

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS
AMÉRICAS**

CARRERA DE FARMACIA

**RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIALES Y LA
PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN EL
HOSPITAL WILLIAM ALLEN TAYLOR DE
TURRIALBA DURANTE EL 2017, PARA EL
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO INSTITUCIONAL
DE ABORDAJE Y SEGUIMIENTO A LOS USUARIOS**

ANDREINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

TUTOR: DR. EDGAR HERNÁNDEZ MORA

SAN JOSÉ, COSTA RICA, ABRIL, 2019

Agradecimientos

En primer lugar quiero darle gracias a Dios por acompañarme siempre y por darme la vida, el trabajo y la salud que me permitió concluir con éxito mi carrera.

A mi mamá Olga Marta Rodríguez mi tía Rosa Rodríguez y a toda mi familia que siempre me apoyaron tanto económica como emocionalmente para que lograra alcanzar mi meta por más difícil que se tornara el camino.

A todo el personal que labora en el servicio de la farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba que siempre creyeron en mí y me brindaron su apoyo, especialmente al Dr. Geovanni Vargas y la Dra. Alejandra Rodríguez quienes me guiaron y ayudaron durante todo el proceso.

A la familia Sánchez Chavarría y Chavarría Milanés que me brindaron un segundo hogar lleno de amor justo cuando lo necesitaba.

A los profesores que a través de su ejemplo me motivaron a crecer personal y profesionalmente y compartieron sus conocimientos de manera tan atenta, especialmente a mi tutor el Dr. Edgar Hernández Mora por toda la ayuda brindada en este proceso para culminar mi carrera.

A los amigos que conocí y con los cuales compartí gran parte de mi vida, a través de todos estos años, gracias a las estudiadas y trasnochadas que han valido la pena y poder haber estado ahí para ayudarme.

Dedicatoria

A Dios, porque gracias a él nunca me faltó nada y puso en mi camino a tantas personas maravillosas que de alguna forma u otra me ayudaron, a mis queridos abuelitos que siempre estuvieron atentos a cada paso que daba y fueron una fuente de inspiración para mí, ya que me enseñaron la importancia del esfuerzo, la honestidad, la responsabilidad y sobre todo la humildad.

Contenido

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	12
Planteamiento del problema	12
Objetivos	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos.....	13
Justificación.....	14
Antecedentes	15
Variables relacionadas con el uso de psicotrópicos	15
Hallazgos farmacéuticos sobre el uso de benzodiazepinas	24
Terapias alternativas al tratamiento con benzodiazepinas	26
Conocimiento por parte del profesional médico y farmacéutico	27
Investigaciones acerca del consumo de medicamentos.....	29
Uso racional de benzodiazepinas	30
Proyecciones.....	33
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	34
Introducción	34
Evolución en el concepto de salud pública	34
Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS	37
Modelos conceptuales de la salud	39
Ecoepidemiología.....	40
Determinantes sociales de la salud.....	42
Sistemas de vigilancia de la salud pública	45
Determinantes sociales de la salud en Costa Rica.....	49
Indicadores sociodemográficos, económicos y de salud de Costa Rica.....	51

Papel de las autoridades nacionales, locales y sector privado en la salud pública de Costa Rica	52
Entes internacionales para la conservación y promoción de la salud global	54
Organización Mundial de la Salud (OMS).....	55
Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.....	58
Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971	59
Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas	61
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	62
Conocimiento y control de las sustancias psicoactivas según la OPS	63
Instituciones nacionales encargadas de velar por la salud del costarricense.....	65
Ministerio de Salud de Costa Rica	68
Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes.....	69
Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas (No. 37111)	70
Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo (No. 7786)	72
Criterios de Beer.....	73
Caja Costarricense de Seguro Social.....	74
Reseña histórica.....	75
Organización de la CCSS	76
Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM)	77
Reglamento de utilización y funcionamiento del Sistema Automatizado de Receta Digital de Psicotrópicos y Estupefacientes	79
Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud	79
Contexto nacional.....	80
Turrialba	81
Historia	81

Características naturales y del territorio del cantón de Turrialba.....	82
Aspectos relevantes sobre la población de Turrialba	83
Hospital William Allen Taylor de Turrialba	92
Historia	93
Controles aplicados a la dispensación de psicotrópicos en el servicio de farmacia	94
Papel del farmacéutico en la salud de la sociedad	96
Farmacodependencia.....	99
Farmacodependencia en América Latina	104
Farmacodependencia y adicción en Costa Rica	105
Medicamentos psicotrópicos hipnóticos y sedantes.....	108
Las benzodiacepinas.....	108
Farmacocinética y usos terapéuticos	111
Clonazepam.....	113
Diazepam.....	117
Lorazepam.....	121
Alternativas en el uso de benzodiacepinas como relajantes musculares.....	123
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	125
Enfoque	125
Método	126
Operacionalización de variables.....	128
Matriz general para el diseño de instrumentos.....	132
Descripción de instrumentos	132
Descripción de los sujetos y fuentes de información	133
Procedimiento de recolección y análisis de datos	133
Análisis estadístico por medio del método de chi cuadrado	133

Primera fase. Recolección de la base estadística de datos	133
Segunda fase. Análisis descriptivo de cada una de las variables cualitativas.	134
Tercera fase. Comparación de las variables.	134
Cuarta fase. Enfatización de las variables.	135
Análisis de la percepción de los farmacéuticos sobre la prescripción y utilización de benzodíacepinas a través de una entrevista.	135
Primera fase. Selección de las variables y elaboración del cuestionario.....	135
Segunda fase. Aplicación del plan piloto.	136
Tercera fase. Aplicación de las entrevistas al personal profesional farmacéutico	136
Cuarta fase. Traducción de las entrevistas y análisis de los resultados.....	136
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	137
Análisis de los datos extraídos de la base de datos del servicio de farmacia del HWAT	138
Análisis de los gráficos y tablas que corresponden a la aplicación del método estadístico del chi cuadrado	155
Análisis de las entrevistas aplicadas al profesional farmacéutico que laboran en el servicio de farmacia del HWAT	161
Desarrollo de un protocolo para el seguimiento a los usuarios a quienes se les prescriben psicotrópicos tipo benzodíacepinas	170
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	172
Referencias	179

Tablas

Tabla 1. Tipos de benzodiazepinas implicadas en casos de intoxicación	25
Tabla 2. Recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud	38
Tabla 3. Modelo de un sistema nacional integral de vigilancia de la equidad sanitaria	47
Tabla 4. Clasificación de los psicofármacos según el Convenio de 1971	60
Tabla 5. Distritos que conforman al cantón de Turrialba y su extensión	83
Tabla 6. Criterios sobre síndrome de dependencia a sustancias en CIE-10	101
Tabla 7. Aplicaciones terapéuticas de las benzodiazepinas	112
Tabla 8. Dosificación del Clonazepam para tratar la epilepsia	114
Tabla 9. Efectos secundarios del Clonazepam	116
Tabla 10. Efectos secundarios del Diazepam	120
Tabla 11. Dosificación del Lorazepam	121
Tabla 12. Efectos secundarios del Lorazepam	122
Tabla 13. Operacionalización de las variables (primera parte)	128
Tabla 14. Operacionalización de las variables (segunda parte)	130
Tabla 15. Operacionalización de las variables (cuarta parte)	131
Tabla 16. Matriz general para el diseño de instrumentos	132
Tabla 17. <i>Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y el género en el HWAT, durante el 2017</i>	156
Tabla 18. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y el grupo etario en el HWAT, durante el 2017	157
Tabla 19. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y la escolaridad en el HWAT, durante el 2017	158
Tabla 20. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y la zona de residencia en el HWAT, durante el 2017	159
Tabla 21. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y el servicio en el cual se prescriben en el HWAT, durante el 2017	159
Tabla 22. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y la especialidad del médico que la prescribe en el HWAT, durante el 2017	160
Tabla 23. Percepción del personal farmacéutico sobre la información que se le debe brindar a la población acerca de los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiazepinas.	161

Tabla 24. Percepción del farmacéutico acerca de la aplicación de protocolos de abordaje y seguimiento a los pacientes a quienes se les prescriben benzodiazepinas.	163
Tabla 25. Percepción del personal farmacéutico acerca de los protocolos de control interno que se emplean en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba.....	165
Tabla 26. Opinión del personal farmacéutico acerca de información relacionada con la investigación.....	167
Tabla 27. Comprobación de las hipótesis.....	173

Figuras

Figura 1. Contextos que engloba la ecoepidemiología.....	40
Figura 2. Determinantes sociales que intervienen en la salud de la población	44
Figura 3. Actores sociales que participan en la producción social de la salud en Costa Rica	49
Figura 4. Acciones del Ministerio de la Salud según la OMS	53
Figura 5. Lista de estupefacientes incluidos en la Convención de 1961	59
Figura 6. Mecanismos que relacionan el uso de sustancias psicoactivas con los problemas sociales y de salud.....	64
Figura 7. Sistema de producción social de la salud.....	67
Figura 8. Elementos que conforman las redes de servicios que ofrece la CCSS	76
Figura 9. Relación entre los conceptos abuso de sustancias, farmacodependencia y adicción....	100
Figura 10. Distribución por sexo de las personas atendidas de acuerdo con la modalidad del centro	107
Figura 11. Estructura química general de las benzodiazepinas.....	109
Figura 12. Cantidad de prescripciones por medicamento: Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en el HWAT, durante el 2017	138
Figura 13. Distribución poblacional por género de usuarios de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en el HWAT, durante el 2017	140
Figura 14. Número de prescripciones de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, según el grupo etario al que pertenece el paciente en el HWAT, durante el 2017.....	143
Figura 15. Distribución poblacional según la escolaridad de los usuarios de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en el HWAT, durante el 2017	145
Figura 16. Número de prescripciones de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam según la zona de residencia del paciente en el HWAT, durante el 2017	147
Figura 17. Número de prescripciones de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam según el servicio en el HWAT, durante el 2017.....	149
Figura 18. Comparación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en los servicios de Urgencias y Consulta especializada en el HWAT, durante el 2017	151
Figura 19. Número de prescripciones de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, según la especialidad del médico en el HWAT, durante el 2017.....	153

Figura 20. Comparación de prescripción de Clonazepam, Diazepam y Lorazepam por medio de las especialidades medicina general y psiquiatría en el HWAT, durante el 2017154

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

La dispensación del medicamento correcto al paciente adecuado es un proceso fundamental que se lleva a cabo en los servicios de farmacia, con el principal objetivo de preservar o, en su defecto, lograr la curación del paciente o usuario que asiste a al centro de salud. Por ello, es importante identificar las relaciones o los diferentes patrones que podrían influir en este proceso, con el fin de desarrollar un protocolo para el abordaje de la problemática existente, según la realidad que se presenta en cada cantón. (Domínguez, Collares, Ormaechea, & Tamosiunas, 2016)

Esta investigación se centrará en determinar si existe relación entre distintos factores sociales y la prescripción de medicamentos clasificados como psicotrópicos, tipo benzodiazepinas, específicamente Diazepam, Clonazepam y Lorazepam. Para ello, la principal herramienta usada en este estudio es el análisis estadístico, principalmente el método denominado “determinación del chi cuadrado”, mediante el cual se establece si existe relación entre distintas variables.

El tema abordado es de suma importancia debido al constante aumento en el número de casos de dependencia y adicción a los fármacos de tipo benzodiazepina, no solo en Costa Rica, sino también a nivel mundial, lo cual implica no solo problemas en la salud del paciente que los consume de manera inadecuada, sino también consecuencias negativas para la sociedad en la cual se desenvuelve esta persona, además de gastos económicos para el sistema de salud responsable de velar por su salud. (Sanches, Alves, & Ribeiro, 2018)

Por estas razones, se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre distintas variables sociales, como edad, género, escolaridad y zona de residencia y otras propias de la prescripción, como el servicio y la especialidad, y la utilización de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiazepina: Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, en el Hospital William Allen Taylor de Turrialba?

Objetivos

Objetivo general

Analizar el estado de la prescripción de las benzodiazepinas Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en el Hospital William Allen Taylor del cantón de Turrialba, para plantear un protocolo institucional de seguimiento a los usuarios a quienes se les prescriba ese tipo de medicamentos.

Objetivos específicos

Determinar si existe relación entre las variables sociales género, edad, escolaridad y zona de residencia y variables propias de la prescripción de las benzodiazepinas Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, en el Hospital William Allen Taylor de Turrialba.

Establecer la percepción de los farmacéuticos del servicio de farmacia del HWAT de Turrialba, acerca de la utilización de los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiazepina en este centro.

Desarrollar un protocolo para dar seguimiento a los usuarios a quienes se les prescriben psicotrópicos tipo benzodiazepínicos, en el HWAT de Turrialba.

Justificación

La prescripción de benzodiazepinas para tratar la sintomatología que se observa en patologías como trastornos de ansiedad y del ciclo del sueño es una práctica clínica que puede considerarse habitual, ya que generalmente se recomiendan, debido fundamentalmente a que son una terapia muy efectiva, siempre y cuando se utilicen de la manera adecuada y en los casos realmente necesarios, pues brindan un beneficio a la salud del paciente. (Sanches, Alves, & Ribeiro, 2018)

Por el contrario, si ese tipo de tratamientos se utiliza de manera irresponsable y sin un adecuado acompañamiento y seguimiento al paciente, rápidamente puede perderse el camino hacia objetivo principal: mejorar la calidad de vida y la salud del individuo y convertirse en un desarrollo de dependencia, de modo que la persona no consume el medicamento porque lo necesita para mejorar su salud, sino porque ya es dependiente del efecto de la droga en su cuerpo. Así, al no tomarla, experimentará una sintomatología que lo llevará a disminuir, en un gran nivel, su estilo de vida y su desempeño en la sociedad. (Olvera, 2011)

En vista de ese panorama, esta investigación pretende dar a conocer si existe relación entre factores sociales como edad, género, escolaridad y zona de residencia de los pacientes, y factores propios de la prescripción de medicamentos tipo benzodiazepina (Clonazepam, Diazepam y Lorazepam), como el servicio y la especialidad, con el propósito de plantear un protocolo de seguimiento a los sectores de la población más vulnerables y tener un control más estricto en el uso de estos medicamentos.

Antecedentes

En este apartado se describirán brevemente algunos estudios clínicos e investigaciones publicadas en artículos, realizados a nivel nacional e internacional, sobre el uso y la prescripción de psicotrópicos y su relación con distintas variables sociales y demográficas propias de cada población analizada. Se resaltarán el factor común o patrón que se destaca en cada uno de los estudios y cuáles son las principales consecuencias de una incorrecta prescripción de psicotrópicos a nivel individual y social.

Variables relacionadas con el uso de psicotrópicos

Para comenzar, se hará referencia a un factor social que implica habitualmente vulnerabilidad. Como bien se sabe, el envejecimiento es algo inevitable y, a medida que pasan los años, es más frecuente desarrollar o aumentar en gravedad trastornos mentales, por ejemplo: esquizofrenia, estados de ansiedad, bipolaridad e, incluso, episodios somatomorfos; estos últimos se describen como la presencia de síntomas físicos sin que exista una patología o mecanismo fisiológico demostrable, también existen pruebas o evidencia de factores o conflictos psicológicos ligados a ellos. (Sanches, Alves, & Ribeiro, 2018)

En torno a esto, los psicofármacos juegan un papel clave, ya que se utilizan con el fin de disminuir síntomas nocivos de esos trastornos y mejorar la calidad de vida de los pacientes, siempre y cuando se dé un adecuado uso de ellos y se acompañe al paciente, en este caso al adulto mayor, para que alcance su fin terapéutico, mediante una atención multidisciplinaria que incluye a médicos, farmacéuticos y principalmente al cuidador. (Sanches, Alves, & Ribeiro, 2018)

La prescripción y administración de medicamentos psicotrópicos a una persona adulta mayor implica tener presente que, a menudo, presenta comorbilidades clínicas generalmente crónicas para las cuales se administran diferentes tipos de fármacos, por lo tanto, debe evitarse generarle al paciente problemas relacionados con una mala dosificación, sin tener en cuenta factores como la aparición de efectos adversos e interacciones medicamentosas. (Sanches, Alves, & Ribeiro, 2018)

El estudio cualitativo de Sanches, Alves y Ribeiro (2018) nos muestra una perspectiva más personal desde la interpretación del día a día de las personas adultas mayores que padecen algún

tipo de desorden mental y que hacen uso de medicamentos psicotrópicos. Para ello, destacan datos de Organización Mundial de la Salud (OMS), según los cuales a nivel mundial aproximadamente un 20% de la población mayor de 65 años padece algún tipo de enfermedad mental o neurológica, por lo que cada vez es más importante tener en cuenta la posibilidad de utilizar diferentes tipos de fármacos.

Esta investigación se realizó en la ciudad de São Paulo y, según lo mencionan Sanches, Alves y Ribeiro (2018), el 12,2% de las personas adultas mayores usan medicamentos clasificados como psicotrópicos. Un dato más alarmante revela que un 53,33% de adultos mayores atendidos en el servicio de urgencias y emergencias psiquiátricas estaban en tratamiento con un especialista psiquiátrico y, además, el 82,2% de los atendidos en este mismo servicio usaban sustancias clasificadas como psicotrópicas.

En este estudio se encontró relación entre distintas variables sociales, además de la edad avanzada, como el género femenino, la presencia de múltiples morbilidades o patologías concomitantes, la existencia de cuadros o síntomas depresivos, la mala percepción de la salud por parte del paciente y la polifarmacia o uso de cinco o más fármacos con un mayor consumo de psicotrópicos tipo benzodiazepínicos. (Sanches, Alves, & Ribeiro, 2018)

En la investigación de Olvera (2011) sobre la prescripción inadecuada de psicotrópicos, específicamente benzodiazepinas, en el paciente geriátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encontró que, en su mayoría, las prescripciones corresponden al género femenino (64,2%) y el nivel de escolaridad presentado por los pacientes fue de primaria y secundaria, con un 62,8%.

Es importante destacar que la benzodiazepina más prescrita fue el Clonazepam (73%), seguido del Diazepam (20,4%) y el Lorazepam (6,6%), asociado principalmente a los diagnósticos de trastornos del sueño (54%) y ansiedad (16,8%). También, el rango de edad más frecuente en la población de estudio era de 65-69 años, con un 49,6% y en un porcentaje menor, los adultos mayores de 85 años (8%). (Olvera, 2011)

Con respecto a la prescripción incorrecta de benzodiazepinas fuera de México, el autor reporta que, en Europa, aproximadamente a un 19,87% de la población adulta mayor se les prescribe de manera incorrecta algún medicamento.

En el caso de América Latina, se reporta que en países como Brasil, Perú, Colombia y Chile, entre un 12% y 37% de las prescripciones farmacológicas son inadecuadas, principalmente en el caso de las benzodiacepinas. (Olvera, 2011)

A nivel global, la prescripción, dispensación y el consumo inadecuado de medicamentos se da hasta un 50% de los pacientes; en Alemania, la prevalencia de una incorrecta prescripción es de un 40%, principalmente en relación con el medicamento Diazepam, seguido del Lorazepam.

En los Estados Unidos, la prescripción inadecuada se da en un 15% de la población.

Por otra parte, en países como Inglaterra, Japón, Pakistán, Canadá y México también se presentan con frecuencia errores en la prescripción y, por ende, en la utilización de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina. (Olvera, 2011)

Entre las variables sociodemográficas propias del paciente que se relacionan mayormente con una prescripción inadecuada se encuentran la edad y el género. En Alemania, la edad promedio en la cual es más frecuente una prescripción inadecuada es a los 75 años y en un 72%, entre población femenina.

Asimismo, en el Reino Unido predomina el sexo femenino (85%) y la edad de 85 años. Por otra parte, en Japón un 74,7% corresponde al género femenino y en Canadá, se ha comprobado que estadísticamente las mujeres son más propensas a una mala prescripción de benzodiacepinas. (Olvera, 2011)

En el estudio sobre las tendencias en el consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en una población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, durante el periodo 2008-2013, realizado por los autores Machado, Alzate y Jiménez (2015), se señala que los medicamentos más utilizados fueron el Clonazepam (44.1%), seguido por Alprazolam (31.2%) y Lorazepam (13.2%). El Diazepam inyectable (10mg/2ml) presentaba solo el 2.7%.

Otro dato importante por destacar de esta investigación es que se presentó un crecimiento en las prescripciones en un 135,1% durante el período 2008-2013, pasando de 14.377 a 33.807 para el 2013, también se menciona que, en su mayoría, los pacientes que reciben benzodiacepinas en Colombia son las mujeres (63.1%) y aquellos con una edad promedio de 55 años. (Machado, Alzate, & Jimenez, 2015)

El estudio de Valdivia, Casique y Muñoz (2015), sobre el consumo de drogas psicotrópicas y capacidades de autocuidado en mujeres de Tepic, Nayarit de México, destaca que actualmente ha aumentado el consumo de medicamentos considerados psicotrópicos entre la población femenina de Latinoamérica. A esto se le atribuyen diferentes factores como una mayor exposición y acceso a ellos, presión de la pareja sentimental, falta de información o un manejo de información errada sobre su uso y la necesidad de escapar o enfrentar problemas cada vez más comunes en nuestra sociedad como la pobreza, la violencia doméstica e, incluso, el abuso sexual.

Dentro de los resultados que se obtuvieron en este estudio, es importante señalar que aproximadamente el 73% de las mujeres eran solteras y, en cuanto a las diagnósticos que poseían, un 51,5% de la población estudiada tenía depresión; un 21,3%, insomnio o problemas para conciliar el sueño y un 15,2%, ansiedad; además, se reportó que el 69,7% consumía las drogas psicotrópicas por periodos de 1 a 5 años o más. Un dato más alarmante revela que, a pesar de que estas personas acudían al médico, el 75,8% no conocía ni realizaba ninguna técnica que le permitiera controlar su depresión, estrés o ansiedad. (Valdivia, Casique, & Muñoz, 2015)

De acuerdo con los autores Valdivia, Casique y Muñoz (2015), la población femenina, debido a características propias del género, suele ser más propensa a padecer ansiedad y depresión por los múltiples roles que desempeña en el transcurso de su vida, lo que a su vez suele estar relacionado con un aumento en el riesgo de automedicación.

