario fue sometido a un plan piloto, mediante el llenado del mismo, con historias clínicas de 30 pacientes de un centro gerontológico del Azuay, escogido al azar.

En el formulario se incluyó datos como:

- Número de historia clínica.
- Edad.
- Sexo.
- Presencia de Trastorno Psiquiátrico.
- Trastorno Psiquiátrico diagnosticado.
- Psicofármaco prescrito.
- Dosis y vía de administración.
- Otros fármacos prescritos.
- Presencia de interacciones medicamentosas posibles.
- Presencia de reacciones adversas posibles.

Para la recopilación de la información se utilizó un formulario de recolección de datos (Anexo No. I).

4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

Para el análisis de la información se utilizó: el programa estadístico spss v-20 y la información obtenida esta presentada en tablas y gráficos. Se aplicó estadística descriptiva. Debido al carácter observacional de la presente investigación, y su cobertura provincial del mismo, se requirió de una inversión económica, sin embargo se aseguró su financiamiento y ejecución en los plazos establecidos.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Para la ejecución del estudio se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Se contó con la autorización del Director (a) del centro gerontológico.

El llenado de los formularios no presento riesgos para los pacientes o la institución. El costo de los formularios será financiado en su totalidad por los investigadores.

La información del formulario no incluyo nombres de los pacientes, no se trabajó directamente con los pacientes por lo que no se requiero la realización de un consentimiento informado; tampoco se incluyó datos que permitieron su identificación. Los resultados obtenidos serán entregados a las autoridades de la universidad.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

5.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO.

Cuadro N° 1.

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según sexo, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

EDAD	media	DS
	82	9.57
SEXO	n	%
Femenino	203	70.24
Masculino	86	29.75
CENTROS GERONTOLÓGICO	N	%
Cristo Rey	99	34.25
Miguel León	40	13.84
Nueva Esperanza	27	9.34
San Andrés	26	8.9
Jesús de Nazareth	25	8.7
Santa Ana	22	7.7
Los Jardines	19	6.55
Plenitud	16	5.53
Casa del Abuelo	15	5.19
PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	n	%
No	165	57.1
Si	124	42.9
PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	n	%
Demencia	47	38
Depresión	31	25
Mixto	22	18
Otros	15	12
Ansiedad	9	7

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: las autoras

Distribución por sexo:

En la presente tabla se observó la distribución de 289 pacientes según sexo en que el (70,2%) correspondieron a mujeres, y los hombres un (29,3%)

Cuadro Nº 2.

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según sexo, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
MUJER	203	70,2%
HOMBRE	86	29,8%
Total	289	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución por edad:

Se observó que el grupo de edad más frecuente de los pacientes adultos mayores de los centros gerontológicos del Azuay esta entre los mayores a 90 años de edad (24,9%), seguido de (19,0%) entre las edades de 80 – 84 años.

Cuadro Nº 3.

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según edad, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
65-69 años	40	13,8%
70-74 años	34	11,8%
75-79 años	36	12,5%
80-84 años	55	19,0%
85-89 años	52	18,0%
>90 años	72	24,9%
Total	289	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución por edad:

De un universo de 289 (n=289) pacientes adultos mayores de los centros gerontológicos del Azuay, se obtuvieron los siguientes resultados. La edad mínima fue 65 años y la máxima 104, con una media de 82,03 y la desviación estándar fue de 9,57

Cuadro N° 4.

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según edad, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	289	65	104	82,03	9,574
N válido (según lista)	289				

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: las autoras

Distribución Según grupo de Diagnóstico:

Se apreció que de los 289 pacientes 124 presentaron diagnóstico psiquiátrico, con un porcentaje de (42,9%).

Cuadro N° 5.

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según Diagnóstico, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
SI	124	42,9%
NO	165	57,1%
Total	289	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: las autoras

Distribución Según Diagnóstico y sexo.

De los 124 pacientes con diagnóstico psiquiátrico el (70%) correspondieron a mujeres y el (30%) representaron a los hombres.

Cuadro N° 6.

Distribución de 124 pacientes adultos mayores, según Diagnóstico y sexo, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

SEXO	DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	87	70%
MASCULINO	37	30%
TOTAL	124	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: las autoras

Distribución Según Diagnóstico y edad:

Se observó que el grupo de edad más frecuente de los pacientes adultos mayores de los centros gerontológicos del Azuay con diagnóstico psiquiátrico esta entre los mayores a 90 años de edad (23%), seguido de (19,0%) entre las edades de 65 - 69 años.

Cuadro Nº 7.

