



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 82

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

**"DEPENDENCIA DE CLONAZEPAM EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN
CON RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "**

TESIS

INVESTIGADOR RESPONSABLE

PARA OBTENER AL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA ANGELINA RUIZ CARO.

ASESORA DE TESIS: DRA. ERIKA PINEDA CASTRO.

ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82

CO-ASESOR: M.E. JOSÉ JORGE TORRIJOS ZAVALA.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82

NÚMERO DE REGISTRO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN:

R-2022-1603-015

ZAMORA, MICHOACÁN. A ENERO DEL 2025.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 82**

Dr. Edgar Josué Palomares Vallejo

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dra. Gerardo Muñoz Cortes

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Eduardo Vega Espinosa

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 82

Dr. Andrés Eusebio Olalde Gil

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 82

Dr. José Jorge Torrijos Zavala

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar Sede Zamora



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO
CHÁVEZ"

DR. VICTOR HUGO MERCADO GÓMEZ

Director de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez

DRA. MARTHA EVA VIVEROS SANDOVAL

Jefe de subdivisión de Medicina Familiar de la UMSNH, división de estudios de posgrado

DR. CLETO ÁLVAREZ AGUILAR

Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar, división de estudios de posgrado

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social que por medio de la Unidad de Medicina Familiar No. 82 me abrió las puertas para formar parte de esta gran institución, que me brido y me dio los medios para formar al Médico Familiar que ahora soy.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, máxima casa de estudios a la cual he pertenecido desde hace 12 años, siendo la máxima casa de estudios de nuestro estado, siendo cuna de héroes, crisol de pensadores.

DEDICATORIA

Dedicada a mi familia quien siempre estuvo a un lado mío, para lograr esta y más metas que me he planteado, a mi mama Esther, mi papa J. Guadalupe y a mi hermano Margarito, por siempre, estar cuando los necesitaba, cuando me encontraba cansada de post guardia, cuando estaba triste por tener que alejarme, porque tenía guardia, fue un sueño que tuve y que, gracias a ellos, lo cumplí.

A mi abuelita y mi tía por darme hospedaje, alimento y apoyo, cuando realice mi residencia.

A mi prima hermana Rosa por haber crecido juntas y ahora cumplimos nuestras metas juntas.

A mis sobrinos y ahijados, por ser una motivación, en los días que yo me encontraba cansada y me recargaban con sus abrazos y cariños.

Dedicado a Salvador, quien ha estado conmigo desde el inicio de este sueño de ser médica, quien soporto guardias, portguardias, desvelos y siempre estaba ahí para motivarme y desearme lo mejor.

A mis amigos de residencia, que más que amigos, formamos una familia, en la cual tuvimos crisis paranormativas y normativas, pero creamos una amistad y unión que nunca se podrá romper, Dany, Brenda, Mariana, Aviña, Dion, Johnatan, Lorena, Aldo, Xóchitl. Los quiero.

A mis profesores de residencia médica, por poner parte de su conocimiento, paciencia y consejos para llegar a ser especialista y más que eso, a ser humana, como siempre nos lo inculco nuestro maestro, amigo el Dr. Torrijos. A la Dra. Erika Pineda Castro, quien fue mi asesora de tesis, para realizar este proyecto.

A Dios, por estar presente en mis oraciones y cuando más lo necesitaba.

INDICE

I.	RESUMEN	1
II.	ABSTRACT	2
III.	ABREVIATURAS	3
IV.	GLOSARIO	4
V.	RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS	5
VI.	INTRODUCCIÓN	6
VII.	MARCO TEÓRICO	7
a.	ANTECEDENTES	7
b.	CAÍDAS	8
c.	BENZODIACEPINAS	9
d.	HISTORIA	9
e.	MECANISMO DE ACCIÓN	9
f.	USO	10
g.	EFFECTOS ADVERSOS DE LAS BENZODIACEPINAS	10
h.	DEPENDENCIA	11
i.	ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	12
j.	ESCALAS DE MEDICIÓN	13
k.	ESCALA DE SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN BENZODIACEPINAS	13
l.	ESCALA DE DOWTON	13
VIII.	JUSTIFICACIÓN	14
IX.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
X.	OBJETIVOS	18
XI.	HIPÓTESIS	18
XII.	MATERIAL Y MÉTODOS	18
a.	DISEÑO DEL ESTUDIO	18
b.	POBLACIÓN DE ESTUDIO	18
c.	TAMAÑO DE LA MUESTRA	19
d.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	20
e.	CUADRO OPERALIZACIÓN VARIABLES	21

f.	DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO.....	23
g.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
h.	ASPECTOS ÉTICOS	26
i.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	27
XIII.	RESULTADOS	28
XIV.	DISCUSIÓN	33
XV.	CONCLUSIONES	35
XVI.	RECOMENDACIONES	36
XVII.	BIBLIOGRAFÍA.....	37
XVIII.	ANEXOS	40
a.	Hoja de Registro ante el Comité de Investigación	40
b.	Consentimiento Informado.....	41
c.	Instrumento de recolección de datos	45
d.	Instrumentos y encuestas	46
e.	Carta de no inconveniente.....	48

I. RESUMEN

Ruiz-Caro MA, Pineda-Castro E, Torrijos-Zavala JJ.

DEPENDENCIA DE CLONAZEPAM Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR EN UNA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR.

ANTECEDENTES

El uso de clonazepam ha ido en aumento, debido a la demanda que tienen los adultos mayores, por tener necesidad de su consumo para conciliar el sueño, está documentado la serie de efectos adversos que este fármaco causa, entre ellos riesgo de caída y dependencia.

OBJETIVO

Identificar la dependencia de clonazepam y el riesgo de caídas en el adulto mayor de una Unidad de Medicina Familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Transversal analítico, en adultos mayores de 65 años de la UMF 82, se aplicó la Escala de severidad de la dependencia y se valoró a los pacientes con la escala de Dowton para conocer el grado de dependencia al clonazepam y el riesgo de caídas, los pacientes con dependencia serán derivados con su Médico Familiar. Se utilizó la Prueba de Ji Cuadrada de Bartlett para demostrar la homogeneidad de varianzas con nivel de significancia estadística: $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se aplicaron 190 encuestas a pacientes, donde se identificaron un 20.5% de pacientes dependientes al clonazepam y un 79.5% no dependientes al clonazepam, valoradas con la Escala de Severidad de Dependencia a las benzodiacepinas. Y se asocia un 93.2% con riesgo de caída, y solo un 6.8% sin riesgo de caída, evaluado con la escala de Downton.

CONCLUSIONES

La prescripción de clonazepam debe hacerse bajo control donde se puedan realizar intervenciones como educación, consejería, revisión de aspectos farmacológicos, esquemas de disminución gradual y psicoterapia cognitiva conductual, con el objetivo de prevenir la dependencia o el consumo inadecuado de este fármaco.

PALABRAS CLAVE. Dependencia, clonazepam, riesgo, caída

II. ABSTRACT

Ruiz-Caro MA, Pineda-Castro E, Torrijos-Zavala JJ.

DEPENDENCE ON CLONAZEPAM AND ITS RELATIONSHIP WITH THE RISK OF FALLS IN THE ELDERLY IN A FAMILY MEDICINE UNIT.

BACKGROUND

The use of clonazepam has been increasing, due to the demand that older adults have, because they need its consumption to fall asleep, the series of adverse effects that this drug causes is documented, including risk of fall and dependence.

OBJECTIVE

To identify clonazepam dependence and the risk of falls in the elderly in a Family Medicine Unit.

MATERIAL AND METHODS

Cross-sectional analytic study, in adults over 65 years of age from the UMF 82, the Dependency Severity Scale was applied and patients were assessed with the Dowton scale to know the degree of dependence on clonazepam and the risk of falls, patients with dependence will be referred to their Family Physician. The Chi-Square Test of Bartlett to demonstrate the homogeneity of variances with a level of statistical significance: $p < 0.05$.

RESULTS

A total of 190 patient surveys were conducted, identifying 20.5% of patients dependent on clonazepam and 79.5% not dependent on clonazepam, assessed with the Benzodiazepine Dependence Severity Scale. And 93.2% are associated with a risk of falling, and only 6.8% without a risk of falling, assessed with the Downton scale.

CONCLUSIONS

The prescription of clonazepam should be done under control where interventions such as education, counseling, review of pharmacological aspects, gradual reduction schemes and cognitive behavioral psychotherapy can be carried out, with the aim of preventing dependence or inappropriate consumption of this drug.

KEYWORDS. Dependence, clonazepam, risk, fall

III. ABREVIATURAS

GABA: Ácido Gamma Amino – butírico

SNC: Sistema Nervioso Central

SDS: Escala de Severidad de la Adicción a Benzodiazepinas

BZD: Benzodiazepinas

ENASEM: Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México ()

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

UMF: Unidad de Medicina Familiar

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

IV. GLOSARIO

Dependencia: Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y el fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso incontrolable por tomar el fármaco, en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a su vez, para evitar el malestar producido por su supresión.

Adicción: Dependencia de sustancias o actividades nocivos para la salud o el equilibrio psíquico.

Benzodiacepinas: Son fármacos depresores del sistema nervioso central, funcionan aumentando la acción del neurotransmisor Ácido Gamma Amino – butírico (GABA), el cual tiene un efecto inhibitorio.

Caída: Evento que es la consecuencia, de cualquier acontecimiento que precipita, al paciente al piso contra su voluntad.

Envejecimiento: Etapa que conlleva un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, ya que a lo largo del tiempo se acumulan una gran variedad de daños moleculares y celulares.

Prevención: Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.

Ansiolítico: Medicamento que se usa para tratar los síntomas de ansiedad, como los sentimientos de temor, terror, incomodidad y tirantez muscular, que se puede presentar como reacción a la tensión.

Polifarmacia: Empleo de múltiples medicamentos, por lo general más de cinco fármacos al día.