Otros resultados incluyen que aproximadamente el 39,4% de la población solo posee estudios de primaria, un 33,3% de secundaria y un 24,2, preparación profesional o universitaria y el medicamento más utilizado fue el Diazepam (36,4%), seguido del Clonazepam y el Lorazepam, con un 24,2% cada uno.

El informe de la autora Arizaga (2007), sobre el consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana, explora principalmente cuáles son los patrones de uso que se observan con mayor frecuencia en relación con esta problemática.

Según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC), la población femenina presenta mayores índices de consumo de sustancias psicoactivas y, con respecto a los grupos etarios, es más frecuente su consumo en personas de 35 a 65 años, pronunciándose alrededor de los 50 años de edad.

También, en relación con el nivel de instrucción y el lugar de residencia, se encontró que se prescribían y, por tanto, se consumían más psicotrópicos tipo benzodiacepina en la región metropolitana de Buenos Aires (ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires), sector altamente poblado y urbanizado y en las poblaciones más instruidas con niveles educativos terciarios y universitarios completos.

En el trabajo de Joel Lexchin, profesor de la Universidad de Toronto, Canadá citado por Arizaga (2007), se discuten diferentes cuestiones relacionadas con el consumo y la prescripción masiva de las psicotrópicos, fundamentalmente benzodiacepinas. En este sentido, se plantea que el género femenino se ha asociado históricamente, en especial durante los años setenta y ochenta, con un mayor consumo de estos medicamentos, ya que numerosas publicidades mostraban mujeres universitarias jóvenes fuera de casa por primera vez o amas de casa.

De esta manera, se puede observar cómo en aquellos años se mantenía la idea de que las mujeres padecían con gran frecuencia desórdenes mentales e, incluso, los médicos se valían de estas suposiciones para justificar las altas prescripciones de psicofármacos en esta población.

De igual manera, varios estudios que se publicaron alrededor del 2000 en España y Canadá reportaban que, aunque los pacientes mostraran los mismos síntomas ansiosos y depresivos, la mayor prescripción de ansiolíticos se realizaba a mujeres, mientras que a los hombres se les derivaban a otros especialistas. Al mismo tiempo, varias investigaciones reportaban un mayor consumo abusivo de los psicofármacos por parte del género femenino y con respecto a la población masculina, se ha reportado un mayor consumo de alcohol. (Arizaga, 2007)

Según Arizaga (2007), muchos de los consumidores habituales de este tipo de medicamentos tienen una prescripción médica que se asocia a un consumo prolongado e, incluso, de por vida. En este caso, se da una “habitualidad indebida”, de manera que los pacientes con o sin intermediación médica recurren a los psicotrópicos para alcanzar la “calidad de vida” a la que están acostumbrados.

En el estudio de Arizaga (2007), se conformaron grupos focales con base en la edad, el género y el nivel socioeconómico de la población. Los cortes etarios fueron: joven (18 a 29 años), intermedio (30 a 49 años) y mayor (50 a 65 años) y, de acuerdo con los resultados obtenidos por el autor, en edades jóvenes no eran frecuentes las visitas al médico, por lo que el número de

prescripciones solía ser menor; no obstante, esto no significaba que ese sector de la población no tuviera acceso a ese tipo de fármacos, ya que solían ser adquiridos por métodos ilegales, donde no mediaba ninguna receta médica.

En cuanto a la población clasificada dentro de los grupos de edad intermedia y mayor, se observó un mayor consumo asociado a la frecuencia con que las personas visitaban algún centro médico, a pesar de esto, la mayoría pacientes expresaron que frecuentemente incumplían el régimen establecido, debido principalmente a problemas de comunicación con el médico prescriptor, lo que conducía a la desconfianza no solo en el médico, sino también en el tratamiento y, por consiguiente, la automedicación. (Arizaga, 2007)

Otro estudio realizado por González y otros (2017), sobre la prevalencia de consumo de benzodiazepinas en un grupo de población militar en España, se encontró que del 2013 al 2015, la prevalencia en el consumo era mayor en el género femenino, como se ha observado en otros estudios citados.

De igual manera, el medicamento más prescrito fue el Diazepam, con un 44% en promedio durante los tres años que se analizaron. Los autores además resaltaron que en los últimos años (1992-2006) se había observado un constante aumento en la utilización de benzodiazepinas de vida media corta-intermedia, como el Lorazepam.

La edad es una variable relacionada con el uso y la prescripción de benzodiazepinas, si bien se sabe que los adultos mayores tienen a consumir ese tipo de fármacos debido a las patologías que presentan a causa del envejecimiento, también existe otro sector de la población que es importante de analizar: los adolescentes, quienes en ocasiones, aun no existiendo ninguna anomalía orgánica de por medio, consumen drogas psicotrópicas y, como lo menciona Castro (2016), esto se debe a diferentes factores que van desde el núcleo familiar hasta otros sociales e individuales.

Como se mencionó brevemente, la investigación de Castro (2016) se basó en identificar los factores de riesgo que conducían a un aumento en el consumo de drogas, ya que como menciona este autor, en Ecuador existe una prevalencia de consumo de estupefacientes y drogas psicotrópicas en adolescentes, específicamente hablando de aquellos jóvenes entre 14 y 18 años y, lo más alarmante, estos índices de consumo aumentan con el paso del tiempo.

La variable social que corresponde al género femenino se ha relacionado, en estudios como el de Sanches, Alves y Ribeiro (2018) y Domínguez y otros (2015), con el uso inapropiado de las benzodiazepinas. Por ello, en este trabajo se incluyó un estudio sobre el consumo de drogas psicotrópicas y la población específicamente de mujeres de Tepic, Nayarit en México, donde se encontró que el 51,5% padecía de depresión y un 69,7% comunicó haber consumido por un periodo de 1 a 5 años esos medicamentos. (Valdivia, Casique, & Muñoz, 2015)

Como se ha mencionado, la prescripción de los fármacos tipo benzodiazepina debería darse por periodos cortos de tiempo y en casos estrictamente necesarios, sin embargo, como lo describen Buedo y Giagante (2015), no se les dio un adecuado tratamiento a las mujeres, debido a que no se les acompañó ni se les dio seguimiento ni las herramientas necesarias para resolver el problema principal por el cual padecían depresión insomnio y ansiedad.

Específicamente en Latinoamérica, el consumo y abuso de medicamentos psicotrópicos por parte de la población femenina se atribuye principalmente a factores sociales como una mayor exposición y facilidad de acceso a la droga, falta de información y seguimiento a los pacientes que la consumen, sobre su uso adecuado y la importancia de no compartirlos; además, se relaciona con la violencia doméstica, término que lamentablemente se menciona mucho en nuestra sociedad actual. (Buedo & Giagante, 2015)

En la última encuesta publicada en el 2012 por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en Costa Rica, acerca del consumo de medicamentos psicotrópicos sin prescripción médica, reportó que para el 2010, 28.695 personas (0,82%) entre los 12 y 70 años estaban consumiendo de forma activa y sin prescripción al menos un medicamento tranquilizante, tendencia que venía comportándose de manera sostenida desde 1995 (0,7%).

En esta encuesta nacional, se hizo énfasis principalmente en la automedicación como un factor de riesgo para desarrollar dependencia a las benzodiazepinas, ya que -como lo menciona López (2012), autora responsable de elaborar este documento; a pesar de que estos fármacos se despachan bajo control con receta médica, gran cantidad de personas los adquieren sin que medie una prescripción médica debidamente confeccionado por un profesional.

López (2012) llegó a la conclusión de que es muy importante conocer el consumo de medicamentos psicotrópicos con prescripción médica a nivel nacional para, de alguna manera,

explicar qué pasa cuando se prescriben tranquilizantes tipo benzodiacepinas y otros fármacos que requieren controles especiales, como los estimulantes y opiáceos, en el sistema de seguridad social en Costa Rica y su relación con el desarrollo de farmacodependencia en los usuarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

A nivel nacional, la investigación de Vargas (2011), sobre el consumo de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez del Área de Salud de Goicoechea 2, muestra que diferentes variables sociales, así como otras relacionadas con la prescripción de la receta médica, pueden observarse con mayor frecuencia en los usuarios de ese tipo de medicamentos.

En este estudio se encontró que las personas que consumen este tipo de medicamentos son en mayor número femeninas, con un 69%. En el caso del clonazepam, la presentación predominante es de frasco gotero; un 61%, en el caso del Diazepam, en tabletas de 5mg y un 73%, en cuanto al Lorazepam, en tabletas de 1mg.

El autor concluye que esto puede deberse a que, en las mujeres, es mucho más común la presencia de estados de ansiedad o insomnio, producto de múltiples situaciones que pueden actuar como detonantes, por ejemplo, la menopausia, presión por mantener y cuidar de los hogar y los hijos o inestabilidad emocional. (Vargas M. G., 2011)

En cuanto a la edad de los pacientes, Vargas (2011) encontró que la prescripción de estos medicamentos es mayor de 51 a 60 años con un 28%, seguidos por un 18% entre los 41 y 50 años y de un 17%, de los 61 a los 70 años, en el caso del Clonazepam gotas.

De igual forma, el comportamiento en la prescripción de tabletas de Diazepam resultó ser muy similar, con un 25% para el rango de edad entre 51 y 60 años, un 21% entre los 61 y 70 años y un 15% entre los 41 y 50 años.

En el caso de las tabletas de Lorazepam, los rangos de edades en los cuales se prescribe con mayor frecuencia este medicamento son mayores a los mencionados. En esta oportunidad las personas entre 61 y 70 años y 71 y 80 años resultaron ser aquellas a las que más se les prescribe Lorazepam con un 24%, para los dos casos y en tercer lugar, con un 23%, pacientes aún mayores, entre 81 y 90 años. (Vargas M. G., 2011)

Otra variable que toma en cuenta la investigación de Vargas (2011) es la escolaridad de los pacientes a los que se les prescribieron psicotrópicos. En primer lugar, aquellos con primaria completa representan un 40% de la población, mientras que los que poseen primaria incompleta eran un 9%. Con respecto a quienes poseen un nivel educativo de secundaria completa, estos corresponden a 16% y para secundaria incompleta, un 12%. Por último, aquellos con estudios universitarios solo representaban un 17%.

Con referencia a lo anterior, Vargas (2011) señala que los niveles bajos de escolaridad con frecuencia se relacionan con un entorno de bajos recursos económicos, lo que puede favorecer el consumo de estos medicamentos, de tal forma que causarían dependencia por desconocimiento o porque las personas no le dan la importancia suficiente al seguimiento del tratamiento según lo indicado por el médico.

Por otra parte, es oportuno mencionar que los niveles bajos de escolaridad también se deben a que una gran parte de esta población presenta patologías como epilepsia y trastornos de conducta.

Otra aspecto que toma en cuenta la investigación de Vargas (2011) se relaciona con los diagnósticos asociados a la prescripción de los psicotrópicos tipo benzodiacepina. De este modo, con respecto al Clonazepam gotas, se asocia con patologías como ansiedad, insomnio y depresión con un 81% de la población bajo estudio. De manera similar, el Lorazepam se relaciona con los mismos diagnósticos, pero en un porcentaje mayor de un 93%, mientras que el Diazepam mantiene un porcentaje mucho menor (77%), ya que en segundo lugar se encuentran, con un 9%, las contracturas.

Por último, en cuanto a la especialidad del médico prescriptor, Vargas (2011) reporta que los medicamentos Diazepam y Lorazepam son prescritos con mayor frecuencia por médicos generales, con un 45% y 49%, respectivamente. Por otra parte, los médicos generales solo lo prescribieron a un 39% en el caso del Diazepam y un 35% en cuanto al Lorazepam, mientras que en el caso del Clonazepam es prescrito principalmente por médicos especialistas en psiquiatría, con un 61% y solo un 32% por médicos generales.

Esto se debe a que el Clonazepam se utiliza principalmente para el manejo y control de todas las formas clínicas de la epilepsia, como crisis convulsivas y ataques de pánico.

Es importante destacar, también, con respecto a los tres medicamentos objeto de estudio, que el Clonazepam gotas fue el medicamento más prescrito en el centro de salud analizado con un 26%, seguido del Lorazepam con un 24% y el Diazepam con un 19%. (Vargas M. G., 2011)

Hasta este punto se han presentado diversos artículos publicados tanto a nivel nacional como internacional que demuestran que variables sociales como la edad, el género, la escolaridad y el lugar de residencia se relacionan con una mayor prescripción e, incluso, con un uso inadecuado de medicamentos psicotrópicos, especialmente benzodiazepinas. Por ello, es importante en este momento describir ese tipo de medicamentos y cómo afectan nuestra salud, dependiendo de su uso.

Hallazgos farmacéuticos sobre el uso de benzodiazepinas

A partir del año 1961, fecha en la que se incorporan al mercado los medicamentos de tipo benzodiazepínico o benzodiazepinas, se ha dado un constante crecimiento en el uso de estos debido a su amplio perfil de indicaciones, ya que estos poseen propiedades ansiolíticas, hipnóticas y sedantes. Por ello es primordial, conocer los patrones de dispensación de estos fármacos que se asocian a un alto grado de consumo, para definir estrategias para la prevención de un uso inapropiado de estos medicamentos. (Domínguez, y otros, 2015)

Las benzodiazepinas sobresalen por su amplio margen de seguridad con respecto a los barbitúricos. Sin embargo, también como lo mencionan Domínguez y otros (2015), actualmente se conoce que el desarrollo de efectos adversos y tóxicos se relaciona no solo con la duración del tratamiento sino también con la dosis que se administra. Por lo tanto, en este estudio se recalca como una alta exposición de la sociedad a este grupo terapéutico se puede reflejar en un aumento en la frecuencia por intoxicaciones por benzodiazepinas que al momento de la investigación representa entre un 27% a un 40% las intoxicaciones por medicamentos a nivel mundial.

En este estudio se encontró que existe relación entre intoxicaciones con benzodiazepinas y variables sociales como: la edad, observándose un predominio de un 74,10% en adultos mayores de 18 años y con el género femenino donde un 74,30% de los casos reportados corresponde intoxicaciones en femeninas. Otro dato importante que vale la pena señalar es que dos de los fármacos que serán estudiados en la presente investigación, el clonazepam y el diazepam, lideran los casos de intoxicaciones en la población de estudio (Tabla 1). (Domínguez, y otros, 2015)

Además, se determinó que las benzodiazepinas son los psicofármacos que con más frecuencia se ven implicadas en este tema, por lo que Domínguez y otros (2015) llegan a la conclusión de que esta problemática debe combatirse desde el consumo y tipo de uso que se le da a este tipo de fármacos, con el fin de prevenir el desarrollo de dependencia y disminuir así riesgo de intoxicaciones.

Tabla 1. Tipos de benzodiazepinas implicadas en casos de intoxicación

Año		Población		Año		Población	
2010		n=3627	100%	2011		n=3496	100%
Medicamento implicado	Número de intoxicaciones	Porcentaje	Medicamento implicado	Número de intoxicaciones	Porcentaje	Medicamento implicado	Número de intoxicaciones
Clonazepam	1075	29,63%	Clonazepam	1007	28,80%	Clonazepam	1007
Diazepam	805	22,19%	Diazepam	703	20,10%	Diazepam	703
Alprazolam	608	16,76%	Alprazolam	588	16,81%	Alprazolam	588
Flunitrazepam	452	12,46%	Flunitrazepam	520	14,87%	Flunitrazepam	520
Bromazepam	313	8,62%	Bromazepam	253	7,23%	Bromazepam	253
CDF	169	4,65%	CDF	185	5,29%	CDF	185
Lorazepam	136	3,74%	Lorazepam	158	4,51%	Lorazepam	158

Nota: Elaboración propia con base en Domínguez y otros (2015).

Los autores Baandrup y otros (2018) concuerdan con las observaciones que señalan Domínguez y otros (2015) y Sanches, Alves y Ribeiro (2018), en las investigaciones correspondientes, en el sentido de que las benzodiazepinas se usan principalmente en la población psiquiátrica y en adultos mayores, además, pesar de que la práctica recomendada a nivel mundial sea la prescripción de benzodiazepinas por un lapso corto, la práctica común son períodos prolongados.

De igual manera, el uso prolongado de benzodiazepinas se relaciona, a su vez, con un aumento en la posibilidad de que el paciente desarrolle una dependencia no solo fisiológica sino también psicológica a ese tipo de benzodiazepina. Como lo exponen Baandrup y otros (2018), en la revisión titulada “Intervenciones farmacológicas para la suspensión de benzodiazepinas en usuarios crónicos de benzodiazepinas”, la falta de conocimiento o interés por parte de los pacientes y médicos en el control del cuadro básico, dígase ansiedad o insomnio, implica el uso irracional de esos psicofármacos.

Como mencionan Sanches, Alves y Ribeiro (2018), las benzodiazepinas tienen múltiples indicaciones, una de las principales es el tratamiento a corto plazo de la ansiedad y el insomnio, sin embargo, en muchas ocasiones la prescripción suele prolongarse, debido al desarrollo de dependencia e, incluso, al desconocimiento sobre el manejo no farmacológico de estas condiciones, mediante terapias alternativas y cuadro base.

Otro aspecto por tomar en cuenta con respecto al posible desarrollo de una adicción a este tipo de fármacos es que, al igual que la adicción a cualquier tipo de droga de uso ilegal, es recomendable una reducción escalonada de la dosis suministrada, debido a que una suspensión abrupta del medicamento conduciría a que el paciente sufra una crisis de abstinencia, con sus correspondientes síntomas. Esta disminución en la dosis debe ajustarse a cada individuo tomando en cuenta el tipo y la dosis de benzodiazepina, así como a factores como el motivo original de la prescripción y el grado de apoyo que recibirá el paciente. (Baandrup, y otros, 2018)

Terapias alternativas al tratamiento con benzodiazepinas

Buedo y Giagante (2015) realizaron una revisión bibliográfica de opciones distintas al uso y la prescripción de benzodiazepinas para tratar cuadros de ansiedad y sueño, entre ellos productos naturales, plantas medicinales y fitoterapia, con el objetivo de determinar si estas medicaciones pueden o no dar una respuesta similar o si es posible mejor el efecto producido por las benzodiazepinas, sin el riesgo de generar efectos adversos o secundarios con su uso.

Este estudio se realizó en respuesta a un aumento en el uso inapropiado y la dependencia generada por estos fármacos. Buedo y Giagante (2015) concluyeron que un patrón constante en esto es la prescripción, ya que los medicamentos pueden ser prescritos por cualquier especialidad médica, no obstante, no existe acompañamiento ni consejo médico ni farmacéutico durante el

proceso, siendo los más afectados el sector adulto mayor de la población, por rasgos asociados a la edad como la demencia.

Pérez (2017) realizó una revisión bibliográfica similar a la de Buedo y Giagante (2015), en la que investigó la efectividad de las terapias alternativas en el trastorno del insomnio, la importancia de este estudio, según lo mencionó el autor, radica en que el mal uso o abuso de las benzodíacepinas lleva generalmente a desarrollar múltiples problemas de salud, como reacciones adversas y farmacodependencia.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento del trastorno de insomnio, Pérez (2017) considera muy importante establecer, primero, cuál causa está generando los cuadros de agripnia o desvelo al paciente, ya que usualmente es secundario a alguna patología principal, además, es importante tomar en cuenta diversos factores que pueden afectar la conciliación del sueño, entre ellos, hábitos de la vida diaria, la exposición excesiva al estrés, ansiedad o la angustia, factores del medio ambiente e, incluso, la medicación que esté utilizando el paciente.

En esta investigación, Pérez (2017) concluyó que las terapias alternativas más eficaces para tratar cuadros de insomnio son las denominadas conductuales y cognitivo-conductuales, las cuales consisten básicamente en realizar cambios en la rutina diaria al prepararse para dormir, haciendo uso de varios métodos, entre ellos, el control de estímulos, la restricción del sueño, practicar técnicas de relajación y respiración, así como aumentar el ejercicio físico, entre otras.

Conocimiento por parte del profesional médico y farmacéutico

Tal como se ha definido, un elemento que influye en una correcta prescripción y despacho de psicotrópicos, así como de un adecuado uso por parte del paciente, es el grado de conocimiento que los profesionales en salud manejen sobre estos temas fundamentales. Por tanto, en referencia a lo expuesto, Ledezma (2015) realizó una investigación en la cual se evaluó el conocimiento de los regentes de farmacias de comunidad en el manejo, control y despacho de psicotrópicos en establecimientos privados.

Si bien esta investigación se centra en el despacho de medicamentos tipo benzodíacepínicos a nivel público, específicamente hablando en el contexto de un servicio de farmacia de un hospital periférico de la Caja Costarricense de Seguro Social, es importante revisar también cómo se dan

este proceso en una farmacia comunitaria, la cual pone a disposición del usuario el acceso a ese tipo de medicamentos.

Ledezma (2015) obtuvo dentro de sus resultados que el conocimiento que manejan los regentes de farmacias privadas en Costa Rica acerca del correcto proceso de dispensación y valoración inicial de las recetas de psicotrópicos es de un 72% en la provincia de Heredia, mientras que demostraron un menor empoderamiento del tema en cuestión en Alajuela, con un 35%.

Otro aspecto de gran relevancia que evalúa Ledezma (2015) en su investigación es el conocimiento de lo referente al marco legal nacional en materia de psicotrópicos, obteniendo resultados alarmantes, con apenas un 44%, en promedio. Ello demuestra que en nuestro país existe una falta de conocimiento vital para un adecuado manejo y despacho de medicamentos psicotrópicos.

La actualización constante es la principal arma con la que cuenta el regente farmacéutico para hacer frente a los casos que se presentan día a día, si bien es imposible saber todo acerca de los contenidos que debe manejar, es de vital importancia que se preocupe por mejorar en aquellos temas clave para ejercer su profesión. Conocer el correcto despacho y uso de los psicotrópicos es una de esas cuestiones, ya que falta de información implica, incluso, desarrollar farmacodependencia por parte del paciente, situación que no solo agrava su calidad de vida, sino también la de las personas que lo rodean.

