



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 OOAD AGUASCALIENTES

**“CALIDAD DE VIDA ASOCIADA AL USO DE
CLONAZEPAM EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO 8
DELEGACION AGUASCALIENTES”**

**TESIS PRESENTADA POR:
MAGDALENA SALDIVAR DELGADO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR(ES):
DRA. ALICIA ALANIS OCADIZ
DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
DR. EUMIR PONCE DE LEÓN ALCARAZ**

AGUASCALIENTES, AGS. JUNIO 2025

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Miércoles, 16 de abril de 2025

Doctor (a) Alicia Alanis Ocadiz

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA AL USO DE CLONAZEPAM EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO 8 DELEGACION AGUASCALIENTES** 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 **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2025-101-057

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



Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

14/4/25, 14:48

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018**,
H. GRAL. ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA Lunes, 14 de abril de 2025

Doctor (a) Alicia Alanís Ocádiz

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA AL USO DE CLONAZEPAM EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO 8 DELEGACION AGUASCALIENTES** 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 **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

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

Doctor (a) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018



CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A 28 DE ABRIL DE 2025

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1, AGUASCALIENTES

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA INTERNA del Hospital General de Zona No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. MAGDALENA SALDIVAR DELGADO

Ha conculdo satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"CALIDAD DE VIDA ASOCIADA AL USO DE CLONAZEPAM EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO 8 DELEGACION AGUASCALIENTES."

Número de Registro: R-2025-101-057 del Comité Local de Ética en Investigación No. 1018 y el comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: TESIS.

La **DRA. MAGDALENA SALDIVAR DELGADO**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámite correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:

DRA. LOURDES ANDRADE

Dra. Lourdes Andrade Navarro
COORDINADORA DE
PLANIFICACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL
COAD AGUASCALIENTES

DR. JAIME AZUELA ANTUNA

COORDINADOR AUXILIAR
MÉDICO DE EDUCACIÓN EN
SALUD
COAD AGUASCALIENTES

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO
DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD
COAD AGUASCALIENTES



**DR. LUIS ENRIQUE
BAUTISTA CASTILLO**

PROFESOR TITULAR
UMF NO. 8 IMSS
COAD
AGUASCALIENTES

**DRA. ALICIA ALANIS
OCÁDIZ**

ASESOR O DIRECTOR
DE TESIS
UMF NO. 8 IMSS COAD
AGUASCALIENTES

**DRA. JANNETT
PADILLA LÓPEZ**

ASESOR ASOCIADO
UMF NO. IMSS
COAD
AGUASCALIENTES





CARTA DE CONCLUSIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A 28 DE ABRIL DE 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el (la) Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. MAGDALENA SALDIVAR DELGADO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"CALIDAD DE VIDA ASOCIADA AL USO DE CLONAZEPAM EN ADULTOS MAYORES
DE LA UMF NO 8 DELEGACION AGUASCALIENTES"**

con Número de Registro R-2025-101-057 del Comité Local de Ética en Investigación No. 1018 y el comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **Dra. Magdalena Saldivar Delgado**, asistió a las asesorías correspondientes con su director de tesis y realizó las actividades para la realización del protocolo de investigación, con apego al plan de trabajo, dando cumplimiento a la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

**COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
OOAD AGUASCALIENTES**



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 18/08/25

NOMBRE: SALDIVAR DELGADO MAGDALENA ID: 345465

ESPECIALIDAD: EN MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: ☒ Tesis ☐ Trabajo práctico

TÍTULO: CALIDAD DE VIDA ASOCIADA AL USO DE CLONAZEPAM EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO 8 DELEGACION AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): ADULTOS MAYORES QUE USAN CLONAZEPAM TUVIERON UNA DISMINUCION SIGNIFICATIVA LA DE LA CALIDAD DE VIDA GLOBAL, AFECTANDO PRINCIPALMENTE EN DIMENSIONES DE CAPACIDAD SENSORIAL, AUTONOMÍA, ACTIVIDADES PRESENTES, PASADAS Y FUTURAS

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☒ | El trabajo es congruente con los LGAC de la especialidad médica |
| ☒ | La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario |
| ☒ | Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado |
| ☒ | Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda |
| ☒ | Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área |
| ☒ | El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área |
| ☒ | Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país |
| ☒ | Generó transferencia del conocimiento o tecnológica |
| ☒ | Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio) |

El egresado cumple con lo siguiente:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☒ | Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia |
| ☒ | Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc.) |
| ☒ | Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor |
| ☒ | Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital |
| ☒ | Coincide con el título y objetivo registrado |
| ☒ | Tiene el CVU del Conacyt actualizado |
| ☒ | Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales |

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado.

Si ☒

No ☐

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

Se desarrolló con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: "... Cuidar la eficiencia (terminar el programa de posgrado y el Art. 105D del Reglamento General de Docencia) (Ejecutar el seguimiento de los alumnos.



Nery Guerrero Mojica via Revistas UAA <ojs@edu.uaa.mx>

Para: Usted



Jue 14/08/2025 10:56 PM

Mgadalena Saldivar Delgado:

Gracias por enviar el manuscrito "CALIDAD DE VIDA ASOCIADA AL USO DE CLONAZEPAM EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO 8, DELEGACION AGUASCALIENTES." a Lux Médica. Con el sistema de gestión de publicaciones en línea que utilizamos podrá seguir el progreso a través del proceso editorial tras iniciar sesión en el sitio web de la publicación:

URL del manuscrito: <https://revistas.uaa.mx/luxmedica/authorDashboard/submission/8400>

Nombre de usuario/a: magdalenas92

Si tiene alguna duda puede ponerse en contacto conmigo. Gracias por elegir esta editorial para mostrar su trabajo.

Nery Guerrero Mojica

Lux Médica <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica>

Responder

Reenviar



AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a la Dra. Alicia Alanis Ocádiz, por su valiosa orientación, dedicación y apoyo constante durante el desarrollo de este trabajo. Su experiencia y compromiso fueron fundamentales para su consolidación.

Asimismo, extendo mi agradecimiento al Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz, quien a lo largo de mi formación profesional me brindo conocimientos, consejos y apoyo en mi desarrollo académico.

Expreso también mi sincero agradecimiento a mis padres, por su amor incondicional, apoyo, fortaleza y constante estímulo en cada etapa de mi formación profesional.

Agradezco también a mi pareja Badir Manrique, por su comprensión, paciencia y apoyo emocional, elementos esenciales que me han permitido continuar y culminar esta etapa con entusiasmo y entrega.

Finalmente, me reconozco a mí misma por la constancia, el esfuerzo y la capacidad de seguir adelante a pesar de los desafíos. Este logro también es testimonio de mi compromiso con mi crecimiento personal y profesional.

INDICE GENERAL

1. RESUMEN5

 1.1 ABSTRACT.....6

2. INTRODUCCION7

3. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....8

4. MARCO TEORICO.....13

 4.1 CALIDAD DE VIDA13

 4.2 INSTRUMENTO WHOQOL-OLD13

 4.3 FACTORES DE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA.14

 4.4 ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA.....15

 4.5 DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA.15

 4.6 BENZODIACEPINAS Y MECANISMO DE ACCIÓN16

 4.7 USO DE BENZODIACEPINAS EN EL ADULTO MAYOR16

 4.8 MARCO CONCEPTUAL17

5. JUSTIFICACION18

 5.1 MAGNITUD E IMPACTO.18

 5.2 TRASCENDENCIA.18

 5.3 FACTIBILIDAD.....19

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA20

7. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....21

8. OBJETIVOS.....21

 8.1 OBJETIVO GENERAL21

 8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS21

9. HIPOTESIS.....22

10. MATERIAL Y MÉTODOS23

 10.1 DISEÑO23

 10.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.....23

 10.3 UNIDAD DE OBSERVACION23

 10.4 UNIDAD DE ANALISIS23

 10.5 LUGAR DE DESARROLLO DE ESTUDIO23

 10.6 MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....23

 10.7 CRITERIOS DE SELECCION23

 10.8 VARIABLES DE ESTUDIO24

 10.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION24

10.10	INTRUMENTOS.....	24
10.11	CONTROL Y CALIDAD DE DATOS.....	26
10.12	ANALISIS DE LOS DATOS.....	26
10.13	POSIBLES RIESGOS	27
11.	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
12.	RECURSOS	29
13.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	30
14.	RESULTADOS	31
15.	DISCUSIÓN.....	38
16.	CONCLUSIONES	45
17.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
18.	GLOSARIO.....	46
19.	BIBLIOGRAFIA.....	47
20.	ANEXOS	51
	ANEXO A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	51
	ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	60
	ANEXO C. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.....	62
	ANEXO D. CUESTIONARIO WHOQOL-OLD (VERSIÓN PARA ADULTOS MAYORES)	63
	ANEXO E. ESCALA DE ANSIEDAD GERIÁTRICA (GAS-1). DANIEL L. SEGAL Y MATTHEW PAYNE	67
	ANEXO F. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA. GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS). JEROME A. YESAVAGE.....	69
	ANEXO G. CARTA DE NO INCONVENIENTE	70
	ANEXO H. MANUAL OPERACIONAL	71

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características socio demográficas de los pacientes de acuerdo con su calidad de vida y uso de clonazepam. (n=330) _____ 31

Tabla 2. Características clínicas de los participantes de acuerdo con la calidad de vida y uso de clonazepam. (n=330) _____ 32

Tabla 3. Presencia de síntomas de ansiedad y depresión sin y con clonazepam. (n=330) _____ 33

Tabla 4. Calidad de vida de acuerdo con el tiempo de uso de clonazepam. (n=82) _____ 34

Tabla 5. Comparación del puntaje de calidad de vida entre pacientes sin y con clonazepam _____ 34

Tabla 6. Análisis multivariado de la calidad de vida y el uso de clonazepam _____ 36

Tabla 7. Dimensiones de calidad de vida asociada al uso de clonazepam. _____ 37

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Puntaje de calidad de vida de acuerdo con el uso de clonazepam.....35



1. RESUMEN

Título. Calidad de vida asociada al uso de clonazepam en adultos mayores de la UMF No. 8, delegación Aguascalientes.

Antecedentes. El uso de benzodiacepinas en adultos mayores es una práctica común; sin embargo, estudios han demostrado que su uso también puede asociarse a efectos adversos como deterioro cognitivo, caídas, dependencia y afectar la calidad de vida. A pesar de esto, el clonazepam es de las benzodiacepinas más usadas en el primer nivel de atención. La calidad de vida es un indicador que puede usarse para el seguimiento de pacientes geriátricos. **Objetivo.** Determinar la asociación entre la calidad de vida y el uso de clonazepam en adultos mayores de la UMF No. 8, delegación Aguascalientes. **Material y métodos.** Es un estudio transversal, descriptivo, conformado por pacientes adultos mayores (>60 años). Como instrumento de medición para la calidad de vida se hizo mediante el Instrumento WHOQOL-OLD, y como variables de confusión para síntomas ansiosos o depresivos se usó la escala de ansiedad geriátrica GAS-1 y la escala de depresión geriátrica de Yesavage respectivamente. Otras variables: variables socio-demográficas, uso de clonazepam, dosis y tiempo utilizado. Se usó el programa STATA para análisis de resultados. **Resultados.** Una muestra de 330 pacientes adultos mayores, se encontró que 82 pacientes tomaban clonazepam. El mayor puntaje de calidad de vida con significancia estadística fue en los grupos de 60 a 69 años y de 70 a 79 años de edad, en el estado civil soltero, en quienes reportaron tener escolaridad de posgrado y en aquellos dedicados a realizar actividades del hogar. **Conclusiones.** En este estudio se encontró que la prevalencia de uso de clonazepam en los adultos mayores fue de 24.8%, el 95% de los pacientes tuvo un tiempo de uso inadecuado, el hallazgo principal es que los adultos mayores que usan clonazepam tuvieron una disminución significativa de la calidad de vida global.

Palabras clave: Calidad de vida, clonazepam, adultos mayores.

1.1 ABSTRACT

Quality of life associated with clonazepam use in older adults at UMF No. 8, Aguascalientes.

Background. The use of benzodiazepines in older adults is a common practice; however, studies have shown that its use can also be associated with adverse effects such as cognitive impairment, falls, dependence, and impaired quality of life. Despite this, clonazepam is one of the most widely used benzodiazepines in primary care. Quality of life is an indicator that can be used to monitor geriatric patients. **Objective.** To measure the quality of life associated with the use of clonazepam in older adults at UMF No. 8, Aguascalientes Borough. **Methodology.** This is a cross-sectional study comprised of older adult patients (>60 years of age). The WHOQOL-OLD instrument was used as a quality of life measurement instrument, and the GAS-1 Geriatric Anxiety Scale and the Yesavage Geriatric Depression Scale were used as confounding variables for anxiety and depressive symptoms, respectively. Other variables included sociodemographic variables, clonazepam use, dose, and duration of treatment. STATA software was used for analysis of results. **Results.** A sample of 330 older adult patients was found to contain 82 patients taking clonazepam. The highest statistically significant quality of life scores was found in the 60-69 and 70-79 age groups, in those with single marital status, in those reporting postgraduate education, and in those engaged in housework. **Conclusions.** This study found a prevalence of clonazepam use in older adults of 24.8%; 95% of patients had inadequate duration of use. The main finding is that older adults who use clonazepam had a significant decrease in overall quality of life.

Keywords: *quality of life, clonazepam, older adults*

2. INTRODUCCION

El envejecimiento poblacional representa un fenómeno creciente en México y el mundo, con implicaciones significativas en la atención médica en el adulto mayor. En este grupo, los trastornos afectivos tienen una alta prevalencia y, con frecuencia son tratados farmacológicamente con benzodiacepinas, incluyendo clonazepam. Estudios han documentado los riesgos del uso prolongado de benzodiacepinas en personas mayores, como el deterioro cognitivo, caídas, dependencia, disminución de la funcionalidad, que afectan la calidad de vida (1).

La calidad de vida se reconoce como un indicador del estado de salud y bienestar general, influenciada por factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales que pueden verse alterados, en el adulto mayor la calidad de vida no depende exclusivamente de presencia o ausencia de enfermedades, sino como se vive y la gestión por la misma persona dentro de su contexto (2). El instrumento WHOQOL-OLD, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, está diseñado específicamente para medir la calidad de vida en adultos mayores, abarcando seis dimensiones clave: capacidad sensorial, autonomía, actividades presentes, pasadas y futuras, participación social, muerte y agonía e intimidad (3).

Es por esto que el presente protocolo tiene como objetivo analizar la asociación entre el uso de clonazepam y la calidad de vida en adultos mayores, mediante la aplicación del instrumento WHOQOL-OLD, contribuyendo a generar conocimiento que oriente mejores prácticas.

3. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Se realizó una búsqueda sistematizada de la información en PubMed y en BvS con la sintaxis: (Quality of life[Title]) AND (benzodia*[Title]) donde se obtuvieron 16 artículos, donde se seleccionaron 7 artículos de texto completo disponible.

Tras la eliminación de los artículos que no fueron pertinentes, quedaron como referencia para este estudio 6 artículos.