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según Diagnóstico y edad. Centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013

EDAD	DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO			
	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
65-69 años	24	19%	16	10%
70-74 años	11	9%	23	14%
75-79 años	19	15%	17	10%
80-84 años	21	17%	34	21%
85-89 años	21	17%	31	19%
>90 años	28	23%	44	27%
TOTAL	124	100%	165	100%

Chi-cuadrado de Pearson

Chi cuadrado	8,859
gl	5
Sig.	0,115

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: las autoras

Distribución de adultos mayores que consumen psicofármacos

Se aprecia que de los 289 adultos mayores, 43.2% reciben psicofármacos y el 56.8% no recibe esta medicación.

Cuadro Nº 8

**Distribución de 289 adultos mayores según consumo de psicofármacos.
Centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.**

CONSUMO DE PSICOFARMACOS	N	PORCENTAJE
SI	124	43.2%
NO	164	56.8%
TOTAL	289	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución Según Diagnóstico y administración de Psicofármacos

Se aprecia que de los 124 pacientes con diagnóstico psiquiátrico el (78.2%) reciben psicofármacos, y un (21.8%) corresponde a los pacientes que no se les administra psicofármacos. El (16%) de los pacientes que no presentan un diagnóstico psiquiátrico reciben medicación.

Cuadro N° 9.

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según Diagnóstico y Administración de Psicofármacos. Centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

ADMINISTRACIÓN DE PSICOFARMACOS	DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO			
	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	97	78.2%	27	16%
NO	27	21.8%	138	84%
TOTAL	124	100%	165	100%

Chi-cuadrado de Pearson

Chi cuadrado	113,279
gl	1
Sig.	0,000*

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución Según Diagnóstico y trastorno psiquiátrico

De los 124 pacientes con diagnóstico psiquiátrico el (38%) correspondieron a pacientes con demencia, (25%) a pacientes con depresión, (18%) a pacientes con más de un trastorno psiquiátrico clasificado como mixtos.

Cuadro N° 10.

Distribución de 124 pacientes adultos mayores, según Diagnóstico y trastorno psiquiátrico, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

TRASTORNO	DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESIÓN	31	25%
DEMENCIA	47	38%
ANSIEDAD	9	7%
MIXTO	22	18%
OTROS	15	12%
TOTAL	124	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: las autoras

Distribución Según Diagnóstico y vía de administración de psicofármaco

Se observó que el (99 %) reciben medicación vía oral y el (1%) vía tópica.

Cuadro N° 11.

Distribución de 124 pacientes adultos mayores, según Diagnóstico y vía de administración de psicofármaco, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

VIA DE ADMINISTRACIÓN	DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO			
	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ORAL	97	99%	26	100%
TOPICA	1	1%	0	0%
TOTAL	98	100%	26	100%

Chi-cuadrado de Pearson

Chi cuadrado	0,288
gl	1
Sig.	0,592 ^{a,b}

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución Según Diagnóstico y presencia de efectos adversos

De los pacientes con diagnóstico psiquiátrico el (12%) presentan efectos adversos, y el (88%) no presenta efectos adversos. Un (4%) de los pacientes que no presentan diagnóstico y toman psicofármacos, muestran efectos adversos.

Cuadro N° 12.

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según diagnóstico y presencia de efectos adversos, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

EFECTO ADVERSO	DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO			
	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	12%	6	4%
NO	109	88%	159	96%
TOTAL	124	100%	165	100%

Chi-cuadrado de Pearson

Chi cuadrado	7,520
Gl	1
Sig.	0,006*

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución Según tipo de efecto adverso y recibe psicofármaco

Se identificó que de los pacientes que reciben psicofármaco el (89%) no presentan ningún tipo de efecto adverso, el (7%) presentaron efectos adversos a nivel gastrointestinal y un (3%) en el sistema nervioso central.

Cuadro N° 13.

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según tipo de efecto adverso y recibe psicofármaco, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

TIPO DE EFECTO	RECIBE PSICOFÁRMACOS			
	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GASTROINTESTINALES	8	7%	0	0%
SNC	4	3%	0	0%
SNP	1	1%	0	0%
RENALES	0	0%	0	0%
CARDIORESPIRATORIO	0	0%	0	0%
CUTÁNEO	0	0%	0	0%
NINGUNO	111	89%	165	99%
TOTAL	124	100%	165	100%

Chi-cuadrado de Pearson

Chi cuadrado	8,142
gl	3
Sig.	0,043^{*,b,c}

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: las autoras

Distribución Según recibe psicofármaco y posibles interacciones medicamentosas.