Sin embargo, de la misma manera que se considera que el profesional farmacéutico debe conocer la reglamentación con respecto al manejo y despacho de medicamentos, es fundamental que los médicos, quienes tienen la facultad y al mismo tiempo la responsabilidad de prescribir las recetas de psicotrópicos, conozcan la normativa vigente, para procurar un uso racional y correcto de esos fármacos.

Con respecto a lo expuesto, en un estudio realizado por Peña (2014) sobre la prescripción y el conocimiento de medicamentos controlados y regulados por la normativa vigente en Costa Rica, en médicos prescriptores que laboran en clínicas privadas, se determinó que un 70,1% de los profesionales médicos no conocen la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.

Esta ley, número 8204, publicada en el diario oficial La Gaceta No.8 del 11 de enero del 2002, regula y penaliza todo lo relacionado con la prescripción, administración y manipulación de estupefacientes y sustancias psicotrópicas entre otros, con la finalidad de prevenir su uso indebido, de tal forma que no se lleve a cabo un gasto de los recursos públicos en caso de que los medicamentos provengan del seguro social. (Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo, N° 8204)

López (2017) también pone en evidencia un tema de gran significancia cuando se analiza cuáles variables afectan el uso adecuado de medicamentos psicotrópicos. En su investigación titulada “Cumplimiento de la normativa sobre estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias ajenas a fiscalización sanitaria de los establecimientos farmacéuticos de la región La Libertad, julio-setiembre 2015”, en Perú, se determinó el grado de cumplimiento de la normativa tanto por instituciones públicas como privadas.

A manera de resumen, en la República de Perú, cada droguería, laboratorio y farmacia que maneja psicotrópicos en su inventario debe entregar un balance trimestral de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias dependiendo del establecimiento. Cabe destacar que en esta investigación encontró que un 30,2% de los balances trimestrales entregados no cumplían con la normativa vigente, lo cual demuestra falta de conocimiento de parte de los profesionales encargados de documentar el manejo y control de estos fármacos. (López R. R., 2017)

Investigaciones acerca del consumo de medicamentos

Como se ha observado, tanto a nivel nacional como internacional se ha dado un aumento en las investigaciones sobre el uso o consumo de los medicamentos psicotrópicos, específicamente hablando de las benzodiazepinas, con el principal objetivo de identificar o determinar patrones y prevenir, así, las consecuencias de su uso irracional.

Según Holloway, Green y la Organización Mundial de la Salud (2004), para comenzar una investigación o estudio de esta índole, es necesario -en primera instancia- medir el alcance del problema y analizarlo para comprender mejor las causas de su origen. De esta forma, el autor detalla cuáles son los tres pasos que se deben seguir para realizar una adecuada investigación en el uso de medicamentos, según la guía práctica para comités de farmacoterapia de la OMS:

1. Investigación general para detectar problemas generales.
2. Investigación en profundidad de problemas específicos.
3. Elaboración, puesta en práctica y evaluación de estrategias para corregir el problema.

De esta manera, investigar el uso de los medicamentos puede ser de gran ayuda para describir las prácticas terapéuticas actuales y determinar si existen problemas en el uso de algún medicamento y qué centros, servicios o prescriptores se encuentran relacionados, con el fin de adoptar las medidas necesarias. También puede mostrarse la evolución en el uso de los medicamentos para concientizar y motivar a los médicos e usuarios en caso de ser necesario. Por último, serviría como una herramienta para evaluar el impacto de las medidas que se hayan implementado. (Holloway, Green, & World Health Organization, 2004)

En el caso particular de esta investigación, se realizará el paso número uno, al identificar qué variables se relacionan con el problema principal y se realizará una propuesta para posteriores investigaciones más específicas y realizar una propuesta según los resultados obtenidos en relación con la realidad social que se vive en el cantón de Turrialba, específicamente para los pacientes que acuden al servicio de farmacia, a retirar medicamentos psicotrópicos tipo benzodiazepina como el Clonazepam, Diazepam y Lorazepam.

Uso racional de benzodiazepinas

El uso racional de medicamentos es un concepto que abarca una serie de acciones que deben cumplirse, con el fin de obtener beneficios por el tratamiento establecido y mejorar la salud y calidad de vida del paciente. Implica una prescripción certera, el despacho del medicamento correcto en la dosis y presentación correcta, acompañado de una explicación completa por parte del profesional farmacéutico con miras a que el paciente se adhiera a su tratamiento.

Domínguez, Collares, Ormaechea y Tamosiunas (2016) realizaron un estudio acerca del uso racional de las benzodiazepinas, justificado bajo la premisa de que la prescripción irracional de estos medicamentos es considerado un problema de salud pública a nivel mundial, debido a los patrones de uso inapropiado que se mencionan en distintas publicaciones, como en el caso de Buedo y Giagante (2015), Domínguez y otros (2015) y, más recientemente, Baandrup y otros

(2018), quienes también concuerdan con que el uso crónico y el aumento en las reacciones adversas e intoxicaciones son claros ejemplos de patrones de un uso irracional de las benzodiacepinas.

En la investigación que se mencionó, realizada en Uruguay, se presenta una pequeña muestra de los patrones observados acerca del uso irracional de benzodiacepinas, estos datos se reflejaron en una encuesta nacional realizada en el 2014, entre pacientes internados en los salones de medicina y cirugía en el Hospital de Clínicas, donde se encontró que aproximadamente un 57% de aquellos a los que se les aplicó la encuesta confirmaron haber consumido benzodiacepinas alguna vez en sus vidas y la mayoría, por un lapso prolongado de años. (Domínguez, Collares, Ormaechea, & Tamosiunas, 2016)

Otro patrón de un uso irracional que nos muestran Domínguez, Collares, Ormaechea y Tamosiunas (2016) es a nivel internacional, específicamente en Canadá, donde aproximadamente dos terceras partes de los fármacos que se prescriben se clasifican en el grupo terapéutico de las benzodiacepinas y un 10% de los pacientes los han consumido por un periodo mayor a un año, lo que corrobora el patrón observado en Uruguay para el 2014.

En un estudio realizado en Costa Rica por Masís (2009), sobre la utilización de benzodiacepinas en el Área de Salud de Cartago, con el objetivo de analizar los patrones de utilización de las benzodiacepinas Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, se identificó que la mayor parte de las prescripciones se realizó entre la población femenina. Sin embargo, el aspecto que resalta la autora es la importante variabilidad en la prescripción que se presenta entre los EBAIS que forman parte de esta área de salud.

Con referencia a lo anterior, Masís (2009) propone que esto puede deberse a las diferencias en epidemiológicas entre cada población, así como a factores socioculturales y de educación en cuanto a la demanda de ciertos medicamentos por parte de la población.

Otra variable que debe tomarse en cuenta es el grado de formación del médico prescriptor, lo cual implica el uso en menor o mayor medida de estos medicamentos.

En un informe sobre las mujeres infractoras a la Ley de psicotrópicos que se encuentran recluidas en el Centro de Atención Institucional El Buen Pastor, de los autores Méndez, Ortiz y San Lee (2009), se reportó que aproximadamente el 39% registra nacimiento en la capital, San José, en segundo lugar provienen de Alajuela (11%), seguidos de Limón y Puntarenas, con un 10%

cada una. Esto, a su vez, coincide con el estudio del IAFA citado por estos mismos autores donde identificaron las provincias con una mayor problemática de consumo ilegal de drogas psicotrópicas.

Más recientemente, la investigación de Vargas (2011) revela que esta problemática puede encontrarse a nivel de la CCSS, específicamente en el Área de Goicoechea 2, ya que según la duración del tratamiento de psicotrópicos en la población, para tratar patologías que usualmente no requieren medicación a largo plazo, existen casos donde el paciente lleva hasta 20 años tomando el medicamento.

En el caso de la duración del tratamiento con benzodiazepinas para el duelo, se encontró que un 40% de la población estudiada utilizó ese tipo de medicamentos de uno a tres años y un 20%, de 5 a 10 años. Con respecto al uso de estos medicamentos para tratar el estrés, se reporta que a un 29% se le recetaron benzodiazepinas por un periodo de 1 a 4 años y a un 14%, entre 5 y 20 años. (Vargas M. G., 2011)

Como se ha expuesto a lo largo de este capítulo, es de gran relevancia conocer qué variables se relacionan con un mayor consumo de benzodiazepinas, con el fin de darles un seguimiento adecuado a las personas cuyos caracteres sociales se asocian más frecuentemente a este hecho. Además, como se ha expuesto, el abuso o mal uso de las benzodiazepinas usualmente sigue un patrón que puede ser identificado, evitando problemas tanto a nivel de la salud y seguridad del paciente, como de la población en general; incluso, para evitar el gasto económico que significa utilizar ese tipo de medicamento cuando no es realmente necesario.

Proyecciones

Se realizará un análisis estadístico correlacional por medio de la aplicación del método conocido como chi cuadrado, entre las variables sociales edad, género, escolaridad, distrito de residencia y distintas variables propias de la prescripción de los medicamentos, en este caso, benzodiacepinas, como el servicio y la especialidad, para determinar si existe o no relación entre ellas.

En esta investigación, también se analizará la percepción del personal farmacéutico que labora en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba, mediante la aplicación de una entrevista, con el fin obtener una visión más amplia sobre la utilización de los medicamentos psicotrpicos tipo benzodiacepina en ese centro.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación se buscará identificar un patrón en la prescripción y el despacho de psicotrpicos benzodiacepínicos en el HWAT, para así elaborar un protocolo de seguimiento a los pacientes a los que se les prescriba este tipo de medicamentos y prevenir un aumento en los posibles efectos secundarios a corto y largo plazo en la salud de la población, además de en los casos de dependencia y adicción a esa clase de psicofármacos.

Dentro de las limitaciones se puede mencionar que solo se abarcarán las benzodiacepinas, Clonazepam frasco gotero con una concentración de 2,5mg/ml, Diazepam tabletas de 5mg y Lorazepam tabletas de 2mg. Además, no se incluye en este estudio el tipo de relación entre las variables sociales y propias de la prescripción de los psicotrpicos mencionados, dejando este tema para posteriores investigaciones, con el fin de profundizar aún más.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Introducción

En este capítulo, se realizará una descripción amplia y profunda de distintos conceptos teóricos que se relacionan con el tema principal que se abarca en la investigación y cuyo conocimiento es fundamental para obtener un panorama más completo sobre él.

Primeramente, se detallará información referente a la salud pública y el modelo de eco-epidemiología y su relación con la determinación de variantes sociales. Además, se indagará en el grupo terapéutico objeto de este estudio, el cual se denomina medicamentos psicotrópicos de tipo benzodíacepina, específicamente el Clonazepam, Diazepam y el Lorazepam.

Aunado a esto, se hará mención especial de las leyes a nivel mundial y nacional, así como a los protocolos vigentes que se han desarrollado, con el fin de mantener un control estricto sobre este tipo de fármacos. También, se describirán los diferentes servicios de farmacia, del mismo modo que los procedimientos y procesos que se llevan a cabo para garantizar la correcta dispensación de los medicamentos al usuario. Asimismo, se incluirá una revisión extensa sobre los campos del servicio en los que el farmacéutico puede intervenir, por ejemplo, la atención farmacéutica como principal instrumento para prevenir el desarrollo de posibles reacciones adversas y farmacodependencia.

Evolución en el concepto de salud pública

Para dar inicio, es importante definir el término que titula esta sección. La salud pública fue descrita por los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, como el “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.” (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Es importante destacar la presencia del componente social dentro del significado de salud, por lo que se puede deducir que, desde aquella época, ya concordaban los representantes de 61 estados a nivel mundial en la existencia de determinantes sociales que inciden directamente en el desarrollo de la salud pública.

De acuerdo con el razonamiento anterior, el concepto de determinantes sociales se relaciona directamente con el bienestar físico, mental y social descrito en el párrafo anterior como parte de la definición de salud pública, ya que, según la Real Academia Española (2019), el término bienestar se define como el “conjunto de las cosas necesarias para vivir bien.”

Por consiguiente, mediante un juego de palabras, la OPS y el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011) señalan que los determinantes sociales serían ese conjunto de cosas que precisamos para alcanzar el tipo de bienestar mencionado.

Con el paso del tiempo, el significado de salud ha experimentado un constante cambio y adaptabilidad en respuesta a la transformación progresiva de las sociedades. Para ilustrar esto, la OPS y el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011) plantearon una ideología biologista que predominó a principios del siglo XX, en la cual el proceso salud-enfermedad se enfocaba en el desarrollo de programas de atención de problemas de salud dirigidos a curar a los pacientes enfermos, con lo cual se asumía que la población en general sería más saludable.

A mediados del siglo XX, las nuevas corrientes ideológicas consecuencia del desarrollo de las ciencias de la salud y las frecuentes modificaciones en los perfiles epidemiológicos a nivel global, proponen que el surgimiento de las diferentes patologías se relaciona con una serie de variables no solo biológicas, sino también culturales, del medio ambiente, económicas y sociales. Es así como, alrededor de la mitad del siglo pasado, se logró identificar que ciertos sectores poblacionales presentan variables sociales específicas, que los hacen más propensos a contraer enfermedades e, incluso, morir. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

En consecuencia, es deber de las instituciones de salud, en el caso específico de Costa Rica, es responsabilidad de Ministerio de Salud y de la CCSS, mantener una constante vigilancia sobre los factores sociales que determinan la salud a nivel nacional, para así identificar las poblaciones que están siendo más afectadas y establecer planes o estrategias oportunas, eficaces y aplicables a cada sector social, buscando siempre mejorar el bienestar de todas las personas. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Alrededor de los años setenta, surgió, principalmente en Latinoamérica, la necesidad de desarrollar herramientas basadas en una determinación social que oriente y mejore los actos que se desarrollan a nivel de salud pública como parte de una propuesta epidemiológica, la cual plantea,

al ser esta una disciplina científica y, por tanto, impulsadora de nuevos conocimientos, confirmar variables relacionadas con el tópico de salud y transformar la realidad social que se vive día a día, con el objetivo principal de mejorar la calidad de la atención brindada en los diferentes centros de salud. (Breilh, 2013)

Así, es importante visualizar la epidemiología como una rama de la salud pública que nos invita a obtener conclusiones específicas y fundamentadas con respecto a diversos factores que influyen en la salud de la sociedad. Breilh (2013) define la epidemiología como un “recurso diagnóstico, con el que se define la imagen sanitaria de la sociedad, con el que valoramos el éxito o fracaso de las políticas.” (p.5)

Se destaca la importancia de una constante aplicación de métodos basados en estudios epidemiológicos con el propósito de optimizar los sistemas en salud de los cuales se hace uso actualmente.

Como ya se ha mencionado, la determinación social de la salud aplicada al campo de la epidemiología supone la investigación de las posibles relaciones entre las diferentes formas de vivir, enfermarse e, incluso, morir con distintas variables sociales, este método es una técnica de la cual hace uso la medicina social, actualmente nombrada salud colectiva, para el desarrollo de modernos instrumentos de análisis y elaboración de proyectos en temas de salud que busquen primordialmente conservar la salud del paciente. (Breilh, 2013)

Por otra parte, no fue hasta inicio de los años ochenta cuando se comenzó a plantear la operacionalización de la epidemiología, con el fin de vincular factores sociales y demográficos con el fomento y el suministro de la salud o, caso contrario, con su deterioro y, al mismo tiempo, se puso en evidencia la profundidad y complejidad que envuelve a esta ciencia. Uno de los principales hallazgos con base en esto fue determinar una triplete de desigualdad en cuanto a la salud, conformada por las variables clase, género y etnia. (Breilh, 2013)

A manera de resumen, Breilh (2013) manifiesta que la metodología de la epidemiología se puede condensar en cinco elementos básicos que la representan: en primer lugar, la presencia de una explicación de los fenómenos que afectan la realidad y que, por ende, determinan la salud pública; otro aspecto es el predominio por buscar una asociación causa-efecto; otro elemento asociado es utilizar esta relación causa-efecto, con el fin de identificar factores de riesgo y, por

último, las dos características restantes hacen alusión a usar métodos estadísticos o probabilísticos para tratar los datos recolectados, así como tomar acciones en función de los resultados obtenidos, por ejemplo, al ejecutar planes estratégicos en materia principalmente de la prevención de enfermedades y distintas condiciones patológicas en la comunidad. (Breilh, 2013)

En cuanto a esta caracterización u operacionalización de la salud, la OMS (2005) formó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, la que, a su vez, publicó tres años después de su fundación un informe final titulado “Subsanar las desigualdades en una generación”, con el cual se pretendía establecer una equidad sanitaria, respecto a la accesibilidad a los servicios en salud fundamentado en identificar determinantes sociales de la salud, para así fomentar planes de acción y estrategias que permitan promover una buena calidad de salud global. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS

Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, fundada por el doctor Jong Wook Lee, ex director general de la organización, para implementar actividades que mejoren la salud pública de cada población es fundamental, en primer lugar, medir la dimensión del problema, mediante un análisis que nos permita conocerlo a fondo, para posteriormente evaluar las intervenciones que se llevan a cabo. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Con base en lo anterior, es evidente que la identificación y el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud son esenciales para promover el seguimiento y la investigación en esa materia, con el principal propósito de mejorar el estado de la salud, tanto del individuo como de toda la población a nivel global. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Esta comisión fue creada con el propósito principal de recopilar evidencias que justifiquen generar y promover medidas a nivel mundial para alcanzar igualdad sanitaria, describiéndose esta, a su vez, como el acceso oportuno a centros de salud, medicamentos y personal debidamente capacitado, con el fin de mejorar la salud de la población global, especialmente en aquellos países con bajos niveles de ingresos y desarrollo, tomando en cuenta que es un derecho universal de las personas que no debe ser negado y, además, que debido al alto grado de globalización actual, un

problema local puede afectarnos a todos. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Es así como la OMS, a través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, destaca tres principios de acción, a manera de recomendaciones, que deberían poner en práctica cada país y, por lo tanto, cada gobierno, para garantizar el derecho universal de la salud en la población a su cargo:

Tabla 2. Recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

1	Mejorar las condiciones de vida	Mejorando las condiciones en las que nacen los niños y niñas. Generar empleo. Desarrollar políticas de protección social.
2	Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos	Promover un sector público y privado comprometido con la sociedad. Aplicar un estilo de gobierno que promueva la equidad.
3	Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones	Reconocer que existe un problema. Implementar sistemas de vigilancia de la equidad. Invertir en la formación de profesionales de la salud.

Nota: Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009, p 2).

En ese orden de ideas, se puede resaltar que la promoción de la salud es un proceso en el que pueden actuar diferentes tipos de ciencias, como la epidemiología, donde actúan diferentes entes encargados de mantener la salud de la población. Por ello, es oportuno en este momento definir el concepto de la producción social de salud como “proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de éstos con su entorno, genera como resultado la salud que caracteriza a una población”, el cual abarca estos dos pensamientos e involucra también a las propias personas como responsables de su salud y la de los demás.” (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Modelos conceptuales de la salud

Como se ha mencionado, a lo largo de la historia, el término salud ha ido evolucionando de manera constante a nivel mundial, adquiriendo nuevas definiciones e interpretaciones, integrando cada vez más factores que influyen sobre ella y tomando en cuenta también fenómenos mundiales como la globalización. Esta afecta todos los ámbitos del desarrollo en las naciones, incluyendo la salud pública global. Así, de manera proporcional a su evolución, se han desarrollado distintos modelos conceptuales de la salud pública. (Hernández, Ocampo, Ríos, & Calderón, 2017)

Estos modelos conceptuales se manifiestan a partir del análisis de categorías de salud y enfermedad y del grado en que se da una respuesta social a estas. Se clasifican de acuerdo con su carácter individual o familiar, biofísico o del ambiente social. Dicho de otra manera, según Hernández, Ocampo, Ríos y Calderón (2017), un modelo “constituye una representación de la realidad, en el caso del proceso salud-enfermedad, una postura ontológica de cómo entender la sociedad y el Estado.” (p. 394)

Para comprender esta definición de modelo, es importante aclarar el término ontología, el cual, según Vélez (2015), es una “representación de las cosas que existen dentro de un dominio particular de la realidad como la geografía, la medicina, las artes, las leyes, etc.” (p. 4)

Por tanto, en palabras más sencillas, un modelo conceptual de salud hace referencia a todos los factores que engloba el término, que influyen en ella y, además, la representan.

En la actualidad, se pueden identificar cuatro tipos de modelos conceptuales de la salud pública, de acuerdo con Hernández, Ocampo, Ríos y Calderón (2017):

- 1) Modelo preventivo: También llamado modelo higienista, cuyo principal actor que influye en la salud pública es el individuo o la familia.
- 2) Modelo sanitario: Toma en cuenta el ambiente biofísico, es decir, plantea que la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones que rodean al individuo.
- 3) Modelo sociomédico: Considera el ámbito social, al creer que el contexto socioeconómico y político afecta la salud de las personas.
- 4) Modelo ecoepidemiológico: Relaciona múltiples factores a distintitos niveles, ya sea celular, individual o poblacional.

Ecoepidemiología

El modelo de salud que más le compete a esta investigación es el ecoepidemiológico, también conocido como paradigma de la “caja china” o epidemiología panorámica.

Según Acosta y Cabrera (2015), en este modelo “el enfoque a nivel individual ha permitido llegar a las causas de las enfermedades y a la búsqueda de políticas de salud pública.” (p. 8).

Por esta razón, la ecoepidemiología es considerada una disciplina de investigación que estudia la interrelación entre varios factores que influyen en el desarrollo de enfermedades. En este sentido, engloba no solo a los individuos sino también sus vínculos con diferentes factores que abarcan los ámbitos biológicos, físicos, sociales e, incluso, el histórico, para comprender de una manera más completa cuáles de estos representan un riesgo para su salud.