ARTICULOS SELECCIONADOS

Tamburin y colaboradores, 2017. Se realizó un estudio en Italia en el que se midió la calidad de vida con el cuestionario SF-36 en 267 pacientes mayores de 18 años y el uso inadecuado de benzodiacepinas (diazepam, lormetazepam, alprazolam, Lorazepam, bromazepam, triazolam, entre otras) y zolpidem. En sus resultados encontraron que la edad promedio fue de 45.7 años y los participantes de sexo masculino fueron el 33%. El nivel de la calidad de vida se midió en un puntaje de 0 a 100 y se reportó que en la dimensión de funcionamiento físico se obtuvo un promedio de 74 puntos, en la dimensión de funcionamiento físico 32, dolor 58, salud general 56, vitalidad 36, funcionamiento social 38, rol emocional 28 y salud mental 40 puntos en los pacientes que usan benzodiacepinas de forma inadecuada. En el análisis multivariado por cada dimensión de CV del SF-36 se encontró que la edad tuvo un efecto significativo en las seis dimensiones, lo que se traduce en que por cada año de incremento en la edad, aumenta el puntaje de la calidad de vida (con un coeficiente β de 0.68 a 1.19 y un valor $p < 0.001$ en todas las dimensiones). Otras variables sociodemográficas que también fueron significativas en el análisis fueron el sexo, encontrando que las mujeres tienen disminución de la calidad de vida en las dimensiones de dolor, vitalidad y salud mental en comparación con los hombres; la educación en las dimensiones funcionamiento físico, dolor, salud general, vitalidad y salud mental (a mayor grado educativo, mayor puntaje de CV) y el estado civil: los pacientes con pareja tienen mayor puntaje de CV en comparación con los que no tienen pareja en las dimensiones de funcionamiento físico, vitalidad y salud mental. Al evaluar si el mal uso de BZD tiene algún efecto sobre la calidad de vida, solamente en la dimensión de funcionamiento físico se encontró que los pacientes que tienen mal uso de polidrogas (como alcohol, opioides, cocaína, entre otros, además del mal uso de alguna BDZ) tienen mayor puntaje de calidad

de vida en comparación con los pacientes que usan de forma inadecuada solo alguna benzodiacepina (β 14.69; IC95% 7.58, 21.80). En la dimensión de funcionamiento social encontraron que por cada gramo que incrementa la dosis de BDZ, se presenta una disminución en el puntaje de esta dimensión de la calidad de vida (β -0.02; IC 95% -0.01, -0.04). (1)

Cheng y colaboradores en el año 2018, realizaron un estudio en un hospital de Noruega, donde compararon la calidad de vida en pacientes adultos mayores entre los 65 y 90 años de edad, hospitalizados con y sin uso de medicamentos depresores del sistema nervioso central CNSD por más de 4 semanas, donde se encontraron el uso de las benzodiacepinas en el 7%, siendo los más frecuentes usados los z-hipnóticos con un 42%, el 70% de la muestra solo utilizó un tipo de medicamento CNSD y el 30% usaba 2 o más tipos diferentes. Incluyeron 246 pacientes, midieron la calidad de vida con el instrumento Euroqol EQ-5D-3L el cual se divide en dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión), con opción de 3 respuestas posibles, tuvieron como resultados que el uso de los medicamentos aumenta el riesgo de presentar síntomas ansiosos o depresivos 4 veces más, aumenta la probabilidad 3.8 veces de tener problemas para caminar, los problemas para realizar actividades habituales aumentaron 2.7 veces más en pacientes con polifarmacia. La escala visual análoga EVA con puntuación del 1 al 100, con una media de 62 en quienes no usaban medicamentos CNSD en comparación con una media de 50 en aquellos que si lo usaban, datos sociodemográficos donde no hay una relación significativa, datos de síntomas ansiosos y depresivos con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria con una escala de 0 a 21, donde entre mayor puntos, indica más síntomas; además de la escala de comorbilidad y carga de enfermedades crónicas en pacientes geriátricos con 14 categorías con puntos de 0-4, donde entre mayor puntaje indica mayor gravedad. Por lo que el dolor, la depresión y la polifarmacia se asocian a una menor calidad de vida. En el análisis multivariado encontraron que el uso prolongado de CNSD disminuye la CV (coeficiente - 0.08; IC 95% - 0.21 to 0.05) sin embargo su resultado no fue significativo ($p=0.24$). Este estudio se realizó en población hospitalaria y engloba distintos tipos de medicamentos, con una proporción baja de estudio en el uso de benzodiacepinas en comparación al uso de los demás medicamentos. (2)

Shree y colaboradores, en el 2019, realizaron un estudio en la India en el que se midió la calidad de vida antes y después de suspender el tratamiento con benzodiacepinas. Incluyeron 109 pacientes de 18 a 85 años con uso de benzodiacepinas sin especificar el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tipo. Midieron la calidad de vida con el WHO-QoL que evalúa las dimensiones de salud física, psicológica, relaciones sociales y salud medioambiental con un puntaje que va del 0 al 100. En sus resultados encontraron que el 9.1% de los pacientes tuvieron un tiempo de uso de benzodiacepinas de menos de 4 semanas, el 33% lo usaron menos de tres meses y el 57.7% por más de tres meses. La media del puntaje en las dimensiones de calidad de vida fue de 41 para salud física, 43 en salud psicológica, 47 en relaciones sociales y 45 en salud medioambiental antes de la suspensión de las benzodiacepinas. En sus resultados no reportaron el nivel de la calidad de vida de acuerdo al grupo de edad, ni asociaron la calidad de vida con el uso de benzodiacepinas. (4)

García Atienza y colaboradores realizaron un estudio en 2021 en España, donde describieron la calidad de vida relacionada con la salud en consumidores de benzodiacepinas y ver la asociación del tratamiento y las variables socio demográficas, incluye a 384 pacientes mayores de 18 años, con una media de 57.5 años, quienes consumían Lorazepam 44%, bromazepam 12%, zolpidem 9.6%, diazepam, lormetazepam, alprazolam, clorazepato, ketazolam, zopiclona, midazolam y otros, de los cuales habían sido prescritos mayormente para insomnio 44.3%, 34.4% para ansiedad y 21.1% para ambos, con una dosis de 1 comprimido al día en el 56.5% de los pacientes, 24.7% más de un comprimido al día y el 18.8% de menos de 1 comprimido al día; con una duración de más de un año en el 68.3% con una media de 36 meses. Utilizaron la escala EuroQol 5D para evaluar la calidad de vida que mide distintas dimensiones, estas son movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión, donde el mayor porcentaje de gravedad fue en la dimensión de ansiedad o depresión con el 41%, presentándose mayormente en mujeres, seguido de dolor o malestar con el 35% siendo mayor también en mujeres, y la segunda parte con el estado de salud autopercebido obtuvieron un resultado con una media de 65 puntos (0-100). Además, utilizaron la Goldberg Anxiety Scale para evaluar la ansiedad donde el 61% presento síntomas con escala mayor a 4 puntos, y para evaluar el sueño el Athens Insomnia Scale en la versión de 8 ítems con un 32.8% mayor a 8 relacionados con presencia de ansiedad a pesar del tratamiento, Según las variables sociales el 23.7% representan una buena calidad de vida donde el 30.1% son hombres y el 21.9% son mujeres, el bajo nivel escolar y las clases sociales más bajas se asocian a peor percepción del estado de salud, pero no se encontró relación con el sexo o la edad, Se asoció mejor puntuación en clases sociales superiores, menores de 65 años y quienes consumían uno o menos comprimidos al día. Este estudio

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

incluye múltiples benzodiacepinas; aunque la media de edad es cercana al adulto mayor, no separa claramente este grupo. (5)

Armas y colaboradores, en el año 2023, realizaron un estudio en España, en el que se analizó la calidad de vida en quienes consumían benzodiacepinas durante la pandemia de covid-19. Estudiaron 127 pacientes de ambos sexos, entre los 18 y 90 años de edad que consumían benzodiacepinas como lorazepam, lormetazepam, alprazolam, diazepam, bromazepam, clorazepato potásico, clonazepam, ketazolam, clobazam y flurazepam, utilizando el instrumento EuroQol 5D-3L que mide las dimensiones de movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión, con opción de 3 respuestas posibles, además de una sección de escala visual que mide la percepción del estado de salud con un rango de puntuación de 0 a 100. En los resultados se obtuvo que hubo participación de un 66.1% de mujeres y 33.8% de hombres, con una edad media de 61 años, las benzodiacepinas más frecuentes son el Lorazepam con un 25.4% seguida de diazepam con 14.3%, lormetazepam con 14.3%, alprazolam con 13.73% y clorazepato con 12.42%, y el clonazepam con un porcentaje más bajo del 5.88%. La duración media del tratamiento fue de cuatro años. La calidad de vida en la escala visual resultó con una puntuación media de 59.2, en las dimensiones se encontraron que en cuanto a la movilidad el 68.5% no tenía problemas, relacionado con una edad media de 57 años, el 30.7% reportó algunos problemas y el 0.79% reportó la necesidad de estar en cama, el cual lo relacionaron con la edad con una media de 69 años, la dimensión de autocuidado 82.6% no tenían problemas, 12.6% tenían algunos problemas y el 4.7% no podían lavarse ni vestirse; en las actividades habituales 69.2% no tenían problema para realizarlas, 22.8% tenían algunos problemas y 7.87% no podía realizarlas; en cuanto a dolor/malestar resultaron que el 57.7% no presentaba ninguno de los dos, donde reportaron que el 57.8% eran hombres y el 46.8% eran mujeres, 26.8% de presentación moderada el 16.5% con mucho dolor o malestar, donde 4.8% eran hombres y el 10.3% mujeres, en la dimensión de ansiedad o depresión el 13.4% reportó estar muy ansioso o deprimido, donde el 87.5% eran mujeres y 12.5% hombres, 48.2% síntomas moderados y el 37.8% mencionó no estar ansioso ni deprimido. A pesar de que el estudio muestra una población de edad media mayor a los 60 años y su relación en las dimensiones, los que más tienen dificultad para movilizarse son mayores de 69 años, el instrumento de medición de calidad de vida que se utilizó no es el adecuado para este tipo de población(6).

Torheim y colaboradores realizaron en el 2023 un estudio en Noruega, un estudio donde evaluaron la mortalidad y los cambios en la calidad de vida en el adulto mayor, quienes consumían medicamentos depresores del sistema nervioso central como benzodiacepinas, opioides e hipnóticos z. Donde se inició con 246 pacientes mayores de 65 años, de los cuales 78 fallecieron (32%) en un promedio de 4.7 años, con una supervivencia media de 3.3 años y se tomaron dos grupos controles de 19 personas quienes usaban los medicamentos mencionados y 19 que no los habían usado, recabando los datos de mortalidad del historial clínico electrónico se utilizó el Mini Examen del Estado mental de 11 ítems donde <25 puntos se considera con deterioro cognitivo; La Puntuación Acumulada de Enfermedades en Geriatría (CIRS-G) de 56 puntos para evaluar la gravedad de la enfermedad por sistemas, los resultados son cuanto mayor sea la puntuación mayor será la carga de enfermedad. La escala de soledad de Jong Giervard de 6 ítems de 0 a 6 (0= ausencia de soledad); Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADs) de 14 ítems de 0 a 21, donde la puntuación más alta indica síntomas más graves, donde los resultados muestran una tasa mayor en quienes consumían estos medicamentos, en aquellos de mayor edad, con menor función cognitiva, mayor carga de enfermedad y en el sexo masculino. Para evaluar la calidad de vida usan el instrumento EuroQol 5D-5L con cinco dimensiones Movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada uno puntuado del 1 al 5, además incluye una escala visual analógica para evaluar el dolor del 0 (sin dolor) al 100 (el peor dolor) donde no hubo diferencias entre los usuarios y no usuarios de los medicamentos depresores del sistema nervioso central, con una mejora no significativa en el tiempo a los no usuarios. El estudio incluye benzodiacepinas, opioides e hipnóticos sin diferenciarlos adecuadamente(7).

4. MARCO TEORICO

4.1 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es uno de los pilares para valorar el bienestar integral del paciente. Se entiende como el nivel de bienestar percibido, resultado de la evaluación subjetiva que el individuo realiza, respecto a distintos dominios de su vida, incluyendo el estado físico, psicológico, funcional y social (5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del grupo WHOQOL, define la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida, dentro del contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, normas e inquietudes. Este concepto resalta el carácter subjetivo y multidimensional del término, lo que lo convierte en una herramienta clave para el seguimiento clínico en personas con enfermedades crónicas o trastornos afectivos(3).

En los adultos mayores, la calidad de vida cobra una importancia especial, ya que esta etapa está frecuentemente acompañada por múltiples condiciones crónicas: polifarmacia, pérdida de la funcionalidad, aislamiento social y riesgo de deterioro cognitivo(8).

4.2 INSTRUMENTO WHOQOL-OLD

El instrumento WHOQOL-OLD fue desarrollado por la OMS para evaluar la calidad de vida en los adultos mayores, conformado por 24 ítems agrupados en seis dimensiones (9):

- a) Capacidad sensorial. Es la percepción de los sentidos como la vista, oído, tacto, gusto y olfato en sus actividades diarias.

El uso de las benzodiazepinas puede provocar efectos sedantes que alteran el estado de alerta y el procesamiento sensorial, por lo que reduce la capacidad de interactuar con el entorno, además reduce la capacidad de procesar los estímulos sensoriales (10).

- b) Autonomía: Es el grado de independencia personal percibida para la toma de decisiones en todos los aspectos de su vida diaria.

Al usar medicamentos como el clonazepam puede disminuir la funcionalidad física y cognitiva, además que los efectos secundarios como la debilidad, ataxia o riesgo de caídas reducen la capacidad del adulto mayor para realizar actividades sin ayuda y esto puede generar la sensación de dependencia progresiva (10).

- c) Actividades pasadas, presentes y futuras: Es la valoración de experiencias pasadas, su situación actual y la percepción de la esperanza respecto al futuro.

El impacto a este nivel con el uso de benzodiacepinas se relaciona con un aplanamiento afectivo, disminución del interés y alteraciones de la memoria, lo que puede distorsionar la percepción de logros pasados y limitar la motivación hacia el futuro (8).

- d) Participación o aislamiento: Se refiere a la satisfacción con la interacción social, participación en actividades comunitarias y relaciones interpersonales.

La sedación, la fatiga y la apatía inducidas por el clonazepam pueden reducir la iniciativa para participar en reuniones familiares, actividades recreativas o sociales, contribuyendo al aislamiento social, lo que se asocia con mayor riesgo de deterioro cognitivo, depresión y reducción en la percepción de calidad de vida (10).

- e) Muerte o agonía: Explora la aceptación o preocupación frente a la muerte, incluyendo temores y angustias frente a esta etapa.

Aunque el clonazepam puede reducir los síntomas de ansiedad relacionados a esto, también puede inducir dependencia, lo que genera inseguridad a la posibilidad de suspender el medicamento (8).

- f) Intimidad: Se refiere a la capacidad de mantener relaciones personales estrechas, afecto, compañía y la posibilidad de recibir y brindar amor.

Para mantener vínculos afectivos es necesario un buen estado emocional y el clonazepam puede ocasionar un bloqueo, lo que dificulta la expresión de las emociones y la conexión con los demás, limitando las relaciones íntimas (10).

4.3 FACTORES DE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida es el resultado de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, en el adulto mayor la calidad de vida no depende exclusivamente de presencia o ausencia de enfermedades, sino cómo se vive y la gestión por la misma persona dentro de su contexto (11).

- Comorbilidades. La presencia de comorbilidades es una de las principales causas de disminución de calidad de vida, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artrosis, enfermedades cardiovasculares que limitan la movilidad, dolor crónico y reducen la independencia funcional (10).

- Capacidad funcional. La capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria es un determinante para la calidad de vida. La pérdida progresiva de la autonomía funcional se asocia con una mayor dependencia, reduce la autoestima y el aislamiento (12).
- Salud mental. Los trastornos afectivos son condiciones frecuentes en la vejez que tienen un fuerte impacto negativo sobre la calidad de vida, ya que alteran la percepción del bienestar, la motivación, la satisfacción con la vida y la integración social (13).
- Red de apoyo. Las relaciones personales significativas, apoyo emocional de familiares, amigos o cuidadores es un pilar fundamental, ya que el aislamiento, la soledad se asocia a peores indicadores físicos, emocionales y, por tanto, impacta en la calidad de vida (13).