Se observó que de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico el (19%) presenta posible interacción con medicamentos y el (81%) corresponden a que no existe interacción con medicamentos.

Cuadro N° 14.

Distribución de 124 pacientes adultos mayores, según recibe psicofármaco y posible interacción medicamentosa, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

POSIBLE INTERACCION MEDICAMENTOSA	RECIBE PSICOFÁRMACO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	19%
NO	100	81%
TOTAL	124	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución según grupos de Psicofármacos.

Se aprecia que de los 124 pacientes que consumen psicofármacos, el 56.4% corresponde al grupo de antipsicóticos, 36.3% a antidepresivos y 6.5% a ansiolíticos. Ningún paciente consume estabilizadores del ánimo.

Cuadro Nº 15

Distribución de 124 pacientes que consumen psicofármacos, según grupo farmacológico. Centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

GRUPO DE PSICOFARMACO	N	PORCENTAJE
ANTIPSICOTICOS	70	56.4%
ANTIDEPRESIVOS	45	36.3%
ANSIOLITICOS	8	6.5%
ESTABILIZADORES DEL ANIMO	0	0%
OTROS	1	0.8%
TOTAL	124	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: las autoras

Distribución Según Diagnóstico y fármacos administrados

Se apreció que de los pacientes que reciben psicofármacos un porcentaje del (51 %) correspondió a Risperidona, un (24%) representa al Fluoxetina. Un (59%) de los pacientes que no presentan un diagnóstico psiquiátrico se les administra Risperidona, seguido de un (19%) que correspondió a la Fluoxetina.

Cuadro N° 16

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según Diagnóstico y fármacos administrados, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

PSICOFÁRMACO	DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO			
	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FLUOXETINA	23	24%	5	19%
RISPERIDONA	49	51%	16	59%
PAROXETINA	4	4%	0	0%
HALOPERIDOL	3	3%	2	7%
MIRTAZAPINA	2	2%	0	0%
CLONAZEPAM	6	6%	0	0%
VENLAFAXINA	2	2%	0	0%
ESZOPICLONA	0	0%	1	4%
OLANZAPINA	2	2%	0	0%
AMITRIPTILINA	6	6%	3	11%
TOTAL	97	100%	27	100%

Chi-cuadrado de Pearson

Chi cuadrado	9,949
gl	9
Sig.	0,355 ^{a,b}

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución Según dosis administrada

La dosis mínima de Risperidona fue 0,25mg y la máxima 3mg, con una media de 0,97mg y desvío estándar 0,82; de igual manera la dosis mínima de Fluoxetina fue 10mg y la máxima 20mg, con una media de 18,4mg y desvío estándar 3,74.

Cuadro N° 17

Dosis media administrada en 124 pacientes con patología psiquiátrica, características de prescripción y efectos adversos de los psicofármacos en adultos mayores de los centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.

Estadísticos descriptivos					
PSICOFÁRMACO	N	Mínimo	Máximo	Media	DS
Risperidona	49	0,25	3	0.97	0,82
Fluoxetina	23	10	20	18.4	3,74
Clonazepam	6	0,25	2,5	0.75	0,93
Amitriptilina	6	0,5	75	23.29	27,47
Paroxetina	4	0,75	20	9.15	7,19

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: las autoras

6. DISCUSIÓN.

El envejecimiento se ha considerado en dos vertientes, el individual y el poblacional. En su expresión individual se ha definido como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos, es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida.

En un estudio publicado por el Doctor Calero González Luis Manuel Hospital Docente “Vladimir Ilich Lenin”. Holguín. Servicio de Geriátrica en el que habla sobre la Prescripción de psicofármacos en adultos mayores en la atención primaria de salud, describiendo los siguientes resultados según el sexo, en los pacientes consumidores de benzodiacepinas, predominó el femenino con un 62,76%, lo cual coincide con otros autores, los que refieren una mayor representación femenina en su consumo en esta etapa de la vida, las mujeres tomaron más tranquilizantes que los hombres en todos los países desarrollados que se investigaron.

En América Latina, por ejemplo, los datos existentes en Chile señalaron una prevalencia anual de consumo de psicofármacos de 31,4% y por cada consumidor hombre existían dos mujeres, a medida que aumenta la edad de las personas aumentan los patrones de uso de tipo persistente y dependiente. En Brasil un estudio halla que del consumo de psicofármacos el mayor porcentaje corresponde a las benzodiazepinas y se encuentra una prevalencia anual de su consumo de 12,2%, de esto el 71% corresponde a mujeres, donde la media de edad fue de 60 a 74 años.