Insomnio: Es un trastorno del sueño, que tiene dificultades para conciliar el sueño, para mantenerse dormido o para lograr un sueño de buena calidad.

Abstinencia: Término utilizado para describir los síntomas físicos y mentales de una persona cuando deja de consumir o reduce de manera repentina el consumo de una sustancia adictiva.

Depresión: Es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.

Prescripción: Nota escrita por un médico en la que se indica el medicamento, que debe proporcionarse a un paciente, así como las normas para su correcta administración.

Riesgo: Se define como la combinación de la probabilidad que se produzca un evento y sus consecuencias negativas.

V. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

GRÁFICA 1.- ESCALA DE DEPENDENCIA

GRÁFICA 2.- RIESGO DE CAÍDA

TABLA 1.- TABLA SOCIODEMOGRÁFICA

VI. INTRODUCCIÓN

Con el aumento de envejecimiento en la población, se impone la necesidad de profundizar del estudio de esta etapa de la vida, por todos los factores que conlleva, desde comorbilidades, polifarmacia, deficiencias sensoriales, auditivas y motoras, para poder ofrecer una mejor calidad de vida en esta etapa. (2)

El tema de dependencia a benzodiacepinas es un tema muy debatido por los efectos adversos que estos tienen y pueden llegar a repercutir a la vida social, familiar e individual del paciente. (11) Una parte importante es explicar al paciente la verdadera función, que tiene el clonazepam, efectos adversos y dosis.

El uso incorrecto del clonazepam, es un problema que se presenta a nivel mundial, de las etapas de la vida con mayor prescripción es en el paciente de la tercera edad, la principal causa porque lo solicitan a su médico, es porque tienen insomnio y para sus conocimientos la función principal de este fármaco es la solución a su problema, como generar somnolencia. (8)

En los últimos años, han interpretado las caídas como algo "natural o esperado" por el déficit muscular, óseo, que los pacientes sufren con el envejecimiento, con la serie de cambios que incluyen también aspectos psicológicos, sociales y fisiológicos. Siendo considerada una de las principales causas, la polifarmacia, de los fármacos más asociados a esto, son las benzodiacepinas, principalmente clonazepam.

Es importante reconocer, la dependencia que este fármaco ocasiona, porque la población se auto medica, por conocer erróneamente el uso de clonazepam, generando una serie de efectos adversos como lo son: amnesia, somnolencia, a la falta de concentración, falta de coordinación, debilidad muscular y mareo. (10)

Una alternativa, para esta situación es conocer el problema, para poder implementar medidas, para solucionar el insomnio, empezando desde medidas higiénicas del sueño, hacer del conocimiento de los pacientes los efectos adversos que el clonazepam tiene a corto y largo plazo y el uso de medicamentos, que no provoquen diversos efectos adversos y principalmente no causen dependencia.

VII. MARCO TEORÍCO

ANTECEDENTES

El envejecimiento se manifiesta por diversos cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores genéticos, ambientales y factores de riesgo a los que se exponen nuestros adultos mayores. La tercera edad es una etapa de la vida llena de adaptaciones y transiciones a las pérdidas en la vida del ser humano. Algunos de los cambios dependerán de las condiciones de salud del adulto mayor, como un cambio de residencia, discapacidad; cambios sociales, por ejemplo, las pérdidas de familiares, amigos, conocidos o incluso su jubilación. **(1)**

Los episodios de depresión, ansiedad, sentimientos de abandono, son problemas que pueden condicionar el aislamiento de este grupo etario a la sociedad, se pudiera atribuir a la pérdida de relaciones de papeles principales, principalmente dentro de las esferas ocupacionales. Así que el mismo concepto que se tiene de las personas adultas mayores, de no ser capaces de llevar una vida independiente y su aislamiento de la sociedad es lo que los hace ser dependientes. **(2)**. La edad adulta, se considera una de las etapas donde se puede alcanzar la plenitud en la vida del ser humano. Aun así, desafortunadamente existen obstáculos tales como enfermedades crónico-degenerativas o de otro tipo, falta de red de apoyo (abandono), discapacidades, dependencia económica, polifarmacia. En cambio, un adulto mayor que llega a esta etapa de su vida con salud, puede hacer aportaciones después de ser retirado de su vida laboral. Es muy importante seguir involucrando a las personas adultas mayores en cada una de nuestras actividades, para que cada uno de ellos sienta que realiza una aportación familiar y por lo tanto social. **(2,3)**

La población del adulto mayor, se considera una población complicada de tratar, ya que la mayoría de los pacientes de esta etapa, padecen múltiples enfermedades y se encuentran en tratamiento con una polifarmacia. **(3,4)**

El deterioro tanto mental como físico de una persona de la tercera edad, la hace vulnerable a una serie de acontecimientos que llegan a desarrollar trastornos psicológicos y psiquiátricos, para los trastornos conductuales, los estados depresivos, la hipertensión arterial, las ideas suicidas y los síntomas psicóticos, que conlleva a iniciar tratamientos con medicamentos controlados, tales como las benzodiacepinas. A pesar de sus contraindicaciones y múltiples estudios que existen acerca de su uso, se confirma su eficacia de estas sustancias en el tratamiento de ansiedad e insomnio pero todo esto bajo prescripción médica especializada, con dosis exactas para cada paciente y

explicando todos los efectos adversos que estas pueden ocasionar. Estos fármacos también deterioran el desempeño cognitivo y la memoria, afectan de manera adversa el control motor y potencian los efectos de otros sedantes. **(3,5,6)**

CAÍDAS

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, definiremos caída como un evento que es la consecuencia, de cualquier acontecimiento que precipita, al paciente al piso contra su voluntad. Esta suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo. La caída es un síndrome geriátrico de naturaleza multifactorial y es considerada un problema de salud pública que tiene consecuencias físicas, sociales y psicológicas. También definido como un evento involuntario en el cual hay pérdida del equilibrio, y como consecuencia el cuerpo cae al suelo o sobre una superficie firme. **(2,7,8)**

La Organización Mundial de la Salud, nos proporciona una clasificación, que divide a las caídas en 2, bajo una situación de causalidad y bajo criterios de tiempo de permanencia en el piso, describiéndose de la siguiente forma: Caída accidental: es aquella que se produce por una causa ajena a la persona en un ambiente peligroso. (Pisos mojados, barreras arquitectónicas). Caída de repetición o no justificada: es donde se hace patente la persistencia de factores predisponentes con la polifarmacia o alguna morbilidad que tenga el adulto mayor. Caída de estancia prolongada en el piso: Es aquella en la que la persona de la tercera edad, permanece en el suelo por un tiempo de más de 15 minutos con incapacidad para levantarse sin ayuda. **(8,9)**

Las caídas lamentablemente, no se han considerado con gran importancia porque la sociedad, la asocia como un evento normal que le puede ocurrir a una persona adulta mayor. Para ello es muy importante conocer cuáles son las principales causas que favorecen una caída, que puede llegar de tener consecuencias leves a consecuencias más severas, como puede ser la muerte, entre las causas que existen de este gran problema, se asocia el uso de benzodiacepinas por el adulto mayor. **(9,10)**

Las caídas son un problema importante para la salud pública en todo el mundo. Se calcula que anualmente se producen 684 000 caídas mortales, lo que convierte a este problema en la segunda causa mundial de defunción por traumatismos involuntarios, por detrás de las colisiones de tránsito. Más del 80% de las defunciones relacionadas con caídas se registran en países de ingresos medianos y bajos; de ellas, el 60% se producen en las regiones del Pacífico Occidental y de Asia

Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden a los mayores de 60 años en todas las regiones. La caída es considerada un evento externo dentro de los códigos W00-W19 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), incluye aquellas que ocurren desde la propia altura, de un nivel a otro y otras no especificadas; y causas extrínsecas que están relacionadas con el medio ambiente como la presencia de piso resbaladizo, tapetes sueltos, ausencia de barras de apoyo, muebles altos, piso irregular, animales domésticos, uso de zapatos inadecuados, entre otras que suelen ocurrir durante la realización de las actividades **(8,10)**

BENZODIACEPINAS

HISTORIA

Desde el inicio de la humanidad, el hombre primitivo sintió los sufrimientos de la enfermedad recurrió a un semejante en busca de alivio y éste trató de ofrecérsela en la medida de sus rudimentarios conocimientos y medios, desde las primeras etapas se hizo evidente que la utilidad de los diferentes medios empleados estaba en lo que tenía a su alcance. **(5)** El desarrollo de las benzodiazepinas comenzó en 1950 y fue en 1960 que se patentó la primera de ellas, fueron creadas en 1955 por Leo Sternbach en la filial americana de la multinacional farmacéutica Roche, el metaminodiazepóxido (en 1957 fue sintetizada la primera benzodiazepina, que fue el clordiazepóxido). Poco después, en 1963 se patentó el Diazepam, fármaco de mayor potencia ansiolítica y mayor efecto relajante muscular, en 1963 se lanzó al mercado y se convirtió en el fármaco más exitoso de la historia de la farmacología. Durante los últimos 20 años se ha presentado un incremento importante en el consumo de los psicofármacos a nivel mundial, siendo las benzodiazepinas las de mayor uso. **(6,9,10)**

MECANISMO DE ACCIÓN

Funcionan aumentando la acción del neurotransmisor Ácido Gamma Amino – butírico (GABA), el cual tiene un efecto inhibitorio. Aproximadamente un 40 % de las neuronas del cerebro responden al GABA y las benzodiazepinas aumentan el efecto de este neurotransmisor, ejerciendo de esta forma una acción inhibitoria adicional en las neuronas. El incremento de la actividad inhibitoria del GABA causada por las benzodiazepinas, disminuye la formación de neurotransmisores excitatorios que participan en las funciones involucradas en el estado normal

de vigilia y alerta, memoria, tono muscular, coordinación, respuestas emocionales, secreciones de las glándulas endocrinas, control del ritmo cardíaco y otras. (9)