4.4 ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA

La ansiedad en adultos mayores suele estar sub diagnosticada, ya que puede manifestarse con síntomas somáticos como palpitaciones, disnea, fatiga, que pueden confundir y al no tratarse, esto contribuye al aislamiento, pérdida de funcionalidad, insomnio y la disminución de la percepción de seguridad, lo que puede llevar al deterioro de la percepción de la calidad de vida (14).

Estudios longitudinales han demostrado que la presencia de ansiedad se asocia a menores puntuaciones en la calidad de vida, especialmente en las dimensiones de autonomía, funcionamiento físico, participación social y percepción general de salud (15).

4.5 DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA.

La depresión en el adulto mayor, es una de las principales causas de pérdida de calidad de vida, funcionalidad y esperanza de vida, se vincula con una menor adherencia al tratamiento médico, mayor mortalidad, deterioro cognitivo y una percepción de carga familiar. La depresión afecta negativamente en todas las dimensiones, pero mayormente en las actividades pasadas, presentes y futuras, donde hay desinterés y bloqueo emocional para percibir los logros y no hay motivación al futuro.

4.6 BENZODIACEPINAS Y MECANISMO DE ACCIÓN

Las benzodiazepinas son fármacos psicotrópicos que aumentan la actividad de los receptores GABA-A, se encuentra en la mayor parte del cerebro, teniendo efectos ansiolíticos, sedantes, efectos amnésicos por su presencia en el hipocampo, además de efectos anticonvulsivos (16).

Estas moléculas están ampliamente distribuidas en el encéfalo, actuando en regiones como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal. Se ha observado que en ciertas dosis puede generar efectos secundarios como amnesia, alteraciones cognitivas y dependencia. Su potencial adictivo está relacionado con la activación indirecta del sistema dopaminérgico mesolímbico, específicamente en el área tegmentaria ventral, implicada en los circuitos de recompensa (16).

Se recomienda un periodo de 4 semanas para el tratamiento de insomnio y hasta 12 semanas para la ansiedad, su prescripción prolongada es frecuente, lo cual incrementa el riesgo de tolerancia, dependencia y efectos adversos asociados (17).

4.7 USO DE BENZODIACEPINAS EN EL ADULTO MAYOR

Las benzodiazepinas son medicamentos psicotrópicos comúnmente utilizados para el tratamiento de trastornos como ansiedad, insomnio y algunas manifestaciones conductuales de la depresión. Sin embargo, el envejecimiento conlleva cambios fisiológicos que modifican el metabolismo y la sensibilidad a estos fármacos, como la reducción de en la depuración renal, el metabolismo hepático y el aumento en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica (18).

Estos cambios predisponen al adulto mayor a una mayor frecuencia e intensidad de efectos adversos como sedación, debilidad muscular, ataxia, deterioro cognitivo, caídas, fatiga, riesgo de demencia. Por esta razón, las guías internacionales como los criterios de Beers de la American Geriatrics Society desaconsejan su uso prolongado en esta población. Cuando su uso es indispensable, se recomienda iniciar con la dosis mínima efectiva y durante el menor tiempo posible (18).

En particular, el diazepam y el clonazepam presentan vidas medias prolongadas, lo que favorece su acumulación y aumenta el riesgo de sedación sostenida. El diazepam, aunque útil en cuadros específicos como epilepsia, no es considerado de primera elección para el tratamiento de ansiedad en adultos mayores. En contraste, con fármacos como el

alprazolam, de vida media intermedia y sin metabolitos activos relevantes, pueden ser considerados con precaución, siempre en dosis bajas y bajo estrecho control clínico (18).

El principio gerontológico recomienda aplicar el principio de “star low, ¡go slow!”, iniciando con la dosis más baja posible y ajustando lentamente según la tolerancia. La dosis sugerida es, clonazepam dosis 0.125 – 0.25 mg por la noche y alprazolam 0.25 mg cada 12 (máximo 1 mg/día), pero el diazepam se debe evitar en adultos mayores. Estas dosis se debe ajustar a la respuesta clínica y perfil de cada paciente, su uso controlado y bien indicado puede ser beneficioso en situaciones de ansiedad aguda, crisis de angustia e insomnio severo; estos fármacos pueden brindar alivio sintomático eficaz, mejorando el bienestar y el estado funcional del paciente a corto plazo (18).

4.8 MARCO CONCEPTUAL

Calidad de vida. Es la percepción que una persona tiene de su posición en la vida, en el contexto cultural y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e inquietudes.

Benzodiacepinas. Son medicamentos psicotrópicos que actúan en el sistema nervioso central y producen efectos hipnóticos, ansiolíticos, antiepilépticos, amnésicos y miorrelajantes.

Adulto mayor. Persona mayor de 60 años de edad.

5. JUSTIFICACION

5.1 MAGNITUD E IMPACTO.

El envejecimiento de la población mexicana es un problema de salud pública, Según el instituto nacional de estadística y geografía (INEGI), en México se proyecta que para el 2030 más del 20% de la población será mayor de 60 años, lo que incrementará considerablemente la demanda de servicios médicos para el adulto mayor. En este grupo, los trastornos afectivos tienen una alta prevalencia y con frecuencia son tratados farmacológicamente con benzodiacepinas, incluyendo el clonazepam.

Diversos estudios han documentado los riesgos del uso prolongado de benzodiacepinas en personas mayores, incluyendo el deterioro cognitivo, caídas, dependencia, disminución de la funcionalidad, afectación en la calidad de vida. A pesar de ello, su uso continúa siendo común en el primer nivel de atención. Esta situación podría derivarse en consecuencias clínicas, funcionales y sociales adversas si no se evalúan los efectos adecuadamente. La calidad de vida, al ser un indicador multidimensional y centrado en la percepción del paciente, constituye un parámetro esencial para valorar el impacto del tratamiento farmacológico en este grupo vulnerable.

5.2 TRASCENDENCIA.

Al momento hay escasa evidencia que analice de forma comparativa la calidad de vida en el adulto mayor, usuaria y no usuaria de clonazepam. Estudios internacionales disponibles, suelen incluir poblaciones heterogéneas, múltiples benzodiacepinas o escenarios clínicos distintos (hospitalización, pandemia, polifarmacia), lo que limita su capacidad aplicabilidad al contexto institucional mexicano.

En este sentido, el presente estudio tiene el potencial de generar evidencia valiosa que permita identificar la calidad de vida asociada al uso de clonazepam en adultos mayores de la UMF no. 8 del estado de Aguascalientes. Esta información podrá servir de base para orientar prácticas clínicas más seguras, racionalizar la prescripción en adultos mayores y fomentar un enfoque terapéutico centrado en el bienestar del paciente.

5.3 FACTIBILIDAD.

Este estudio tiene una factibilidad del 100%, ya que no se requieren recursos extras a los que se tienen para la atención de los pacientes, obteniendo la información del mismo paciente, con la aplicación de instrumentos estandarizados, la cual es no invasiva y viable en la consulta externa y favorece la recolección de los datos sin afectar la atención del paciente.



6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional es una realidad que se ve de forma creciente en México, donde se proyecta que para el año 2030 más del 20 % de la población será mayor de los 60 años de edad. Esto incrementa de manera significativa la demanda de atención médica para los adultos mayores, en especial en los trastornos afectivos, los cuales impactan de forma considerable en la calidad de vida (18).

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica de 2001, aproximadamente el 8 % de la población mexicana había utilizado algún tipo de medicación psicotrópica, incluyendo benzodiacepinas, en el año anterior de la encuesta (19). En un estudio realizado por Secretaría de Salud en 2017, se encontró que el 10.5 % de los adultos en México utilizaban benzodiacepinas, y de éstos una parte importante fue a largo plazo (20).

Un análisis retrospectivo encontró que, en 2008, aproximadamente el 5,2 % de los adultos de entre 18 y 80 años consumían benzodiacepinas. La proporción de uso de benzodiacepinas a largo plazo aumentó con la edad del 14,7 % (18-35 años) al 31,4 % (65-80 años). En todos los grupos de edad, aproximadamente una cuarta parte de los pacientes utilizaba benzodiacepinas de acción prolongada (21).

Dentro de la unidad de medicina familiar no. 8 Aguascalientes se ha observado la frecuencia de los medicamentos más utilizados en este primer nivel de atención en relación de uso en promedio al mes respecto a piezas otorgadas por receta médica de clonazepam tabletas 2 mg caja con 30 tabletas 1900 frascos; clonazepam gotas 2.5 mg con 10 mg, 476 frascos; diazepam tabletas 10 mg caja con 20 tabletas, 108 cajas, alprazolam tabletas 2mg caja con 30 tabletas, 160 cajas, dando un total de 2,644 benzodiazepinas entregadas en un mes.

En la revisión de la literatura, se observa un gran vacío en el conocimiento, ya que los estudios que evalúan la asociación entre la calidad de vida y el uso de clonazepam son escasos. La mayoría de los estudios son realizados en población general, mayor de 18 años, se ha descrito la calidad de vida en cada una de sus dimensiones en la población con uso de múltiples benzodiacepinas, pero no del clonazepam, ya que es uno de los medicamentos controlados que son más frecuentemente prescritos. Debido a que existen diversos instrumentos para medir la calidad de vida, los resultados en la literatura no son comparables. En este estudio se pretende subsanar vacíos metodológicos como es el uso de un instrumento adecuado para medir la calidad de vida en población geriátrica, además

de medir la asociación que existe entre una benzodiacepina de prescripción frecuente como lo es el clonazepam, asociado a la calidad de vida en población geriátrica.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la fuerza de asociación entre la calidad de vida y uso de clonazepam en adultos mayores de la UMF No 8 delegación Aguascalientes?

8. OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la calidad de vida y el uso de clonazepam en adultos mayores de la UMF No 8 delegación Aguascalientes.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar en tiempo, lugar y persona a los adultos mayores incluidos en el estudio.
- Determinar la frecuencia de comorbilidades como Diabetes, Hipertensión, Cáncer, Enfermedades del corazón, enfermedades de la tiroides, enfermedad pulmonar, depresión y ansiedad.
- Determinar la prevalencia del uso de clonazepam en los adultos mayores de la UMF 8
- Determinar la posología y tiempo de uso adecuados y no adecuados en el adulto mayor.
- Determinar el puntaje de la calidad de vida de cada una de sus dimensiones (capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación o aislamiento, intimidad y muerte/agonía
- Medir la presencia de síntomas de ansiedad mediante la escala Geriátrica de Ansiedad GAS-1
- Medir la presencia de síntomas depresivos con la escala Geriátrica de Depresión de Yesavage.

9. HIPOTESIS

Hipótesis nula

No existe asociación entre la calidad de vida y el uso de clonazepam en adultos mayores de la UMF No 8 delegación Aguascalientes.

Hipótesis alterna

Existe asociación entre la calidad de vida y el uso de clonazepam en adultos mayores de la UMF No 8 delegación Aguascalientes.

10. MATERIAL Y MÉTODOS

10.1 DISEÑO

Estudio transversal descriptivo.

10.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes unidad de medicina familiar no 8 Aguascalientes

10.3 UNIDAD DE OBSERVACION

Adulto mayor de 60 años de edad de la UMF No. 8

10.4 UNIDAD DE ANALISIS

Adulto mayor de 60 años de edad de la UMF No. 8

10.5 LUGAR DE DESARROLLO DE ESTUDIO

Unidad de medicina familiar No. 8 Delegación Aguascalientes.

10.6 MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un muestreo aleatorio simple al seleccionar a los adultos mayores que tengan cita en la consulta externa de la UMF No. 8 y que se ubiquen en la lista de pacientes citados en un número non. Para el cálculo del tamaño de muestra se usó el programa EpiInfo para estudios transversales en los que se incluyó un poder del 80 %, porcentaje de resultados en el grupo no expuesto de 77.53 %, porcentaje de resultados en el grupo expuesto de 62.80 %, dando un total de 330 pacientes.

10.7 CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Adultos mayores (≥ 60 años), adscritos a la UMF No. 8.
- Acepten y firmen consentimiento

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Presencia de deterioro cognitivo severo que limite su participación.
- Estado clínico agudo que impida la entrevista

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes quienes respondieron la encuesta de forma incompleta.
- Retiro voluntario del estudio en cualquier momento.

10.8 VARIABLES DE ESTUDIO

Ver operacionalización de variables en el Anexo

10.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

- El protocolo se envió al comité local de investigación y bioética en investigación para su revisión.
- Se seleccionaron los pacientes por muestreo aleatorio simple, eligiendo a los pacientes de la lista de pacientes citados que tengan número no, donde se les explicara el objetivo del estudio y se solicitara la firma del consentimiento informado.
- Se instaló en un área tranquila y cómoda para aplicarle los instrumentos estandarizados mediante entrevista directa.
- La información obtenida se procesó en el paquete estadístico STATA, para el análisis estadístico, resultados y entregar el informe final, y con ello realizar la tesis de especialidad del investigador asociado.

10.10 INSTRUMENTOS

Instrumento WHOQOL-OLD:

Es un instrumento para medir la calidad de vida en adultos mayores, es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), específico, diseñado para evaluar la calidad de vida en el adulto mayor en México, tomando en cuenta las particularidades de este grupo de edad. En el año 2000 se inició la creación de un módulo específico para evaluar la calidad de vida en personas mayores a nivel internacional (3).

Tiene una confiabilidad con una consistencia interna general de $\alpha = .89$, cada dimensión tiene sus respectivos valores de consistencia interna, Capacidad sensorial ($\alpha = .84$), Autonomía ($\alpha = .72$), Actividades pasadas, presentes y futuras ($\alpha = .74$), Participación/aislamiento ($\alpha = .79$), Intimidad ($\alpha = .88$), Muerte y agonía ($\alpha = .84$); observando valores altos en las diferentes dimensiones del instrumento, lo que indica que cada una están relacionadas entre sí y miden de manera coherente el concepto. Se ha demostrado que tiene una buena validez convergente y divergente en diferentes grupos, lo

que indica variación relevante en la calidad de vida, así como una buena validez discriminante mostrando propiedades psicométricas satisfactorias. La consistencia interna e ítems son aceptables, por lo que es una medida sensible al estado de ánimo del adulto mayor (22).

El WHOQOL-OLD consta de 24 ítems en escala de Likert, dividido en 6 dimensiones, que se puntúa cada una con resultado entre los 5 y 20 puntos. El puntaje total del cuestionario va de 24 a 120 puntos. Las puntuaciones altas se relacionan con mayor calidad de vida (22).

Escala de ansiedad geriátrica GAS-1.

Es un instrumento de evaluación psicológica, diseñado para detectar síntomas de ansiedad en adultos mayores, desarrollado como alternativa sensible y de fácil aplicación frente a otras escalas (23).

La validez de contenido y constructo ha sido adecuada en estudios internacionales y en adaptaciones culturales para diferentes países, incluyendo la versión validada al español. La confiabilidad interna tiene un coeficiente alfa de Cronbach reportado entre 0.91 a 0.93, lo que indica una alta consistencia interna y ha demostrado una **sensibilidad del 90 %** y una **especificidad del 86.3 %** en diversos entornos clínicos, incluyendo ambientes ambulatorios y hospitalarios (23).

Cuenta con 25 ítems, se divide en sub escalas: somática, cognitiva y afectiva, con cuatro opciones de respuestas (nunca, algunas veces, la mayor parte del tiempo, todo el tiempo), con un valor determinado para cada uno, dando una puntuación de 0 a 1 en cada uno dependiendo la respuesta. La puntuación total va de 0 a 75 puntos, donde entre mayor puntuación, mayor gravedad de ansiedad.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Fue desarrollada por Jerome Yesavage y colaboradores en 1983, específicamente para la detección de síntomas depresivos en el adulto mayor, puede ser autoadministrada o entrevista dirigida donde se evalúa el estado de ánimo, el nivel de energía, la participación social, cambios de sueño o apetito(24).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Tiene una confiabilidad interna con un coeficiente de Cronbach entre 0.80 y 0.94 en múltiples estudios, con una alta sensibilidad del 84 al 92% y una especificidad del 89 al 95% para depresión mayor, ha sido validada en múltiples idiomas incluida la versión al español adaptada a la población mexicana, en donde un único factor explicó el 87% de la varianza total, con un valor propio (eigen value) de 7.18 y un alfa de Cronbach de 0.83 (24).