Lo anterior se ejemplifica en la Figura N.º1, la cual muestra los diferentes contextos que forman parte del campo de estudio de la ecoepidemiología. (Acosta & Cabrera, 2015)

Figura 1. Contextos que engloba la ecoepidemiología



Nota: Acosta y Cabrera (2015, p 43).

Otro aspecto importante acerca de la ecoepidemiología es que también toma en cuenta factores externos a los individuos, que no son parte de él y, sin embargo, juegan un papel muy importante en la salud y, por tanto, pueden alterar de alguna forma el patrón de las enfermedades

que se presentan en una comunidad, entre ellos se pueden mencionar las variaciones en los ecosistemas y las condiciones del clima.

Estos pueden analizarse en dos niveles distintos: el primero se basa en el análisis del individuo como parte de un proceso salud-enfermedad y el segundo, como la comprensión del proceso salud-población. (Acosta & Cabrera, 2015)

Con respecto a la metodología de análisis en la ecoepidemiología, se hace referencia a métodos estadísticos, que consisten en el análisis de los resultados en relación con los factores determinantes, medidos en los diferentes niveles mencionados. Estas variables deben previamente estudiarse para conocer cuáles determinan la salud del individuo. (Acosta & Cabrera, 2015)

Dentro de los principales factores determinantes de la salud a nivel individual se encuentran aquellas características propias de las personas como el género, la edad y el lugar de residencia y, en un contexto colectivo o poblacional, otros factores que afectan a una población, por ejemplo, el nivel de pobreza y los ingresos o los gastos en los cuales deban incurrir las familias. (Acosta & Cabrera, 2015)

Hechas las consideraciones anteriores, es importante destacar, como lo mencionan Acosta y Cabrera (2015), que, con el fin de mejorar la salud pública, es esencial cambiar el método de análisis, comenzando con una adecuada planificación de la salud mediante la cual se coordinen y dirijan programas o acciones preventivas que permitan controlar los riesgos y corregir estilos de vida no saludables para disminuir o evitar la aparición de enfermedades.

Por último, este modelo también permite identificar la eficacia de los procesos o procedimientos relacionados con los servicios de salud que se brinden a la población, los cuales también condicionan de manera indirecta e incluso directa la salud de las comunidades en las cuales están ejecutan sus acciones.

Finalmente, este tipo de estudios son herramientas que exponen a la luz pública los problemas o deficiencias que posee el sistema de salud, por tanto, promueven que los gobiernos y autoridades correspondientes se enfoquen en las causas del problema y reduzcan el impacto de estas en la salud pública. (Acosta & Cabrera, 2015)

Determinantes sociales de la salud

La OMS, citada por la OPS y el Ministerio de salud de Costa (2011), define los determinantes sociales de la salud como aquellas:

“Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.” (p. 10)

Por tanto, en relación con lo mencionado, el Estado debe promover la salud de manera igualitaria entre todos los habitantes del país. Ello consiste en un proceso tanto político como social a nivel mundial, que exige ejecutar acciones dirigidas a optimizar la calidad y cobertura de los servicios de salud que se ofrecen a la población. Todo esto, como se establece en la Carta de Ottawa emitida en la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, en 1986, donde se acordó que la promoción de la salud debe ir orientada a “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control de la misma.” (p. 12)

En el presente, se reconoce que la salud de la población es producto de una dinámica social, esto quiere decir que es definida por una serie factores particulares de cada comunidad que influyen sobre ella, por tanto, el concepto acuñado actualmente sobre la “producción social de la salud” describe la importancia de reconocer los determinantes o actores sociales que caracterizan a una población, entendiéndose como aquellas características de un individuo o colectividad cuya acción en el medio tenga un efecto significativo en la producción de la salud. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Los determinantes sociales de la salud se clasifican en: biológicos, ambientales, socioeconómicos y culturales y los relacionados con los servicios de salud.

Cuando se habla de determinantes de origen biológico se hace referencia, según la OPS y el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011), a “todos aquellos elementos, tanto físicos como mentales, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos del individuo.” (p. 12)

Así, son determinantes propios del desarrollo y funcionamiento de cada organismo producto de su herencia genética, proceso de envejecimiento y los sistemas de soporte y vitales de su propio cuerpo.

Los determinantes ambientales corresponden a los aspectos que se relacionan con el hábitat humano en el cual crece y se desarrolla el individuo o una colectividad, aquí se incluyen elementos naturales, materiales e institucionales, por ejemplo, la calidad del agua, el aire y suelo, las condiciones labores y de vivienda y la urbanización o conjunto de instituciones presentes en la comunidad que condicionan el modo de vida de las personas. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

En cuanto a los determinantes socioeconómicos y culturales, estos abarcan todas aquellas variables que tienen un efecto positivo o negativo sobre la salud o enfermedad de las personas, dentro de los cuales se pueden mencionar el estilo de vida, los hábitos alimentarios, los diferentes modelos de familias, la religión, los ingresos económicos, las tasas de empleo y desempleo, entre muchas otras. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Por último, los determinantes que se relacionan con los servicios de salud son aquellos asociados a aspectos como la accesibilidad a los centros que conforman el sistema nacional de salud, el grado de cobertura que posean esas instituciones, así como la cantidad y calidad de los servicios que se encuentren a disposición de la comunidad, la disponibilidad de recursos y la organización de cada centro. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

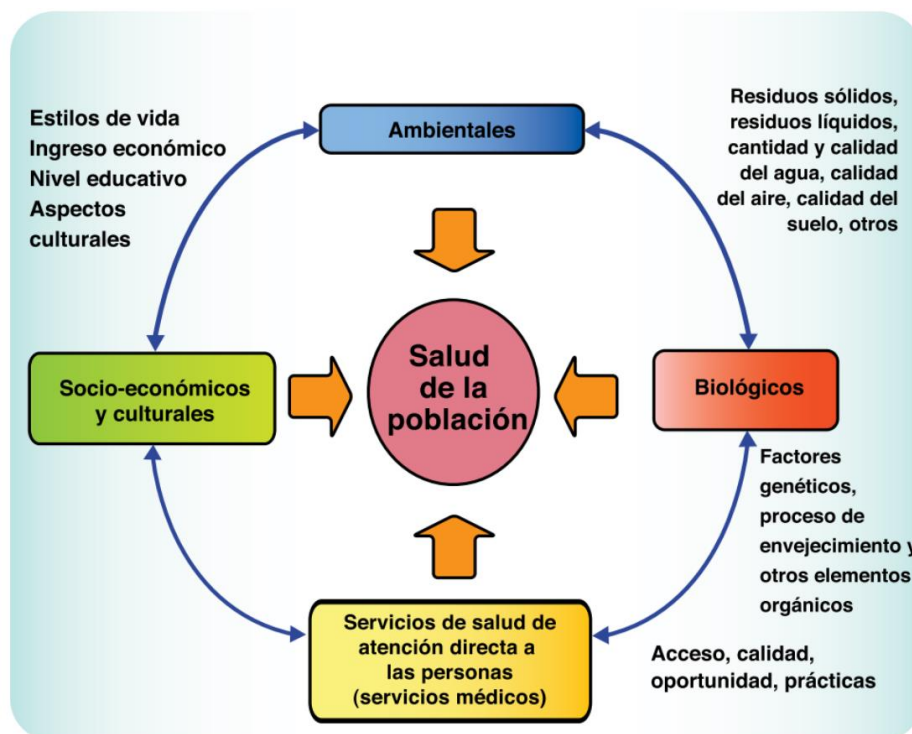
También, es importante tomar en cuenta el nivel de conocimiento y profesionalismo de los trabajadores que laboren para esas instituciones, ya que definirá el tipo de relación que se establecerá entre ellos y los usuarios, lo cual puede ser una ventaja o, por el contrario, podría convertirse en una desventaja para la promoción de la salud, en la medida en que los pacientes no confíen en los regímenes farmacológicos o no farmacológicos recomendados por los especialistas en salud. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Ahora bien, para esclarecer lo indicado hasta ahora con respecto a los determinantes de la salud, la Figura No. 2 muestra un esquema de cómo pueden agruparse los diferentes actores o determinantes sociales que intervienen en la salud de la población, según el modelo conceptual y

estratégico de la rectoría de la producción social de la salud, los cuales se agrupan en cuatro categorías.

La Figura No. 2 resume los principales determinantes sociales que modifican la salud colectiva al actuar directa e indirectamente sobre ella.

Figura 2. Determinantes sociales que intervienen en la salud de la población



Nota: OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica (2011, p 3).

Se resalta la importancia de analizar los determinantes sociales de la salud y, además, la farmacia debe considerarse un determinante de la salud social, en el sentido de que un buen o mal servicio por parte del personal farmacéutico repercute directamente en la salud del paciente, además, la OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica (2011) relaciona la farmacia con una serie de limitaciones que dificultan alcanzar un buen estado de salud pública en general, entre los cuales se puede mencionar una atención de baja calidad y la falta de recursos apropiados para brindarla adecuadamente.

De igual manera, la labor del regente farmacéutico en la salud pública se vincula a su papel como experto en medicamentos, ya que en dependencia de factores propios de la selección del

medicamento adecuado, por ejemplo, la dosis, vía de administración, las interacciones y posibles reacciones adversas, el farmacéutico tiene la potestad de recomendar o dispensar medicamentos para cada paciente en específico, garantizando su seguridad y eficacia e influyendo, así, en la adherencia al tratamiento, con el fin de alcanzar los objetivos terapéuticos planteados. (Sánchez, 2017).

Sistemas de vigilancia de la salud pública

En la actualidad, con el constante aumento de la población mundial, el surgimiento de nuevas patologías y la acelerada transformación de la sociedad tanto a nivel social, como político y económico, se ha vuelto cada vez más importante desarrollar y analizar sistemas de datos que permitan determinar los factores que intervienen de una manera positiva o negativa en la salud de la población.

Cada país o nación debería contar con sistemas de datos básicos, como los registros civiles y distintas organizaciones públicas de medición y observación sistémica de la población en cuanto a características sociodemográficas y, también, con respecto al control y la identificación de desigualdades sanitarias y su relación con los determinantes de la salud. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Además, en el marco de lo mencionado, cada país debería contar con programas y mecanismos que garanticen que se le dará un adecuado uso a toda la información generada, esto puede llevarse a cabo de distintas maneras, tales como elaborando políticas y programas de acción en materia de salud que sean eficaces y aplicables a la realidad social. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

De la misma manera, se ha observado un patrón en relación con lo expuesto: en los países donde se manifiestan los problemas de salud más alarmantes, se ha encontrado que en estos no existen bases de datos básicos, puesto que no cuentan con sistemas adecuados para registrar, en el peor de los casos, el número de nacimientos y defunciones, por lo que esta despreocupación denota que el seguimiento de los niños no es el correcto para que se desarrollen con buena salud. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Así, es de esperar que en este entorno de inequidad social no se cuente con sistemas que determinen indicadores socioeconómicos relacionados con la morbi-mortalidad, también conocidos a nivel internacional como indicadores de salud.

En consecuencia, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y la OMS recomiendan que los gobiernos fomenten la creación de sistemas de vigilancia como primer paso para el desarrollo social de la salud. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Tal como se observa, en la época actual es urgente crear un sistema en principio básico de vigilancia de la equidad sanitaria, por tanto, es beneficioso para todos que los gobiernos actúen y establezcan como una prioridad crear sistemas de vigilancia propios, integrales y acordes con la realidad que se vive en el país. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

En referencia a esto, la OMS ha establecido un modelo basado en recopilar datos básicos sobre la morbilidad y la mortalidad, segmentado o clasificado en cuanto a las regiones en las cuales se subdivide el área por analizar y los sectores sociales y económicos que se presentan en la comunidad de estudio. Esto quiere decir que toma en cuenta la situación actual de cada sector que forma parte fundamental de la vida en sociedad. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

De igual forma, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009) subraya la importancia de analizar la información referente a las determinantes sociales de salud, al mismo tiempo que se estudian datos sanitarios, por esta razón, el sistema de vigilancia que se emplee debería actualizarse para que aporte datos sobre el conjunto de determinantes que forman parte del modelo causal de la salud, abarcando las condiciones de vida, factores que influyan en aumentar las desigualdades sanitarias y que admita un acompañamiento y exploración específica de las tendencias marcadas por las determinantes sociales de la salud.

A continuación, en la Tabla 3, se presenta un ejemplo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009), referente a los aspectos mínimos con los cuales debe contar un sistema nacional integral de vigilancia de la equidad sanitaria; se detalla la información

necesaria en cuanto a los resultados propios de la red sanitaria y estadísticas de las desigualdades con sus correspondientes indicadores sociales, los cuales deben tomarse en cuenta e incluirse.

Tabla 3. Modelo de un sistema nacional integral de vigilancia de la equidad sanitaria

Desigualdades sanitarias	Determinantes mediante datos estratificados
<ul style="list-style-type: none"> • El género • Estratificadores socioeconómicos como educación, ingresos, trabajo, entre otros, incluir al menos dos. • Grupo étnico o raza. • Estratificadores sociales relevantes. • Lugar de residencia. • Distribución en subgrupos. • Medida de las desigualdades sanitarias. 	<p>Condiciones de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo, actividad física, nutrición. <p>Entorno físico y social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agua y saneamiento, transporte. <p>Condiciones de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrés y riesgos laborales. <p>Atención sanitaria y protección social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura, infraestructura. <p>Desigualdades sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación y distribución de la riqueza.
Resultados sanitarios	Consecuencias de las enfermedades
<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad. • Desarrollo de la primera infancia. • Salud mental. • Morbilidad y discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias económicas • Consecuencias sociales.

Nota: Elaboración propia, con base en Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009, p 189).

Así mismo, la comisión recomienda que la OMS dirija y tutele la creación de un sistema de vigilancia que supervise y promueva la equidad sanitaria, mediante el establecimiento de una estructura de gobernanza amplia y de alcance mundial y que, principalmente, tome en cuenta la relación entre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sanitarias. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Es conveniente en este punto señalar que, para establecer un adecuado proceso de investigación sobre los determinantes sociales, es necesario contar con abundantes datos de carácter cualitativo que permitan comprender el modo en el que inciden en el problema principal, esto es, en la salud pública, para así plantear soluciones que modifiquen específicamente aquellos en los que se encuentre una mayor incidencia. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Por ello, a pesar de que los datos estadísticos sean primordiales para conocer y definir la magnitud de los problemas de salud pública, no permiten explicar a un nivel más preciso y profundo cómo viven las personas, cómo afrontan y resuelven los problemas de salud que las afectan, ni la magnitud de las consecuencias que tienen en sus vidas y las de sus familias.

Sin embargo, se consideran herramientas fundamentales para generar una percepción general del problema que permita reconocer variables o factores claves, a fin de promover políticas en salud más equitativas con base en la realidad que vive cada población en específico. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Dentro de los principales actores que forman parte fundamental en el desarrollo de estrategias de intervención eficaces para mejorar la salud pública de manera integral se encuentran los gobiernos locales, quienes proceden a través del sector público y la participación civil activa con el apoyo del sector privado y las organizaciones internacionales (Figura N.3).

Es así como la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009) recomienda que exista coherencia en la cooperación intersectorial, de modo que sea posible la creación y ejecución de políticas eficaces y oportunas.

Figura 3. Actores sociales que participan en la producción social de la salud en Costa Rica



Nota: OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica (2011, p 37).

En la figura expuesta se muestran los actores sociales que participan en la producción social de la salud en Costa Rica, en la cual es importante destacar la presencia de instituciones pertenecientes tanto al sector privado como público, las universidades y gobiernos locales, así como entidades encargadas de proporcionar otros servicios que, aunque no correspondan a la salud en sí, influyen en esta de manera parcial e indirecta.

Determinantes sociales de la salud en Costa Rica

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó en el 2017 el informe titulado “Salud en las Américas+. Resumen: panorama regional y perfiles de país.”, un documento quinquenal de los más reconocidos, ya que en este se muestra de manera amplia y muy completa información detallada sobre indicadores básicos de la salud, en relación con las principales tendencias, avances y desafíos en materia de salud en la región de las Américas, en este caso durante el período 2012-2017. (OMS y OPS, 2017)

Así mismo, en esta edición se incluyen temas de gran trascendencia en cuanto al tema de salud en la población latinoamericana, la cual está marcada en nuestra región por la presencia de inequidades sociales, en las cuales influyen determinantes sociales, económicos y ambientales, también el desarrollo sostenible. Además, plantea reformas para los sistemas de salud que deberían acoger los países. (OMS y OPS, 2017)

Asimismo, este informe destaca los avances en materia de salud que cada país de la región ha logrado alcanzar, por ejemplo, a nivel del continente latinoamericano en general la esperanza de vida aumentó aproximadamente en tres años, además, en 2015 y 2016, fue declarada zona libre de rubéola y sarampión y la tasa de fecundidad en adolescentes disminuyó en un 5,5%. (OMS y OPS, 2017)

Por otra parte, en cuanto a la salud mental, el informe de la OMS y OPS (2017) resalta que “los trastornos mentales, neurológicos y por el abuso de sustancias son los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones, la mortalidad prematura, y los aumentos del riesgo para otras condiciones de salud”(p. 14).

Lo anterior afecta, principalmente, a la población adulta joven y adulta, lo cual es alarmante, ya que este incremento en la tasa de prevalencia de patologías como trastornos de ansiedad, afectivos y abuso de sustancias puede estar relacionado con una falta de cumplimiento de las políticas establecidas para el control de uso de esas drogas.

En Costa Rica, con respecto a los determinantes sociales de la salud, la variable pobreza alcanzó a un 21,7% de las familias y hogares costarricenses y en un 7,2% se reportó en pobreza extrema. Sumado a esto, se estima que un 47% de la población indígena mostró una acentuada concentración de marginación, especialmente cuando se habla del género femenino. (OMS y OPS, 2017)

Otro factor importante por tomar en cuenta y que, además, guarda relación con el determinante social de la pobreza es el empleo. En Costa Rica, aproximadamente un 45% de la fuerza laboral corresponde a trabajos de carácter informal o no profesional, es decir aquellos empleos de medio tiempo en los cuales no necesariamente medie un contrato escrito entre el contratante y el contratado. Asimismo, se reportó que para el 2011 solo un 34,9% de la tasa de ocupación laboral correspondía al género femenino, mientras que un 69,5% al masculino. (OMS y OPS, 2017)

Con respecto a los datos citados, es importante recalcar que los determinantes sociales de la salud en Costa Rica se relacionan con el desempleo, el cual afecta a miles de hogares y ha sido una constante en la realidad de la sociedad, principalmente del género femenino. (OMS y OPS, 2017)

Es así como podemos apreciar que cuando las personas no cuentan con las oportunidades de superarse y solventar los gastos básicos de techo y alimento, lamentablemente la salud se vuelve un tema secundario que no es relevante al distribuir los bajos ingresos que un trabajo escasamente remunerado pueda aportar.

Por ello, las poblaciones de muy bajos recursos invierten su dinero en sobrevivir y no en una vida de calidad, que al final no solo las beneficiará personalmente, sino a todas las personas que las rodean. (OMS y OPS, 2017)

Indicadores sociodemográficos, económicos y de salud de Costa Rica

Dentro de los principales indicadores demográficos de la población costarricense, la OMS y FIP (2012) destacan que la tendencia actual en el crecimiento de la población va dirigida hacia el envejecimiento. Para el 2007 se observó que solo un 25% de la población era menor de 15 años y, desde 1995, había decrecido el crecimiento natural.

También, con respecto a los servicios sanitarios básicos con que debe contar una población, se menciona que, a pesar de que un 95% de la población nacional cuenta con sistemas de disposición de excretas adecuados, solo un 24,9 % tiene acceso a servicios de alcantarillado.

En relación con los indicadores de carácter socioeconómico, es importante recalcar que para el 2008 se registró que aproximadamente un 7,18% de los ingresos que percibe el país se invirtió en el sector salud; también se ha observado que cada año aumenta, aunque de manera leve, pero constante, este tipo gasto público.

Para este mismo año, la tasa de desempleo también aumentó levemente con respecto a años anteriores, lo cual, a su vez, se relaciona con el incremento en el nivel de pobreza y pobreza extrema en la población costarricense. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

En cuanto a los principales indicadores de la salud en Costa Rica, la OPS y el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011) señalan que han sido constantes con el paso del tiempo, específicamente en el período que corresponde a 1997-2007 y se provee que la tendencia se mantenga o mejore con el paso de los años, entre algunos de estos indicadores se encuentran las tasas de mortalidad infantil y mortalidad en general, las cuales han ido disminuyendo.

Papel de las autoridades nacionales, locales y sector privado en la salud pública de Costa Rica

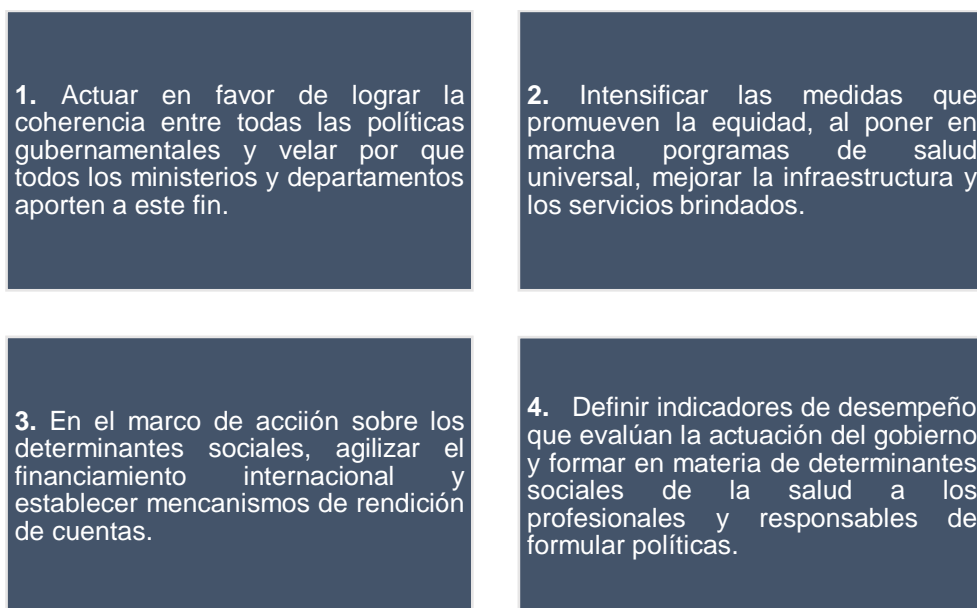
El sector público es un conjunto de instituciones reguladas por el Estado y, por lo tanto, se rigen por las políticas que este emita, por esta razón, es un sector con gran peso en la sociedad, que posee como una de sus principales funciones llevar a cabo lo establecido por el gobierno.