En Montevideo, en 1992 se informa una tasa de prevalencia mensual de consumo de tranquilizantes de 21,4%, superior a la del resto de América, Europa Occidental y Estados Unidos y se plantea que es más elevado en el sexo femenino y que se incrementa con la edad. La prevalencia de consumo de psicofármacos menores es de 40,1% y es más elevado para el sexo femenino. La duración de los tratamientos es mucho mayor que en otras partes del

mundo, el 68,9% lo utiliza desde hace más de un año, constituyendo una fuente de gastos significativos para los consumidores y una verdadera carga para las instituciones de asistencia.

En nuestro estudio se obtuvieron resultados similares a los consultados y que fueron expuestos anteriormente, se observó que el grupo de edad más frecuente de los pacientes adultos mayores de los centros gerontológicos del Azuay con diagnóstico psiquiátrico esta entre los mayores a 90 años de edad (23%), seguido de (19,0%) entre las edades de 65 - 69 años.

La distribución de patología psiquiátrica fue mayor en mujeres con el 70% y el 30% representaron a los hombres. El 38% de pacientes presentan demencia, 25% depresión, 18% trastornos mixtos.

La prevalencia de consumo de psicofármacos encontrado en nuestro estudio fue de 43.2% de adultos mayores, indistintamente de si presentaban o no patología psiquiátrica.

El grupo farmacológico más prescrito fue los antipsicóticos representando un 56.4%, en segundo lugar se encuentran los antidepresivos (36.3%), y a diferencia de lo encontrado en diversos estudios los ansiolíticos ocuparon el tercer lugar con un 6.5%.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el transcurso de la presente investigación se pudo obtener las siguientes conclusiones:

El estudio se realizó con un total de 289 pacientes que según sexo el (70,2%) correspondieron a las mujeres, y los hombres un (29,3%) el grupo de edad más frecuente de los pacientes adultos mayores de los centros gerontológicos del Azuay esta entre los mayores a 90 años de edad (24,9%), seguido de (19,0%) entre las edades de 80 – 84 años. De un universo de 289 (n=289) pacientes adultos mayores de los centros gerontológicos del Azuay, se obtuvieron los siguientes resultados. La edad mínima fue 65 años y la máxima 104, con una media de 82,03 y la desviación estándar fue de 9,57.

Se apreció que de los 289 pacientes los 124, con un porcentaje de (42,9%) correspondieron a los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico.

La prevalencia de consumo de psicofármacos en 289 adultos mayores, fue de 43.2%, indiferentemente de la presencia o no de patología psiquiátrica.

De los 124 pacientes con diagnóstico psiquiátrico el (70%) correspondieron a mujeres y el (30%) representaron a los hombres, el grupo de edad más frecuente de los pacientes adultos mayores de los centros gerontológicos del Azuay con diagnóstico psiquiátrico esta entre los mayores a 90 años de edad (23%), seguido de (19,0%) entre las edades de 65 - 69 años. El (78.2%) reciben psicofármacos, y un (21.8%) corresponde a los pacientes que no se les administra psicofármacos. El (16%) de los pacientes que no presentan un diagnóstico psiquiátrico reciben medicación.

El (38%) correspondieron a pacientes con demencia, (25%) a pacientes con depresión, (18%) a pacientes con más de un trastorno psiquiátrico clasificado como mixtos. La administración de los medicamentos es vía oral con un (99 %), y el (1%) representa la utilización de la vía tópica. El (12%) presentan

efectos adversos, y el (88%) no presenta efectos adversos. Un (4%) de los pacientes que no presentan diagnóstico psiquiátrico pero toman psicofármacos muestran efectos adversos.

Se identificó que de los pacientes que reciben psicofármaco el (89 %) no presentan ningún tipo de efecto adverso, el (7%) presentaron efectos adversos a nivel gastrointestinal y un (3%) en el sistema nervioso central.

Se observó que de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico el (19%) presentan posible interacción con medicamentos y el (81%) corresponden a que no existe interacción con medicamentos.

Según el grupo farmacológico, los antipsicóticos fueron los más prescritos con un 56.4%, seguido de los antidepresivos con un 36.3% y 6.5% correspondió a ansiolíticos.

Se pareció que de los pacientes que reciben psicofármacos un porcentaje del (51 %) correspondió a Risperidona, un (24%) representa al Fluoxetina. Un (59%) de los pacientes que no presentan un diagnóstico psiquiátrico se les administra Risperidona, seguido de un (19%) que correspondió a la fluoxetina.