Es un instrumento con 15 ítems, con respuesta dicotómica (No/Sí), donde el puntaje de cada una varía de 0 a 1 y el puntaje final va de 0 a 15 puntos.

Interpretación:

0-4 puntos = normal, sin síntomas depresivos.

5-8 puntos = síntomas depresivos leves.

9-10 puntos = síntomas depresivos moderados.

12-15 puntos = síntomas depresivos graves.

10.11 CONTROL Y CALIDAD DE DATOS

Se tomaron al azar 30 casos para verificar y corroborar que las variables estén capturadas de forma correcta para garantizar la calidad de las bases de datos obtenidas. Para el control de calidad, se verificó el manual de aplicación para la estandarización de los datos obtenidos (Anexo H).

10.12 ANALISIS DE LOS DATOS

Se utilizó el paquete estadístico STATA para el procesamiento de los datos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes.

Para las variables cuantitativas, se verificaron la normalidad de los datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov; en la distribución paramétrica, se calculó la media y desviación estándar. En las variables que no tienen una distribución paramétrica, se calcularon la mediana y el rango intercuartilar. Para las variables cualitativas se calculó la frecuencia absoluta y relativa.

Se realizó un análisis bivariado con la Chi-cuadrada y/o exacta de Fisher para determinar si existen diferencias significativas y se utilizó la t de Student para variables cuantitativas (en la distribución paramétrica) o la U de Mann-Whitney (en la distribución no paramétrica) en variables cuantitativas como edad se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo. Para calcular la asociación entre las variables, se realizó una regresión lineal múltiple, ingresando como variables confusoras aquellas que tenían significancia estadística en el análisis multivariado.

10.13 POSIBLES RIESGOS

Esta investigación cuenta con riesgo mínimo al paciente debido a que se registraron datos psicológicos, describiendo su percepción de su estado de salud; por lo que se tuvo cuidado en el proceso de la aplicación del instrumento; los pacientes no llegaron a presentar molestias durante su aplicación.

11. ASPECTOS ÉTICOS

Los procedimientos realizados en este estudio se apegaron a las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.

Se incluyó la carta de consentimiento informado para los protocolos de investigación, la cual se entregó a cada paciente antes de la realización del instrumento. (Anexo B).

Parte de los beneficios para los pacientes al término de la aplicación del instrumento se identificaron a los pacientes que requerían un manejo integral o complementario y se canalizó con su médico familiar para que sea enviado a psicología o psiquiatría según se requirió.

La realización de este instrumento presentó un riesgo mínimo para la salud del paciente. Debido a las características del tema, se tuvo cuidado en la aplicación y no se necesitó pedir apoyo al servicio de psicología y/o de atención médica continua de la unidad. Con base en el subíndice II en estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios entre lo que se consideran pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulara la conducta del sujeto.

Los datos obtenidos de este proceso se mantuvieron en confidencialidad. El instrumento no contiene datos personales, por lo que las respuestas se mantuvieron de forma anónima. Además del resguardo de información, se hizo en el área de enseñanza de la unidad de medicina familiar No. 8 y por un periodo de tiempo de 5 años.

12. RECURSOS

12.1 RECURSOS HUMANOS

- Asesor de investigación.
- Investigador colaborador.
- Pacientes

12.2 RECURSOS MATERIALES

- Computadora tipo laptop
- Hojas de maquina
- Internet
- Impresora
- Área de trabajo

12.3 RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos se proporcionaron por los investigadores y no requirió inversión financiera adicional por parte de la institución, ya que se emplearon recursos con los que se cuenta actualmente. El estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Unidad de medicina familiar no. 8 Aguascalientes.

12.4 TIEMPO A DESARROLLARSE.

El plan para el desarrollo de este programa se desarrolló en un tiempo de 6 meses.

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	ENE 25	FEB 25	MAR 25	ABR 25	MAY 25	JUN 25
Búsqueda sistemática						
Antecedentes científicos						
Marco teórico y conceptual						
Justificación y planteamiento del problema						
Realizar metodología						
Envío de protocolo a revisión por los comités						
Dictamen de evaluación por los comités						
Trabajo de campo						
Elaboración de base de datos y captura						
Análisis e interpretación de resultados						
Realizar discusión y conclusión						
Elaboración de escrito						
Redacción de manuscrito tesis						
Redacción del manuscrito artículo						
Publicación de artículo						
Difusión de resultados						

14. RESULTADOS

Se invitó a participar a los adultos mayores en este estudio hasta completar la muestra de 330 pacientes. Solamente 12 pacientes (3.5%), no aceptaron participar.

Las características generales de los adultos mayores se describen en la tabla 1. Se encontró que con mayor frecuencia los pacientes tuvieron de 60 a 69 años, fueron mujeres, con estado civil casados (as), con escolaridad primaria y estar pensionados.

Se encontró que 82 pacientes tomaban clonazepam, con una prevalencia de 24.8% (0.248 IC 95% 0.20, 0.30). La tabla 1 presenta las características socio demográficas de los pacientes de acuerdo con el nivel global de CV y con el uso de clonazepam. El mayor puntaje de CV en las variables con significancia estadística fue en los grupos de 60 a 69 años y de 70 a 79 años de edad, en el estado civil soltero, en quienes reportaron tener escolaridad de posgrado y en aquellos dedicados a realizar actividades del hogar. Al comparar las características socio demográficas con el porcentaje de pacientes que tienen o no prescrito el clonazepam, se encontró significancia estadística en el estado civil, con mayor frecuencia de pacientes que reportaron ser viudos y en aquellos que están pensionados o jubilados. (Tabla 1)

Tabla 1. Características socio demográficas de los pacientes de acuerdo con su calidad de vida y uso de clonazepam. (n=330)

Características	TOTAL	Calidad de vida	p	clonazepam		p*
		puntaje 0-100 (min-máx.)		No n=248 n (%)	Sí n=82 n (%)	
Edad en años						
60 a 69	183 (55.5)	65.6 (36.4, 96.8)	0.04	140 (56.5)	43 (52.4)	0.54
70 a 79	185 (31.8)	65.6 (25, 92.8)		75 (30.2)	30 (36.6)	
>80	42 (12.7)	63 (29.1, 90.6)		33 (13.3)	9 (11.0)	
Sexo						
Hombres	101 (30.6)	64.6 (37.5, 93.7)	0.13*	76 (30.7)	25 (30.5)	0.98
Mujeres	229 (69.4)	65.6 (25, 96.8)		172 (69.3)	57 (69.5)	
Estado civil						
Soltero	28 (8.5)	67.2 (42.7, 96.8)	0.02	24 (9.7)	4 (4.9)	0.048
Casado	231 (70.0)	65.6 (36.4, 95.8)		178 (71.8)	53 (64.6)	
Divorciado	12 (3.6)	54.2 (37.5, 93.7)		6 (2.4)	6 (7.3)	
Viudo	59 (17.9)	63.5 (25, 96.8)		40 (16.1)	19 (23.2)	
Escolaridad						
Ninguna	19 (5.8)	61.5 (29.1, 88.5)	0.002	11 (4.4)	8 (9.8)	0.06
Primaria	161 (48.8)	63.5 (25, 96.8)		118 (47.6)	43 (52.4)	
Secundaria	73 (22.1)	68.8 (37.5, 95.8)		62 (25.0)	11 (13.4)	
Preparatoria	47 (14.2)	70.8 (43.7, 96.8)		38 (15.3)	9 (11.0)	
Licenciatura	26 (7.9)	64.6 (53.1, 93.7)		17 (6.8)	9 (11)	
Posgrado	4 (1.2)	72.9 (71.8, 76)		2 (0.81)	2 (2.4)	
Ocupación						

Empleado	35 (10.6)	65.6 (43.7, 93.7)		28 (11.3)	7 (8.5)	
Comerciante	3 (0.9)	36.5 (36.4, 45.8)		0	3 (3.6)	
Campesino	1 (0.3)	61.5 (61.4, 61.4)		1 (0.4)	0	
Desempleado	5 (1.5)	64.6 (25, 84.3)	<0.001	4 (1.6)	1 (1.2)	0.04
Actividades del hogar	122 (37.0)	70.3 (29.1, 95.8)		96 (38.7)	26 (31.7)	
Pensionado (a)	164 (49.7)	64.6 (37.5, 96.8)		119 (48.0)	45 (54.8)	

kwallis. p* χ^2

Las comorbilidades más frecuentes de los adultos mayores fueron la diabetes y la hipertensión, además, se encontró más del 20% de pacientes con diagnóstico previo de depresión y de ansiedad. Los detalles de las características clínicas de los pacientes incluidos en el estudio se detallan en la tabla 2.

También se analizaron las características clínicas de los pacientes de acuerdo con su CV y con la prescripción o no de clonazepam. Al comparar las características clínicas de los pacientes de acuerdo con su CV, se encontró mayor puntaje y significancia estadística en aquellos con hipotiroidismo, en los que no tienen EPOC, y en los que no tenían diagnóstico previo de depresión ni de ansiedad. (Tabla 2) Al comparar las características clínicas de acuerdo con el porcentaje de pacientes que tienen y no tienen prescrito clonazepam, se encontró significancia estadística ($p < 0.05$) y mayor porcentaje de pacientes que tienen alguna cardiopatía, insomnio y diagnóstico previo de depresión o de ansiedad. (Tabla 2)

Tabla 2. Características clínicas de los participantes de acuerdo con la calidad de vida y uso de clonazepam. (n=330)

Características	TOTAL	Calidad de vida puntaje 0-100 (min-max)	p	clonazepam		p
				No n=248 n(%)	Sí n=82 n (%)	
Diabetes mellitus						
No	180 (54.5)	65.6 (29.1, 96.8)	0.80	129 (52.0)	51 (62.2)	0.11
Sí	150 (45.5)	65.6 (25, 96.8)		119 (48.0)	31 (37.8)	
Hipertensión arterial						
No	111 (33.6)	64.5 (25, 95.8)	0.15	77 (31)	34 (41.4)	0.084
Sí	219 (66.4)	65.6 (36.4, 96.8)		171 (68.9)	48 (58.5)	
Cáncer						
No	329 (99.7)	65.6 (25, 96.8)	0.73	248 (100)	81 (98.7)	0.08
Sí	1 (0.3)	62.5 (62.5, 62.5)		0	1 (100)	
Cardiopatías						
No	321 (97.3)	65.6 (25, 96.8)	0.69	245 (98.7)	76 (92.6)	0.003
Sí	9 (2.7)	65.5 (42.7, 83.3)		3 (1.21)	6 (7.3)	
Enfermedades de la tiroides						
No	297 (90.0)	65.6 (25, 96.8)	0.007	225 (90.7)	72 (87.8)	0.44
Sí	33 (10.0)	71.8 (48.9, 96.8)		23 (9.2)	10 (12.2)	
EPOC						
No	318 (96.4)	65.6 (25, 96.8)	0.01	240 (96.7)	95.1)	0.49
Sí	12 (3.6)	58.3 (29.1, 67.7)		8 (3.2)	4 (4.8)	

Insomnio						
No	322 (97.6)	65.6 (25, 96.8)	0.99	247 (99.6)	75 (91.4)	
Sí	8 (2.4)	68.7 (53.1, 83.3)		1 (0.40)	7 (8.5)	<0.001
Diagnóstico previo de depresión						
No	240 (72.7)	66.1 (39.5, 96.8)	<0.001	218 (87.9)	22 (26.8)	
Sí	90 (27.3)	63.5 (25, 94.7)		30 (12.1)	60 (73.17)	<0.001
Diagnóstico de ansiedad						
No	257 (77.9)	65.6 (29.1, 96.8)	<0.001	223 (89.9)	34 (41.4)	
Sí	73 (22.1)	64.5 (25, 94.7)		25 (10.0)	48 (58.5)	<0.001

El resultado de la aplicación de los cuestionarios de síntomas de ansiedad (Escala de ansiedad geriátrica) y de depresión (Escala de depresión geriátrica de Yesavage) de acuerdo con el uso y no uso de clonazepam se muestran en la tabla 3. Se encontró que los pacientes que tienen prescrito el clonazepam con mayor frecuencia tienen síntomas de depresión y de ansiedad en cualquiera de sus grados ($p<0.001$).

Tabla 3. Presencia de síntomas de ansiedad y depresión sin y con clonazepam. (n=330)

Grado de ansiedad	clonazepam		p
	No n=248 n(%)	Sí n=82 n(%)	
Sin ansiedad	205 (82.6)	38 (46.3)	<0.001
Leve	36 (14.5)	30 (36.5)	
Moderada	6 (2.4)	12 (14.6)	
severa	1 (0.4)	2 (2.4)	
Grado de depresión			
Sin depresión	207 (83.4)	46 (56.1)	<0.001
Leve	37 (14.9)	25 (30.4)	
Moderada	4 (1.6)	6 (7.3)	
Severa	0	5 (6.1)	

Al analizar solo a los pacientes que tenían prescrito el clonazepam, se encontró que todos los adultos mayores tuvieron indicada una dosis correcta. Solo 5 pacientes (6.1%) tuvieron un tiempo de uso adecuado de clonazepam (menor a 4 meses). Al categorizar la variable tiempo de uso, se encontró que aquellos que lo han usado menos de 4 meses (uso adecuado) solo representó el 4.9% ($n=4$) de los pacientes y que el tiempo más frecuente de uso fue de 1 a 4 años, aunque no se encontró significancia estadística al comparar el

puntaje de la calidad de vida con las cinco categorías del tiempo de uso de clonazepam.
(Tabla 4)

Tabla 4. Calidad de vida de acuerdo con el tiempo de uso de clonazepam. (n=82)

Tiempo de uso	n (%)	Calidad de vida puntaje 0-100 (min-max)	p
< 4 meses	4 (4.9)	58.8 (53.1, 70.8)	0.925
5-11 meses	5 (6.1)	52.1 (52.1, 81.2)	
1 a 4 años	31 (37.8)	62.5 (29.2, 83.3)	
5 a 9 años	27 (32.9)	56.2 (25, 87.5)	
>10 años	15 (18.3)	67.7 (36.5, 71.9)	

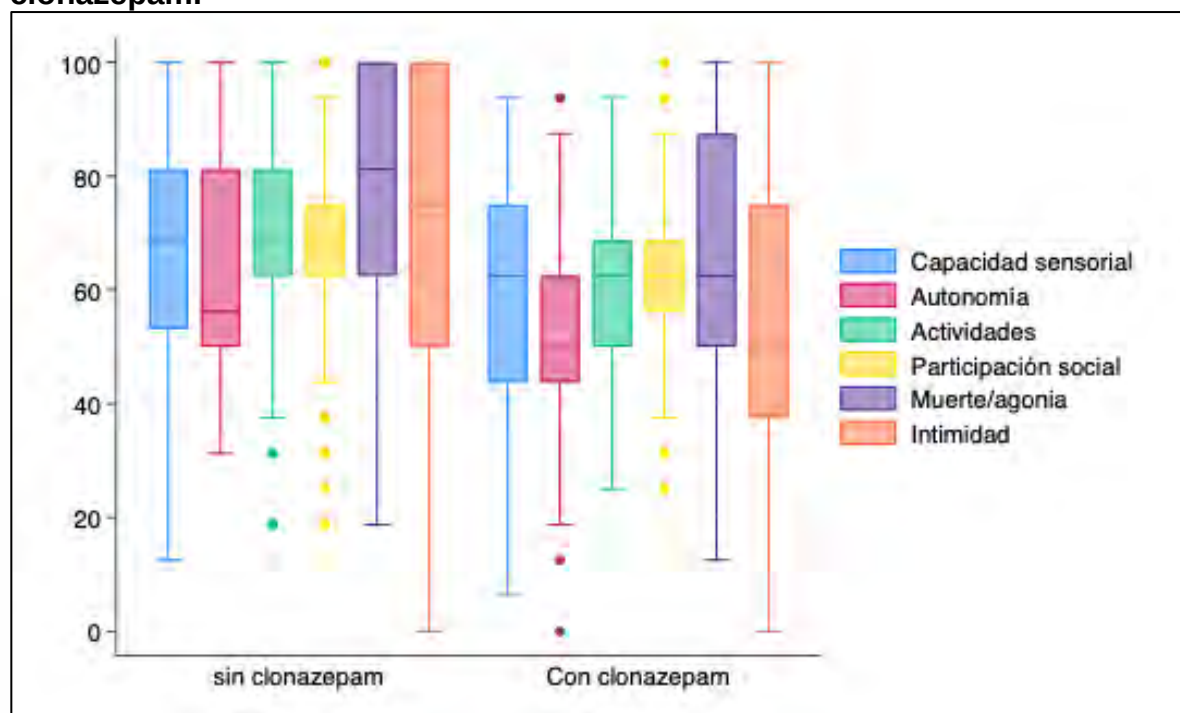
El análisis bivariado entre la variable dependiente (CV) y la independiente (uso de clonazepam) se presenta en la tabla 5. Se comparó el puntaje de cada una de las seis dimensiones de la CV de acuerdo con el uso y no uso de clonazepam. Se encontró que los pacientes que usan clonazepam tienen menor puntaje de calidad de vida en todas sus dimensiones en comparación con los adultos mayores que no usan clonazepam. Las dimensiones con menor puntaje de calidad de vida fueron la autonomía y la intimidad.