USO

Las benzodiacepinas son fármacos depresores del sistema nervioso central, que usadas en la práctica médica como terapia para la ansiedad, el insomnio entre otros. Las benzodiacepinas como: alprazolam, clordiazepóxido, clonazepam, clorazepato, diazepam, lorazepam y oxazepam, son eficaces en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de pánico y la ansiedad situacional. Además de sus efectos ansiolíticos, estos psicofármacos generan acciones sedantes hipnóticas, anestésicas, relajantes, anticonvulsivas y relajantes musculares en dependencia de las dosis utilizadas. El término agitación que se presenta frecuentemente en la edad adulta, hace referencia a una serie de anomalías en el comportamiento, entre las que destacan la agresividad verbal o física, así como la inquietud motora. Algunas de las causas que generan estos episodios en el anciano pueden ser muy variables, pero existen tres fundamentales, cuyo diagnóstico diferencial es imprescindible para un adecuado manejo terapéutico. Estas son delirium, demencia y el comienzo o exacerbación de un síndrome psiquiátrico puro, que conlleva al uso de las benzodiacepinas para lograr un manejo de tal afección. (11,12,13)

EFFECTOS ADVERSOS DE LAS BENZODIACEPINAS

El efecto más importante de las benzodiacepinas es que provoca un efecto ansiolítico, que da como resultado, la mayoría de los síntomas de abstinencia de tipo agudo son aquellos que están relacionados con la ansiedad. Estos síntomas comprenden la hipersensibilidad a los estímulos sensoriales (la luz, las sensaciones táctiles, gustativas, olfativas y el ruido) así como las distorsiones de la percepción, entre las cuales podemos mencionar como ejemplos la sensación de que el suelo se mueve con movimiento ondulante, las sensaciones de movimiento en general, la impresión de que las paredes o el suelo se inclinan, la sensación de caminar sobre algodón, que condiciona un factor de riesgo para provocar una caída en el adulto mayor. Los síntomas van desde la somnolencia, a la falta de concentración, falta de coordinación, debilidad muscular y mareo. Puede provocar el deterioro de la memoria: como amnesia, un efecto que se utiliza cuando estas drogas se administran como pre medicación antes de operaciones de cirugía mayor o en intervenciones de cirugía menor. Estas drogas estimulan un déficit específico en la memoria episódica, que corresponde al recuerdo de eventos recientes, las circunstancias en que sucedieron,

así como su secuencia cronológica que originan confusión mental. La administración conjunta de alcohol y otras drogas de acción sedante con las benzodiacepinas puede aumentar la depresión del SNC y, ocasionalmente, alterar la función respiratoria. **(10,11)**

DEPENDENCIA

El uso habitual de benzodiacepinas puede dar lugar a dependencia tanto física como psíquica, abstinencia y psicosis tanto física como psíquica. **(10,14).**

Las benzodiacepinas provocan activación de las neuronas dopaminérgicas en el segmento ventral (liberación de dopamina en el área mesalímbica), la subunidad alfa-1 del ácido gamma-aminobutírico (GABA). El potencial adictivo de las benzodiacepinas (clonazepam) es similar a otras sustancias adictivas. Se puede desarrollar dependencia sin aumento de la tolerancia, con una dosis baja puede provocar síntomas de abstinencia. Entre los síntomas que se desarrollan en la abstinencia a benzodiacepinas son: en área mental, temblor, inquietud, ansiedad, depresión, cambios de humor, trastornos de concentración, de memoria, insomnio, mareo, agitación, disforia, en casos extremos delirio, síndrome de confusión y pensamientos paranoides, en efectos psicovegetativos apetito y pérdida de peso, taquicardia, alteraciones visuales, boca seca, tinnitus, somnolencia, náuseas, problemas circulatorios, dolor de pecho, molestias gastrointestinales. Neuropsiquiátricos fobia, trastornos de la percepción (hipersensibilidad al ruido, etc.) y epilepsia. Las características típicas de dependencia a benzodiacepinas: es necesario para los pacientes, para realizar su vida cotidiana, lleva años consumiendo clonazepam, su ingesta no puede disminuir por sus síntomas de abstinencia, aumentan las dosis, sin prescripción. **(14)**

El empleo de medicamentos psicotrópicos, medicamentos cardiovasculares, y antiinflamatorios no esteroides se relacionan al riesgo de caídas, el mecanismo por el cual estos medicamentos incrementan el riesgo de caída no es bien conocido, pero implica la hipotensión ortostática, la sedación, los trastornos de sueño, los mareos y otros trastornos de sistema nervioso central. **(17,18)**

El proceso de envejecimiento y los cambios fisiológicos del cuerpo, hacen a esta población más propensa a sufrir un deterioro mental y físico, la reducción de la vida laboral activa y un incremento en la demanda de asistencia y servicios de salud son algunos de los retos a los que se enfrenta los sistemas de salud de todo el mundo, que puede llevar al adulto mayor a una pérdida de capacidad

funcional, alteraciones psicológicas y sociales. Es importante la identificación de estos factores de riesgo, para poder contribuir el cuidado del adulto mayor y la prevención de caídas. **(18)**

Con las benzodicepinas se da la particularidad que dos de sus efectos adversos frecuentes, tolerancia y dependencia, son el sustrato básico para la persistencia de una prescripción inadecuada y un consumo creciente, de causa multifactorial. Para evitar esta dependencia se recomienda la educación al adulto mayor, explicando normas higiénicas para el tratamiento del insomnio y de la ansiedad; antes de iniciar manejo con psicofármacos, también un diagnóstico adecuado, tratar la causa nuclear del problema, tratamiento con benzodicepinas específicas y en dosis adecuadas, ajustándose a las necesidades del paciente, precaución en ciertos casos: como pacientes de edad avanzada, hepatopatías, polifarmacia, embarazo, adicciones, riesgo de suicidio y otras poblaciones especiales **(18,20)**

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Las estrategias de prevención de las caídas deben ser integrales y polifacéticas; dar prioridad a las iniciativas de salud pública e investigaciones, investigar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas seguras, apoyar políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo para el adulto mayor y así pueda realizar sus actividades cotidianas; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas, impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación. **(19).**

Se pueden realizar intervenciones en el momento prescripción como educación, consejería, revisión de aspectos farmacológicos, esquemas de disminución gradual, cartas de motivación, consejería estandarizada y psicoterapia cognitiva conductual. Pero es importante implementar alguna de estas maniobras simultáneamente, ya que esto demostró mejor resultado, hasta el empleo de una plática informativa al paciente ha demostrado eficacia y beneficio al paciente. Recordar y educar al paciente con una adecuada higiene del sueño es la base para el tratamiento de trastornos del sueño, tales como no tener una cena pesada, no ver películas de terror o noticias que influye en la tranquilidad del paciente, dormir en un entorno adecuado. **(14,20)**

La creación de planes de cuidados individualizados favorece la atención del adulto mayor en su casa, al mantener y preservar su autonomía e independencia funcional, además de su perspectiva

de vida al evitar los diferentes eventos adversos, mejoraran una calidad de vida en las personas de la tercera edad. **(19,20)**

ESCALAS DE MEDICIÓN

Escala de Severidad de la Adicción a Benzodiacepinas (SDS)

Presenta un valor moderado en el índice de fiabilidad (Alpha de Cronbach = 0,813). El coeficiente de correlación intraclase es significativo (0.67-0.81 $p < 0.0001$). La media global de las puntuaciones en el cuestionario es de 5.24 con una desviación típica de 3.71. La medida de los ítems muestra que estos se encuentran distribuidos a lo largo del continuo 'severidad de la dependencia'. Los ítems 1 y 2 son los que se encuentran más próximos entre sí, y este último es el que presenta un mayor valor de escala; es decir, es el ítem que se encuentra en el extremo que corresponde a un mayor grado de severidad de la dependencia. contiene 5 ítems, todos ellos están explícitamente relacionados con componentes psicológicos de dependencia. Se relacionan con la falta de control sobre el consumo y con la ansiedad y preocupación y la ansiedad en el uso de drogas. **(21,22)**

Escala de Downton

Internacionalmente se utiliza la escala de Downton como medidor de calidad en los hospitales para clasificar el riesgo a caer y luego diseñar la estrategia de prevención de la caída y sus consecuencias. Su estructura se basa en el interrogatorio al paciente o al cuidador. Considera los trastornos de la marcha y el equilibrio como factor significativo, al igual que el consumo de medicamentos y algunas enfermedades, con la ocurrencia de caídas en el anciano. Si la puntuación en la Escala de Downton es mayor de 3 se considera que existe riesgo de caídas. **(23)**

VIII. JUSTIFICACIÓN

El consumo de clonazepam, ha aumentado a lo largo de los años, principalmente en la población de la tercera edad, debido a múltiples causas, desde factores psicológicos y sociales. Lo que hace que la población mayor de 65 años, inicie el tratamiento con benzodiacepinas, para poder tratar diferentes afectaciones, como el insomnio principalmente. En Latinoamérica 36% de la población adulta mayor es diagnosticada con Trastornos del sueño, de los cuales 49.5% consumen benzodiacepinas, siendo el clonazepam el más utilizado con un 68%. Realmente, la dependencia a benzodiacepinas sólo aparece en el 15 % de los pacientes sometidos a tratamientos prolongados. En México, 12 millones de personas son adultos mayores, de las cuales 10 por ciento son dependientes, con necesidad de cuidados; 20 por ciento presenta alguna dificultad para realizar sus actividades diarias y 70 por ciento goza de buena salud, de acuerdo con Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2018) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). En la Unidad de Medicina Familiar 82 de Zamora tiene 15,181 pacientes adultos mayores de 65 años, siendo 7,177 derechohabientes que consumen benzodiacepinas, lo cual es una cifra alarmante por ser un alto porcentaje de pacientes consumidores de clonazepam.