Por tanto, cuando aplicamos este concepto al campo de la salud, el sector público se convierte en aquel encargado de ejecutar las intervenciones dispuestas por el Estado, con el fin de lograr acercar la población a una mayor igualdad en materia de salud. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Por su parte, el sector público a través de las distintas instituciones que lo conforman, no se encarga solamente de ejecutar acciones, sino también de tomar decisiones a favor de la justicia, la participación, de planificar, elaborar normativas y promover la colaboración con otros sectores de la sociedad. Por ello, es importante robustecerlo, para que sea capaz de cumplir con las funciones esenciales de las cuales es responsable. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Es así como, según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009), el ministerio de salud de cada país, con el fin de apoyar y respaldar con capacidad de acción y decisión las políticas decretadas por el gobierno, debe asumir la tarea de rector y director con el apoyo de la OMS y comprender las acciones que se muestran resumidas en la Figura No. 4, que se muestra a continuación:

Figura 4. Acciones del Ministerio de la Salud según la OMS



Nota: Elaboración propia, con base en Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009, p 22).

Como ya se ha hecho mención, el gobierno y el sector público, según lo resalta la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009), tienen la función de ser entes rectores que favorezcan el desarrollo de la igualdad sanitaria, sin embargo, también se señala que no son las únicas autoridades que deben velar por la salud de la población; el sector privado como miembro activo de la comunidad también ejerce una gran influencia en el bienestar y salud de la población.

No obstante, esta influencia que el sector privado puede tener sobre la salud de las comunidades no siempre puede catalogarse de positiva, por lo tanto, es necesario aplicar una serie de acciones abocadas a reducir y controlar el impacto negativo que podría generarse producto de las actividades del sector privado, dentro de las cuales la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009) resalta que, en primer lugar, debe aumentarse la responsabilidad social de ese sector, aplicando acuerdos y códigos o normas de buenas prácticas de funcionamiento, garantizando así las condiciones de empleo de los trabajadores.

Asimismo, también es fundamental que se desarrollen programas de formación y capacitación para el personal y se planteen proyectos de bienestar social que procuren de alguna manera retribuir o agradecer a las sociedades en las cuales éstas se desenvuelven y crecen gracias a la colaboración de los miembros de la comunidad.

En relación con esto, el segundo punto señala que el sector privado, al poseer en la mayoría de los casos un capital considerable, debe invertir en investigación, pero no solo para beneficio propio, sino para colaborar con el incremento de los conocimientos, especialmente en materia de salud que benefician a todos por igual.

De igual manera, es importante mencionar que las instituciones y centros dedicados a la investigación, por ejemplo, las universidades públicas y privadas, deben aceptar el reto de no solo ser formadoras de profesionales de calidad intelectual y humana, sino también de convertirse en líderes generadoras de conocimientos, en especial sobre las determinantes sociales de la salud que se han mencionado con anterioridad; todo esto, con la finalidad de apoyar, elaborar y evaluar los proyectos de investigación multisectoriales emprendidos a nivel nacional e internacional. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009)

Entes internacionales para la conservación y promoción de la salud global

Como se ha hecho énfasis en el apartado anterior, para verdaderamente lograr cambios productivos en materia de la equidad sanitaria y optimizar la salud de los pueblos, es necesario centrar la atención en la raíz del problema, el cual es la sociedad, por tanto la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009) hace hincapié en que, según la manera como se modifiquen los determinantes sociales de la salud, se alcanzará igualdad para todas las personas y, con respecto a esto, menciona que todo es posible mediante la actuación colectiva de organismos especializados y multilaterales, a través de:

- ✓ La coherencia de las medidas de vigilancia y las intervenciones.
- ✓ Una financiación coherente y responsable.
- ✓ Una mayor participación de los Estados Miembros de las Naciones Unidas.

Es así como de los enunciados anteriores se desprende que la equidad social debe ser el objetivo común, por medio del cual deben dirigirse los esfuerzos en conjunto de distintas entidades para promover el desarrollo y las acciones en relación con los determinantes sociales, que conduzcan a mejorar la salud integral de la población. Además, en este marco de compromiso se espera que los países creen sus propios métodos e instrumentos para medir la eficacia de las acciones llevadas a cabo.

Finalmente, a raíz de la suma de los esfuerzos a nivel regional y nacional, por medio de las distintas intervenciones y la implementación de políticas y programas de atención integral en salud y los determinantes sociales, se fortalecerá por medio de una retroalimentación la capacidad de resolución de la OMS en este campo, al mismo tiempo que todos los países asociados se beneficiarán del gran volumen de información que se genera, mejorándose así cada vez más los procesos ya establecidos.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Para 1945, con la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), con la capacidad de tomar medidas a nivel internacional, se buscó establecer una organización mundial que se dedicara exclusivamente al abordaje del tema de la salud. Es así como el 7 de abril de 1948 entró en vigor la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y en esa fecha, cada año, se celebra a nivel global el Día Mundial de la Salud. (OMS, 2018)

La OMS está actualmente integrada por 192 estados miembros, los cuales se reúnen cada año en Ginebra, con el fin de abarcar cuatro puntos clave y urgentes en materia de salud:

1. Garantizar la seguridad sanitaria mundial, mediante la detección de nuevas fuentes de amenazas de la salud global, al establecer redes a nivel mundial que detecten con rapidez posibles brotes de enfermedades, conflictos o desastres naturales, con el fin de reunir a los expertos en el campo para tomar acciones inmediatas.
2. Promover estilos de vida saludables y acelerar el progreso en la lucha contra enfermedades crónicas y el consumo de sustancias adictivas.
3. Procurar alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, planteados por la organización mediante la implementación de programas de apoyo a los países en temas como la lucha contra el VIH/SIDA, nutrición y el acceso a los medicamentos esenciales.
4. Mejorar la atención de salud de calidad para lograr un acceso equitativo a los servicios de salud, garantizando el derecho universal a la salud de todas las personas a nivel mundial.

Como se ha hecho mención, la OMS es un ente que se encarga de todo lo que se relacione con el tema sanitario y de la salud a nivel mundial, por ello la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009) plantea que actualmente es el momento oportuno para

propiciar y potenciar sus funciones por medio de programas de acción sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria global.

Esto debido a que en todo el mundo es frecuente que las personas que se encuentran en desventaja social, por ejemplo en estados de pobreza, de exclusión social o que vivan en un ambiente de inequidad o que los sistemas sanitarios no tengan las condiciones adecuadas, que tengan mucho menos acceso a la atención de su salud y, por lo tanto, padezcan de más enfermedades y presenten menores expectativas de vida. (OMS, 2010)

Como parte de su misión esencial de velar por la salud pública de la población en todos sus aspectos, desde su fundación, la OMS estableció el Comité de Expertos en Farmacodependencia (CEF), el cual lleva a cabo un sistema internacional de fiscalización de drogas basado en los convenios existentes, debido a la necesidad de prevenir el abuso de sustancias que tienen el potencial de generar dependencia mediante la aplicación de controles apropiados, frente a la necesidad de garantizar al mismo tiempo la disponibilidad de estos fármacos para su uso médico. (CEF, 2003)

Como se ha mencionado, las convenciones de 1961 sobre estupefacientes y de 1971 sobre sustancias psicotrópicas de la ONU forman parte del marco legal internacional para el control mundial de las drogas, estas particularmente clasifican las sustancias controladas en cuatro listas en relación con su valor terapéutico y su potencial riesgo de abuso, con el principal propósito de evitar los problemas sanitarios y sociales que pueden desarrollarse a raíz de un uso indebido de estas sustancias. (Armenta & Jelsma, 2015)

Así, en el último informe de la CEF publicado en el 2003, la OMS actualizó el procedimiento formal, también denominado directrices para examinar las sustancias psicoactivas que producen dependencia.

Es importante mencionar que en estas directrices se encuentran una serie de criterios de inclusión en las listas descritas por los tratados internacionales de fiscalización de drogas elaborados en reuniones pasadas de este comité. (CEF, 2003)

En primer lugar, antes de proceder a describir estas convenciones, es conveniente definir los conceptos estupefaciente y psicotrópico. De esta manera, según la OMS (2008), el término psicotrópico o sustancia psicoactiva se define como:

“Cualquier sustancia química que ejerce sus efectos principales o importantes en el sistema nervioso central. Algunos autores aplican el término a los medicamentos que se utilizan fundamentalmente en el tratamiento de los trastornos mentales: ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, anti maníacos y neurolépticos. Otros utilizan este término para referirse a las sustancias que tienen un elevado potencial de abuso debido a sus efectos sobre el estado de ánimo, la conciencia o ambos: estimulantes, alucinógenos, opiáceos, sedantes/hipnóticos, etc. En el contexto internacional del control de drogas, el término “sustancias psicotrópicas” hace referencia a las sustancias controladas por el Convenio de 1971 sobre Sustancias.” (p 53)

De la anterior cita, es importante recalcar que dentro de los fármacos que se clasifican como psicotrópicos, también conocidos como psicofármacos, encontramos integrantes de diferentes grupos terapéuticos cuyos efectos adversos a corto o largo plazo incluyen cambios en el comportamiento y están indicados, en su mayoría, para el tratamiento de patologías de carácter psíquico o mental. (OMS, 2008)

Por otra parte, los estupefacientes o narcóticos se relacionan generalmente con el control del dolor, tienen un índice terapéutico o ventana terapéutica pequeña, esto quiere decir que dependiendo de la dosis pueden causar excitación o, por el contrario, deprimir el sistema nervioso central. Esta estrecha relación entre ambos términos se refleja en la definición propuesta por la ANMAT (2015), la cual describe los estupefacientes como:

“Toda sustancia psicotrópica, con alto potencial de producir conducta abusiva y/o dependencia (psíquica/física, con perfil similar a morfina, cocaína, marihuana, etc.), que actúa por sí misma o a través de la conversión en una sustancia activa que ejerza dichos efectos”

Tanto los psicotrópicos como los estupefacientes son denominados, a nivel internacional, “sustancias controladas”, por tanto, como se ha mencionado, son estrictamente fiscalizados para garantizar su uso terapéutico y evitar su empleo inadecuado, ya que pueden transformarse fácilmente en un problema de salud pública que abarcan además del ámbito de la salud, el social, el entorno y la economía. (ANMAT, 2015)

En cuanto a las entidades asociadas a la ONU que se encuentran ligadas a las tres convenciones internacionales para el control de drogas, se pueden mencionar tres principales. La primera y más importante es la OMS, de la cual se comentó en este apartado; la segunda es la Comisión de Estupefacientes (CND), un foro multilateral que posee funciones normativas en cuanto a los tratados de fiscalización y junto a la OMS son las dos entidades con la facultad para eliminar o agregar drogas a las listas de sustancias controladas de los tratados. (Armenta & Jelsma, 2015)

En tercer lugar, se encuentra la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), un órgano de fiscalización independiente creado con el principal propósito de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Además, en cooperación con los gobiernos para asegurar el abastecimiento de drogas para fines médicos y presta asistencia a fin de evitar el tráfico ilícito de drogas. (Armenta & Jelsma, 2015)

Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

La Conferencia de las Naciones Unidas celebró su Convención Única sobre Estupefaciente el 24 de marzo de 1961, en ella se codificaron todos los tratados multilaterales vigentes hasta ese momento y se amplió la fiscalización, con el fin de abarcar el cultivo de las plantas que se emplean como materias primas para la fabricación de estupefacientes. (Naciones Unidas, 1961)

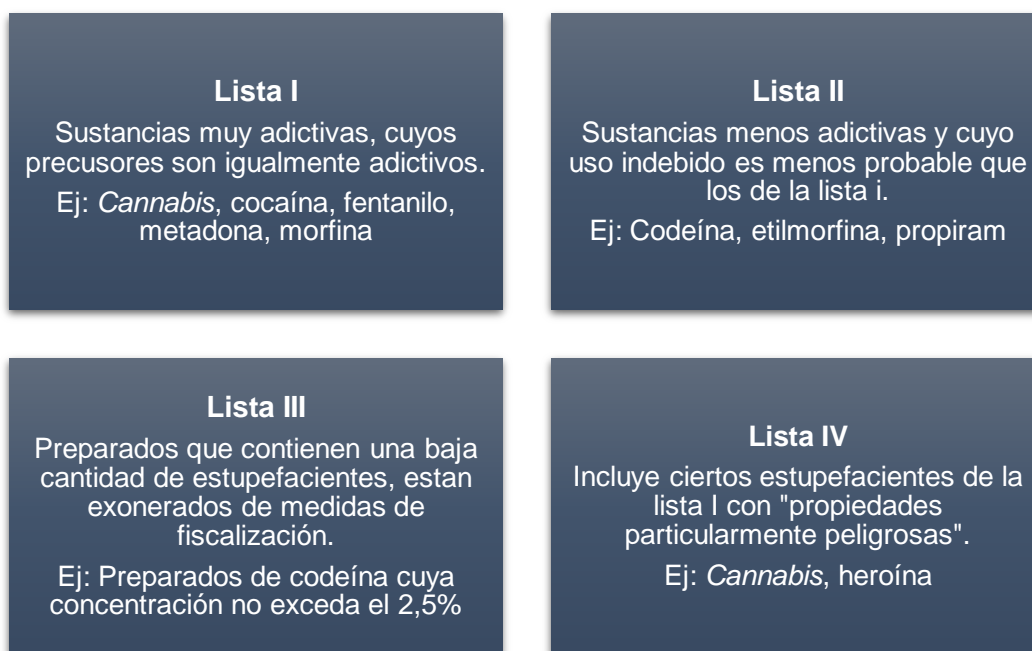
Los objetivos principales de esta convención son:

1. Limitar exclusivamente la producción, fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, el uso y la posesión de estupefacientes con fines médicos y científicos.
2. Hacer frente al tráfico de drogas mediante la cooperación internacional encaminada a disuadir a los traficantes de drogas.

Como se ha mencionado con anterioridad, en esta convención se elaboraron cuatro listas (Figura No. 5) de sustancias controladas y desarrolló un sistema que permitiría incluir nuevas sustancias en ellas, sin la necesidad de modificar los artículos plasmados en el tratado. En estas se incluyen más de cien sustancias consideradas estupefacientes, las cuales se clasifican según distintos grados de fiscalización. (Armenta & Jelsma, 2015)

Según la Convención Única de 1961 sobre Estupeficientes, también denominada “La Convención de 1961”, el comité de expertos de la CEF, al recomendar una fiscalización internacional, primeramente deben determinar si la sustancia propuesta ejerce efectos similares a la morfina, cocaína o el *cannabis* o si es capaz de convertirse en una sustancia de la lista que ejerza dichos efectos. (CEF, 2003)

Figura 5. Lista de estupeficientes incluidos en la Convención de 1961



Nota: Elaboración propia, basado en (Armenta & Jelsma, 2015). p 22.

Sin embargo, las directrices no especifican el grado de similitud que deben presentar las sustancias examinadas, ello plantea dificultades especialmente cuando el objeto de estudio presenta semejanzas tanto con un estupefaciente como con un psicofármaco, debido a que también existe un Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas que incluye dentro de sus criterios de inclusión en sus listas la similitud con las sustancias ya fiscalizadas como psicotrópicas. (CEF, 2003)

Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

El Convenio de 1971 surge como respuesta a la gran diversificación en el consumo de drogas que se puso de moda en los años setenta, con el objetivo de mantener un control estricto sobre todas estas nuevas drogas.

Es importante destacar que debido a la presión ejercida por compañías farmacéuticas de Europa y los Estados Unidos, este tratado mantiene una estructura de fiscalización menos rigurosa que la Convención de 1961. (Armenta & Jelsma, 2015)

Como se mencionó en el apartado anterior, la decisión de si una sustancia debe fiscalizarse con respecto a la Convención de 1961 o la de 1971 genera un gran problema. En general, la mayoría de los analgésicos potentes se fiscalizan como estupefacientes de acuerdo con la Convención de 1961, mientras que las anfetaminas se fiscalizan como psicotrópicos, según el Convenio de 1971. (CEF, 2003)

En cuanto a la inclusión de psicofármacos, existen dos niveles de criterios de inclusión. El primer nivel implica la similitud con las sustancias de las listas ya fiscalizadas, el segundo nivel se debe tomar en cuenta como criterio opcional y toma en cuenta el riesgo de dependencia y los efectos psicotrópicos que la sustancia pueda generar.

Es oportuno mencionar que el efecto psicotrópico es definido por la CEF (2003) como “la estimulación o la depresión del sistema nervioso central y traer aparejados alucinaciones y trastornos de la función motora, el pensamiento, la conducta, la percepción y el humor.” (p 2)

Dentro de las directrices de la CEF, se incluyen, a manera de resumen, los efectos que deben tomarse en cuenta al elegir cuál es la lista adecuada para la inclusión de un psicofármaco según el Convenio de 1971 (Tabla No. 4), proporcionando una guía que orienta en la toma de decisiones. (CEF, 2003)

Tabla 4. Clasificación de los psicofármacos según el Convenio de 1971

Lista 1	Su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo especialmente grave para la salud pública, su valor terapéutico es muy limitado o nulo .
Lista 2	Su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo notable para la salud pública, su valor terapéutico es débil o moderado .
Lista 3	Su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo notable para la salud pública, su valor terapéutico es moderado o grande .
Lista 4	Su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo débil, pero significativo para la salud pública, su valor terapéutico varía entre escaso y grande .

Nota: Elaboración propia con base en CEF (2003, p 3).

Dentro de la Lista I se encuentran sustancias altamente adictivas como la dietilamida de ácido lisérgico o LSD, en la Lista II se incluyen desde fármacos altamente usados actualmente en niños y menores de edad como el metilfenidato, hasta drogas con alto potencial de abuso como las metanfetaminas.

En la Lista III se encuentran sustancias como el Flunitrazepam y Pentobarbital y otras que no se encuentran actualmente disponibles en Costa Rica.

Por último, en la Lista IV encontramos los fármacos objeto de estudio de esta investigación: Clonazepam, Diazepam y Lorazepam. (Naciones Unidas, 1971)

Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas

La Convención de 1988 o Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas surgió como medida para contrarrestar el incremento en la demanda de estas sustancias, en particular del *cannabis*, cocaína y heroína con fines recreativos y no terapéuticos durante los años ochenta.

El aumento en el tráfico internacional e ilegal de estupefacientes y drogas que marcó este período los convirtió en el enemigo público número uno, lo que iniciaría una guerra que conduciría al surgimiento de la Convención de 1988. (Armenta & Jelsma, 2015)

Este tratado exigió a los países miembros imponer sanciones penales e incluso sentencias de encarcelamiento, con el fin de poner fin y responder a la enorme demanda y oferta de estas sustancias y la expansión lucrativa que tuvo este mercado en todos los aspectos desde el cultivo, la producción, posesión hasta el tráfico de estas drogas. Para ello, se anexan dos tablas en las que se enlistan precursores, reactivos y disolventes utilizados en la producción ilegal de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. (Armenta & Jelsma, 2015)

Es importante destacar que, a pesar de la creencia común, ninguna de las sustancias mencionadas en las listas de las convenciones ha sido declarada ilegal como tal en estos tratados, sino que solo han sido controladas bajo diferentes grados de fiscalización. De esta manera, las sustancias no han sido prohibidas, solo se ha sometido su cultivo, producción y comercio a estrictos

y rígidos controles que restrinjan su uso exclusivamente para fines médicos y científicos. (Armenta & Jelsma, 2015)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

La OPS es la organización internacional que se especializa en salud pública en la región de las Américas, su principal objetivo es asegurar el acceso de toda la población latinoamericana y del Caribe a una atención en salud de calidad, al actuar como un ente que favorece la comunicación y cooperación entre sus países miembros, como lo menciona en su misión: “Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.” (OMS y OPS, 2014, p 2)

A manera de un abrevé reseña histórica, el 2 de diciembre de 1902, se creó la OPS en respuesta al aumento de las epidemias que se transmitían de un país a otro, logrando propagarse incluso a los Estados Unidos y provocando miles de muertes y pérdidas económicas a su paso. C

Con el fin de lograr los objetivos planteados, esta organización trabajó en colaboración con los ministerios de salud y otras agencias del gobierno, universidades, entes de seguridad social, entre otros, con el fin de incluir la salud en todas las políticas, promover la investigación y la difusión de conocimientos entre los Estados miembros y el resto del mundo. (OMS y OPS, 2014)

La OPS, como ente encargado de vigilar la salud pública mediante un informe elaborado en colaboración por la OMS, la OPS y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), titulado “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas”, procura proporcionar una descripción amplia y generalizada sobre el uso y la dependencia a las sustancias psicoactivas, tomando en cuenta los factores sociales y ambientales que influyen en estos procesos, con el fin de sensibilizar a población y a los gobiernos e instituciones nacionales y locales sobre la importancia de conocer el problema sobre el cual se va a actuar, para plantear estrategias que resulten eficaces que se sustenten en evidencia científica. (OMS, OPS y CICAD, 2005)

Conocimiento y control de las sustancias psicoactivas según la OPS

Como se mencionó, es importante conocer la problemática que se pretende abordar, por tanto, para dar inicio a esta sección se ampliará el marco de información sobre el uso de sustancias psicoactivas, según lo describen la OMS, la OPS y el CICAD.