Tabla 5. Comparación del puntaje de calidad de vida entre pacientes sin y con clonazepam

Dimensiones de la calidad de vida	Clonazepam		P
	No n=248 CV (mediana, mín-max)	Sí n=82 CV (mediana, mín-max)	
Capacidad sensorial	68.75 (12.5, 100)	62.5 (6.25, 93.75)	0.005
Autonomía	56.25 (31.25, 100)	50 (0, 93.75)	<0.001
Actividades presentes, pasadas y futuras	68.75 (18.75, 100)	62.5 (25, 93.75)	<0.001
Participación social	68.75 (18.75, 100)	62.5 (25, 100)	<0.001
Muerte y agonía	81.25 (18.75, 100)	62.5 (12.5, 100)	<0.001
Intimidad	75 (0, 100)	50 (0, 100)	<0.001
TOTAL			
Todas las dimensiones	66.67 (39.58, 96.88)	59.89 (25, 87.5)	<0.001

En la gráfica 1 se puede apreciar visualmente como el puntaje de cada una de las dimensiones de la calidad de vida es menor en los adultos mayores que usan clonazepam en comparación con los que no lo usan.

Gráfica 1. Puntaje de calidad de vida de acuerdo con el uso de clonazepam.



Se realizó una regresión lineal múltiple con dos modelos. En el modelo 1 se incluyeron las variables sociodemográficas que tuvieron una $p < 0.20$ en el análisis bivariado. En el modelo 2 se agregaron las características clínicas incluyendo los síntomas de ansiedad y depresión. En el modelo final (modelo 2) se encontró que los adultos mayores que utilizan clonazepam tienen 9.2 puntos menos en la CV en comparación con los que no usan clonazepam, ajustado por las variables confusoras (sociodemográficas y clínicas). Las características de los pacientes que demostraron tener efecto sobre la CV en los adultos mayores fueron la edad < 80 al encontrar que estos adultos mayores tienen 7.5 puntos menos de CV en comparación con los pacientes de menor edad. También se encontró que los adultos mayores que se dedican al hogar, tienen 9.3 puntos más de CV en comparación con los que se dedican a otras actividades. Tener EPOC disminuye 11.1 puntos la CV en comparación con los adultos mayores que no lo tienen. Finalmente, los adultos mayores que en la actualidad tienen síntomas de depresión y de ansiedad, tienen 6 y 4.9 puntos menos de CV respectivamente en comparación con los que no tienen estos síntomas. (Tabla 6)

Tabla 6. Análisis multivariado de la calidad de vida y el uso de clonazepam

Variables independientes	Modelo 1		Modelo 2	
	Coefficiente (IC 95%)	p	Coefficiente (IC 95%)	p
Uso de clonazepam	-9.2 (-12.6, -5.9)	<0.001	-6.7 (-11.1, -2.4)	0.002
Edad				
70-79	0.6 (-2.6, 4.0)	0.693	0.8 (-2.12, 3.9)	0.560
>80	-7.5 (-12.3, -2.7)	0.002	-6.4 (-11.1, -1.7)	0.007
Sexo				
Mujeres	-0.3 (-3.96, 3.3)	0.867	-1.6 (-5.1, 1.8)	0.343
Estado civil				
Casado	2.2 (-3.3, 7.7)	0.429	2.4 (-2.6, 7.5)	0.343
Divorciado	-4.8 (-14.0, 4.3)	0.298	-2.7 (-11.1, 5.6)	0.520
Viudo	0.1 (-6.2, 6.5)	0.965	2.6 (-3.2, 8.5)	0.371
Escolaridad				
Primaria	-0.3 (-6.8, 6.1)	0.919	-3.1 (-9.0, 2.8)	0.302
Secundaria	3.5 (-3.2, 10.3)	0.306	0.7 (-5.5, 7.0)	0.815
Preparatoria	8.4 (1.1, 15.8)	0.024	5.9 (-0.7, 12.5)	0.082
Licenciatura	4.6 (-3.3, 12.6)	0.251	0.1 (-7.0, 7.4)	0.961
Posgrado	13.4 (-0.7, 27.6)	0.064	6.3 (-6.9, 19.6)	0.347
Ocupación				
Comerciante	-17.3 (-32.7, -1.8)	0.028	-7.2 (-21.4, 6.9)	0.314
Trabajador del campo	-2.9 (-29.4, 23.4)	0.825	-7.5 (-31.2, 16.1)	0.530
Desempleado	-4.4 (-16.6, 7.8)	0.481	3.6 (-7.5, 14.8)	0.525
Actividades del hogar	9.3 (3.7, 14.9)	0.001	9.4 (4.4, 14.5)	<0.001
Pensionado/Jubilado	4.8 (-0.1, 9.8)	0.060	3.3 (-1.3, 7.9)	0.159
Características clínicas				
Diabetes				
Hipertensión			1.5 (-1.5, 4.2)	0.351
Cáncer			-2.8 (-26.1, 20.3)	0.807
Cardiopatía			6.6 (-2.0, 15.3)	0.136
Enfermedades de la tiroides			4.2 (-0.3, 8.7)	0.070
EPOC			-11.1 (-18.3, -3.9)	0.02
Insomnio			1.5 (-1.4, 4.5)	0.312
Diagnóstico previo de depresión			0.8 (-3.1, 4.8)	0.680
Diagnóstico previo de ansiedad			2.8 (-1.2, 6.9)	0.169
Síntomas depresión			-6.0 (-8.8, -3.2)	<0.001
Síntomas de ansiedad			-4.9 (-7.9, -2.0)	0.001

Finalmente se evaluó el efecto del uso de clonazepam en cada una de las seis dimensiones de la calidad de vida en el adulto mayor. En el modelo final se encontró que el uso de clonazepam disminuye de manera significativa el puntaje de CV en las dimensiones capacidad sensorial, autonomía, actividades y muerte/agonía del WHOQOL-old. La dimensión más afectada fue la autonomía, con una disminución de 12.1 puntos en los adultos mayores que usan clonazepam en comparación con los que no lo usan. (Tabla 7)



Tabla 7. Dimensiones de calidad de vida asociada al uso de clonazepam.

	Modelo 1		Modelo 2	
	Coeficiente (IC 95%)	p	Coeficiente (IC 95%)	p
Capacidad sensorial	-5.7 (-10.6, -0.8)	0.022	-7.2 (-14.1, -0.2)	0.044
Autonomía	-12.1 (-16.9, -7.3)	<0.001	-13.9 (-20.5, -7.4)	<0.001
Actividades presentes, pasadas y futuras	-8.6 (-12.3, -4.8)	<0.001	-6.9 (-12.1, -1.7)	0.009
Participación social	-5.4 (-9.2, -1.6)	0.005	-2.5 (-7.4, 2.4)	0.313
Muerte y agonía	-10.4 (-15.1, -5.0)	<0.001	-8.6 (-15.4, -1.8)	0.012
Intimidad	-13.5 (-19.6, -7.5)	<0.001	-1.4 (-9.3, 6.5)	0.721

15. DISCUSIÓN

Se logró cumplir el objetivo de este estudio que fue determinar la asociación entre el uso de clonazepam y la calidad de vida en adultos mayores de la UMF No. 8 del IMSS en Aguascalientes.

Dentro del análisis descriptivo, se encontró que la mayoría de los adultos mayores se ubicó en el grupo de edad de 70 a 79 años y fueron mujeres. Este resultado es consistente con lo reportado por Torheim B, en su estudio de CV con el uso de benzodiacepinas, donde la media de edad de su población fue de 76.6 años (DE 6,6) con un 55.7 % mujeres (7). Este resultado se explica porque conforme avanza la edad, existe un aumento fisiológico en la prevalencia de insomnio, ansiedad y dolor crónico, condiciones por las que frecuentemente se prescriben benzodiacepinas (25). Además, las mujeres tienden a acudir más a servicios médicos que los hombres. Reportando con mayor frecuencia síntomas de ansiedad, depresión e insomnio(26).

En cuanto al estado civil, casi tres cuartas partes de los adultos mayores reportaron estar casados, lo que es comparable con lo reportado por Soria R. con aproximadamente el 59% de adultos mayores que viven en pareja, reflejando que el matrimonio sigue siendo un pilar importante en la vida social de los adultos mayores en México (27).

También se observó que casi la mitad de los participantes reportaron tener escolaridad primaria, seguido de escolaridad secundaria, preparatoria, licenciatura y en menor proporción estudios de posgrado. Este hallazgo es congruente con Hernández P. donde estudió la relación de la escolaridad con la calidad de vida, y reportó la escolaridad primaria completa en el 34.5 % de los participantes. Asimismo, en ambos se encontró que un pequeño porcentaje alcanzaba educación superior con un 10.3 % (28), lo cual sugiere que las cohortes actuales de adultos mayores en América Latina comparten un perfil educativo predominantemente básico.

Se identificó que la ocupación predominante en los adultos mayores fue ser pensionado o jubilado, siguiendo de las actividades del hogar. Esto difiere parcialmente de los reportados por González R. quien observó que el 53% de sus participantes tenían ocupación principal en las actividades del hogar (29), pudiendo reflejar las diferencias socioeconómicas, de estructura laboral o de acceso a esquemas de pensión entre las poblaciones estudiadas.

En cuanto a las comorbilidades, de los adultos mayores incluidos en este estudio, se reportó poco más de la mitad con diagnóstico de diabetes mellitus. Esta proporción es superior a la reportada en el estudio de Brown DW, donde únicamente el 15% de los participantes adultos mayores encuestados presentó diabetes mellitus (30). Esta diferencia puede deberse por factores socio demográficos y prevalencia regional de la enfermedad.

Poco más de 60% de los pacientes presentaban hipertensión arterial, prevalencia superior a la reportada por Li J. quien, en un análisis de adultos mayores en China, observó una proporción prácticamente equilibrada entre pacientes con 49.7 % y sin hipertensión arterial 50.3 % (31). Esto podría atribuirse a las diferencias en el perfil de riesgo cardiovascular, hábitos alimentarios, actividad física y acceso a servicios preventivos de las poblaciones estudiadas.

En los resultados obtenidos en este estudio, una proporción pequeña reportó tener enfermedad tiroidea, mientras que la mayoría no presentó esta condición. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Han M., quien, en una cohorte de adultos mayores asociada a la calidad de vida, encontraron que la mayoría de los participantes eran eutiroideos y destaca la importancia de evaluar no solo el estado tiroideo bioquímico, sino también el impacto clínico sobre la calidad de vida en adultos mayores (32).

En el presente estudio, una pequeña proporción de adultos mayores evaluados presentaban diagnóstico de EPOC. Esta prevalencia es ligeramente inferior a la reportada por DiBonaventura, quien encontró una proporción del 8.8 % de adultos mayores en Estados Unidos en su estudio de impacto de calidad de vida (33). Esta diferencia podría explicarse por diferencias en los hábitos de exposición a factores de riesgo como el tabaquismo y condiciones ocupacionales previas.

Únicamente el 2.4 % de los adultos mayores evaluados reportaron presentar insomnio. Este hallazgo contrasta con lo reportado por Lahteenmaki, quien estudió exclusivamente a los adultos mayores con insomnio primario, usuarios crónicos de benzodiazepinas o análogos en el 100 %. La diferencia es por la selección de los participantes. Donde destacan el impacto negativo potencial de estos medicamentos cuando se emplean de manera prolongada, especialmente en presencia de insomnio (34).

Se encontró en el presente estudio que una cuarta parte de los participantes evaluados contaban con un diagnóstico previo de depresión, y un poco menos presentaba diagnóstico

de ansiedad. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Ribeiro O., quien, en su análisis longitudinal, observó que tanto la depresión como la ansiedad son trastornos frecuentes en adultos mayores y se asocian de manera significativa con una disminución de la calidad de vida (35)

En los resultados comparativos de las características de los pacientes con la calidad de vida y con el uso o no de BDZ, en este estudio, el mayor puntaje de calidad de vida lo tuvo el grupo de edad entre 60 y 79 años. Estos resultados son consistentes con lo encontrado por Vahit Can Cavda, ya que reportó mayor puntaje de calidad de vida en el grupo de edad de 65 a 75 años (puntaje de 75) y, al igual que en este estudio, a mayor edad, menor puntaje de calidad de vida (36). Este resultado puede deberse a que a medida que avanza la edad, incrementan las comorbilidades, la limitación física, la dependencia, entre otros, lo que puede ocasionar con frecuencia disminución de la calidad de vida (9).

En este estudio, los adultos mayores que reportaron ser solteros tuvieron mejor puntaje de calidad de vida, comparado con las demás categorías del estado civil. Esto es consistente con Gutiérrez Vega, que observó que los adultos mayores solteros y casados tenían las puntuaciones más altas en calidad de vida en comparación con viudos y divorciados (37). Este resultado se puede atribuir a que las personas solteras pueden tener mayor control sobre sus decisiones, además de evitar tensión o responsabilidades asociadas a una relación, lo que podría reducir el estrés y mejorar el bienestar psicológico (38).

También se encontró que la calidad de vida fue mayor en quienes reportaron tener escolaridad de posgrado. Resultados similares a los de Ochoa Pacheco, que reportaron mayor calidad de vida en adultos mayores con estudios de posgrados (39). Esto lo podemos relacionar a que las personas mayores, con este nivel de estudios, tienen mejor comprensión de la información relacionada con la salud y, por tanto, les permite tomar decisiones más informadas y saludables (40).

En cuanto a la ocupación, en este estudio se encontró que las personas dedicadas a las actividades del hogar tuvieron un mejor puntaje de CV. Estos resultados difieren de lo encontrado por Pino Lara, ya que reportó que el estatus de actividad se asociaba con la percepción de salud, pero no con la calidad de vida (41). Esto puede deberse a que las actividades realizadas en el hogar proporcionan un sentido de propósito, mantenerse activo y comprometidos, promoviendo su bienestar físico y emocional.