La dosis mínima de Risperidona fue 0,25mg y la máxima 3mg, con una media de 0,97mg y desvío estándar 0,82; de igual manera la dosis mínima de Fluoxetina fue 10mg y la máxima 20mg, con una media de 18,4mg y desvío estándar 3,74.

8. RECOMENDACIONES

Estudios epidemiológicos nos señalan que varios factores están relacionados con el envejecimiento: aislamiento social, descenso de la autonomía, dificultades económicas, declive del estado de salud, la proximidad a la muerte, entre otros, por lo que esto incide en un incremento de los trastornos de ansiedad en los ancianos.

Teniendo en cuenta nuestros resultados, similares a los encontrados por otros autores, se determina una mayor utilización de los servicios de salud por el sexo femenino, en quienes los trastornos psiquiátricos comunes se describen con mayor frecuencia (el número de mujeres supera al de los hombres) y este aumento fue más pronunciado en las edades más avanzadas

Diseñar y elaborar un programa especializado para atender a los adultos mayores, en equipo interdisciplinario que apunten a una calidad de vida cada vez mejor.

Capacitar al personal médico y a estudiantes de pregrado para el manejo de este grupo vulnerable de pacientes.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Álvarez. P; Pazmiño. L; Villalobos. A; Villacis. J. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores 2010. Pág. 15
2. Salvador. L; Cano. A; Cabo. I. Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Editorial médica panamericana. Buenos Aires 2002. Pág. 481
3. García. G; Vignolio. J; Contera. M; Murillo. N. Consumo de psicofármacos en el Centro de Salud Sayago. Montevideo. 1998. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2002v2/art6.pdf>
4. Salvador. L; Cano. A; Cabo. I. Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Editorial médica panamericana. Buenos Aires. 2002. Pág. 481
5. Salvador. L; Cano. A; Cabo. I. Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Editorial médica panamericana. Buenos Aires. 2002. Pág. 481
6. Martín. E; Molina. M. La Farmacoterapia en el paciente anciano. Editorial SESCOAM. Guadalajara-México. 2008. Pág. 2. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/farmacia/usoRacional/documentos/IX_03_FarmacoterapiaAnciano.pdf
7. Martín. M. Trastornos Psiquiátricos en el anciano. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple9.html>
8. P. Gil Gregorio. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Adultos Mayores en residencias a largo plazo. 2010. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/47740/>
9. López. J; La Depresión en el paciente Anciano. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf>
10. Lucero. R, Casali. G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Revista de Psiquiatría del Uruguay; Volumen 70 N° 2 Diciembre 2006. Disponible en: http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/06_emc_01.pdf

11. Nance. D; Instituto de Geriatria. Depresión en el Adulto Mayor. Disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf
12. Erazo. R. Psiquiatria en el Adulto Mayor en el Hospital General. 2009. Disponible en:
http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_20_2/07PSIQUIATRIA.pdf
13. Sosa. A; González. H. Depresión en el anciano. Disponible en:
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/sosaortiz.pdf>.
14. Alexopoulos. G. Weill Medical Collage of Cornell University. Nueva York. 2005. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/dat045/05919018.htm>
15. Morocho. I. Psiquiatria General. Editorial El Gato. Cuenca Ecuador. Pág. 201.
16. Cummings. J. "La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia"; Primary Psychiatry 2008; disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=69428>
17. Valdés. A; Miyar. M. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta Edición. American Psychiatric Association. Masson, S.A. Barcelona. 1994.
18. Lawlor. B; Importancia de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia; disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=65612>
19. Woods. B; Spector. A; Jones. C; Orrell. M; Davies. S. Terapia del recuerdo para la demencia. 2004. Disponible en:
<http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001120>
20. Birks. J; R. Harvey. Donepezil para la demencia en la enfermedad de Alzheimer. La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford. 2008. Disponible en:
<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=606&id=CD001190&lang=es&dblang=&lib=BCP>

21. Birks. I; Grimley. J; Lakovidou. V; Tsolaki. M; Holt. F. Rivastigmina para la enfermedad de Alzheimer. Biblioteca Cochrane Plus. Oxford. 2009. Disponible en:

<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=607&id=CD001191&lang=es&dblang=&lib=BCP>

22. Ayuso. T; Ederra. M; Manubens. J; Nuin. M; Villar. D; Zubicoa. J. Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. 2007. Pág. 53, 54, 55

23. Flint. A. "Trastorno de ansiedad generalizada en pacientes ancianos". Disponible en:

<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=62247#>

24. Castro. C; Esteban. B; Alberdi. J; Viana. C. "Ansiedad Generalizada". 2010. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/ansiedad-generalizada/>