Para comenzar, es fundamental definir que las sustancias o drogas psicoactivas son aquellas que, al ser consumidas, pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo y los procesos de pensamiento de las personas. Se clasifican de acuerdo con su uso en tres categorías según su estatus sociolegal, con el fin de conocer más a fondo el entorno y las implicaciones que rodean y conducen al uso de estas sustancias. (OMS, OPS y CICAD, 2005)

Dentro de estas categorías, primeramente, muchas de estas sustancias se utilizan con fines terapéuticos para el alivio del dolor, ayudar a conciliar el sueño y mejorar desordenes del estado de ánimo. Su uso actualmente se encuentra restringido mediante prescripción médica a través de recetas.

En segundo lugar, se encuentra el uso ilegal o ilícito, referente a aquel uso no médico, según lo establecen los convenios existentes sobre el consumo de estupefacientes y psicotrópicos. (OMS, OPS y CICAD, 2005)

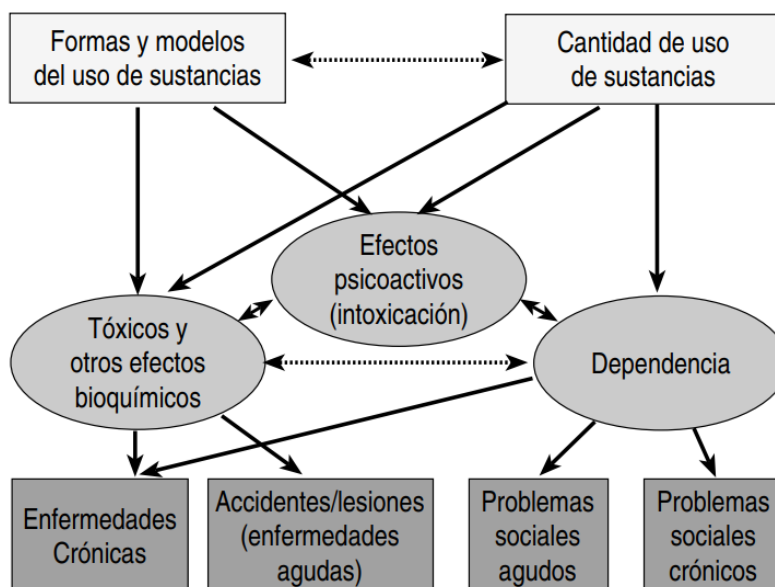
La tercera categoría se refiere al uso legal de estas sustancias para cualquier otro propósito que elija el consumidor, por ejemplo, el uso simbólico del alcohol como sacramento. Sin embargo, no debe olvidarse que, a pesar de que la mayoría de las sustancias psicoactivas poseen indicaciones terapéuticas que pueden beneficiar la salud, el empleo de ellas también conlleva la aparición de efectos nocivos o no deseados tanto a corto como a largo plazo. (OMS, OPS y CICAD, 2005)

Se ha observado que estos efectos secundarios pueden ser resultado del uso prolongado o de la cantidad y número de dosis que la persona recibe. Además, los efectos nocivos también pueden producirse, de acuerdo con el patrón de uso o la forma o medio en que se toma o se administra (Figura No. 6).

Es así como los principales efectos nocivos se clasifican en cuatro categorías: en primer lugar, los efectos crónicos; en segundo, los efectos biológicos y en tercer y cuarto lugares, se

encuentran las implicaciones sociales adversas del uso de estas sustancias. (OMS, OPS y CICAD, 2005)

Figura 6. Mecanismos que relacionan el uso de sustancias psicoactivas con los problemas sociales y de salud



Nota: OMS y CICAD (2005, p 32).

En la figura anterior se muestra que, de acuerdo con la cantidad y frecuencia en el uso de una sustancia y la forma de administración, aumenta el riesgo de la aparición de efectos bioquímicos como consecuencia de la toxicidad, lo que, a su vez, implica el desarrollo de afecciones agudas que pueden incluso llegar a ser crónicas.

De la misma manera, los factores mencionados se relacionan directamente con el desarrollo de dependencia hacia la sustancia utilizada, lo cual, a su vez, conduce al desarrollo de patologías tanto agudas como crónicas. (OMS, OPS y CICAD, 2005)

Igualmente, en la Figura No. 5 cabe destacar que los distintos patrones de uso que se le dan a las diferentes sustancias psicoactivas también se relacionan con el surgimiento de problemas sociales, los cuales se clasifican como agudos o crónicos, según el periodo en que el problema social afecte a la comunidad. (OMS, OPS y CICAD, 2005)

Según la OMS, OPS y CICAD (2005), estos problemas sociales se vinculan con el uso de sustancias psicoactivas mediante tres principales mecanismos de acción, los cuales se detallan a continuación:

1. El primer mecanismo hace referencia a los efectos tóxicos directos de la sustancia sobre el individuo, ya sean inmediatos o agudos, por ejemplo, una intoxicación o acumulativos con respecto al tiempo.
2. El segundo mecanismo se relaciona con el efecto psicoactivo de la sustancia. Por ejemplo, una persona bajo los efectos sedantes de las benzodiazepinas puede causar un accidente de tránsito en el que se vean involucradas personas ajenas a la situación de consumo del causante del accidente.
3. El tercer mecanismo se refiere al desarrollo de dependencia hacia este tipo de sustancias, en otras palabras, el síndrome de dependencia consiste en una pérdida del control y la voluntad del usuario sobre el uso de la droga. De esta manera, no solo la consume por sus beneficios aparentes, sino también por la necesidad física y mental que ha desarrollado hacia la sustancia.

Es importante resaltar que el uso de sustancias psicoactivas puede generar problemas a nivel social, por medio de dos o, incluso, los tres mecanismos. Un ejemplo de ello sería el uso incorrecto o abuso de las benzodiazepinas que podría resultar en un caso de suicidio, por motivos como una sobredosis, exposición al peligro debido a los efectos psicoactivos del fármaco o como forma de salida de los problemas que la dependencia a la sustancia le ha causado. (OMS, OPS y CICAD, 2005)

Instituciones nacionales encargadas de velar por la salud del costarricense

El sector salud, según lo citan la OPS y el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011), en referencia a lo establecido en el Reglamento Orgánico del Poder ejecutivo de Costa Rica en el periódico oficial La Gaceta publicado en junio del 2011, se define como “el conjunto de instituciones agrupadas por materia según su competencia y dirigido por uno o varios Ministros Rectores.” (p. 18)

Además, determina que las instituciones que forman parte de este sector son las siguientes:

- Ministerio de Salud.
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).
- Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CENCINAI)
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)

Por otra parte, el sistema nacional de salud en Costa Rica se encuentra conformado por el sector de salud estatal, sin embargo, según la OMS y OPS (2017), también deben tomarse en cuenta los servicios de atención privados, todas aquellas organizaciones orientadas a la salud e investigación en este tema, incluyendo las universidades públicas y privadas, las organizaciones administrativas a nivel local o municipalidades, las compañías farmacéuticas nacionales e internacionales, la Comisión Nacional de Emergencias (CNE), los organismos de colaboración internacional y la población en general, cuando participa activamente.

Las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud deben cooperar entre sí, con el fin de asegurar alcanzar un impacto mucho más relevante que se podría ver si actúan por separado, en pro de mejorar la salud de la población, particularmente de aquellos sectores más propensos, debido a sus características sociales. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Por tanto, para cumplir con esta vasta responsabilidad, el sistema nacional de salud divide su obligación en cuatro funciones generales:

1. Rectoría de la producción social de la salud.
2. Aseguramiento de los servicios de salud.
3. Financiamiento de los servicios de salud.
4. Provisión de los servicios de salud.

Como se indicó, todas estas instituciones tienen en común un mismo propósito, el cual es proporcionar, mediante la promoción de actividades, la provisión de bienes y servicios, tanto finales como intermedios y de apoyo la protección y el mejoramiento de la salud de la población, independientemente de que estas instituciones obtengan o no un fin lucrativo de ello.

Desde un punto de vista aún más amplio, la OPS y el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011) mencionan otro concepto que engloba a los anteriores denominado Sistema de producción social de la salud (Figura N.7), este hace referencia a la compleja red de interrelaciones entre diferentes entidades que impacta de manera directa los determinantes sociales de la salud.

Figura 7. Sistema de producción social de la salud



Nota: OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica (2011, p 21).

En cuanto al sector público, este se encuentra integrado por una serie de instituciones cuya labor es proteger, conservar y mejorar el estado de salud de la población costarricense. Las instituciones que forman parte fundamental de este sector se encuentran bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual cumple funciones de dirección, conducción política, regulación en temas de sanidad, direccionamiento de la investigación, la calidad de los medicamentos que se encuentran a disposición del consumidor y el desarrollo tecnológico. (OMS y OPS, 2017)

Cabe resaltar en este momento que el sistema de salud de Costa Rica es posible gracias a que su financiamiento tiene una base contributiva solidaria, un ejemplo claro de ello es la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual presta servicios integrales en salud de la promoción hasta cuidados paliativos a todos los asegurados, a través de su organización en tres niveles de atención, con el objetivo de llevar servicios de salud hasta todos los rincones de nuestro país. (OMS y OPS, 2017)

Ministerio de Salud de Costa Rica

A inicios de 1907 comenzaron a darse los primeros pasos para crear el Ministerio de Salud de Costa Rica, todo comenzó cuando se elaboró un presupuesto para la “Campana Contra la Anquilostomiasis”. Posteriormente, en 1914 y 1920 surgieron otras dependencias antecesoras del Ministerio: el “Departamento Sanitario Escolar” y las “Colonias Veraniegas Escolares”. Es así como en julio de 1922 se creó la “Secretaría de Higiene y de Salud Pública” para unificar todas las nuevas dependencias y, finalmente, en junio de 1927 se fundó la Secretaría de Salud, ente precursor del actual Ministerio de Salud. (Ministerio de Salud, 2018)

En Costa Rica, el Ministerio de Salud (MINSa), bajo las recomendaciones y guía de la Organización Panamericana de Salud (OPS), presentó en el 2011 un trabajo en conjunto titulado “Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud”, en el cual plantea que el Sistema Nacional de Salud debe velar por la protección y el mejoramiento de la salud de la población costarricense al mismo tiempo que examinar y corregir cualquier desviación o anomalía detectada en el proceso, con la finalidad de ofrecer servicios de calidad en la materia de salud. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Todo lo anterior se encuentra enmarcado en la misión del Ministerio de la Salud (2018), en la cual se declara que es:

La institución que dirige y conduce a los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes, mediante el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propiciando un ambiente humano sano y equilibrado, bajo los principios de equidad, ética, eficiencia, calidad, transparencia y respeto a la diversidad.

En ese mismo sentido, la labor fundamental que posee el Ministerio de Salud se lleva a cabo mediante el seguimiento de una serie de estrategias que guían las acciones de la institución para que esta logre cumplir con sus objetivos. Estas estrategias se encuentran fundamentadas en cuatro pilares principales que representan al Ministerio de Salud de Costa Rica (Ministerio de Salud, 2018), los cuales se mencionan a continuación:

1. Dirigir las instituciones cuyas acciones se desempeñen en el área de la salud y a aquellos actores sociales que participan en el desarrollo del proceso salud-enfermedad y muerte.
2. Regular los servicios sanitarios, así como aquellos productos, eventos, investigaciones y tecnologías relacionadas con el sector salud, brindando protección a la población.
3. Mantener la vigilancia y control sobre los determinantes de la salud, con el propósito de disminuir los riesgos de contraer o desarrollar patologías y, por tanto, promover la salud.
4. Fortalecerse a través de la planificación e implementación de estrategias operativas dirigidas a mejorar la capacidad resolutoria de la institución, siempre bajo el marco de la ética institucional.

Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes

La Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes del Ministerio de Salud es el ente encargado del control y la fiscalización de los medicamentos considerados como estupefacientes y psicotrópicos. Se encuentra conformada por el director general de Salud, un representante del Colegio de Médicos y Cirujanos y un representante del Colegio de Farmacéuticos del país. Dentro de sus principales obligaciones se encuentra reunirse los jueves cada dos semanas para dar seguimiento a la aplicación de las normativas establecidas. (Ministerio de Salud, 2019)

La finalidad de este órgano parte del Ministerio es mantener un estricto control sobre el uso lícito de los medicamentos que contienen principios activos sujetos a control nacional e internacional y, en caso necesario, tomar medidas y precauciones para delimitar o impedir su desvío hacia un uso ilegal con fines para los cuales no han sido aprobados. Esto conlleva a implicaciones negativas a nivel de la salud de la persona que los consume y a nivel de la salud pública de la población costarricense en general. (Ministerio de Salud, 2019)

Es importante mencionar que el alcance del control y la fiscalización de la Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes abarca todas actividades vinculadas con el tráfico de estos fármacos: desde la importación, la exportación, fabricación hasta la distribución y aplica a todos aquellos establecimientos de farmacéuticos y a los profesionales que se involucren desde su ámbito de competencia, ya sea en cuanto a su prescripción o dispensación. (Ministerio de Salud, 2019)

Como parte de las obligaciones citadas, la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes, en colaboración con la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario del Ministerio de Salud pública, el 9 de junio del 2011, en el diario oficial de Costa Rica La Gaceta, publicó la “Lista de estupefacientes y sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización nacional”, la cual fue actualizada en setiembre del 2018.

Con esta publicación se hicieron de conocimiento de todas las personas físicas y jurídicas las sustancias y los medicamentos sujetos a fiscalización nacional. (Ministerio de Salud y Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes, 2018)

Como es de esperarse, la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes actúa obedeciendo lo estipulado en las convenios internacionales sobre sustancias psicotrópicas y estupefacientes que se detallaron; de igual manera, debe velar por el cumplimiento de las directrices establecidas en el Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas, la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo, mediante los cuales se mantienen un estricto control sobre el uso de este tipo de medicamentos y sustancias. (Ministerio de Salud, 2019)

Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas (No. 37111)

Mediante decreto ejecutivo el 5 de junio del 2012, entró en vigor, el “Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas”, el cual incluye, en el capítulo uno, una lista de definiciones clave que facilitan la comprensión del Reglamento y, a su vez, estandariza el uso de términos que se asocian al tema en cuestión.

Por tanto, es apropiado es este momento definir, según el reglamento vigente (Poder Ejecutivo, 2006), el término psicotrópico, esencial en esta investigación:

Agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. Son sustancias, naturales o sintéticas, comprendidas en las listas 1, 2, 3 y 4 del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y las que se incluyan en el futuro en este u otro convenio que posteriormente lo sustituya y otras drogas que a juicio de la Junta se declaren como tales. (Artículo 1-30)

El segundo capítulo corresponde a la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes, en él se determinan las responsabilidades, así como su ordenamiento y funcionamiento, como se describió brevemente en párrafos anteriores; sin embargo, vale la pena mencionar otras obligaciones específicas que se incluyen en este Reglamento y que juegan un papel importante en la capacidad de actuación que posee la Junta y que no se mencionaron anteriormente. (Ministerio de Salud y Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes, 2018)

Con el propósito de asegurar la disponibilidad oportuna de materia prima y producto terminado necesario para abastecer la demanda nacional y el mercado de exportación internacional de estupefacientes y psicotrópicos, la Junta debe velar por la adecuada estimación de las necesidades reales anuales de estos medicamentos. Asimismo, se encarga de autorizar las cuotas de venta de recetarios para prescriptores según los procedimientos establecidos y mantener una estrecha coordinación y comunicación con el Instituto Costarricense sobre Drogas. (Poder Ejecutivo, 2006)

Por último, también le corresponde a la Junta establecer los instrumentos y procedimientos para autorizar a los establecimientos farmacéuticos que vayan a operar en la venta, fabricación, depósito, distribución, dispensación y manejo en general de los estupefacientes y psicotrópicos.

De igual forma, en caso de ser necesario, debe realizar operaciones de control y fiscalización, mediante inspecciones, verificaciones, análisis de los informes o cualquier otra medida que la Junta considere prudente. (Poder Ejecutivo, 2006)

En los capítulos tres y cuatro, se encuentran las disposiciones que deben cumplir los establecimientos farmacéuticos que comercialicen psicotrópicos y estupefacientes, así como los lineamientos que deben seguir los profesionales de salud: odontólogos, veterinarios y médicos son los únicos que podrán prescribir este tipo de medicamentos con fines terapéuticos y constar en el expediente del paciente.

Además, el uso de estos medicamentos para tratar la farmacodependencia y las adicciones solo será realizado en establecimientos de atención médica públicos o privados. (Poder Ejecutivo, 2006)

En el caso del despacho de recetas de psicotrópicos y estupefacientes, esta solo se realizará en establecimientos farmacéuticos y personal y exclusivamente por un regente farmacéutico.

Con respecto a la prescripción, deben seguirse las indicaciones y dosis oficiales que se encuentran en la página del ministerio para cada medicamento, asimismo, se permitirá la prescripción médica de estos fármacos por un plazo máximo de un mes por receta (30 días). En el caso de los odontólogos y veterinarios, se permite un plazo máximo de 72 horas. Sin embargo, los médicos y veterinarios podrán emitir prescripciones de metilfenidato y para el tratamiento de la epilepsia hasta por un plazo de tres meses. (Poder Ejecutivo, 2006)

El capítulo cinco abarca todas las normas que den cumplimiento los informes de psicotrópicos y estupefacientes, los cuales se utilizan para mantener un control estricto sobre los movimientos de estos fármacos, en el caso de los informes de estupefacientes se entregarán a la Dirección en los primeros 15 días de cada mes de manera mensual, mientras que los informes de psicotrópicos deben entregarse de forma trimestral los primeros 15 días del mes correspondiente. Igualmente, las recetas originales deben ser custodiadas por al menos dos años, antes de proceder a su destrucción. (Poder Ejecutivo, 2006)

Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo (No. 7786)

La Ley No. 7786 entró en vigor el 15 de mayo de 1998 y fue emitida por la Asamblea Legislativa. Cuatro años después, en 2002, se concretó una reforma integral de esta Ley que pasó a ser la No. 8204.

Como su nombre lo indica, esta ley regula la prevención, el suministro, la prescripción, administración, manipulación, el uso, la tenencia, el tráfico y la comercialización de estupefacientes y psicotrópicos, incluidos sustancias inhalables y demás fármacos y drogas que puedan producir algún tipo de dependencia física o psicológica, todo esto, de acuerdo con los convenios internacionales vigentes. (Asamblea Legislativa, 2002)

De acuerdo con esta ley, es deber del Estado prevenir el uso indebido de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y cualquiera de las sustancias mencionadas, asegurando el tratamiento, la educación, la rehabilitación y la readaptación social a los individuos que se encuentren afectados. Además, le corresponde al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) ejercer la rectoría técnica y la supervisión en materia de prevención y tratamiento, así como proponer, diseñar y evaluar programas de prevención del consumo de drogas. En cuanto a los tratamientos, serán

responsabilidad tanto del Ministerio de Salud, como de la CCSS, el IAFA y el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), en caso de menores de edad. (Asamblea Legislativa, 2002)

Otro aspecto importante es que incluye disposiciones acerca de cómo deberán ser penalizados los incumplimientos a esta ley y al Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas. El regente farmacéutico será penado con prisión de dos a cinco años, al suministrar sustancias controladas, sin la respectiva receta médica o si excede las cantidades señaladas en la receta, además se le impondrá una inhabilitación de cuatro a ocho años para ejercer la profesión. (Asamblea Legislativa, 2002)

En el caso de los profesionales facultados para prescribir estos medicamentos, se sancionará con prisión de seis meses a tres años más una inhabilitación de dos años si prescriben sustancias controladas sin cumplir con las formalidades previstas, también, a los regentes farmacéuticos y veterinarios que no lleven un debido control de los movimientos de estos fármacos, no muestren a la autoridad de salud la documentación pertinente, permitan el acceso y la manipulación de estos medicamentos a personal no autorizado. (Asamblea Legislativa, 2002)

Criterios de Beer

El tratamiento farmacológico en los adultos mayores representa grandes dificultades, debido a que en esta etapa de la vida se presentan con mayor frecuencia modificaciones fisiopatológicas y alteraciones o cambios en la farmacocinética de distintos principios activos. Además, este sector de la población presenta por lo general múltiples patologías, lo que, a su vez, implica que el uso de gran cantidad de medicamentos para tratar cada una de estas. (Pastor, Aranda, Gascón, Rausell, & Tobaruela, 2015)

De esta manera, es común que los adultos mayores no solo presenten problemas de adherencia al medicamento, sino también que sean más vulnerables a presentar prescripciones inadecuadas, que perjudiquen su salud en lugar de beneficiarla, por lo tanto, los Criterios de Beers son una herramienta de gran utilidad para garantizar una prescripción adecuada, desde su publicación en el año 1991. (Pastor, Aranda, Gascón, Rausell, & Tobaruela, 2015)

La última actualización realizada de los Criterios de Beers en el 2012 constituye una guía cuya estructura consiste en diferentes criterios definidos para una serie de principios activos que

deben evitarse en el adulto mayor y otros son inadecuados en algunas condiciones, ambos forman parte del grupo de “criterios directos”. Otro grupo que se conoce como “criterios dependientes de enfermedad” incluye principios activos inadecuados con un diagnóstico en concreto. (Pastor, Aranda, Gascón, Rausell, & Tobaruela, 2015)

Caja Costarricense de Seguro Social

El principal proveedor de salud en Costa Rica es la Caja Costarricense de Seguro Social, institución de carácter público que actualmente cubre más del 90% de la población ofreciendo servicios desde el primer nivel de atención a nivel de diferentes áreas de salud, hasta la atención especializada que se recibe a nivel de los hospitales generales más centralizados que conforman esta institución. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Según la versión más reciente disponible de la Memoria Institucional de la CCSS del 2017, la misión de esta institución es “proporcionar los servicios de salud en forma integral, al individuo, la familia y la comunidad, otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente a la población costarricense” p. 14 (Caja Costarricense del Seguro Social, 2017)

La CCSS lleva a cabo esta misión tomando en cuenta una serie de principios que forman la base de la atención que se brinda en esta institución, los cuales se citan a continuación:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la Seguridad Social.
- Los valores de universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad y equidad.
- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo de los funcionarios de la Institución.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de los usuarios.
- La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.
- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr más eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.
- El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación y cobro.
- La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.