A lo largo de los años, se han asociado las caídas con los adultos mayores, determinando esto, como una entidad “normal”, sin embargo, debemos tener en cuenta que no lo tenemos que considerar así, se tiene que conocer que una de las principales causas, es el uso de fármacos y principalmente estos psicofármacos.

Los benzodiacepinas son fármacos que actúan a nivel del sistema nervioso central, se conocen que algunos de los efectos adversos a su uso, van desde sedación, somnolencia, falta de coordinación, debilidad muscular, mareo y pueden provocar el deterioro de la memoria. El empleo frecuente y su mal uso de estos fármacos, principalmente clonazepam, puede dar lugar a dependencia, tanto física como psíquica. Lamentablemente la población de la tercera edad se caracteriza por tener en mayor número efectos secundarios por estos fármacos, debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que surgen en esta etapa de la vida.

Es considerable, tomar en cuenta, que la suma de tener a una persona adulta mayor más el consumo de benzodiacepinas, nos pueden ocasionar desde consecuencias leves a graves, como lo puede ser fracturas principalmente y se genere un síndrome postcaída, creando inseguridad a la persona de la tercera edad, para realizar sus actividades cotidianas, afectando todo su entorno social.

En la Unidad de Medicina Familiar 82 se ha observado el aumento del consumo de clonazepam en los pacientes adultos mayores, generando dependencia y prescripción por años sin alguna indicación terapéutica, automedicación, llevando a un difícil retiro de este fármaco.

Por todo lo anterior consideramos importante identificar la relación que existe entre la dependencia al clonazepam y el riesgo de caídas en el adulto mayor de la UMF 82.

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, se ha presentado un incremento importante en el consumo de los psicofármacos a nivel mundial, siendo las benzodiacepinas uno de los fármacos más prescritos en la población del adulto mayor. (1)

México cuenta con 126 millones 14 mil. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la dinámica demográfica del año 2018 se muestra que el 12.3% de la población en México corresponde a la población adulta mayor, demostrando una inversión en la pirámide poblacional con incremento de la esperanza de vida favoreciendo así el incremento de la población de adultos mayores 36% de éstos, son diagnosticados con trastornos del sueño 49.5% en tratamiento y con benzodiacepinas principalmente el clonazepam. En la Unidad de Medicina Familiar 82 de Zamora cuenta con 7,177 pacientes mayores de 65 años que consumen clonazepam, que ha ido incrementando a lo largo de los últimos años, generando dependencia y un mayor riesgo de caída.

Las caídas en las personas adultos mayores comúnmente se asocian con otras entidades nosológicas como fracturas, inmovilidad, síndrome de fragilidad o estrés postraumático. Los accidentes, dentro y fuera del domicilio, son la 6ª causa de morbilidad en mayores de 65 años en México y ocupan la 5ª causa de muerte en las personas adultas mayores; de éstos, el 70% se deben a caídas.

Las benzodiacepinas son utilizadas frecuentemente para el insomnio, tratamiento de la ansiedad, trastornos convulsivos, síndrome de abstinencia al alcohol, anestesia, cirugía menor y algunas enfermedades neuromusculares. Estos medicamentos son poco recomendados en adultos mayores por 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, para poder lograr los efectos esperados, especialmente en los hipnóticos o anticonvulsivos. (1,3)

Los adultos mayores constituyen una población de riesgo con respecto al uso de benzodiacepinas. Esto está dado por la presencia de patologías crónicas, por la polifarmacia y por presentar disminución en la capacidad del hígado para poder metabolizar estos fármacos, debido a los cambios fisiopatológicos propios del envejecimiento, lo que conlleva a una toxicidad que puede llegar a ser muy significativa. (3)

Dentro de los efectos adversos de los benzodiazepinas son: síndrome confusional, sedación y la inversión del ritmo nictemeral, reacciones paradójicas, empeoramiento del insomnio, pesadillas, agitación, nerviosismo. Estas reacciones no son dependientes de la dosis, pueden producirse a las pocas horas de la administración; el efecto relajante muscular que aumenta el riesgo de caídas y, por tanto, de fracturas. Con el clonazepam encontramos que dos de sus efectos adversos frecuentes, tolerancia y dependencia, son el sustrato básico para la persistencia de una prescripción inadecuada y un consumo creciente. (5)

Es posible que los antidepresivos ocasionen caídas a través de mecanismos como sedación, el insomnio, los tiempos de reacción más lentos, hipotensión ortostática, deterioro del equilibrio y las alteraciones electrolíticas, que ponen en riesgo la salud del adulto mayor. (6)

Por lo anterior, planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Qué relación tiene la dependencia de clonazepam en el adulto mayor con el riesgo de caídas de la Unidad de Medicina Familiar 82?

X. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la dependencia de clonazepam y el riesgo de caídas en el adulto mayor de una Unidad de Medicina Familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Analizar el riesgo de caída por uso de clonazepam.
2. Identificar la dependencia a clonazepam.

XI. HIPÓTESIS

1. EL USO DE CLONAZEPAM GENERA DEPENDENCIA DE UN 15%
2. EL USO DE CLONAZEPAM SE RELACIONA CON MAYOR RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

XII. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

TIPO DE INVESTIGACIÓN: ANALÍTICO, OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL, DESCRIPTIVO.

SEDE DEL ESTUDIO.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 82 ZAMORA

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adultos mayores de 65 años, que acuden a consulta de Medicina Familiar, de una Unidad de Medicina Familiar, que se desarrolló en un periodo de tiempo de 1 año 4 meses.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Cálculo de tamaño muestra finita

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la Población o Universo

Z = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

e = Erro de estimación máximo aceptado

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

Nivel de confianza	Z_{α}
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

curra el evento estudiado

PARAMETRO	INSERTAR VALOR
N	7,177
Z	1.96
P	15.00%
Q	85.00%
E	5.0%

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 190.74

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRÍTERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 65 años derechohabientes IMSS en UMF 82.
- Pacientes que tengan prescripción de uso de clonazepam.
- Pacientes que acepten la participación y firmen el consentimiento informado.

CRÍTERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con alguna discapacidad visual y auditiva desde antes del uso de clonazepam.
- Pacientes con secuelas de un evento cerebral vascular.
- Pacientes con prótesis de piernas, uso de bastón por alteraciones físicas que no sean por el envejecimiento y que se hayan presentado antes del uso de clonazepam.

CRÍTERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que decidan retirarse del proyecto.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Riesgo de Caída

VARIABLE INDEPENDIENTE

Dependencia de uso de clonazepam

VARIABLES DE CONTROL

Adulto mayor (edad)

Sexo

Tiempo de uso de clonazepam

Comorbilidades

CUADRO OPERALIZACIÓN VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
RIESGO DE CAÍDA	Contingencia o proximidad de un daño. Acción y efecto de caer o caerse.	Riesgo operacional es aquel que puede provocar pérdidas debido a errores humanos, procesos internos inadecuados o defectuosos, fallos en los sistemas y como consecuencia de acontecimientos externos La Organización Mundial de la Salud, OMS, define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Escala de Riesgo de caídas (J. H. DOWNTON) Si la puntuación en la Escala de Downton es <u>mayor de 3</u> se considera que existe riesgo de caídas.	CUALITATIVO	NOMINAL 1. Con riesgo de caída 2. Sin riesgo de caída
VARIABLE INDEPENDIENTE				
DEPENDENCIA	Estado psicológico y físico que causa la acción recíproca entre el organismo y el fármaco.	La dependencia física es el estado de adaptación del organismo que necesita un cierto nivel de presencia del fármaco o sustancia para funcionar normalmente; la dependencia psicológica es el estado de adaptación que impulsa a la persona a consumir una nueva dosis. Se mide con la escala de severidad de dependencia. Los ítems se puntúan de 0 a 3. A mayor puntuación, mayor gravedad de adicción. La puntuación mínima es 0 y la máxima, 15. Los autores de la adaptación española han situado el punto de corte para el diagnóstico de <u>adicción en 7</u> .	CUALITATIVO	NOMINAL 1. Con dependencia 2. Sin dependencia
VARIABLES DE CONTROL				
CLONAZEPAM	Fármaco perteneciente al grupo de las benzodicepinas que actúa sobre el sistema nervioso central, con propiedades ansiolíticas, anti convulsiantes, miorrelajantes, sedantes, hipnóticas y estabilizadoras del estado de ánimo.	Medicamento que sus efectos se deben a la inhibición post sináptica mediada por GABA. Interrogatorio directo a paciente o cuidador, de dosis.	CUANTITATIVO	ORDINAL DOSIS 1. .5 MG 2. 1 MG 3. 2 MG 4. Más de 2 MG

ADULTO MAYOR	ADULTO: Dicho de un ser vivo: Que ha llegado a la plenitud de crecimiento o desarrollo. MAYOR: Dicho de una persona: Entrada en años, de edad avanzada.	Según la OMS, el término adulto mayor refiere a cualquier persona, sea hombre o mujer que sobrepase los 60 años de edad. Adulto mayor, etapa temprana, de los 65 a los 75 años. Son personas aún sanas y activas. Adulto mayor, etapa avanzada, a partir de los 76 años. Carnet de citas.	CUALITATIVO	ORDINAL 1. Etapa temprana 2. Etapa avanzada
TIEMPO DE USO DE CLONAZEPAM	TIEMPO DE USO: Medida de la existencia de alguna cosa o de alguna acción desde su principio o nacimiento un corto tiempo, un tiempo de cinco años.	TIEMPO DE USO: Momento o plazo adecuado, posible u oportuno para hacer algo tener tiempo, cada cosa a su tiempo. Interrogatorio directo a paciente o cuidador.	CUANTITIVO	ORDINAL 1. DÍAS 2. MESES 3. AÑOS
SEXO	SEXO: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	SEXO: conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer, y a los animales como macho y hembra. El sexo no se elige ya que es una construcción determinada por la naturaleza, que viene dada desde el nacimiento. Se diferencia del género, que es una construcción sociocultural referida a los rasgos que la sociedad considera femeninos o masculinos, con múltiples opciones. Carnet de citas.	CUALITATIVO	NOMINAL 1. Masculino 2. Femenino
CONMORBILIDADES	CONMORBILIDAD: se refiere a enfermedades y / o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial. Estas enfermedades " secundarias " pueden deberse directamente a la primera o , por el contrario , no tener ninguna conexión aparente con ella.	CONMORBILIDAD: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la "comorbilidad", también conocida como "morbilidad asociada", es un término médico que se utiliza para referirse a la "presencia de dos o más enfermedades o trastornos al mismo tiempo en una persona". ▪ DIABETES MELLITUS 1 ▪ DIABETES MELLITUS TIPO 2 ▪ HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA ▪ ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ▪ CÁNCER ▪ OTROS Interrogatorio directo a paciente o cuidador.	CUALITATIVAS	NOMINAL 1. SI TIENE 2. NO TIENE