25. Flint. A. "Trastorno de ansiedad generalizada en pacientes ancianos". Disponible en:

<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=62247#>

26. Bandelow. B; Zohar. J; Hollander. E; Kasper. S; Möller. H. "Guidelines for Anxiety. Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders". World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2002

27. Brunton. L; Lazo. J; Parker. K. Las bases farmacológicas de la Terapéutica. Mc Graw Hill. Décimo primera Edición. México. 2007. Pág. 429

28. Alarcón. R; Mazzotti. G; Nicolini. H. Psiquiatría. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Segunda Edición. Washinton. 2005. Pág. 649,650

10. ANEXOS

ANEXO 1:

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



**“PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSQUIÁTRICA Y ESTUDIO DE
UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS
CENTROS GERONTOLÓGICOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY”**

Formulario N°.....

Fecha actual:/...../.....

N° de Historia Clínica

1. Edad:

2. **Sexo:** Masculino Femenino

3. **Diagnóstico de Trastorno Psiquiátrico:** Si No

4. Trastorno Psiquiátrico:

Depresión:

Demencia:

Ansiedad:

Mixto:

Otro:

5. PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS (PRINCIPIO ACTIVO)	DOSIS PROMEDIO DÍA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN

5. Efectos Adversos Si No

Gastrointestinales

SNC

SNP

Renales

Cardíacos – Respiratorios

Cutáneos

4. Interacciones Medicamentosas Probables

Sí No

7. Si la respuesta es afirmativa ¿Con qué fármaco o fármacos?

Firma del Investigador:

ANEXO 2**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA****“PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSQUIÁTRICA Y ESTUDIO DE
UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS
CENTROS GERONTOLÓGICOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY”**

**Oficio de Solicitud para Directores de los Centros Gerontológicos
Cuenca, Julio de 2012**

Eco.

Noemí Ulloa

DIRECTORA DEL HOGAR SANTA ANA

En su despacho.

De mis consideraciones:

Nosotras Janina Crespo V, Sofía Criollo A y Jenny Cusco Q, estudiantes de sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Cuenca, nos dirigimos a usted de la manera más respetuosa, para solicitar su aprobación para la realización del proyecto de investigación que lleva como título “PREVALENCIA DE PATOLOGIA PSQUIATRICA Y ESTUDIO DE UTILIZACION DE PSICOFARMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLOGICOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY”. Dicha investigación servirá como requisito para la obtención del Título de Médico General.

Para conseguir el objetivo de investigación necesitamos conocer los diagnósticos de patología psiquiátrica existentes en su centro además de los psicofármacos usados en el tratamiento y las características de los mismos.

Por lo que muy comedidamente solicitamos autorice la realización de este trabajo de investigación en el Hogar Santa Ana, que Ud. tan acertadamente dirige. La investigación será realizada por las siguientes personas: Janina Crespo V. Sofía Criollo A y Jenny Cusco Q, quienes llevarán las credenciales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca.

Los datos necesarios para la investigación se obtendrá de las historias clínicas, por lo que no se trabajará directamente con los residentes del centro; dicha información será anotada en formularios realizados por las investigadoras, en el formulario no se incluirá datos que permitan la identificación de los pacientes. Los resultados de la investigación serán entregados a los Directivos de la Facultad de Ciencias Médicas con el análisis correspondiente.

En espera de que esta solicitud sea aceptada, le anticipamos desde ya nuestros sentimientos de consideración y estima.

Atentamente.

Janina Crespo V. Sofía Criollo A.

INVESTIGADORA INVESTIGADORA

Jenny Cusco Q.

INVESTIGADORA

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



**“PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSQUIÁTRICA Y ESTUDIO DE
UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS
CENTROS GERONTOLÓGICOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY”**

**DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES, SEGÚN CENTRO
GERONTOLÓGICO.**

Centro Gerontológico	Ubicación	Número
Hogar Cristo Rey	Cuenca	121
Hogar Miguel de León	Cuenca	44
Hogar Santa Ana	Cuenca	21
Comunidad Geriátrica Jesus de Nazareth	Cuenca	28
Clínica Geriátrica Los Jardines	Cuenca	20
Comunidad Geriátrica Nueva Esperanza	Cuenca	22
Casa de Acogida Plenitud	Cuenca	22
Residencia Geriátrica San Andrés	Cuenca	18
Casa del Abuelo (a)	Cuenca	15
Casa de Nuestros Mayores Antonio Granda Centeno	Paute	18
Residencia para adultos (as) mayores Virgen del Rosario	Pucará	5
Casa Hogar de ancianos de Nabón	Nabón	18
TOTAL		352