- La sostenibilidad económica, la participación social y comunitaria. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2017)

Reseña histórica

La CCSS inició como una institución semiautónoma el 1 de noviembre de 1941, bajo la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. En agosto de 1943, se redactó un proyecto de reforma, el cual la convirtió en una institución autónoma, con la capacidad de dictar sus propios reglamentos, lo que generó mayor cobertura y libertad de acción. (CCSS, 2018)

Tomando en cuenta la iniciativa del cantón de Turrialba en los años 20, el financiamiento de la CCSS se estableció bajo un sistema tripartito y solidario, en el cual el trabajador, el patrono y el gobierno cubren una parte de la atención en salud. El origen de la seguridad social en el cantón turrialbeño inicio por acción del Consejo Municipal con apoyo de los finqueros de la región, quienes definieron un sistema de atención médica mediante el pago de un impuesto local, en donde los trabajadores pagarían un 3% de su salario y los patronos un 2%. (Jiménez E. , 1994)

Para 1983, después de un año de iniciado el proceso de integración de los servicios entre el Ministerio de Salud y la CCSS, esta asumió la prestación de servicios en forma integral, responsabilizándose de la prevención y curación de la enfermedad, la rehabilitación de los ciudadanos y la promoción de la salud. En este año, también dio inicio a la colaboración entre la CCSS y la OPS, mejorando el conocimiento mutuo y el desarrollo de canales de comunicación. (Jiménez E. , 1994)

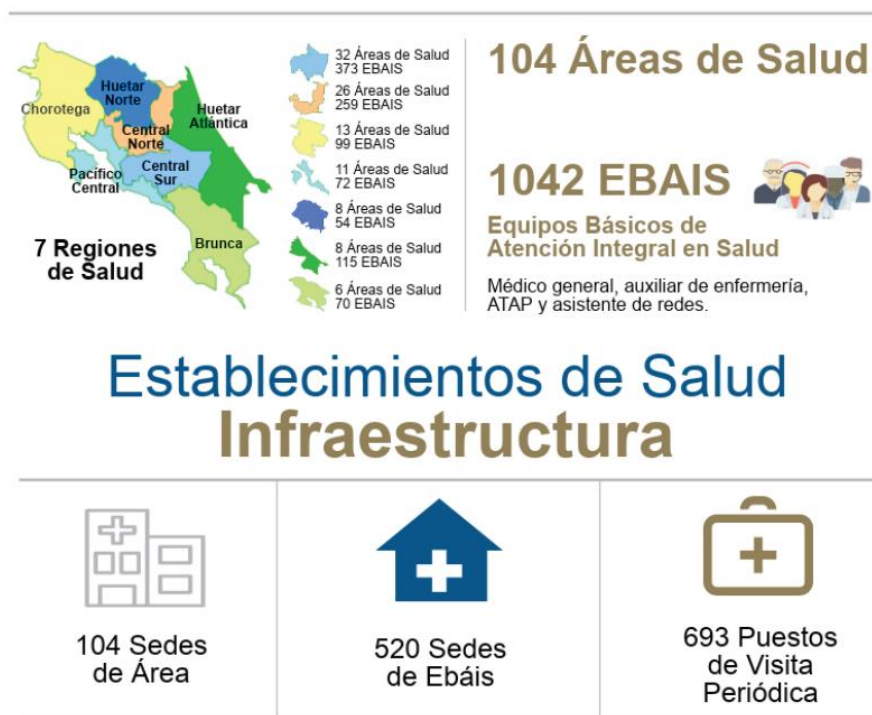
En el presente, la CCSS cuenta con un portal *web* y recientemente ha lanzado la aplicación del expediente digital que permite a la población mantenerse informada acerca de citas médicas, medicamentos prescritos, diagnósticos y alergias, entre otras. En el 2017, se eliminó la orden patronal y el carné de asegurados, de manera que los usuarios no deben presentar estos documentos como requisito para ser atendidos en los diferentes centros de atención en salud. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2019)

Organización de la CCSS

Como se indicó al inicio de esta sección, la CCSS es constituida por un conjunto de establecimientos o centros de salud, los cuales se clasifican en diferentes regiones y niveles de atención, cada uno de los cuales va a poseer sus propias características en cuanto a la capacidad de resolución y el grado de complejidad que maneja sus instalaciones. No obstante, todas estas regiones se encuentran interrelacionadas con el propósito de garantizar el abastecimiento y la continuidad en la prestación de los servicios de salud, asegurando el cumplimiento de las demandas y necesidades de la población. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2017)

A nivel general, los centros de salud y demás dependencias de la CCSS trabajan bajo un modelo de redes. A manera de una pequeña descripción general, actualmente se han delimitado tres redes de servicios de salud: sur, norte y este, y se han definido siete regiones geográficas: Chorotega, Pacífico Central, Huetar Norte, Huetar Atlántica, Central Norte, Central Sur y la Región Brunca. En la Figura No. 8 se muestra parte de los elementos que conforman la CCSS.

Figura 8. Elementos que conforman las redes de servicios que ofrece la CCSS



Nota: OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica (2011, p 24).

La red este se describirá más a fondo debido a que es a la cual pertenece el hospital en el cual se lleva a cabo la investigación. Esta red comprende 27 áreas de salud, de las cuales 19 pertenecen a la Región Central Sur y todas las de Región Huetar Atlántica; incluye 229 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), dos hospitales periféricos (William Allen de Turrialba y Hospital de Guápiles), los cuales corresponden al primer nivel de atención; además, hay dos hospitales regionales: el Max Peralta Jiménez en Cartago y el Tony Facio Castro en Limón, que conforman el segundo nivel de atención, y su hospital nacional general es el Calderón Guardia, como tercer nivel de atención. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2017)

Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM)

En el capítulo número dos de la Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos, se establecen las normas que deben aplicarse en cuanto a los procesos de prescripción, despacho y administración de medicamentos, entre otros, las Buenas prácticas de prescripción, dispensación y administración, en concordancia con los principios del uso racional de medicamentos. Todos estos documentos han sido creados por instituciones a nivel mundial, para guiar y promover su adaptación de acuerdo con la realidad de cada país. (Dirección de Farmacoepidemiología y Comité Central de Farmacoterapia de la CCSS, 2016)

Con respecto a la prescripción de medicamentos de tipo psicotrópicos y estupefacientes, estos deben prescribirse en los recetarios de la Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud suministrados por la Dirección Médico de cada unidad y, en todo caso, debe cumplirse con las disposiciones del Decreto Ejecutivo. 37111-S. Así, todos los medicamentos deben prescribirse según su denominación farmacológica genérica o DCI, tal y como se encuentran en la LOM y seguirse las indicaciones oficiales para su uso clínico, con las dosis y vías de administración establecidas. (Dirección de Farmacoepidemiología y Comité Central de Farmacoterapia de la CCSS, 2016)

Las prescripciones deberán realizarse con letra clara y legible, utilizando tinta azul o negra, por un plazo máximo de 30 días, e indicar todos los datos que requiera la receta acerca del medicamento y la información personal del médico y el paciente. En el caso de las recetas de psicotrópicos para tratar la epilepsia, se permite que la prescripción se extienda hasta por 90 días.

Sin embargo, en el caso de que se realice en los servicios de emergencias, esta será de solo 3 días. (Dirección de Farmacoepidemiología y Comité Central de Farmacoterapia de la CCSS, 2016)

También, es importante mencionar que si bien se permite que un médico funcionario de la CCSS emita recetas a su nombre de acuerdo con la normativa de la LOM, la clave y el nivel de usuario de cada medicamento, sin excepción, no está permitida esta práctica cuando se trate de medicamentos psicotrópicos o estupefacientes. (Dirección de Farmacoepidemiología y Comité Central de Farmacoterapia de la CCSS, 2016)

En relación con el despacho de medicamentos, de manera general el paciente o, en su defecto, algún tercero deberá presentar un documento de identidad válido y vigente o una copia del documento, para proceder al despacho de los medicamentos.

En caso de que el paciente requiera retirar medicamentos psicotrópicos o estupefacientes para más de un mes, por ejemplo por motivo de salud, desde la farmacia se le deberá informar sobre los requisitos que debe cumplir para hacer efectivo el despacho de los medicamentos. (Dirección de Farmacoepidemiología y Comité Central de Farmacoterapia de la CCSS, 2016)

El paciente deberá entregar la documentación necesaria para solicitar una autorización ante la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes del Ministerio de Salud, será responsabilidad de aquel o de la persona a cargo realizar todas las gestiones necesarias y retirar la autorización emitida por dicha Junta, para el despacho de medicamentos por el periodo de tiempo autorizado. (Dirección de Farmacoepidemiología y Comité Central de Farmacoterapia de la CCSS, 2016)

Seguidamente, en la farmacia, al momento del despacho de los medicamentos, el paciente o su representante deberá firmar una declaración donde consten las cantidades recibidas, las instrucciones para su uso y la exoneración de responsabilidad de la Institución por cualquier circunstancia que pueda generarse con su manejo. A su vez, este debe ser informado sobre la responsabilidad en el uso de estos medicamentos, sus posibles efectos adversos y la necesidad del seguimiento clínico. (Dirección de Farmacoepidemiología y Comité Central de Farmacoterapia de la CCSS, 2016)

Reglamento de utilización y funcionamiento del Sistema Automatizado de Receta Digital de Psicotrópicos y Estupefacientes

Este reglamento que entró en vigencia a partir del 6 de noviembre del 2016 está dirigido a todos los profesionales en Medicina, Odontología y Farmacia y a todas las instalaciones que manejen psicotrópicos y estupefacientes, a excepción de los medicamentos de uso exclusivo veterinario y aquellos establecimientos veterinarios. En cuanto a las instituciones públicas o privadas, estas deberán verificar que su normativa interna sea acorde a lo dispuesto en el reglamento. (Asamblea Legislativa de la República De Costa Rica, 2016)

La plataforma de Receta Digital se define como “formulario electrónico oficializado por la Junta de Vigilancia de Drogas en el sistema electrónico, que contiene la orden extendida por los profesionales legalmente autorizados para ello, en que se prescribe al paciente el medicamento en ella indicado.” (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2016, par. 26)

Su implementación es de carácter obligatorio para los profesionales prescriptores desde su entrada en vigencia, seis meses después de su publicación.

A las farmacias de comunidad se les dio tres meses para incorporarse, a las droguerías se les concedieron seis meses en forma gradual y, en el caso de los establecimientos de la CCSS, se les extendió de forma gradual un año para registrarse en el Sistema de Receta Digital, sin embargo hasta la fecha, esto no se ha llevado a cabo. (Asamblea Legislativa de la República De Costa Rica, 2016)

Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud

Este reglamento limita la prestación de los servicios de salud de los profesionales que se encuentren debidamente inscritos y autorizados. Según este, el Sistema Mixto de Atención en Salud se define como una:

Forma alternativa de prestación de servicios de salud que se le brinda al asegurado y que consiste en la facultad de los mismos de contratar directamente, por su cuenta y riesgo, los servicios de atención en salud del o los profesionales en ciencia de la salud de su preferencia, en el ejercicio privado de éstos y el derecho de recibir como beneficio, por

parte de la Caja, los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento.” (Caja Costarricense de Seguro Social, 2018, pp. 4-5)

Con respecto a los asegurados, estos tienen el deber de hacer uso racional de los servicios que ofrece la CCSS, en lo que respecta al retiro de medicamentos, resultados de exámenes de laboratorio clínico, imágenes médicas y la asistencia a citas en los tiempos establecidos.

En cuanto al servicio de farmacia, el paciente deberá presentar la receta en la farmacia de su área de adscripción o, en su defecto, donde sea dispuesto por la CCSS. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

Asimismo, es importante mencionar que asegurados pueden acceder a la oferta institucional de la CCSS dentro de este sistema, de acuerdo con el área de adscripción al que pertenezca, el cual se define como “área geográfica definida institucionalmente que abarca un centro de salud de la CCSS, en el cual los asegurados y profesionales que residan o ubiquen sus consultorios, respectivamente, dentro de dichos límites.” (CCSS, 2018, p. 1)

Contexto nacional

Costa Rica es un país con una baja extensión territorial en comparación con otros, se encuentra posicionado en la región centroamericana, más específicamente, forma parte del conjunto de países que se identifican actualmente como latinoamericanos. Posee una densidad poblacional de aproximadamente 308 habitantes por kilómetro cuadrado, distribuida entre las siete provincias y 81 cantones que la conforman.

Según la OPS y el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011), de manera general en Costa Rica, los indicadores sociales de la salud se han comparado con los de países de mayor desarrollo, a diferencia de otros de la región centroamericana, los cuales también son considerados en vías de desarrollo. Por tanto, para el 2007 el país se ubicó en el puesto No. 43 a nivel mundial, en referencia al índice de desarrollo humano alcanzado.

Como se mencionó, el Índice de Desarrollo Humano, en nuestro país, se encuentra marcado por la distribución pareja de la población entre las zonas urbanas y rurales. Otro indicador demográfico de Costa Rica, para el 2007, es la densidad de la población, la cual es mucho más marcada en el cantón de San José, debido no solo a la mayor cantidad de oportunidades de trabajo,

sino también al asentamiento de zonas de pobreza como los tugurios. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Por el contrario, en los cantones más alejados muestran menor densidad de población, sin embargo, para ese estudio se toma como zona de estudio el cantón de Cartago, tercero con mayor densidad poblacional, en el cual se puede observar un contraste entre la zona rural-urbana, específicamente cuando hablamos del distrito de Turrialba que, además de ser el de mayor extensión, posee una población caracterizada por su diversidad, incluyendo comunidades indígenas. (OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Turrialba

Con la finalidad de conocer la realidad sociocultural del territorio de Turrialba, en esta sección se realiza una breve descripción del cantón y su población, resaltando características sociales y demográficas. Así, a través del análisis y la comprensión del comportamiento y las características de la población objeto de estudio, será posible determinar cuáles factores podrían estar relacionados con la prescripción y utilización de psicotrópicos, en este caso Diazepam, Clonazepam y Lorazepam.

Historia

Inicialmente, el territorio estuvo habitado por indígenas del llamado reino Huetar de Oriente. En 1828 se incentivó la colonización agrícola de la región, ya que se le concedieron terrenos para la explotación agropecuaria; posteriormente, a través de la Ley No. 89, se dispuso que el valle de Turrialba fuera una zona de confinamiento para personas acusadas de condenas de delitos leves; sin embargo, una vez cumplidas, muchos de ellos se quedaron viviendo en la región. (Instituto de Desarrollo Rural, 2014)

En 1902 se construyó la primera escuela pública instalada en un galerón que luego fue donado a la municipalidad. Finalmente, el 19 de agosto de 1903 se fundó el cantón de Turrialba como número quinto de la provincia de Cartago y, como cabecera, se designó a la comunidad del mismo nombre.

Tres instituciones educativas que hasta hoy continúan operando son la Escuela Jenaro Bonilla, el Instituto Clodomiro Picado Twight y el Centro Universitario Regional del Atlántico, de la Universidad de Costa Rica, los cuales iniciaron sus actividades docentes en 1908, 1944 y 1971, respectivamente. (Instituto de Desarrollo Rural, 2014)

Características naturales y del territorio del cantón de Turrialba

El cantón de Turrialba se localiza en el sector noreste de la provincia de Cartago, posee un área de 1642,67km² según datos del MIDEPLAN 2013, que equivalen a alrededor del 52% del área provincial y a un 3,22% de la superficie del país, lo que lo posiciona como uno de los cantones más extensos del país. Se encuentra conformado por un paisaje natural diverso que abarca zonas bajas, donde se encuentra mayor cantidad de comunidades y asentamientos humanos y zonas altas con presencia volcánica, de protección ambiental y cultural, además de zonas de producción agropecuarias e industriales. (Instituto de Desarrollo Rural, 2014)

Dentro de su territorio, también se pueden encontrar dos de los picos más altos del país: el Volcán Turrialba y el Cerro Chirripó. A nivel de producción económica, se caracteriza por la producción de caña de azúcar y café.

La comunidad turrialbeña alberga una población estimada de 71.000 habitantes, comprende una gran variedad de actores sociales, principalmente agrupaciones indígenas, agropecuarias, comunitarias, así como ambientalistas, gubernamentales y no gubernamentales. (Instituto de Desarrollo Rural, 2014)

Como se ha observado en las descripciones anteriores, debido a sus características naturales, socioeconómicas y de medio ambiente, Turrialba es considerado, en su mayoría, un territorio rural o rural-urbano. La extensión territorial del cantón está compuesta por 12 distritos (ver Tabla No. 5) y su principal ciudad o cabecera lleva el mismo nombre. (Instituto de Desarrollo Rural, 2014)

Tabla 5. Distritos que conforman al cantón de Turrialba y su extensión

Cantón Turrialba		
La Suiza (159.8 km ²)	Pavones (40.9 km ²)	Santa Teresita (53.9 km ²)
Tuis (39.07 km ²)	Tres Equis (36.9 km ²)	Turrialba (56.7 km ²)
Tayutic (111.4 km ²)	Santa Rosa (22.7 km ²)	Peralta (9.9 km ²)
Santa Cruz (127.4 km ²)	La Isabel (20.0 km ²)	Chirripó (966.5 km ²)

Nota: Instituto de Desarrollo Rural (2014, p 24).

Aspectos relevantes sobre la población de Turrialba

Como se mencionó, el territorio del cantón de Turrialba se encuentra dividido en 12 distritos, cada uno cuenta con sus características propias y en ellos se observan diferentes ambientes sociales que influyen de manera positiva o negativa en el desarrollo de las personas y en la producción social de la salud.

A continuación, se señalan de manera general y puntual los aspectos más relevantes de los distritos que conforman el cantón de Turrialba, los datos extraídos corresponden al MIDEPLAN 2013 y al Censo Nacional elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de Costa Rica.

Es importante mencionar que, en general, el cantón de Turrialba presenta una población femenina en la mayoría de sus distritos, sin embargo, a pesar de que la diferencia no es muy amplia, sí se observa una clara disparidad en cuanto a la población femenina que se encuentra laborando o posee alguna ocupación, pues corresponde solo a un 30%, mientras que en el caso de los hombres, por lo general, acaparan los empleos, ya que aproximadamente un 70% de la población masculina se encuentra laborando. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Turrialba

- La población total para el 2011 correspondía a 26.680 habitantes.
- Aproximadamente el 48,3% de la población total son hombres y el 51,7%, mujeres.
- Aproximadamente el 74,4% de la población vive en zonas urbanas y el 25,6%, en rurales.

- Aproximadamente el 97,4% de la población reside en casas de habitación, el 1,9% en condominios y apartamentos y solo en este cantón se ubica un hogar de ancianos; asimismo, en él se puede encontrar la presencia de ranchos indígenas, tugurios y cuarterías.
- La red vial cuenta con aproximadamente 40,5km de asfalto y 17,5km de lastre.
- Concentra aproximadamente un 41,6% de la población laboralmente activa y el 37,9% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 2,2% de la población presenta analfabetismo.
- Aproximadamente el 96,4% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto que un 4% sí los presenta.

El distrito de Turrialba presenta la mayor cantidad de población, al mismo tiempo que exhibe el porcentaje más alto en cuanto al empleo, no obstante, también presenta el porcentaje más alto de desempleo. Es importante destacar que también que es el distrito que goza de una infraestructura vial, en su mayoría de asfalto, frente a los demás del cantón.

En relación con los aspectos característicos mencionados, concuerdan con el alto índice de desarrollo social, nivel medio y ocupa la posición número 202 a nivel nacional. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Santa Rosa

- La población total para el 2011 correspondía a 5232 habitantes.
- Aproximadamente el 48,7% de la población total son hombres y el 51,3%, mujeres.
- Aproximadamente el 74,6% de la población vive en zonas urbanas y el 25,4%, en rurales.
- Aproximadamente el 98,8% de la población reside en casas de habitación, el 0,5% en pensiones, conventos, condominios y apartamentos; en menor cantidad, este distrito presenta estructuras no poco convencionales utilizadas como viviendas, como camiones, locales, casas móviles y barcos.
- La red vial cuenta con aproximadamente 6,9km de asfalto y 16,7km de lastre.
- Concentra aproximadamente un 7,9% de la población laboralmente activa y el 6,3% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 2,9% de la población presenta analfabetismo.

- Aproximadamente el 98,0% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 2% sí los presenta.

Este distrito presenta una gran similitud con la cabecera Turrialba, en cuanto a sus indicadores sociales estadísticos, presenta una población más saludable que reside mayormente en casas de habitación. Sin embargo, en cuanto a la calidad de la red vial, en su mayoría, se encuentra cubierto de lastre, lo que concuerda con un mayor porcentaje de los habitantes que vive en zonas rurales. Su índice de desarrollo social es medio, al igual que el distrito de Turrialba y ocupa el puesto número 242. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

La Suiza

- La población total para el 2011 correspondía a 7590 habitantes.
- Aproximadamente el 49,8% de la población total son hombres y el 50,2%, mujeres.
- Aproximadamente el 65,9% de la población vive en zonas urbanas y el 34,1%, en rurales.
- Aproximadamente el 99,7% de la población reside en casas independientes, el segundo porcentaje más alto corresponde a viviendas tipo tugurio.
- La red vial cuenta con aproximadamente 4,8km de asfalto y 84,6km de lastre.
- Concentra aproximadamente un 10,4% de la población laboralmente activa y el 15% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 3,8% de la población presenta analfabetismo.
- Aproximadamente el 94,1% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 5,9% sí los presenta.

La Suiza es el distrito con el mayor porcentaje de población laboralmente activa, después del distrito de Turrialba; sin embargo, de la misma manera, es el segundo distrito con un alto porcentaje de desempleo.

Otra característica importante por destacar es la alta presencia de tugurios en contraste con el alto porcentaje de habitantes que reside en casas propias y, como es común en las zonas más alejadas de la cabecera, presenta solo una pequeña extensión de las carreteras que se encuentran asfaltadas.