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

Previo autorización del Comité de Investigación y ante el Comité de Ética se realizó una encuesta a pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión: pacientes mayores de 65 años, pacientes que usen clonazepam, pacientes que acepten la participación bajo consentimiento informado. que realizara el médico residente de Medicina Familiar, en el mes de marzo 2023, a partir de las 08:00 a.m. en sala de espera de la UMF 82. La recolección de datos se realizó por medio del investigador principal, se visitó la sala de espera de la consulta externa, eligiendo a los adultos mayores, con los criterios de inclusión ya mencionados, y se les otorgó la hoja de consentimiento informado, explicando previamente en que consiste el estudio, de manera concisa, se captaran los datos como: edad, sexo, se les interrogó a los paciente o cuidador, el tiempo de uso de clonazepam y comorbilidades (Diabetes Mellitus 1, Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Enfermedad Renal Crónica, Cáncer, otros), posterior se realizó e interrogó en base a la Escala de Severidad de la Adicción a Benzodiacepinas (SDS), que presenta un valor moderado en el índice de fiabilidad ($\text{Alpha de Cronbach} = 0,813$), correlación de Pearson de 0.48 , el cual es de fácil comprensión, que consta de 5 ítems que se puntúan de 0 a 3. A mayor puntuación, mayor gravedad de adicción. La puntuación mínima es 0 y la máxima, 15 que para el diagnóstico de adicción es de 7. y Escala de Riesgo de caídas (J. H. DOWNTON) que tiene una Alfa de Cronbach 0.708. Si la puntuación en la escala de Downton, que consta de varios ítems, si es mayor de 2 se considera que existe riesgo de caídas, en un tiempo aproximado de 15 minutos de duración con cada paciente, esto se realizó mientras el paciente se encontraba sentado, posteriormente se procedió a realizar la sumatoria y calcular el puntaje.

Una vez obtenidos los datos, se realizó el vaciado de la información en la base de datos en Microsoft Excel para el correcto ordenamiento y clasificación de los datos y variables.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

a) Estadística Descriptiva:

Se utilizarán las medidas de tendencia central, de media, mediana y modo para la variable de edad y medidas de dispersión de desviación estándar. (cuantitativa)

Medidas de dispersión para variables cualitativas, como: rango de variación: dicho valor se toma de una población estadística determinada y se calcula con base en diferentes factores. Varianza: esta medida representa la variación que puede sufrir un conjunto de datos respecto a la media.

Desviación estándar: corresponde a una desviación que es “habitual” entre el valor y la media.

b) Estadística inferencial:

Se utilizará la Prueba de Ji Cuadrada de Bartlett para demostrar la homogeneidad de varianzas

Definir el nivel de significancia estadística: $p < 0.05$.

c) **Programa estadístico planeado a utilizar:** se utilizará el programa SPSS Statistics versión 20

RECURSOS FINANCIEROS, FACTIBILIDAD.

RECURSOS HUMANOS

- Distribución e impresión de los materiales: Dra. María Angelina Ruiz Caro teniendo la tarea de intervenir, investigar, entrevistar, valorar a los pacientes, capturar en la base de datos, así como el manejo de la información para la obtención de resultados.
- Asesor Metodológico: Dra. Erika Pineda Castro. Médico especialista en Medicina Familiar, Adscrita a UMF 82 ZAMORA, Coasesor M.E. José Jorge Torrijos Zavala, Médico especialista en medicina familiar

RECURSOS FÍSICOS

Se utilizarán las instalaciones de la sala de espera, tanto del turno matutino y vespertino, además de reunir a pacientes en los grupos que reúne el departamento de trabajo social de la Unidad de Medicina Familiar #82 Zamora, Michoacán.

Se realizó la encuesta de forma individual a cada uno de los entrevistados.

Cuestionarios

Laptop

RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos derivados de la realización del presente estudio fueron cubiertos en su totalidad por los investigadores.

FACTIBILIDAD

Accesibilidad de aplicación de encuestas y realizar valoración por medio de las encuestas a los pacientes adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión, que acudían a consulta de medicina familiar, de la UMF 82.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se considera de un riesgo mínimo y se realizará de acuerdo con las consideraciones éticas, conforme la declaración de Helsinki, la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud y los Códigos Nacionales e Internacionales para las buenas prácticas en investigación. Es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La Investigación que se realizará será conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación.
- II. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- III. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
- IV. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- V. Deberá ser realizada por profesionales de la salud bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- VI. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes.
- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas.
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	MARZO- JULIO 2022	NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2022	DICIEMBRE 2022 ABRIL 2023	MAYO 2023 OCTUBRE 2023	NOVIEMBRE 2023 ABRIL 2024	MAYO 2024 OCTUBRE 2024	NOVIEMBRE 2024 FEBRERO 2025
DISEÑO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	X						
EVALUACIÓN POR EL CEIS		X					
RECLUTAMIENTO PACIENTES O REVISIÓN DE EXPEDIENTES			X	X			
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS			X	X			
ANÁLISIS DE RESULTADOS				X	X		
REDACCIÓN DE RESULTADOS				X	X		
REDACCIÓN DE DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES					X		
REDACCIÓN TESIS TERMINADA					X		
MANUSCRITO PUBLICACIÓN						X	
DIFUSIÓN FORO						X	
EXAMEN DE GRADO							X

XIII. RESULTADOS. –

Se aplicaron 190 encuestas a pacientes, que contaban con los criterios de selección, bajo el consentimiento de el/la paciente y/o su familiar.

1. TABLA SOCIODEMOGRÁFICA

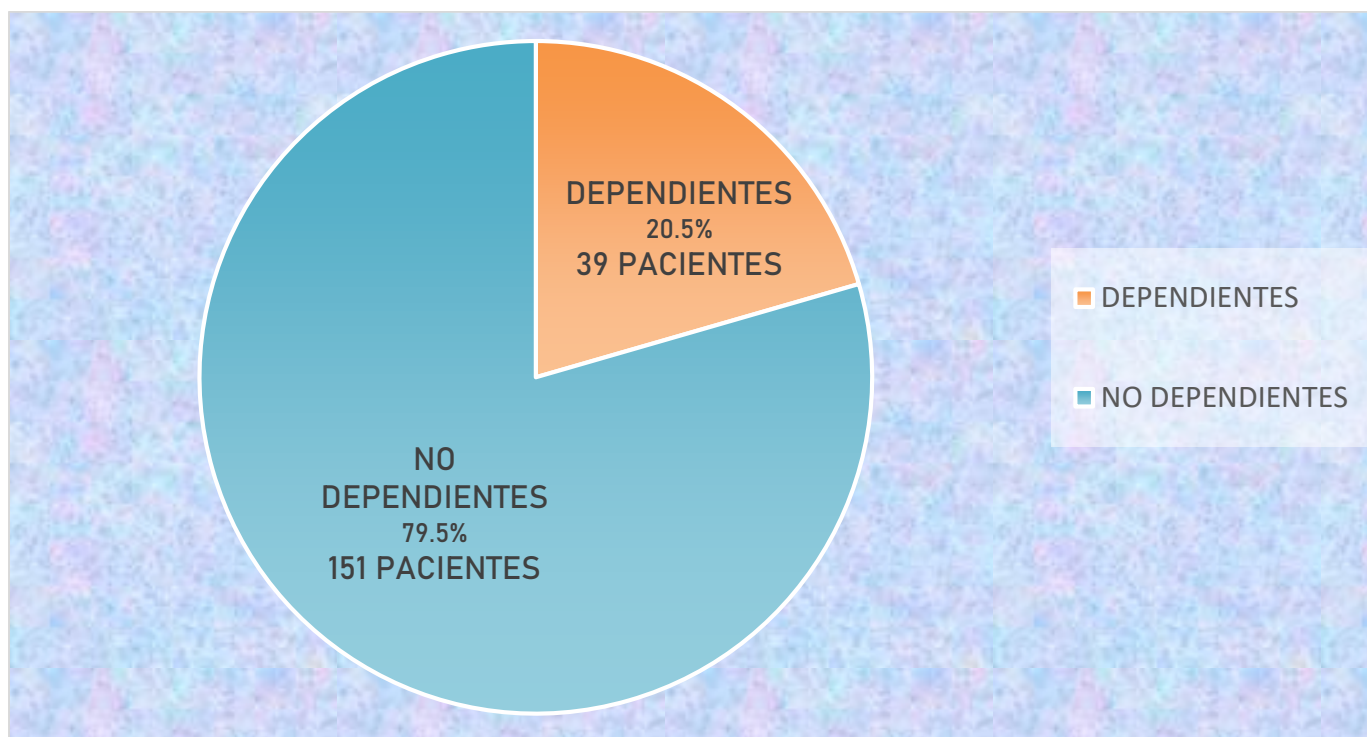
GÉNERO		N	(%)
	FEMENINO	116	61.10%
	MASCULINO	74	38.90%
EDAD			
	65-75 AÑOS	137	72.10%
	76-85 AÑOS	46	24.20%
	MÁS DE 86 AÑOS	7	3.70%
TIEMPO DE USO DE CLONAZEPAM			
	DÍAS	9	4.70%
	MESES	26	13.70%
	1-5 AÑOS	85	44.70%
	6-10 AÑOS	40	21.10%
	11-15 AÑOS	21	11.10%
	MÁS DE 16 AÑOS	9	4.70%
DOSIS EN 24 HORAS			
	0.5 MG	51	26.80%
	1 MG	57	30%
	2 MG	78	41.10%
	MÁS DE 2 MG	4	2.10%
CONMORBILIDADES			
	DIABETES MELLITUS TIPO 2	21	11.10%
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	56	29.50%
	DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN	86	45.30%
	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	1	0.50%
	CÁNCER	1	0.50%
	OTROS	24	12.60%

Se concluyó que el tiempo de uso de clonazepam más frecuente de consumo es de 1-5 años, las comorbilidades más asociadas fueron Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, la dosis más empleada es de 2 mg cada 24 horas. La edad más prevalente es en el rango de 65-75 años, con mayor frecuencia el sexo femenino.