ANEXO 4

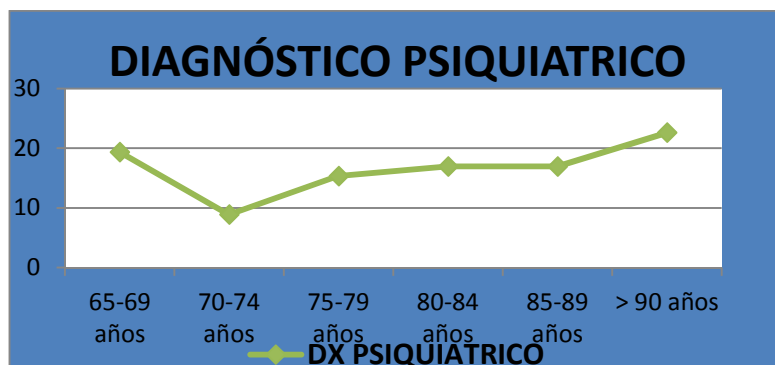
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



“PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSQUIÁTRICA Y ESTUDIO DE
UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS
CENTROS GERONTOLÓGICOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY”

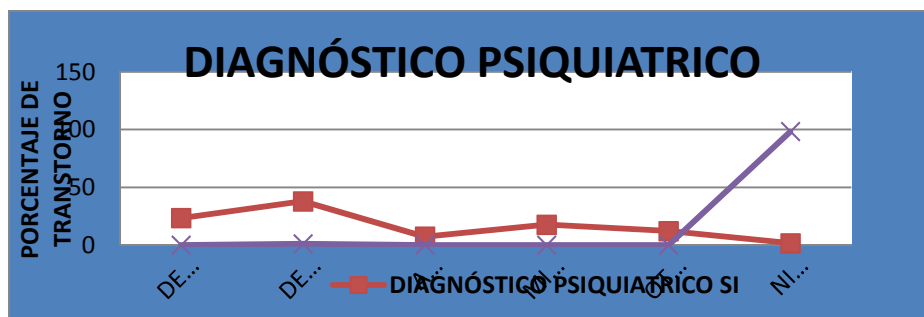
CUADROS Y GRÁFICOS ADICIONALES

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según Diagnóstico y edad. Centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.



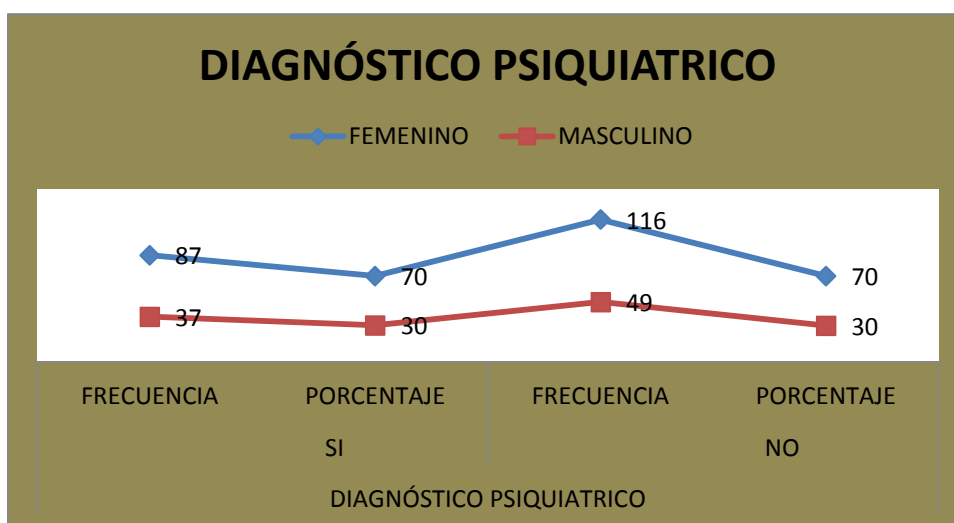
Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según administración de Psicofármacos y trastorno psiquiátrico, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.