En la comparación de las características de los pacientes que usan o no clonazepam, en este estudio se encontró mayor frecuencia de prescripción de esta BZD en pacientes viudos y en pacientes pensionados y jubilados. Esto es consistente con lo reportado por Dell'Osso, quienes observaron que la población adulta mayor europea reportó que el uso de benzodiacepinas era más frecuente en personas viudas, con una prevalencia del 24% (42).

Respecto a la condición laboral, Laaksonen realizó un estudio que examinó el uso de BZD antes y después de pensionarse. Encontraron que el uso de benzodiacepinas aumentaba antes del inicio de la pensión y disminuía después de la jubilación, sugiriendo asociación entre el estado laboral y el consumo de estos medicamentos (43). Es posible que tanto la viudez como el retiro laboral representan factores de vulnerabilidad emocional en el adulto mayor. Estudios han sugerido que la pérdida del cónyuge y la desvinculación de la actividad laboral activa, alteran las redes de apoyo social, generando estados de estrés crónico, factores que pueden incrementar la prescripción de ansiolíticos (44).

En cuanto a las comorbilidades, en el presente estudio se observó que los adultos mayores con diagnóstico de hipotiroidismo presentaron un mayor puntaje en la calidad de vida. Este hallazgo difiere de Samuels MH, que describieron que los adultos mayores con hipotiroidismo clínico y subclínico presentaban deterioro de la calidad de vida, principalmente con descontrol terapéutico o presencia de comorbilidades (45). Este hallazgo podría estar relacionado con un control adecuado de la enfermedad en la población, lo cual ha sido asociado con mejor percepción de bienestar y menor sintomatología depresiva (46).

Además, se encontró que el puntaje de calidad de vida en pacientes que no tienen EPOC fue mayor. Este hallazgo es congruente con lo reportado por Carreiro Martins quienes en un estudio realizado en residentes de hogares de ancianos en Portugal encontraron la presencia de enfermedades respiratorias crónicas que se asociaban significativamente con puntuaciones más bajas de calidad de vida (47). La asociación se puede explicar por factores fisiopatológicos como el deterioro progresivo de la función pulmonar, disnea, limitación en actividad física, que impactan negativamente en la percepción de bienestar (48).

En este estudio se encontró que los adultos mayores, sin diagnóstico previo de depresión y sin diagnóstico previo de ansiedad, presentaron mayor puntaje de calidad de vida. Este hallazgo es coherente con lo reportado por Estrada Alejandro; donde se encontró que la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

presencia de síntomas de depresión y ansiedad se asoció significativamente con una menor CV en adultos mayores en comparación con aquellos sin estos trastornos (49). Esto respalda que la ausencia de trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad se asocia con una mejor percepción de la calidad de vida en adultos mayores, la presencia de estos trastornos puede afectar negativamente diversos aspectos de bienestar incluyendo funcionalidad, relaciones sociales y la percepción general de salud (50).

En el aspecto de las comorbilidades, se encontró que la prescripción de clonazepam fue mayor en pacientes con alguna cardiopatía. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Gleason, quien en estudio realizado en adultos mayores no institucionalizados encontró que el uso de BZD estaba significativamente asociado con la presencia de alteraciones coronarias (51). Esto se relaciona a que los pacientes que tienen alguna cardiopatía presentan una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión, que impactan negativamente a la calidad de vida, y pueden llevar a una mayor prescripción de ansiolíticos (52).

Este estudio observó que la prescripción de clonazepam fue significativamente mayor en pacientes con insomnio en comparación con los pacientes sin insomnio. Esto es consistente con lo reportado por García Atienza, donde reportaron que las benzodiacepinas habían sido prescritas mayormente para insomnio, 44.3 % (5). Así como Valladales en México encontró que el clonazepam fue uno de los más prescritos para el tratamiento de insomnio, representando el 11.1 % de las prescripciones en pacientes con este diagnóstico (53). Esto se puede explicar por la eficacia de las BZD en la inducción y mantenimiento del sueño (52).

Se observó en este estudio que la prescripción de clonazepam fue significativamente mayor en pacientes con diagnóstico previo de depresión y de ansiedad. Un estudio realizado en China encontró que la prevalencia de uso de BZD en pacientes con trastorno depresivo mayor fue del 42.9% (26), menor a lo encontrado en este estudio con un 73%, pero subraya la alta prevalencia del uso de BZD en pacientes con este trastorno. En cuanto al uso de clonazepam en pacientes con diagnóstico previo de ansiedad, Barboza Zanetti reporta que los pacientes con trastorno de ansiedad tenían mayor probabilidad de uso de benzodiacepinas (54). Esta asociación puede explicarse por la eficacia de las BZD en el alivio de los síntomas de ansiedad y mejora del sueño en corto plazo (52).

En este estudio se midió la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión solamente en los pacientes que reportaron la prescripción de clonazepam, independientemente de que los pacientes tuvieran un diagnóstico previo de alguno de estos trastornos. Se encontró que los pacientes con prescripción de clonazepam tuvieron con mayor frecuencia tanto síntomas de depresión como de ansiedad. Grabowska-Grzyb A., reportó que el 42 % de los pacientes con epilepsia presentaban depresión concurrente, y el uso de clonazepam fue identificado como factor de riesgo adicional para la depresión en esta población (55). Se ha documentado que el uso de benzodiacepinas puede inducir o exacerbar síntomas depresivos y ansiosos. Puede deberse a alteraciones en la neuroquímica cerebral, incluyendo disminución de serotonina y norepinefrina (26).

Continuando con el análisis bivariado, al comparar el puntaje de la CV con el uso o no de clonazepam, se encontró menor puntaje de CV en las seis dimensiones del instrumento WHOQOL-old, pero en donde se observa mayor afectación es en la dimensión de autonomía y la intimidad. Un estudio reportado por Bjelkaroy, MT, encontró que el uso prolongado de medicamentos depresores del sistema nervioso central, como las benzodiacepinas, se asocia con una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores en comparación con aquellos que no lo utilizaban (7). A diferencia de García Atienza, donde la dimensión más afectada fue el área de ansiedad o depresión con 41 %, seguido de dolor o malestar con 35 % (5). Así también se difiere de Tamburin, que realizó un estudio en donde en pacientes donde la dimensión de calidad más afectada fue el rol emocional, seguido del rol físico (1). Este resultado puede deberse a que el uso de benzodiacepinas se asocia con deterioro funcional en los adultos mayores, manifestado en una disminución de capacidad para realizar actividades de la vida diaria (56). Además, se ha documentado que los efectos secundarios del uso prolongado de benzodiacepinas, como el deterioro cognitivo, somnolencia y la apatía, pueden interferir en las interacciones y la calidad de las relaciones personales (57). Las diferencias de estos hallazgos pueden atribuirse a las diferencias clínicas de las poblaciones evaluadas.

Cuando se evaluó el efecto del uso de clonazepam en el adulto mayor en el análisis multivariado, se encontró que efectivamente su uso disminuye de forma significativa la calidad de vida global de los adultos mayores en comparación con los que no lo usan. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Tamburin en el que reportó que quienes usan BDZ en comparación con otras drogas tienen mejor CV en la dimensión de funcionamiento físico en comparación con quienes solo usan BZD. Aunque de ninguna manera debe

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

asumirse que podría ser mejor el uso de clonazepam en conjunto con alguna otra droga. Otro de los hallazgos de este autor que puede ser comparable con los del presente estudio es que a mayor dosis de BZ se presenta menor puntaje de calidad de vida. En el estudio de Cheng (52), también se encontró que el uso prolongado de BDZ (<4 semanas) se encuentra asociado con la disminución de la CV en la dimensión de intensidad del dolor. Diversos estudios han señalado que el uso de benzodiacepinas, como el clonazepam, puede asociarse con una disminución en la calidad de vida en personas adultas mayores. Estos fármacos, aunque comúnmente utilizados para tratar la ansiedad o el insomnio, generan efectos adversos importantes en esta población, incluyendo somnolencia diurna, deterioro cognitivo, aumento del riesgo de caídas y dependencia. Estos efectos impactan negativamente en diversas dimensiones de la calidad de vida. Además, su uso prolongado se ha vinculado con un mayor riesgo de síntomas depresivos, lo cual podría agravar aún más la percepción de bienestar en esta etapa de la vida. Por lo tanto, es fundamental una valoración cuidadosa del riesgo-beneficio en la prescripción de estos medicamentos en adultos mayores, así como el fomento de estrategias terapéuticas alternativas (1, 4, 5, 7, 52).

16. CONCLUSIONES

En este estudio se encontró que la prevalencia de uso de clonazepam en los adultos mayores fue de 24.8%, el 95% de los pacientes tuvo un tiempo de uso inadecuado mayor de 4 semanas e incluso se encontraron pacientes con más de 10 años de su uso.

El hallazgo principal de este estudio fue que los adultos mayores que usan clonazepam tuvieron una disminución significativa de la calidad de vida global, afectando principalmente las dimensiones de capacidad sensorial, autonomía, actividades presentes, pasadas y futuras y muerte/agonía. Se debe enfatizar en que el uso de clonazepam tiene efectos adversos sobre el funcionamiento cognitivo y el bienestar emocional. Estos hallazgos subrayan la necesidad de una prescripción prudente, así como de alternativas terapéuticas seguras que promuevan la salud mental sin comprometer otras dimensiones del bienestar. Evaluar integralmente el impacto de estos fármacos puede contribuir a mejorar la calidad de vida en esta población vulnerable.

17. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Al tratarse de un estudio transversal, solo se podrá observar la asociación en un momento específico, sin poder establecer el seguimiento en el uso de clonazepam y los cambios en la calidad de vida. Los resultados del estudio podrían no ser generalizables en otros contextos, ya que este estudio se aplica en un grupo circunscrito a la unidad de medicina familiar no. 8 de Aguascalientes. Las respuestas obtenidas de los instrumentos dependen en gran medida de la percepción individual del paciente sobre su bienestar emocional al momento de la entrevista.

Se recomienda realizar estudios longitudinales en futuras investigaciones para observar los cambios en la calidad de vida a lo largo del tiempo y evaluar posibles efectos del clonazepam; además de extender el estudio en otras unidades con el fin de aumentar la representatividad de los hallazgos.

18. GLOSARIO

Benzodiacepina. Grupo de fármacos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central, con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, antiepilépticos.

Psicotrópico. Sustancia química que altera el sistema nervioso central, influyendo sobre la actividad cerebral.

Ansiolítico. Que disminuye o calma la ansiedad.

Deterioro cognitivo. Desgaste o daño de las funciones asociadas a la memoria, el aprendizaje y procesamiento mental.

Amnesia. Pérdida o debilidad notable de la memoria.

Ataxia. Desorden, irregularidad, perturbación de las funciones del sistema nervioso, afectando los movimientos voluntarios.

19. BIBLIOGRAFIA

1. Tamburin S, Federico A, Faccini M, Casari R, Morbioli L, Sartore V, et al. Determinants of Quality of Life in High-Dose Benzodiazepine Misusers. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(1).
2. Cheng S, Siddiqui TG, Gossop M, Stavem K, Kristoffersen ES, Lundqvist C. Health-related quality of life in hospitalized older patients with versus without prolonged use of opioid analgesics, benzodiazepines, and z-hypnotics: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):425.
3. Group W. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85.
4. Shree H. S S, Kumar N N, E M, H. S V. QUALITY OF LIFE AMONGST BENZODIAZEPINE USERS PRE AND POST DEPRESCRIBING. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*. 2019;11(8):91-2.
5. García Atienza EM, López-Torres Hidalgo J, Minuesa García M, Ruipérez Moreno M, Lucas Galán FJ, Agudo Mena JL. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes consumidores de benzodiazepinas. *Atención Primaria*. 2021;53(5):102041.
6. Alberto Armas D, Santana Ayala JR, Román Castillo Y, Hardisson de la Torre A, Rubio Armendáriz C. Quality of Life Assessment in Patients Using Benzodiazepines during the COVID-19 Pandemic in a Community Pharmacy Using EuroQol 5D-3L. *Pharmacy (Basel)*. 2023;11(1).
7. Bjelkarøy MT, Simonsen TB, Siddiqui TG, Cheng S, Grambaite R, Benth J, et al. Mortality and health-related quality of life in older adults with long-term use of opioids, z-hypnotics or benzodiazepines: a prospective observational study at 5 years follow-up. *BMJ Open*. 2024;14(2):e079347.
8. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord*. 2008;106(1-2):29-44.
9. Power M, Quinn K, Schmidt S. Development of the WHOQOL-Old module. *Qual Life Res*. 2005;14(10):2197-214.
10. Salzman C. The elderly patient and the use of benzodiazepines. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(Suppl 2):18-22.
11. Zhou T, Guan H, Wang L, Zhang Y, Rui M, Ma A. Health-Related Quality of Life in Patients With Different Diseases Measured With the EQ-5D-5L: A Systematic Review. *Front Public Health*. 2021;9:675523.
12. Ipinnimo TM, Adewoye KR, Durowade KA, Elegbede OE, Ojo JO, Dele-Ojo BF, et al. Comparative assessment of health-related quality of life among hypertensive patients attending state and federal government teaching hospitals in Ekiti State, Nigeria. *Dialogues in Health*. 2022;1:100069.
13. Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Helvik AS. Depression and quality of life in older persons: a review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015;40(5-6):311-39.
14. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*. 2010;27(2):190-211.
15. Rodríguez-Blázquez C, Forjaz MJ, Prieto-Flores ME, Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Martínez-Martín P. Psychosocial dimensions of quality of life in older adults: a structured review of self-reported instruments. *Geriatr Gerontol Int*. 2011;11(3):329-37.
16. Cheng T, Wallace DM, Ponteri B, Tuli M. Valium without dependence? Individual GABA(A) receptor subtype contribution toward benzodiazepine addiction, tolerance, and therapeutic effects. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:1351-61.

17. Chapoutot M, Peter-Derex L, Bastuji H, Leslie W, Schoendorff B, Heinzer R, et al. Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for the Discontinuation of Long-Term Benzodiazepine Use in Insomnia and Anxiety Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19).
18. Ruiz Tinizaray NM, Chalco Calle DF. Recomendaciones y peligros del uso de las benzodiacepinas en los adultos mayores. *Revista Vive*. 2023;6(16):264-74.
19. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment*. 2003;26(4):1-16.
20. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente M, Instituto Nacional de Salud P, Comisión Nacional contra las A, Secretaría de S. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017: Informe de Resultados Nacionales. México: INPRFM; 2017.
21. Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(2):136-42.
22. Acosta Quiroz CO, Vales García JJ, Echeverría Castro SB, Serrano Encinas DM, García Flores R. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*. 2013;23(2):241-50.
23. Pachana NA, Byrne GJ. The Geriatric Anxiety Inventory: a preliminary validation study. *J Anxiety Disord*. 2007;21(2):301-11.
24. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17(1):37-49.
25. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol Rev*. 2011;21(1):41-53.
26. Wang C, Wang X, Wang J, Li X, Lu D, Guo F, et al. Prevalence and clinical correlates of benzodiazepine use in the patients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2024;363:619-25.
27. Soria-Romero Z, Montoya-Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*; Vol 23 Núm 93 (2017): Papeles de Población. 2017.
28. Cáceres-Manrique FM, Parra-Prada LM, Pico-Espinosa OJ. [Health-related quality of life in the general population of Bucaramanga, Colombia]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2018;20(2):147-54.
29. Vargas-Ricardo SR, Melguizo-Herrera E. [Quality of life in the senior population of Cartagena, Colombia]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2017;19(4):549-54.
30. Brown DW, Balluz LS, Giles WH, Beckles GL, Moriarty DG, Ford ES, et al. Diabetes mellitus and health-related quality of life among older adults. Findings from the behavioral risk factor surveillance system (BRFSS). *Diabetes Res Clin Pract*. 2004;65(2):105-15.
31. Li J, Yu J, Chen X, Quan X, Zhou L. Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(25):e10937.
32. Han M, Choi S, Kim S, Ko A, Son JS, Park SM. Association of Thyroid Status with Health-Related Quality of Life in Korean Older Adults. *Korean J Fam Med*. 2020;41(1):38-44.
33. DiBonaventura M, Paulose-Ram R, Su J, McDonald M, Zou KH, Wagner JS, et al. The impact of COPD on quality of life, productivity loss, and resource use among the elderly United States workforce. *Copd*. 2012;9(1):46-57.
34. Lähteenmäki R, Neuvonen PJ, Puustinen J, Vahlberg T, Partinen M, Räihä I, et al. Withdrawal from long-term use of zopiclone, zolpidem and temazepam may improve

perceived sleep and quality of life in older adults with primary insomnia. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2019;124(3):330-40.