ESCALA DE DOWNTON (PARÁMETROS)	No.	%
CAÍDAS		
NO	62	32.60%
SI	128	67.40%
MEDICAMENTOS		
TRANQUILIZANTES-SEDANTES	10	5.30%
DIURÉTICOS	1	0.50%
OTROS MEDICAMENTOS	1	0.50%
TRANQUILIZANTES E HIPOTENSORES	20	10.50%
TRANQUILIZANTES Y OTROS	35	18.40%
TRANQUILIZANTES Y ANTIDEPRESIVOS	9	4.70%
TRANQUILIZANTES, HIPOTENSORES Y OTROS	114	60%
DEFICIENCIAS SENSORIALES		
NINGUNA	89	46.80%
ALTERACIONES VISUALES	85	44.70%
ALTERACIONES AUDITIVAS	10	5.30%
EXTREMIDADES	6	3.20%
ESTADO MENTAL		
BUENA ORIENTACIÓN	186	97.90%
CONFUSIÓN	4	2.10%
DEAMBULACIÓN		
NORMAL	140	73.70%
SEGURA CON AYUDA	49	25.80%
INSEGURA CON/SIN AYUDA	1	0.50%

Se identificó un 20.5% de pacientes dependientes al clonazepam y un 79.5% no dependientes al clonazepam, valoradas con la Escala de Severidad de Dependencia a las benzodiacepinas.

GRÁFICA 1.- ESCALA DE DEPENDENCIA



FUENTE: BASE DE DATOS DEPENDENCIA DE CLONAZEPAM EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, PERIODO JUNIO 2023 A NOVIEMBRE 2023.

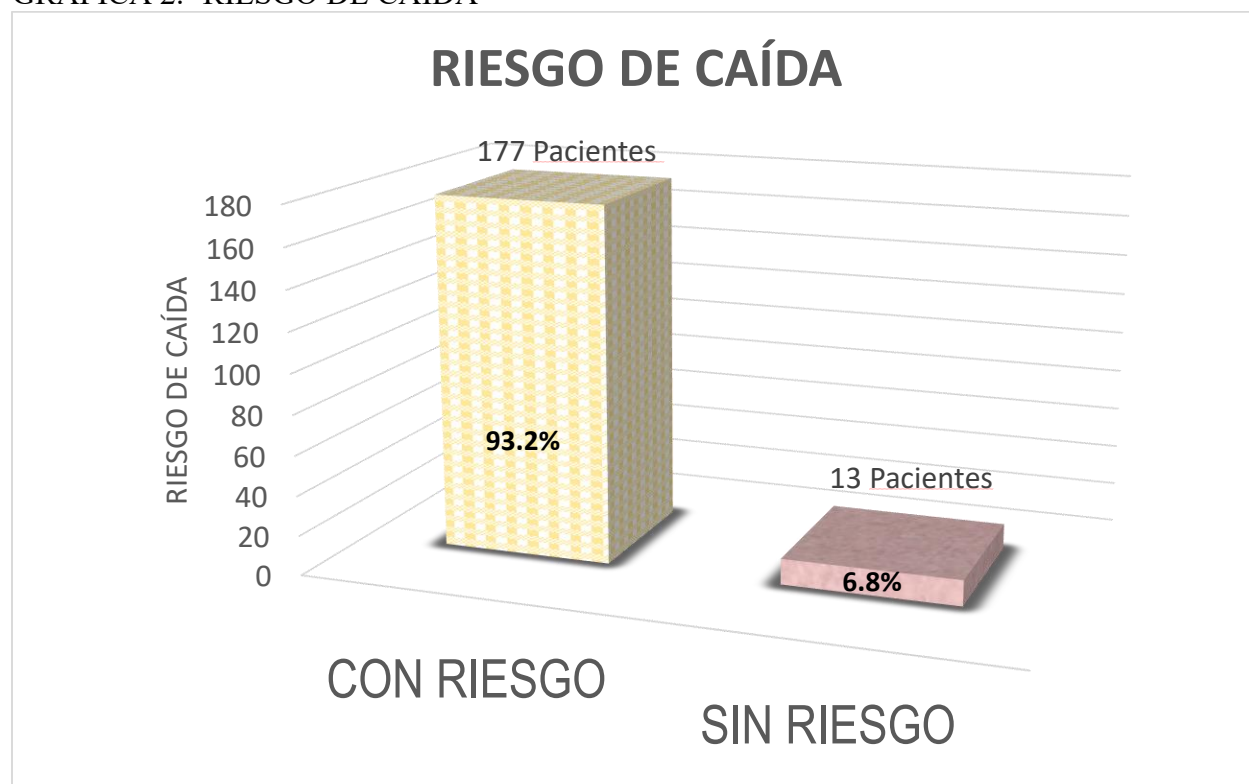
GRÁFICA 1.- ESCALA DE DEPENDENCIA

Se demuestra después de la valoración, Escala de Severidad de la Adicción a Benzodiacepinas (SDS), que presenta un valor moderado en el índice de fiabilidad (Alpha de Cronbach = 0,813). Los ítems se puntúan de 0 a 3. A mayor puntuación, mayor gravedad de adicción. La puntuación mínima es 0 y la máxima, 15. Los autores de la adaptación española han situado el punto de corte para el diagnóstico de adicción en 7.

Con reporte de un 20.5% dependientes con 39 pacientes y un 79.5% no dependientes al clonazepam con 151 pacientes.

Y se asocia un 93.2% con riesgo de caída, y solo un 6.8% sin riesgo de caída, evaluado con la escala de Downton.

GRÁFICA 2.- RIESGO DE CAÍDA



FUENTE: BASE DE DATOS DEPENDENCIA DE CLONAZEPAM EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, PERIODO JUNIO 2023 A NOVIEMBRE 2023.

GRÁFICA 2.- RIESGO DE CAÍDA

Se demuestra después de la valoración, se asocia un 93.2% (177 pacientes) con riesgo de caída, y solo un 6.8% (13 pacientes) sin riesgo de caída, evaluado con la escala de Downton.

Si la puntuación en la escala de Downton, que consta de varios ítems, si es mayor de 2 se considera que existe riesgo de caídas.

PRUEBAS DE CHI CUADRADO DE PEARSON

	X ²	P
CAÍDAS	.238	.626
MEDICAMENTOS	5.715	.456
DEFICIENCIAS SENSORIALES	3.094	.377
ESTADO MENTAL	1.055	.304
DEAMBULACIÓN	.262	.877
RIESGO DE CAÍDA	2.752	.097

La chi cuadrada no se mostró significativa. Entre escala de dependencia y riesgo de caída no existe correlación.

XIV. DISCUSIÓN

En el presente estudio el objetivo principal planteo, identificar la dependencia de clonazepam y el riesgo de caídas en el adulto mayor de una Unidad de Medicina Familiar. Dentro de los cuales se determinó la dependencia en un 20.5% y el riesgo de caídas de un 93.2%, refiriendo los pacientes, que al inicio de consumo de este medicamento comenzaban con mareo, somnolencia, siendo estos los síntomas más frecuentes. El cual concuerda con lo mencionado en el artículo de revisión de Cordero Otero y cols, el cual sustenta que el uso de medicamentos psicotrópicos, medicamentos cardiovasculares, y antiinflamatorios no esteroides han sido asociados al riesgo de caídas, el mecanismo por el cual estos medicamentos incrementan el riesgo de caída no es bien conocido, pero incluye la hipotensión ortostática, la sedación, los trastornos de sueño, los mareos y otros trastornos de sistema nervioso central. (24)

Sobre los efectos conductuales del uso de benzodiacepinas, uno particularmente común es la dependencia. Esta es definida por Aguirre y Sifri (2016) 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 (Schneemilch y Brinkers, 2015). Minaya, Ugalde y Fresán (2009) señalan que aun cuando estos medicamentos son suministrados en dosis terapéuticas por un tiempo superior a 4 semanas se asocia a la posibilidad de desarrollar dependencia. (3). Aun así, en este protocolo, solo se demostró un 20.5% de dependencia a clonazepam, principalmente en pacientes que tenían entre 1-5 años de consumo.

En un estudio realizado por Oscar Cabrera Valenzuela y cols, la frecuencia de caídas fue de 29.9%, con polifarmacia. En este estudio, el factor de riesgo de caídas más importante fue el uso de benzodiacepinas, con un riesgo de 3.14 (IC 95% 1.46, 6.71), seguido por el uso de diuréticos con OR de 1.84 (IC 95% 1.1-3.37). (17). En cambio en mi estudio no concuerda en el riesgo de caída, por tener un porcentaje mucho mayor de un 93.2% (177 pacientes) con riesgo de caída, y solo un 6.8% (13 pacientes) sin riesgo de caída, evaluado con la escala de Downton. Pero concuerda en la parte de que las benzodiacepinas, en este caso el fármaco estudiado es el clonazepam, influyen en ser un factor para riesgo de caída.