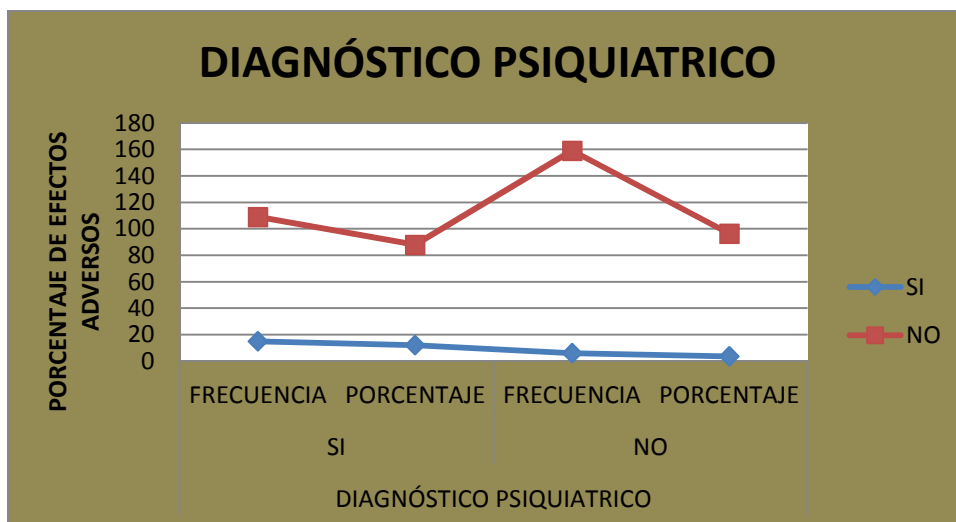
Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según Diagnóstico y sexo, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.



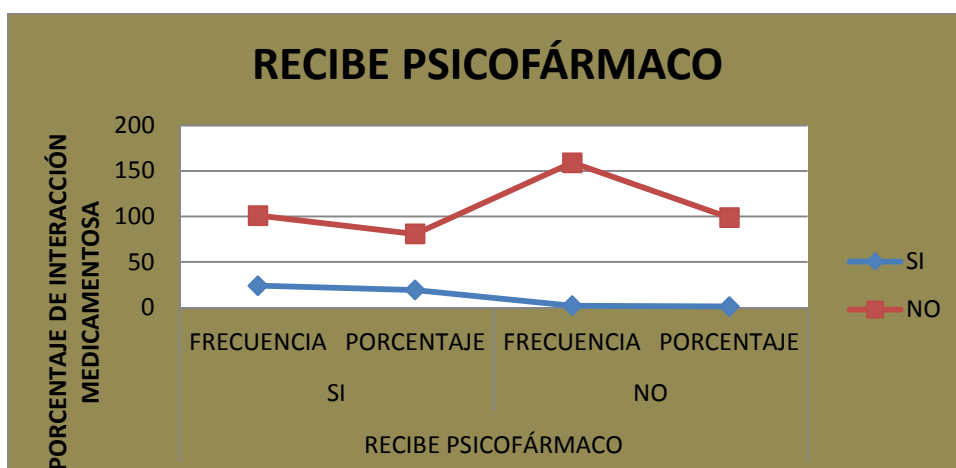
Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según diagnóstico y presencia de efectos adversos, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.



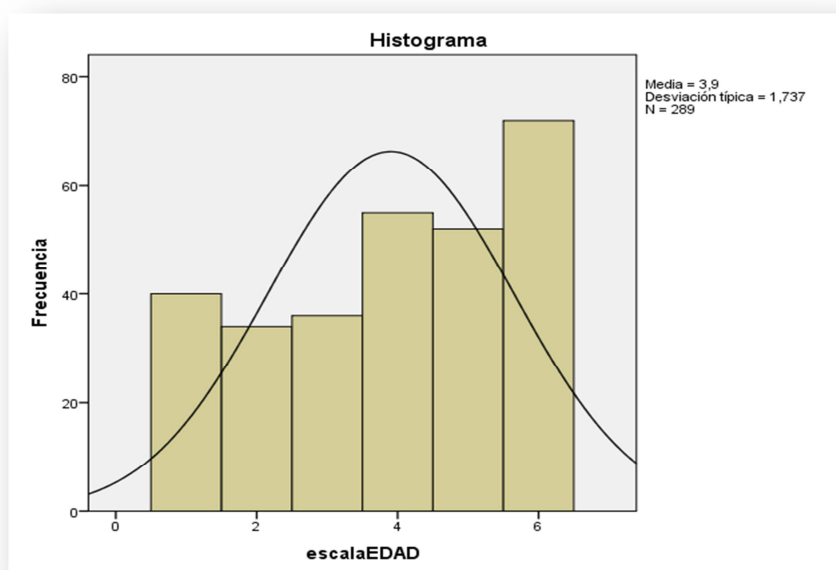
Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según recibe psicofármaco e interacción medicamentosa, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.



Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras

Distribución de 289 pacientes adultos mayores, según edad, centros gerontológicos del Azuay en el periodo Enero - Marzo de 2013.



Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaboración: las autoras