35. Ribeiro O, Teixeira L, Araújo L, Rodríguez-Blázquez C, Calderón-Larrañaga A, Forjaz MJ. Anxiety, Depression and Quality of Life in Older Adults: Trajectories of Influence across Age. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23).

36. Cavdar VC, Ballica B, Aric M, Karaca ZB, Altunoglu EG, Akbas F. Exploring depression, comorbidities and quality of life in geriatric patients: a study utilizing the geriatric depression scale and WHOQOL-OLD questionnaire. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):687.

37. Gutiérrez-Vega M, Esparza-Del Villar OA, Carrillo-Saucedo IC, Montañez-Alvarado P. The Possible Protective Effect of Marital Status in Quality of Life Among Elders in a U.S.-Mexico Border City. *Community Ment Health J*. 2018;54(4):480-4.

38. Apostolou M, Tekeş B, Kagialis A, Lajunen TJ. Aspects of Quality of Life: Single vs. Mated People. *Behav Sci (Basel)*. 2024;14(10).

39. Pacheco PO, Pérez RC, Coello-Montecel D, Castro Zazueta NP. Quality of Life in Older Adults: Evidence from Mexico and Ecuador. *Geriatrics (Basel)*. 2021;6(3).

40. Lee MK, Oh J. Health-Related Quality of Life in Older Adults: Its Association with Health Literacy, Self-Efficacy, Social Support, and Health-Promoting Behavior. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(4).

41. Pino L, González-Vélez AE, Prieto-Flores ME, Ayala A, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, et al. Self-perceived health and quality of life by activity status in community-dwelling older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14(2):464-73.

42. Rucci P, Gherardi S, Tansella M, Piccinelli M, Berardi D, Bisoffi G, et al. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disord*. 2003;76(1-3):171-81.

43. Taipale H, Tanskanen A, Kurko T, Taiminen T, Särkilä H, Tiihonen J, et al. Long-term benzodiazepine use and risk of labor market marginalization in Finland: A cohort study with 5-year follow-up. *European Psychiatry*. 2024;67(1):e34.

44. Chatterjee D, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillman G, et al. Health risk appraisal in older people 7: long-acting benzodiazepine use in community-dwelling older adults in London: is it related to physical or psychological factors? *Prim Health Care Res Dev*. 2017;18(3):253-60.

45. McLachlan SM, Lesage S, Collin R, Banuelos B, Aliesky HA, Rapoport B. Genes Outside the Major Histocompatibility Complex Locus Are Linked to the Development of Thyroid Autoantibodies and Thyroiditis in NOD.H2h4 Mice. *Endocrinology*. 2017;158(4):702-13.

46. McAninch EA, Bianco AC. The History and Future of Treatment of Hypothyroidism. *Ann Intern Med*. 2016;164(1):50-6.

47. Carreiro-Martins P, Gomes-Belo J, Papoila AL, Caires I, Palmeiro T, Gaspar-Marques J, et al. Chronic respiratory diseases and quality of life in elderly nursing home residents. *Chron Respir Dis*. 2016;13(3):211-9.

48. Yohannes AM, Roomi J, Waters K, Connolly MJ. Quality of life in elderly patients with COPD: measurement and predictive factors. *Respir Med*. 1998;92(10):1231-6.

49. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. [Quality of life in institutionalized elderly people of Medellín]. *Biomedica*. 2011;31(4):492-502.

50. Figueira HA, Figueira OA, Figueira AA, Figueira JA, Polo-Ledesma RE, Lyra da Silva CR, et al. Impact of Physical Activity on Anxiety, Depression, Stress and Quality of Life of the Older People in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2).

51. Gleason PP, Schulz R, Smith NL, Newsom JT, Kroboth PD, Kroboth FJ, et al. Correlates and prevalence of benzodiazepine use in community-dwelling elderly. *J Gen Intern Med*. 1998;13(4):243-50.

52. Cheng JS, Huang WF, Lin KM, Shih YT. Characteristics associated with benzodiazepine usage in elderly outpatients in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(6):618-24.
53. Valladales-Restrepo LF, Sánchez-Ramírez N, Ospina-Sánchez S, Usma-Valencia AF, Gaviria-Mendoza A, Machado-Duque M, et al. Pharmacological Management of Acute and Chronic Insomnia: A Cross-Sectional Study. *Clin Neuropharmacol*. 2024;47(6):207-12.
54. Barboza Zanetti MO, Dos Santos I, Durante JC, Varallo FR, Pereira LRL, Miaso AI. Consumption patterns and factors associated with inappropriate prescribing of benzodiazepines in Primary Health Care settings. *PLoS One*. 2024;19(9):e0309984.
55. Grabowska-Grzyb A, Jedrzejczak J, Nagańska E, Fiszer U. Risk factors for depression in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2006;8(2):411-7.
56. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med*. 2009;169(21):1952-60.
57. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *Bmj*. 2005;331(7526):1169.

20. ANEXOS

ANEXO A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ITEM
Edad	Tiempo que ha vivido una persona expresada en años.	Años cumplidos desde la fecha del nacimiento hasta el momento de la realización de la entrevista	Cuantitativa continua	Años	2. Edad en años cumplidos
Sexo	El conjunto de atributos físicos y biológicos determinados genéticamente.	Sexo manifestado por el paciente	Dicotómica	0.-Mujer 1.-Hombre	3. Sexo
Estado civil	Situación de convivencia legalmente reconocida.	Estado civil manifestado por el paciente durante la encuesta	Nominal politómica	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre 4.- Divorciado 5.- Viudo	4. Estado civil
Escolaridad	Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento educativo reconocido legalmente	Grado de escolaridad manifestado por el paciente en la encuesta	Nominal politómica	1.- Ninguna 2.- primaria completa 3. secundaria completa 4.- preparatoria completa 5. Licenciatura 6.- Posgrado	5. Escolaridad
Ocupación	Oficio o profesión remunerado que ejercen las personas	Oficio o profesión manifestado por el paciente en la encuesta	Nominal politómica	1.- Empleado/ Operativo 2.- Comerciante 3.- Trabajador del campo 4.- Desempleado 5.- Ama de casa	6. Ocupación actual

				6. Pensionado o jubilado	
Comorbilidades	Presencia de una o más enfermedades además de la enfermedad renal	Se preguntará al paciente la presencia de otras enfermedades además de la ERC.	Cualitativa nominal	1.-Diabetes, 2.-Hipertensión 3. Cáncer. 4.- Enfermedades del corazón. 5. Enfermedades de la tiroides. 6. Enfermedad Pulmonar 7. Otras _____ —	7. ¿Tiene alguna otra enfermedad como las que se mencionan a continuación ? (la respuesta a esta pregunta se debe corroborar en el expediente)
Ingesta de antidepresivos	Medicamentos prescritos por un médico para tratar la depresión	Se preguntará al paciente si el médico le ha indicado tomar medicamentos para tratar la depresión y se verificará en la receta o en el expediente el nombre del o los medicamentos	Nominal dicotómica	0.- No 1.- Sí	8. ¿Actualmente está tomando medicamentos antidepresivos ?
Ingesta de ansiolíticos	Medicamentos prescritos por un médico para tratar la ansiedad	Se preguntará al paciente si el médico le ha indicado tomar medicamentos para tratar la ansiedad y se verificará en la receta o en el expediente el nombre del o los medicamentos	Nominal dicotómica	0.- No 1.- Sí	10. ¿Actualmente está tomando medicamentos para la ansiedad?
Uso de clonazepam	Ingesta diaria de medicamento prescrito por un médico.	Se preguntará si actualmente toma clonazepam y se verificará en	Nominal dicotómica	0.- No 1.- Si	14. ¿Actualmente toma Clonazepam ? (si la respuesta es

		la receta o en el expediente			sí, responder las siguientes dos preguntas)
Dosis diaria	Consumo diario promedio de medicamento que se indica para un propósito específico	Se le preguntará dosis diaria de clonazepam en miligramos y se corroborará en la receta o en el expediente	Cuantitativa	Miligramos	15. Dosis diaria de clonazepam en miligramos
Tiempo de uso	Periodo de tiempo para medir el uso de algo en específico	Se preguntará tiempo de uso medido en semanas.	Cuantitativa	Semanas	16. Tiempo de uso en semanas

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ITEMS
Síntomas de depresión	Manifestaciones del estado de ánimo de una persona que orienta hacia un trastorno depresivo	Serán medidos a través de la escala de depresión geriátrica GNS de Yesavage y cols. Donde los resultados son por puntaje de 0 a 15 puntos, donde se interpreta se acuerdo al puntaje obtenido. 0-4 puntos = Normal, sin síntomas depresivos, 5-8 puntos = Síntomas depresivos leves, 9-10 puntos = Síntomas depresivos moderados, 12-15 puntos=	Nominal	1.Normal, sin síntomas depresivos 2.Síntomas depresivos leves 3.Síntomas depresivos moderados 4.Síntomas depresivos graves	1.¿En general, está satisfecho(a) con su vida? 2.¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? 3. ¿Siente que su vida está vacía? 4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)? 5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? 6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? 8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)? 9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más

		Síntomas depresivos graves.			que salir y hacer cosas nuevas? 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? 11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)? 12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil? 13. ¿Se siente lleno(a) de energía? 14. ¿Se siente sin esperanza en este momento? 15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?
Síntomas de ansiedad	Manifestaciones del estado de ánimo de una persona que pueden orientar hacia un trastorno de ansiedad	Serán medidos a través de la Escala de Ansiedad Geriátrica GAS-1 de Segal con 25 ítems dividido es subescala somática, cognitiva y afectiva con 4 opciones de respuesta 0 = Nunca, 1= Algunas veces, 2= La mayor parte de tiempo, 3= Todo el tiempo. Los resultados dan un puntaje de 0 a 75 puntos, donde entre mayor puntaje indica mayor presencia de	Nominal	0 = Nunca, 1= Algunas veces, 2= La mayor parte de tiempo, 3= Todo el tiempo.	1. Mi corazón se acelera o late con fuerza 2. Mi respiración es corta 3. Tengo malestar en el estomago 4. Siento que las cosas no son reales o me siento fuera de mí mismo. 5. Siento que estoy perdiendo el control 6. Tengo miedo ser juzgado por los demás 7. Tengo miedo de ser humillado o avergonzado 8. Tengo dificultades para dormir 9. Tengo dificultades para permanecer dormido 10. Estoy irritable

		síntomas ansiosos.			11. Tuve arrebatos de ira 12. Tengo dificultad para concentrarme 13. Me asusto o molesto con facilidad 14. Estoy menos interesado en hacer cosas que disfruto 15. Me siento separado o aislado de los demás 16. Me siento aturdida 17. Me cuesta mantener la calma 18. Me preocupo demasiado 19. No puedo controlar mis preocupaciones 20. Me siento inquieto, nervioso o ansioso 21. Me siento cansado 22. Mis músculos están tensos 23. Tengo dolor de espalda, dolor de cuello o calambres musculares 24. Siento que no tengo control sobre mi vida 25. Siento que algo terrible me va a pasar
--	--	-----------------------	--	--	---

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSION	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
CALIDAD DE VIDA	Capacidad sensorial	Es la forma interpretación de los sentidos como el tacto, la vista, el gusto y el olfato.	Sera medido por el instrumento WHOQOL-OLD con 4 ítems, el cual valora la	Nominal	1. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto y tacto afectan su vida diaria?	Escala de likert 1. Nada 2. Un poco 3. Lo normal

			satisfacción del adulto mayor con su funcionamiento o sensorial y el impacto en su vida.		2. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto y tacto afectan su capacidad para participar en actividades? 10. En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su capacidad para relacionarse con los demás?	4. Bastante 5. Extremadamente
					20. ¿Como calificaría el funcionamiento o de su vista, oído, gusto olfato y tacto?	Escala de likert 1. Muy mal 2. Mal 3. Ni mal ni bien 4. Bien 5. Muy bien
	Autonomía	Es la capacidad para decidir de manera propia, sin influir terceros.	Será evaluada por el instrumento WHOQOL-OLD con 4 ítems, la percepción de autonomía	Nominal	3. Cuanta libertad tiene para tomar sus propias decisiones? 4. En qué medida siente que tiene control sobre su futuro? 5. En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad? 11. En qué medida es	Escala de likert 1. Nada 2. Un poco 3. Lo normal 4. Bastante 5. Extremadamente

					capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?	
	Muerte y morir	Actitudes, temores y preocupaciones respecto a la muerte o el proceso de morir	Será evaluada por el instrumento WHOQOL-OLD con 4 ítems, que reflejan la angustia frente a la muerte.	Nominal	6. ¿En qué grado está preocupado sobre la manera que morirá? 7. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte? 8. ¿En qué grado esta asustado de morir? 9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir	Escala de likert 1. Nada 2. Un poco 3. Lo normal 4. Bastante 5. Extremadamente
	Actividades pasadas, presentes y futuras	Son acciones o estados de diferentes momentos en la línea temporal	Será evaluada por el instrumento WHOQOL-OLD con 4 ítems, que reflejan la satisfacción con el sentido de vida y realización personal	Nominal	12. ¿En qué medida está satisfecho con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida? 13. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento o que merece en la vida? 14. ¿En qué medida siente que tiene suficientes actividades a hacer cada día?	Escala de likert 1. Nada 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Totalmente

					15. ¿En qué grado está satisfecho con lo que ha conseguido en la vida?	Escala de likert 1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni insatisfecho Ni satisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho
	Participación o aislamiento	Participación: es un acto de integrar un movimiento o ser parte de una determinada causa. Aislamiento: estar solo o separado de otras cosas.	Será evaluada por el instrumento WHOQOL-OLD con 4 ítems para medir la satisfacción en la integración social.	Nominal	16. ¿En qué grado está satisfecho de la manera que utiliza su tiempo? 17. ¿En qué grado está satisfecho con su nivel de actividad? 18. ¿En qué grado está satisfecho con sus oportunidades para participar en las actividades de la comunidad?	Escala de likert 1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni insatisfecho ni satisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho
					19. ¿En qué grado está contento con las cosas que es capaz de tener ilusión?	Escala de likert 1. Muy descontento 2. Descontento 3. Ni descontento ni contento 4. Contento 5. Muy contento

	Intimidad	Son actos y sentimientos en una relación cercana que se establece entre dos personas	Será evaluada por el instrumento WHOQOL-OLD con 4 ítems, para medir la satisfacción con las relaciones afectivas y personales.	Nominal	21. ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida? 22. ¿En qué medida experimenta amor en su vida? 23. ¿En qué medida tiene oportunidades de amar? 24. ¿En que medida tiene oportunidades para ser amado?	Escala de likert 1.Nada 2.Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Totalmente
--	-----------	--	--	---------	--	--