El uso frecuente de las BZD a dosis superiores de las recomendadas es un indicador de la necesidad de adoptar medidas adicionales para disminuir el insomnio y la ansiedad en ancianos. En España,

se estima que el 11,4% de la población utiliza BZD, siendo mayor su uso en las mujeres, ancianos y pacientes con alguna enfermedad mental. Según el proyecto PROTECT-EU, desarrollado en 7 países europeos, incluida España, el ratio de prescripción de medicamentos BZD/Z fueron de 1.5 a 2 veces mayores en las mujeres que en los hombres, especialmente en la población anciana (10). Silva, Vergara, Yera y Freijoso (en Sánchez y Hernández, 2010) 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 benzodiacepinas corresponden al sexo femenino, con un predominio en las mujeres mayores a 60 años.(3) En este estudio que se llevó a cabo en la UMF 82 de la ciudad de Zamora, concuerda que el sexo femenino fue el más frecuente para consumo de clonazepam con 116 mujeres representado un 61.10%, mientras que el sexo masculino con 74 pacientes con un 38.90%. Afirmando que la población femenina es más consumidora de clonazepam que el sexo masculino. Tomando en cuenta que el sexo femenino, fue la población más estudiada.

XV. CONCLUSIONES

En conclusión, la dependencia al clonazepam en el adulto mayor en relación con riesgo de caídas, no se mostró significativa, pero esto no significa que siga siendo un problema, el hecho de que un paciente adulto mayor, que consuma clonazepam, tenga una serie de efectos adversos, entre los cuales uno de los principales es generar debilidad muscular, que puede ocasionar una caída.

Es importante explicar a los pacientes, consumidores de clonazepam, todos los efectos adversos como alteración de memoria, disminución de reflejos, demencia, entre otros, que este fármaco puede ocasionar, para que tengan a su conocimiento cual es el verdadero uso de este medicamento que, aunado a todos los déficits sensoriales, motores, visuales que ya existen por los cambios fisiológicos, físicos y biológicos por la vejez, pueden originar un mayor riesgo de caída.

Además de explicar recomendaciones de medidas higiénicas del sueño, alternativas de prevención de caídas como entrenamiento de relajación, educación sobre la abstinencia de benzodiazepinas y estrategias no médicas para el manejo del insomnio, siendo los trastornos del sueño en este caso el insomnio, la principal causa de consumo de este medicamento

Sería recomendable, que por la alta demanda de consumo de clonazepam que existe en el instituto, tener estrategias para prescripción, monitorización y deshabitación del consumo crónico, automedicación y abuso de clonazepam. Que se trataría de un manejo multidisciplinario, que inicia desde primer nivel de atención, en primera línea con el médico familiar, psicología, trabajo social y en caso especial derivación a geriatría, psiquiatría y medicina interna. En algunos artículos recientes se ha demostrado mejoría, pero no permite tener una alta certeza de que ésta cambie en el futuro. Como el uso de reemplazo farmacológico. Así, se propone una estrategia de discontinuación efectiva, a un mínimo costo para el instituto y con baja necesidad de tiempo profesional. Todo esto siendo un tema de mucha importancia para el primer nivel de atención, que debe continuarse en estudio, para en un futuro poder tener buenos resultados con estrategias.

XVI. RECOMENDACIONES

Durante el proceso de realizar mi proyecto de investigación, se presentaron diversas adversidades, desde la dificultad para hablar y encuestar a los pacientes sobre el clonazepam, por temor a retirárselos y que no se les volvieran a prescribir, algunos pacientes se concientizaron del uso perjudicial que tiene este medicamento, siendo un fármaco altamente prescrito en la UMF 82.

Por lo siguiente se externan una serie de recomendaciones para el manejo de clonazepam en el adulto mayor.

La prescripción de clonazepam debe hacerse bajo control donde se puedan realizar intervenciones como educación, consejería, revisión de aspectos farmacológicos, esquemas de disminución gradual y psicoterapia cognitiva conductual, con el objetivo de prevenir la dependencia o el consumo inadecuado de este fármaco. (25)

Las estrategias de deshabituación exigen una detallada valoración del paciente para llegar a la recomendación más adecuada y aceptable para cada tipo de paciente y evitar el factor de riesgo de caída asociado con este fármaco.

XVII. BIBLIOGRAFÍA

1. Hanon C, Hozer F, Hoertel N, Pascal de Raykeer R, Lavaud P, Seigneurie AS, et al. Prescripción de psicótopos en los ancianos. EMC - Tratado Med. 2022;26(1):1–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541022460405>
2. Cabrera VO, Roy GI, Toriz SA. Factores de riesgo para síndrome de caídas en adultos mayores con polifarmacia. Aten Fam. 2020;27(1):27-31.
3. Rojas, J, Calquín F, González J, Santander A, Vásquez M. Efectos Negativos del uso de Benzodiacepinas en Adultos Mayores: Una breve revisión. Salud Soc 2022;10(1):40–50. Disponible en: <https://revistaderecho.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/3611>
4. Alqahtani, BA. Association between Physical Frailty and Sleep Quality among Saudi Older Adults: A Community-Based, Cross-Sectional Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021;18, 12741. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph182312741>
5. Vilaça A, Vieira A, Fernandes A, Ribeiro D, Esteves I. Characterisation of Benzodiazepine Use in an Older Population Registered in Family Health Units in the Region of Minho, Portugal. Geriatrics. 2019(4), 27. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/geriatrics4010027>
6. Ettcheto M, Olloquequi J, Sánchez-López E, Busquets O, Cano A, Manzine PR, Beas-Zarate C, Castro-Torres RD, García ML, Bulló M, Auladell C, Folch J and Camins A. Benzodiazepines and Related Drugs as a Risk Factor in Alzheimer’s Disease Dementia. Front. Aging Neurosci. 2020;33(1):344. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2019.00344>
7. Vázquez-Navarrete I, Olivares-Luna AM, González-Pedraza A. Trastornos podiátricos, riesgo de caídas y dolor en adultos mayores. Aten Fam. 2016;23(2):39-42.
8. Calero M, Leganés P. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la agitación en el anciano. Medicine. 2019;12(84):4953-4956.
9. Vázquez-Núñez MA, Santiesteban RE, Quirós M, Ramírez AR. Consumo de Benzodiacepinas en Pacientes que Asisten al Centro Ambulatorio Geriátrico del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. UNIMED. 2020;2(2): 234 <http://www.revunimed.scu.sld.cu/>

10. Martínez-Cengotitabengoa M, Diaz-Gutiérrez MJ, Besгаа A, Bermúdez-Ampudia C, López P, Rondonf M, Stewart D.E, Pérez P. et al. Prescripción de Benzodicepinas y Caídas en Mujeres y Hombres Ancianos. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2017;11(1):12-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.004>
11. Benítez Z, Suárez M, Rodríguez K, Cordoví L. Repercusión del Uso de Benzodicepinas en Adultos Mayores. Departamento de Ciencias Fisiológicas. Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo “Celia Sánchez Manduley”. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Cuba. 2020 Disponible en: <http://www.cibamanz2020.sld.cu>
12. Alshammari SA, Alhassan AM, Aldawsari MA, Bazuhair FO, Alotaibi FK, Aldakhil AA, Abdulfattah, FW. Falls Among Elderly and its Relation with their health problems and surrounding Environmental Factors in Riyadh. Journal of family & community medicine. 2018;25(1) 29–34. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_48_17
13. Diaz-Gutierrez M-J, Martinez-Cengotitabengoa M, Adana ES, Cano AI, Martinez-Cengotitabengoa MT, Besгаа A, Segarra R, Gonzalez-Pinto A. Relationship Between the use of Benzodiazepines and Falls in Older Adults: a Systematic Review. Maturitas 2017;101(1):17-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.04.002>
14. Soyka M, München B. Therapie der Benzodiazepinabhängigkeit [Treatment of benzodiazepine dependence]. Fortschr Neurol Psychiatr. 2019 Apr;87(4):259-270. German. doi: 10.1055/a-0836-7514. Epub 2019 Apr 18. PMID: 30999380
15. Aguiluz J, Álvarez M, Pimentel E, Abarca C, Moore P. How to Face a Patient with Benzodiazepine Dependence in Primary Health Care? Strategies for withdrawal. Medwave. 2018;17(1):e7159 Disponible en: [10.5867/medwave.2018.01.7159](https://doi.org/10.5867/medwave.2018.01.7159)
16. De Almeida-Silva FM, Marisete-Peralta S. Mortalidade por quedas em idosos no Distrito Federal: características e tendência temporal no período 1996-2017 Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília. 2022;31(1): e2021681
17. Guía Clínica para el Médico de Primer Nivel de Atención para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Caídas en la Persona Adulta Mayor. Centro Nacional De Programas Preventivos Y Control De Enfermedades. 2017
18. Silva-Fhona JR, Partezani-Rodrigues R, Miyamurac K, Fuentes-Neirad W. Causas y Factores Asociados a las Caídas del Adulto Mayor. Universidad Nacional Autónoma de

- México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. 2019;16(1):31-37
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)
19. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2018.
Disponible en: <https://bit.ly/2IECBFw>
 20. Fuentes S, Mercedes S, Carballido JP, Salomón A. Consecuencias del Abuso de Benzodiazepinas. Simposio Académico sobre Adicciones. CEDRO. 2022 Disponible en: <https://cedro2022.sld.cu>
 21. Carrera-Alaban A. Indicadores epidemiológicos y psicológicos de la adicción a benzodiazepinas en usuarios de programas de metadona. Encuentro de profesionales en drogodependencias y adicciones. Secretaria de los encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones, fundación de ayuda contra la drogadicción. 2005:151-177
 22. Iraurgi I, Lozano O, González-Saiz F, y Trujols J. Valoración psicométrica de la Escala de Severidad de la Dependencia a partir de dos modelos de análisis: la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem. Boletín de Psicología.2008;93(1):41-57
 23. Gutiérrez-Pérez ET, Meneses-Foyo AL, Andrés-Bermúdez, Gutiérrez Díaz A, Padilla-Moreira A. Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria de salud. Acta Médica del Centro. 2022;16(1):127-140
 24. Cordero-Otero CD, Rodriguez Lemus O, Campos-Rodríguez N. Las caídas "gigantes de la Geriatria" un reto a los sistemas de salud del mundo. GeroInfo.Vol.14. No.2. 2019
 25. Aguiluz J, Álvarez M, Pimentel E, Abarca C, Moore P, ¿Cómo afrontar un paciente con dependencia a benzodiazepinas en atención primaria? Estrategias para la deshabituación. Medwave 2018 Ene-Feb;17(1):e7159 doi: 10.5867/medwave.2018.01.7159

XVIII. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1603.
H. GRAL. ZONA RUPH 8

Registro COFEPRIS 17 CI 16 102 028
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 001 2017033

FECHA Miércoles, 07 de diciembre de 2022

Dr. ERIKA PINEDA CASTRO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"DEPENDENCIA DE CLONAZEPAM EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2022-1603-015

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Patricia Ortiz León
Presidenta del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Zamora, Michoacán. A _____ de _____ del _____.