60

NOTA: En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación del Centro Médico Nacional Siglo XXI (Coordinación de Investigación en Salud): Avenida Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comiteetico@imss@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

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

Clave: 2810-000-013

ANEXO C. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Formato de entrevista para el protocolo “Calidad de vida asociada al uso de clonazepam en adultos mayores de la UMF No. 8 Delegación Aguascalientes”		
Buenos días/tardes, le estamos invitando a participar en una investigación enfocada en la medición de la calidad de vida asociada al uso de clonazepam en adultos mayor de la UMF No. 8 Delegación Aguascalientes.		
Su participación en este estudio es completamente voluntaria. (Leer y pedir que firme la carta de consentimiento informado).		
(Iniciar con el llenado de este cuestionario después de que el paciente haya firmado la carta de consentimiento informado)		
	Fecha de la encuesta	No.
	I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	CÓDIGO
1	NSS	
2	Edad en años cumplidos: _____	
3	Sexo: 1. Hombre. 2. Mujer	
4	Estado civil 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo	
5	Escolaridad 1. Ninguna 2. Primaria completa 3. Secundaria completa 4. Preparatoria completa 5. Licenciatura 6. Postgrado	
6	Ocupación actual 1. Empleado/Operativo 2. Comerciante, 3. Trabajador del campo 4. Desempleado. 5. Ama de casa 6. Pensionado o Jubilado	
7	¿Tiene alguna otra enfermedad como las que se mencionan a continuación? (la respuesta a esta pregunta se debe corroborar en el expediente) 1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Cáncer. 4. Enfermedades del corazón 5. Enfermedades de la tiroides. 6. Enfermedad Pulmonar 7. Otras _____	
8	¿Algún médico le ha diagnosticado depresión? 0. No 1. Sí	
9	¿En qué fecha le diagnosticaron depresión? (si no recuerda la fecha exacta coloca solamente el año. Si no recuerda nada, se buscará este dato en el expediente) Fecha Día _____ Mes _____ Año _____	
10	¿Actualmente está tomando medicamentos antidepresivos? 0. No 1. Sí. Cuáles _____	
11	¿Algún médico le ha diagnosticado ansiedad? 0. No 1. Sí	
12	¿En qué fecha le diagnosticaron ansiedad? (si no recuerda la fecha exacta coloca solamente el año. Si no recuerda nada, se buscará este dato en el expediente) Fecha Día _____ Mes _____ Año _____	
13	¿Actualmente está tomando medicamentos para la ansiedad? 0. No 1. Sí. Cuáles _____	
14	¿Actualmente toma Clonazepam? (si la respuesta es sí, responder las siguientes dos preguntas) 0. No 1. Si	
15	Dosis diaria de clonazepam en miligramos: _____	
16	Tiempo de uso en semanas: _____	

ANEXO D. CUESTIONARIO WHOQOL-OLD (VERSIÓN PARA ADULTOS MAYORES)

Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele: “Le voy a hacer las siguientes preguntas que hacen referencia a como se ha sentido en las dos últimas semanas, donde tiene 5 opciones para responder”.

Marque con una “X” en la respuesta que mejor considere para cada pregunta

1. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su vida diaria?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

2. ¿En qué medida la pérdida de su vista, oído, gusto, olfato y del tacto afecta su capacidad para participar en actividades?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

3. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

4. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

5. ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

6. ¿En qué grado está preocupado(a) sobre la manera en que morirá?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

7. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

8. ¿En qué grado está asustado(a) de morir?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

Las siguientes preguntas hacen referencia en qué medida experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo, haber salido tanto como quiso.

10. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto, afectan su capacidad para relacionarse con los demás?



Nada



Un poco



Moderadamente



Bastante



Totalmente

11. ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?



Nada



Un poco



Moderadamente



Bastante



Totalmente

12. ¿En qué medida está satisfecho(a) con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?



Nada



Un poco



Moderadamente



Bastante



Totalmente

13. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?



Nada



Un poco



Moderadamente



Bastante



Totalmente

14. ¿En qué medida siente que tiene suficientes actividades a hacer cada día?



Nada



Un poco



Moderadamente



Bastante



Totalmente

Las siguientes preguntas hacen referencia a que tan satisfecho(a), feliz o bien se ha sentido sobre varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas, por ejemplo, sobre su participación en la vida comunitaria o sus logros en la vida:

15. ¿En qué grado está satisfecho(a) con lo que ha conseguido en la vida?



16. ¿En qué grado está satisfecho(a) de la manera en que utiliza su tiempo?



17. ¿En qué grado está satisfecho(a) con su nivel de actividad?



18. ¿En qué grado está satisfecho(a) con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?



19. ¿En qué grado está contento(a) con las cosas que es capaz de tener ilusión?



20. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de su vista, oído, gusto, olfato y tacto?



Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier relación íntima que pueda tener, por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero(a) u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida:

21. ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

22. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

23. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?



Nada



Un poco



Moderadamente



Bastante



Totalmente

24. ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado?



Nada



Un poco



Moderadamente



Bastante



Totalmente

El WHOQOL-OLD consta de 24 ítems en escala de Linkert dividido en 6 dimensiones (Capacidad sensorial, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, Participación o aislamiento, Intimidad, Muerte o agonía). Se puntúa cada una con resultado entre los 4 y 20 puntos. El puntaje total del cuestionario va de 24 a 120 puntos. Las puntuaciones altas se relacionan a mayor calidad de vida.

1 = Muy insatisfecho / Nunca / Ninguna / Muy afectado, etc.

5 = Muy satisfecho / Siempre / Mucho / Nada afectado, según el ítem.

ANEXO E. ESCALA DE ANSIEDAD GERIÁTRICA (GAS-1). DANIEL L. SEGAL Y MATTHEW PAYNE

INSTRUCCIONES:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele: “Le voy a leer unas frases que expresan síntomas de ansiedad o estrés, indique que tan frecuente a experimentado estos síntomas durante la última semana, incluyendo hoy: Nunca, Algunas veces, La mayor parte del tiempo o Todo el tiempo”. Marcar con una X la respuesta correspondiente

0 = Nunca

1= Algunas veces

2= La mayor parte de tiempo

3= Todo el tiempo

	Nunca	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
SUBESCALA SOMATICA				
1. Mi corazón se acelera o late con fuerza	0	1	2	3
2. Mi respiración es corta	0	1	2	3
3. Tengo malestar en el estomago	0	1	2	3
4. Siento que las cosas no son reales o me siento fuera de mí mismo.	0	1	2	3
5. Siento que estoy perdiendo el control	0	1	2	3
6. Tengo miedo ser juzgado por los demás	0	1	2	3
7. Tengo miedo de ser humillado o avergonzado	0	1	2	3
8. Tengo dificultades para dormir	0	1	2	3
9. Tengo dificultades para permanecer dormido	0	1	2	3
SUBESCALA COGNITIVA				
10. Estoy irritable	0	1	2	3
11. Tuve arrebatos de ira	0	1	2	3
12. Tengo dificultad para concentrarme	0	1	2	3
13. Me asusto o molesto con facilidad	0	1	2	3

14. Estoy menos interesado en hacer cosas que disfruto.	0	1	2	3
15. Me siento separado o aislado de los demás.	0	1	2	3
16. Me siento aturdida	0	1	2	3
17. Me cuesta mantener la calma	0	1	2	3
SUBESCALA AFECTIVA				
18. Me preocupo demasiado	0	1	2	3
19. No puedo controlar mis preocupaciones	0	1	2	3
20. Me siento inquieto, nervioso o ansioso.	0	1	2	3
21. Me siento cansado	0	1	2	3
22. Mis músculos están tensos	0	1	2	3
23. Tengo dolor de espalda, dolor de cuello o calambres musculares	0	1	2	3
24. Siento que no tengo control sobre mi vida.	0	1	2	3
25. Siento que algo terrible me va a pasar	0	1	2	3

Puntuaciones de 0-75 donde más altas son presencia de ansiedad más grave

ASEGURESE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO F. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA. GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS). JEROME A. YESAVAGE.

Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquelo: “Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Si o No”.

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	SI (0)	NO (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI (1)	NO (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI (1)	NO (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	SI (1)	NO (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI (0)	NO (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI (1)	NO (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI (0)	NO (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	SI (1)	NO (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI (1)	NO (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI (1)	NO (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	SI (0)	NO (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	SI (1)	NO (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	SI (0)	NO (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI (1)	NO (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI (1)	NO (0)

Calificación total:

Sumar 1 punto por cada respuesta Si o No en negritas

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación:

0-4 puntos = Normal, sin síntomas depresivos

5-8 puntos = Síntomas depresivos leves

9-10 puntos = Síntomas depresivos moderados

12-15 puntos= Síntomas depresivos graves.

ANEXO G. CARTA DE NO INCONVENIENTE



Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Unidad de Medicina Familiar 8
Dirección

Aguascalientes, a 09 de abril de 2025

Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro
Presidente de CLIES 101
Delegación Aguascalientes.

PRESENTE.

Por este conducto manifiesto que NO TENGO INCOVENIENTE para que el Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz con matrícula 99103101 médico adscrito a esta Unidad de Medicina Familiar No 8 realice el proyecto con el nombre "CALIDAD DE VIDA ASOCIADA AL USO DE CLONAZEPAM EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO. 8 AGUASCALIENTES" El cual es un protocolo de tesis de la médica Residente Dra. Magdalena Saldívar Delgado con matrícula 98342174 y sede en el Hospital General de Zona No. 1.

Sin más por el momento, quedo en usted agradecido por las atenciones,

Atentamente.

Dr. Gerardo Peláez Pasten
Director
Unidad de Medicina Familiar 8.
Correo: gerardo.pelaez@imss.gob.mx



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Av. Alameda 702, Col. Del Trabajo, CP. 20180, Aguascalientes, Ags. Tel: 449 752200 www.imss.gob.mx

ANEXO H. MANUAL OPERACIONAL

“Calidad de vida asociada al uso de clonazepam en adultos mayores de la UMF No.8 delegación Aguascalientes”

Para el obtener la información de interés en este estudio, se realizará la aplicación de instrumentos de medición tipo encuesta, previa autorización por el paciente y con firma del consentimiento informado y con ello valorar la calidad de vida asociada al uso de clonazepam en adultos mayores de la UMF No. 8 delegación Aguascalientes.

1. Preparación Previa a la Aplicación

1.1. Revisión de materiales:

- Impresión física de las encuestas.
- Consentimientos informados impresos.
- Plumas

1.2. Condiciones del lugar:

- Lugar tranquilo, privado, bien iluminado y libre de distractores.
- Asegurar comodidad para el paciente (asiento cómodo, buena ventilación, disponibilidad de agua).

2. Procedimiento para la Aplicación

Paso 1: Presentación

- Saludar al paciente con amabilidad.
- Presentación personal del entrevistador. (Hola buen día, mi nombre es Magdalena Saldivar Delgado, residente de medicina familiar de esta unidad)
- Explicar de forma clara y sencilla el propósito del estudio.
- Asegurar que la participación es voluntaria y que la información será confidencial.

Paso 2: Consentimiento Informado

- Leer en voz alta el consentimiento informado si el paciente lo solicita.

- Aclarar dudas y asegurar comprensión.
- Solicitar la firma del consentimiento.
- En caso de no saber firmar, se colocará la huella digital con firma de testigos.

Paso 3: Datos socio demográficos

Se harán una serie de preguntas para obtener los datos socio demograficos del paciente. Primero anotando la fecha de la encuesta y el número de entrevista. Colocando el código correspondiente como respuesta según las opciones.

1. Numero de seguridad social NSS, se obtendrá de la cartilla del paciente y se anotará con agregado de la siguiente manera.

NSS: 3415921588-1 1F19920R

2. Sexo. Con dos opciones de respuesta: 1. Hombre y 2. Mujer
3. Edad en años cumplidos, anotando en número arábigo.
4. Estado civil con cinco opciones de respuesta: 1. Soltero, 2. Casado, 3. Unión libre, 4. divorciado, 5. Viudo
5. Escolaridad con 6 opciones de respuesta: 1. Ninguna o primaria incompleta 2. primaria completa 3. secundaria completa 4. preparatoria completa 5. Licenciatura 6. Posgrado.
6. Ocupación actual, preguntar a qué se dedica actualmente con 12 opciones de respuesta. 1. Empleado/Operario. 2. Comerciante, 3. Trabajador del campo. 4. Desempleado. 5. Ama de casa 6. Pensionado/Jubilado
7. Comórbidos, preguntando ¿Tiene alguna otra enfermedad como las que se mencionan a continuación? Con estas opciones de respuesta: 1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Cáncer. 4. Fibromialgia 5. Depresión. 6. Ansiedad 7. Enfermedades del corazón (cardiovasculares como enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, infarto, arritmia, evento vascular cerebral, enfermedad arterial periférica) 8. enfermedades de la tiroides. 9. Otras.
8. Diagnóstico de depresión, preguntando ¿Algún médico le ha diagnosticado depresión? Pudiendo responder: 0. No o 1. Si.
9. Fecha de diagnóstico, preguntando ¿En qué fecha le han diagnosticado depresión, respondiendo día/mes/año y si no recuerda la fecha exacta, colocar el año.

10. ¿Está tomando medicamentos antidepresivos?: 0. No o 1. Si
11. Diagnóstico de ansiedad, preguntando ¿Algún médico le ha diagnosticado depresión?
Pudiendo responder: 0. No o 1. Si.
12. Fecha de diagnóstico, preguntando ¿En qué fecha le han diagnosticado depresión,
respondiendo día/mes/año y si no recuerda la fecha exacta, colocar el año.
13. ¿Está tomando medicamentos para la ansiedad?: 0. No o 1. Si
14. Actualmente toma clonazepam: 0. No o 1. Si, si la respuesta es sí, contestar las dos
preguntas siguientes
15. Dosis diaria de clonazepam, registrando en cantidad de miligramos al día.
16. Tiempo de uso, registrado en semanas de uso.

Paso 4: Aplicación del Instrumento WHOQOL-OLD

- Explicar que se trata de preguntas sobre su calidad de vida.
- Leer las instrucciones: “Le voy a hacer las siguientes preguntas que hacen referencia a como se ha sentido en las dos últimas semanas, donde tiene 5 opciones para responder”
- Se tendrá un apoyo visual para las respuestas donde el paciente podrá indicar verbalmente o señalando la opción según la pregunta realizada.
- No influenciar ni sugerir respuestas.
- Respetar pausas o silencios si el paciente lo requiere.
- Marcar con una X según la respuesta otorgada.

Paso 5: Aplicación de la Escala de Ansiedad Geriátrica (GAS-1)

- Explicar que se trata de una escala para conocer síntomas de ansiedad.
- Dar las indicaciones al paciente: Le voy a leer unas frases que expresan síntomas de ansiedad o estrés, indique que tan frecuente a experimentado estos síntomas durante la última semana, incluyendo hoy: Nunca, Algunas veces, La mayor parte del tiempo o Todo el tiempo”.
- Leer en voz alta las 25 frases y anotar la respuesta que el participante señale.
- Mantener un tono empático y sin juicios.

Paso 6: Aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

- Explicar que esta escala sirve para identificar síntomas de depresión.
- Leer las instrucciones: “Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Si o No”
- Leer en voz alta las 15 preguntas y registrar las respuestas.
- Asegurar que el paciente no se sienta juzgado o presionado.

1. Cierre de la Entrevista

- Agradecer al participante por su tiempo y disposición.
- Verificar si desea realizar algún comentario final o expresar cómo se sintió.
- Informar que, si tiene dudas o necesita apoyo, puede acudir a su médico tratante.

Procedimiento posterior

- Almacenar los cuestionarios de manera segura y confidencial.
- Respetar la privacidad del paciente en todo momento.
- Utilizar la información recopilada para el análisis posterior.