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: "DEPENDENCIA DE CLONAZEPAM EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR " Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación 160385 del HGZ 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social. con el número _____.

El siguiente documento le proporciona información detallada. Por favor léalo atentamente.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO:

El consumo de clonazepam, ha ido aumentando a lo largo de los años, principalmente en la población de más de 60 años, debido a múltiples causas, desde problemas mentales y sociales. Este medicamento presenta efectos secundarios a su uso, van desde que usted siempre tenga sueño durante el día, que se le olviden las cosas, que presente varias caídas, debilidad muscular, mareo.

Tiene como objetivo: Identificar la dependencia de clonazepam en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar 82 y el riesgo de caídas.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted decide participar en el siguiente proyecto de investigación, se le realizarán 2 encuestas para detectar si requiere usted el uso de clonazepam y si tiene riesgo de caída. Son una serie de preguntas, que en total son 5, fáciles de contestar, para poder reconocer el grado de necesidad que tiene de clonazepam, el otro cuestionario nos servirá para valorar su riesgo de caída asociado al clonazepam. Estimando un tiempo de duración de 30 minutos, aproximadamente.

RIESGOS Y MOLESTIAS:

Dada la naturaleza de la participación del paciente, no se considera que se realizará daño de ningún tipo al mismo. Sin embargo puede existir molestia por la duración de la encuesta la cual es en un tiempo aproximado de 30 minutos.

BENEFICIOS

Los beneficios que usted obtendrá en su participación de este proyecto es que: conozca si tiene necesidad de consumir frecuentemente clonazepam y poder ser enviado de manera oportuna con su médico familiar y al centro de integración, para una valoración completa, poder evitar complicaciones de dependencia y no tener riesgo de presentar una caída.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO

La Dra. María Angelina Ruiz Caro, estará disponible para que usted con toda confianza, pregunte si es que se presentó alguna duda o cualquier aclaración acerca del proyecto de investigación. Así como brindarle la información obtenida en las preguntas que se le realizaron.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Usted es libre de poder participar en este estudio, si así lo desea. Si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectara su atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social o algunos otros servicios que se le otorguen.

Si al inicio usted desea participar y después cambia de opinión, usted es libre de abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera, no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a las preguntas que se le realizaran) los resultados de sus pruebas clínicas para garantizar su privacidad.

Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, nos

comprometemos a no compartir su información personal obtenida en este proyecto sin autorización.

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia. Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante, en conjunto con lo estipulado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para Salud como marca el artículo 17 de esta Ley siendo un estudio de investigación de riesgo II (Riesgo mínimo) y se hará una vez autorizado por el Comité Local de Investigación Médica.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES

En caso de Dudas sobre el protocolo de investigación podrá dirigirse con:

Dra. Erika Pineda Castro, con matrícula 991425903, Médico Familiar adscrito a la UMF 82, al teléfono 353 105 0475 o al correo erisol213@hotmail.com

Dr. José Jorge Torrijos Zavala, con matrícula 99319297, Adscrito Departamento de Enseñanza UMF 82 Zamora, celular 353 185 3321, email mftorrijos39@gmail.com

Dra. María Angelina Ruiz Caro, Investigador Responsable, con matrícula 96170031, Residente de Medicina Familiar con sede en la UMF 82, al teléfono 452 159 2743 o al correo angiesayi337@hotmail.com; o con los Colaboradores:

Personal de contacto para dudas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación:

Enf. Esp. MF María José Viveros Blancas Secretaria del Comité de Ética en Investigación en Salud 16038, con sede en el Hospital General Regional No. 8, Domicilio Calz. Benito Juárez S/, colonia linda vista, 60050 Uruapan, Michoacán. Al teléfono 4521208174, correo electrónico, viverosblancasmariajose@gmail.com.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Nombre, Dirección, Relación y Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INICIALES:			
EDAD:			
SEXO:	MASCULINO _____	FEMENINO _____	
TIEMPO DE USO DE CLONAZEPAM:	_____ DÍAS _____ MESES _____ 1-5 AÑOS _____ 6-10 AÑOS _____ 11-15 AÑOS _____ +16 AÑOS		
DOSIS EN 24 HORAS:	0.5 mg _____ 1 mg _____ 2 mg _____ Más de 2 mg _____		
CONMORBILI- DADES:		SI	NO
	DIABETES MELLITUS 1	_____	_____
	DIABETES MELLITUS TIPO 2	_____	_____
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	_____	_____
	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	_____	_____
	CÁNCER	_____	_____
	OTROS	_____	_____
	CUALES: _____		

OTROS INSTRUMENTOS APLICADOS (ENCUESTAS, CÉDULAS DE EVALUACIÓN, EXÁMENES, ENTRE OTROS).

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA A BENZODIACEPINA (SDS)

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el uso de pastillas para dormir (clonazepam) durante el último mes. Por favor, señale con una X la respuesta que mejor refleje su experiencia.

1. (Durante el último mes), ¿ha pensado en alguna ocasión que no podía controlar su consumo de tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?
 - ☐ Nunca o casi nunca
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre o casi siempre
2. (Durante el último mes) ¿le ha preocupado o angustiado la posibilidad de no disponer de sus tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?
 - ☐ Nunca o casi nunca
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre o casi siempre
3. (Durante el último mes) ¿Se ha sentido preocupado por su consumo de tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?
 - ☐ Nada en absoluto
 - ☐ Un poco
 - ☐ Bastante
 - ☐ Mucho
4. (Durante el último mes) ¿ha deseado poder dejar de tomar sus tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?
 - ☐ Nunca o casi nunca
 - ☐ Algunas veces
 - ☐ Con frecuencia
 - ☐ Siempre o casi siempre
5. (Durante el último mes) ¿Hasta que punto le parece el dejar o estar sin sus tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?
 - ☐ No me parece difícil
 - ☐ Bastante difícil
 - ☐ Muy difícil
 - ☐ Imposible

Escala de Riesgo de caídas (J. H. DOWNTON)

Caídas previas	NO	0
	SI	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos*	1
Deficiencias sensoriales	Ninguna	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Buena orientación	0
	Confusión	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

* Según los criterios STOPP/START otros fármacos que incrementan el riesgo de caídas serían: opiáceos, neurolépticos, antihistamínicos sedantes o de primera generación.



Zamora, Michoacán a 27 de julio 2022

CARTA DE NO INCONVENIENTE

Dra. Erika Pineda Castro

Investigador Clínico.

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que el **Dra. Maria Angelina Ruiz Caro**. Médico Residente de Medicina Familiar quien está participando en el trabajo de investigación titulado **"DEPENDENCIA DE CLONAZEPAM EN EL ADULTO MAYOR DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN RELACIÓN CON RIESGO DE CAÍDA."**, realice su proyecto de investigación en esta unidad, por la cual, se otorga la autorización para llevar a cabo la realización de encuestas al personal dirigido en esta investigación.

Debo recordar que se debe apegar a las disposiciones legales de la protección de datos personales, así como resguardar y mantener la confidencialidad de los datos de los participantes.

1

DR. EDUARDO VEGA ESPINOSA
DIRECTOR MEDICO UMF-82

María Angelina Ruiz Caro

DEPENDENCIA DE CLONAZEPAM EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE MED

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:420590065

Fecha de entrega

13 ene 2025, 10:40 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

13 ene 2025, 10:45 a.m. GMT-6

Nombre de archivo

DEPENDENCIA DE CLONAZEPAM EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE CAÍDAS E....pdf

Tamaño de archivo

2.1 MB

55 Páginas

11,663 Palabras

67,545 Caracteres

55% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 54%  Fuentes de Internet
- 21%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión



Texto oculto

158 caracteres sospechosos en N.º de páginas

El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Especialidad en Medicina Familiar	
Título del trabajo	"DEPENDENCIA DE CLONAZEPAM EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	MARÍA ANGELINA RUIZ CARO	angies@imss.gob.mx
Director	ERIKA PINEDA CASTRO	erisol213@imss.gob.mx
Codirector	JOSÉ JORGE TORRIJOS ZAVALA	jose.torrijos@imss.gob.mx
Coordinador del programa	CLETO ÁLVAREZ AGUILAR	cleto.alvarez@imss.gob.mx

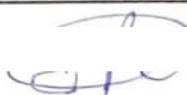
Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	no	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	no	
Traducción a otra lengua	no	
Revisión y corrección de estilo	no	
Análisis de datos	no	
Búsqueda y organización de información	no	
Formateo de las referencias bibliográficas	no	
Generación de contenido multimedia	no	
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	MARÍA ANGELINA RUIZ CARO 
Lugar y fecha	Zamora Michoacán. A 12 de Enero del 2025