Este distrito ocupa la posición número 291 a nivel nacional con respecto al índice de desarrollo social, con un nivel clasificado como bajo. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

La Isabel

- La población total para el 2011 correspondía a 4331 habitantes.
- Aproximadamente el 50,7% de la población total son hombres y el 49,3%, mujeres.
- Aproximadamente el 85,0% de la población vive en zonas urbanas y el 15,0%, en rurales.
- Aproximadamente el 98,9% de la población reside en casas independientes y, al igual que en la Suiza, presenta como el segundo porcentaje más alto los tugurios, con un 0,4%.
- La red vial cuenta con aproximadamente 3,75km de asfalto y 7,7km de lastre.
- Concentra aproximadamente un 9,0% de la población laboralmente activa y el 11,0% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 3,7% de la población presenta analfabetismo.
- Aproximadamente el 94,8% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 5,2% sí los presenta.

El distrito de La Isabel presenta algunas semejanzas con el de Turrialba, esto puede deberse principalmente a la cercanía con él. Ello se refleja en el elevado porcentaje de habitantes que viven en sectores urbanos en relación con otros distritos. Su indicador de desempleo y analfabetismo es relativamente bajo en comparación con otros. A pesar de ello, su índice de desarrollo social es de nivel bajo y ocupa la posición número 314 a nivel nacional. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Pavones

- La población total para el 2011 correspondía a 4331 habitantes.
- Aproximadamente el 50,7% de la población total son hombres y el 49,3%, mujeres.
- Aproximadamente el 63,1% de la población vive en zonas urbanas y el 36,9%, en rurales.
- Aproximadamente el 99,8% de la población reside en casas de habitación.
- La red vial cuenta con aproximadamente 0,8km de asfalto y 54,7km de lastre.

- Concentra aproximadamente un 6,2% de la población laboralmente activa y el 7,2% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 4,1% de la población presenta analfabetismo.
- Aproximadamente el 93,1% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 6,9% sí los presenta.

El distrito de Pavones demuestra ser una comunidad rural, en su mayoría, ya que presenta muy poco asfaltado en sus carreteras y un alto porcentaje de personas que habitan en la zona rural con respecto a los distritos citados, esto igualmente se ve manifestado en el aumento del grado de la población que no sabe leer ni escribir.

Por otra parte, este distrito presenta un porcentaje menor de personas que se consideran sin ninguna carencia en salud con respecto a los distritos anteriores. Su nivel de índice de desarrollo social es bajo y su posición a nivel nacional es la número 318. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Santa Teresita

- La población total para el 2011 correspondía a 4744 habitantes.
- Aproximadamente el 49,8% de la población total son hombres y el 50,2%, mujeres.
- Aproximadamente el 3,9% de la población vive en zonas urbanas y el 96,1%, en rurales.
- Aproximadamente el 99,7% de la población reside en casas independientes, mientras que el porcentaje restante habita en otro tipo de viviendas que incluyen tugurios y camiones, locales, casas móviles e, incluso, barcos.
- La red vial cuenta con aproximadamente 5,9km de asfalto y 62,9km de lastre.
- Concentra aproximadamente un 6,0% de la población laboralmente activa y el 5,6% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 4,9% de la población presenta analfabetismo.
- Aproximadamente el 90,6% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 9,4% sí los presenta.

Este distrito presenta uno de los porcentajes más bajos en cuanto a la cantidad de personas que habita en sectores urbanos, sumado a esto presenta un nivel alto de analfabetismo con respecto

a otros distritos mencionados. Asimismo, presente nivel más bajo de salud, lo cual puede estar relacionado con su bajo índice de desarrollo social que lo ubica en la posición número 337 a nivel nacional. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Santa Cruz

- La población total para el 2011 correspondía a 3208 habitantes.
- Aproximadamente el 52,3% de la población total son hombres y el 47,7%, mujeres.
- Todo el territorio de este distrito se considera rural.
- Aproximadamente el 99,8% de la población reside en casas independientes.
- La red vial cuenta con aproximadamente 14,15km de asfalto y 62,25km de lastre.
- Concentra aproximadamente un 5,0% de la población laboralmente activa y el 4,0% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 3,5% de la población presenta analfabetismo.
- Aproximadamente el 75,1% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 24,9% sí los presenta.

Santa Cruz es el segundo distrito que muestra el porcentaje más bajo en materia de salud, en este el porcentaje de hombres supera al de mujeres con respecto a los demás distritos; por tanto, es importante resaltar que, a pesar de las condiciones descritas, posee un grado de analfabetismo comparable con los distritos altamente urbanos que lo superan en muchos otros ámbitos, como salud y red vial. Sin embargo, la cantidad de habitantes es significativamente menor en este distrito. Ocupa la posición número 406 a nivel del índice de desarrollo social y se encuentra en la categoría de bajo desarrollo. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Tuis

- La población total para el 2011 correspondía a 2873 habitantes.
- Aproximadamente el 49,9% de la población total son hombres y el 50,1%, mujeres.
- Aproximadamente el 37,6% de la población vive en zonas urbanas y el 62,4%, en rurales.
- Aproximadamente el 99,9% de la población reside en casas independientes y es el único en el que se reportó tres personas viviendo en las calles.
- La red vial en su totalidad es de lastre, no cuenta con carreteras de asfalto.

- Concentra aproximadamente un 3,7% de la población laboralmente activa y el 4,0% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 3,5% de la población presenta analfabetismo.
- Aproximadamente el 89,6% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 10,4% sí las presenta.

El distrito de Tuis, al igual que Peralta y Chirripó, presentan carreteras completamente de lastre y mantienen el mismo comportamiento de Santa Cruz, al presentar un bajo nivel de analfabetismo; sin embargo, la población es mucho más pequeña.

Se clasifica como de nivel bajo, encontrándose muy cerca de ubicarse en el nivel muy bajo, con referencia al índice de desarrollo social. Se localiza en la posición número 421 a nivel nacional. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Tayutic

- La población total para el 2011 correspondía a 2374 habitantes.
- Aproximadamente el 51,3% de la población total son hombres y el 48,7%, mujeres.
- Aproximadamente el 47,8% de la población vive en zonas urbanas y el 52,2%, en rurales.
- Aproximadamente el 98,9% de la población reside en casas independientes.
- La red vial cuenta con aproximadamente 60,8km de carreteras de lastre en su totalidad.
- Concentra aproximadamente un 3,1% de la población laboralmente activa y el 2,4% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 3,8% de la población presenta analfabetismo.
- Aproximadamente el 82,7% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 17,2% sí los presenta.

Como se ha visto en otros distritos, a pesar de mostrar un alto porcentaje de población que habita en casas independientes, algunas personas viven en tugurios. También es importante destacar que en su territorio es posible ubicar ranchos indígenas o tipo palenques, debido principalmente a la cercanía de estos pueblos.

Este distrito, a pesar de contar con cierto porcentaje de la población que habita en sectores urbanos, posee una infraestructura vial conformada por carreteras solo de lastre. Tayutic se encuentra en la posición número 425 a nivel nacional con un índice de desarrollo social de nivel muy bajo. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Tres Equis

- La población total para el 2011 correspondía a 1808 habitantes.
- Aproximadamente el 50,9% de la población total son hombres y el 49,1%, mujeres.
- Aproximadamente el 38,6% de la población vive en zonas urbanas y el 61,4%, en rurales.
- Aproximadamente el 99,4% de la población reside en casas independientes, mientras que el porcentaje restante habita en otro tipo de viviendas que incluyen tugurios y camiones, locales, casas móviles e, incluso, barcos.
- La red vial cuenta con aproximadamente 26,9km de lastre y 2,0km de asfalto.
- Concentra aproximadamente un 2,8% de la población laboralmente activa y el 1,1% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 5,0% de la población presenta analfabetismo.
- Aproximadamente el 92,9% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 7,1% sí los presenta.

Tres Equis es el segundo distrito del cantón de Turrialba que presenta el menor número de población, a pesar de que su territorio, además, su población posee altos niveles en salud. Sin embargo, tiene un nivel de analfabetismo de los más altos. Su índice de desarrollo social es de nivel muy bajo y su posición a nivel nacional corresponde a la número 427. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Peralta

- La población total para el 2011 correspondía a 511 habitantes.
- Aproximadamente el 56,2% de la población total son hombres y el 43,8%, mujeres.
- La totalidad de su población vive en sectores rurales.

- Aproximadamente el 98,8% de la población reside en casas independientes, mientras que el porcentaje restante habita en otro tipo de viviendas que incluyen tugurios y camiones, locales, casas móviles e, incluso, barcos.
- La red vial cuenta con aproximadamente 18km únicamente de lastre.
- Concentra aproximadamente un 0,7% de la población laboralmente activa y el 0,5% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 5,3% de la población presenta analfabetismo.
- Aproximadamente el 86,1% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 13,9% sí los presenta.

Peralta, junto con el distrito de Santa Cruz, son los únicos dos enteramente rurales. La población masculina supera de forma más amplia a la femenina con respecto a otros distritos y posee la menor cantidad de población. Su índice de analfabetismo solo es superado por el distrito de Chirripó.

Tiene la segunda red vial más corta del cantón de Turrialba y es, en su totalidad, de lastre. El distrito de Peralta cuenta con un nivel muy bajo en cuanto al índice de desarrollo social ocupando la posición número 445. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Chirripó

- La población total para el 2011 correspondía a 4185 habitantes.
- Aproximadamente el 49,7% de la población total son hombres y el 50,3%, mujeres.
- La totalidad de su población vive en sectores rurales.
- Aproximadamente el 61,4% de la población reside en casas independientes, mientras que un 38,0% habita en ranchos indígenas.
- La red vial cuenta con aproximadamente 13,7 únicamente de lastre.
- Concentra aproximadamente un 3,6% de la población laboralmente activa y el 5,0% de la población desempleada.
- Aproximadamente un 19,0% de la población presenta analfabetismo.
- Alrededor del 17,7% de los habitantes no presenta carencias en salud, en tanto un 82,3% sí.

El territorio de Chirripó es habitado en su mayoría por pueblos indígenas, esto se refleja en datos estadísticos con respecto a la educación, salud y accesibilidad. En relación con lo anterior, se reporta un porcentaje más alto de desempleo con respecto al de empleo. Su red vial está compuesta por carreteras solamente de lastre, además, es la menos extensa del cantón, ya que incluso existen zonas donde solo es posible su ingreso a pie o a caballo. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Un porcentaje relativamente alto de la población vive en ranchos tradicionales indígenas, sumado a esto, el índice de analfabetismo es, incluso, más del triple que en otros distritos y, con respecto a la salud, se reporta un nivel muy bajo de personas sin carencias, mientras que el porcentaje de quienes poseen alguna carencia es el más bajo de todos.

Es importante destacar también que este distrito está en la categoría de muy bajo nivel con respecto al índice de desarrollo, con un 0% de desarrollo, por lo que ocupa la última posición en este indicador. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Hospital William Allen Taylor de Turrialba

Clasificado por la CCSS como periférico tipo 3, el Hospital William Allen Taylor tiene bajo su responsabilidad prestar servicios integrales de salud a la población de los cantones de Turrialba y Jiménez. Su misión según la CCSS (2018), es:

Proveer servicios de atención de segundo nivel con calidad, calidez, eficiencia y oportunidad a la salud-enfermedad de los habitantes de los cantones de Turrialba y Jiménez, incluyendo Urgencias y hospitalización las 24 horas del día y atención ambulatoria programada en las especialidades esenciales al perfil epidemiológico del área de atracción. (CCSS, 2018)

Para cumplir con su misión, el Hospital William Allen Taylor de Turrialba cuenta con gran cantidad de servicios, los cuales pone a disposición de la comunidad turrialbeña. Incluyen especialidades de consulta externa, como el servicio de pediatría, ginecología-obstetricia, medicina familiar, medicina interna, medicina del trabajo, cardiología, psiquiatría, geriatría, cirugía general, cirugía infantil, anestesiología, otorrinolaringología, ortopedia y trauma, dermatología,

emergenciología y cuidados paliativos. Además, cuenta con servicios de apoyo, como imágenes médicas, laboratorio trabajo social y farmacia.

Historia

El hospital William Allen Taylor de Turrialba fue erigido en 1927, sobre un territorio donado por el señor Florentino Castro, uno de los ciudadanos más adinerados de Costa Rica. Su estructura física fue construida gracias a la donación de la familia como una indemnización por el fallecimiento del señor William Allen Taylor. En cuanto a el funcionamiento del hospital, la Junta de Caridad, un grupo conformado por pobladores visionarios del cantón, tomó bajo su cargo la administración y el mantenimiento. (Solano, 1974)

En respuesta a las dificultades financieras que afrontaba el centro médico, debido a la pobreza que caracterizó a la población turrialbeña y el surgimiento de múltiples enfermedades tropicales, el cantón experimentó un intento del espíritu de solidaridad que representaría varios años después el sistema de salud y seguridad social en Costa Rica, a través del sistema tripartito de colaboración obrero-patrono-estado para el resguardo de la salud costarricense. (Solano, 1974)

Es así como se creó el llamado “impuesto de beneficencia”, el cual consistía en un aporte bipartita de un 3% por parte del trabajador y un 2% por parte del patrón sobre el total de los salarios que este pagaba, como se mencionó; además, se sumaban a esto algunos subsidios municipales.

A pesar de esto, la Junta continuó teniendo una serie de problemas para garantizar el abastecimiento del centro médico, especialmente debido a la falta del cumplimiento de los patrones con su aporte, por lo que bajo la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia se trasladó el hospital a la recién fundada CCSS, bajo la Ley No. 41 el 11 de abril de 1943, convirtiéndolo en el segundo hospital del seguro social y el primero de área rural en la nueva institución. (Solano, 1974)

Una vez concertado el traslado del hospital a la CCSS, aproximadamente 15 años después, los miembros de la junta renunciaron por la falta de apoyo del poder central, sumado a la deuda que aumentaba continuamente por la atención a los no asegurados. Todo lo anterior provocó que los enfermos sin ninguna clase de protección social en salud deambularan en las inmediaciones de la Municipalidad para demandar atención y traslado al hospital Max Peralta de Cartago, el cual en ese entonces no formaba parte de la CCSS. (Solano, 1974)

Para 1956, con el fin de dar solución a los problemas presentados en la comunidad, se formó el “Comité proasuntos locales de Turrialba” y, en conjunto con el actual Consejo Técnico de Asistencia Médica Social (CTAMS), consiguieron dentro de sus más importantes logros que el hospital William Allen atendiera a los no asegurados (lo cual podría tomarse como el antecedente del llamado seguro por el Estado) y que la Municipalidad de Turrialba otorgara subvención al médico para atender la consulta de 20 pacientes por día. (Solano, 1974)

En 1969, se remodeló y reinauguró el hospital, contando con más de cien camas, modernos equipos, además de personal médico, técnico y de apoyo para atender a una población estimada de 85 000 habitantes.

Es importante resaltar que en estos años se dotó al centro de médicos que volvían al país después de especializarse fuera del país en diversas ramas, principalmente debido a que para ese momento la CCSS solo contaba con dos hospitales: el William Allen Taylor y el Policlínico, conocido hoy como el Hospital Calderón Guardia. (Solano, 1974)

Más adelante, con la apertura del Hospital México, la población perdió algunas de estas especialidades que se brindaban hasta el momento, por ejemplo, urología y oftalmología. Al mismo tiempo, es importante resaltar que el hospital se convirtió en un centro escuela para varios médicos internos extranjeros, principalmente de México, que realizaron sus estudios y prácticas finales en medicina en este centro médico. (Solano, 1974)

Otro aspecto fundamental que debe destacarse es la labor que el hospital realizaba a nivel de la medicina rural o comunitaria, llevando atención médica a las zonas más alejadas del cantón, en especial a las poblaciones indígenas. Las visitas se realizaban cada 15 días y el equipo se encontraba integrado por médicos, enfermeras, una odontóloga y personal auxiliar y se atendían en promedio de 80 a 100 indígenas. Esto fue así hasta la adopción del modelo actual por áreas de salud y EBAIS, por lo que también podrá decirse que la experiencia en Turrialba serviría como antecedente para el desarrollo de este sistema de atención vigente en la actualidad. (Solano, 1974)

Controles aplicados a la dispensación de psicotrópicos en el servicio de farmacia

La jefatura de Farmacia, en colaboración con los farmacéuticos que laboran en dicho del HWAT, en respuesta a un comunicado emitido el 14 de junio del 2012 por la gerencia médica del centro, elaboró un documento llamado “Procedimiento para el control y verificación de los

lineamientos establecidos para el despacho de recetas de psicotrópicos y estupefacientes”, en el cual se detallan las pautas que deben seguir los farmacéuticos para garantizar el correcto despacho y dispensación de los medicamentos psicotrópicos y estupefacientes. (Jefatura del Servicio de Farmacia del HWAT, 2012)

Con la finalidad de cumplir lo estipulado por los lineamientos establecidos bajo los reglamentos para controlar psicotrópicos y estupefacientes vigentes a nivel nacional, este manual o formulario pretende guiar los procesos de seguimiento y monitoreo de las buenas prácticas de prescripción y dispensación de este tipo de fármacos.

En cuanto al despacho o dispensación, es fundamental que en el servicio de farmacia se vigile el cumplimiento de los siguientes lineamientos, según la Jefatura del servicio de Farmacia del HWAT (2012):

- Sello de la farmacia.
- Fecha de despacho.
- Firma y código del farmacéutico responsable de la revisión final.
- Nombre, firma y cédula o pasaporte de la persona que retira el medicamento.

En cuanto al procedimiento establecido para el control interno del despacho de los medicamentos psicotrópicos o estupefacientes, según la Jefatura del servicio de Farmacia del HWAT (2012), debe cumplirse con las siguientes diez normas:

1. En el “Formulario para el control y verificación de los lineamientos establecidos para el despacho de las recetas de psicotrópicos y estupefacientes”, se llevará día a día un estricto control sobre el cumplimiento de los datos de la recetas de psicotrópicos y estupefacientes.
2. El control se realizará durante la revisión inicial de las recetas.
3. En caso de que se identificaran errores o inconsistencias, se anotará un “ | “en el formulario y se devolverá la receta de inmediato al médico para que haga las correcciones necesarias.
4. El control deberá realizarlo el farmacéutico encargado de la revisión inicial en cada uno de los tres turnos.

5. En caso de que no se encuentre ninguna inconsistencia, debe indicarse en la hoja diaria “no hubo inconsistencias o NHI” al final de cada turno. De esta manera, deberá aparecer tres veces al día dicha leyenda si fuera el caso.
6. La hoja de control será guardada en un AMPO por el farmacéutico encargado quien, a su vez, estará a cargo de elaborar un informe mensual, el cual deberá ser entregado en la primera semana del mes posterior a la jefatura e indicar el total de inconsistencias.
7. El farmacéutico del tercer turno deberá revisar las recetas psicotrópicas del día, con el propósito de verificar que cumplan con los lineamientos relacionados con el despacho, mencionados anteriormente.
8. Si se detecta algún error, debe anotarse de la misma forma en la hoja diaria.
9. Al director de Farmacia le corresponderá revisar las recetas de estupefacientes, para verificar el cumplimiento de los lineamientos relacionados con el despacho.
10. En caso de no detectarse ninguna falta o incumplimiento, deberá anotar en el reporte mensual “no hubo inconsistencias o NHI”.

Papel del farmacéutico en la salud de la sociedad

La salud es un estado de bienestar que facilita y favorece el disfrute de la vida por parte de las personas. Es un factor fundamental que influye directamente en el desempeño de cada individuo para que se desenvuelva con su entorno y, así, contribuir al progreso de una sociedad. Sin embargo, existen limitantes que dificultan alcanzar un buen estado de salud, dentro de los cuales se pueden mencionar: el condicionamiento o la limitación en el acceso a medicamentos de calidad, la dificultad en el acceso a atención médica de profesionales en salud debidamente capacitados y la carencia de recursos sanitarios adecuados. (OMS y FIP, 2012)

Como se mencionó, los medicamentos son una parte indispensable que influye en la salud de la población. No obstante, en ocasiones no es posible apreciar el beneficio que estos pueden aportar a la salud individual y colectiva, por varios motivos entre los cuales se encuentran una incorrecta selección del medicamento, la dosis por emplear, la vía de administración, no tomar en cuenta posibles interacciones medicamentosas, alimenticias y efectos secundarios que pueden afectar al paciente, así como factores que dependen de este, como la falta de adherencia a su tratamiento. (OMS y FIP, 2012)

Otro aspecto importante por tomar en cuenta, según Lizano (2007), es el nivel de conocimiento sobre la farmacoterapia por parte de los usuarios, por tanto, es fundamental el papel de los farmacéuticos en esta área, debido a que, de acuerdo con los resultados obtenidos en su investigación, aproximadamente un 79% de la población del Área de Salud de Siquirres a los que se les prescriben psicotrópicos poseen un nivel de conocimientos “malo” acerca de su medicación y un 75% posee un nivel categorizado como “malo” en cuanto al conocimiento de su patología.

Con respecto a lo anterior, los profesionales sanitarios expertos en medicamentos y encargados de llevar a cabo una correcta dispensación de los medicamentos a los usuarios de los centros de salud que acuden a ellos son los farmacéuticos, quienes, a través de una adecuada gestión, son los responsables de garantizar la eficacia y seguridad de los medicamentos, así como asegurar un uso racional de estos, con la finalidad de alcanzar el objetivo terapéutico para mejorar la calidad de vida del paciente. (OMS y FIP, 2012)

En relación con las funciones esenciales del personal farmacéutico en la sociedad, de acuerdo con Sánchez (2017), se encuentran las siguientes, detalladas según el informe de Buenas Prácticas en Farmacia:

1. Preparar, obtener, almacenar, asegurar, distribuir, administrar, dispensar y eliminar medicamentos.
2. Ofrecer una gestión eficaz de los tratamientos farmacológicos.
3. Mantener y mejorar el ejercicio profesional.
4. Ayudar a mejorar la eficiencia del sistema de salud y la salud pública.

Con referencia a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) publicaron en el 2012 el último informe actualizado sobre Buenas Prácticas en Farmacia que incluye una serie de directrices y establece estándares en cuanto a la calidad de los servicios farmacéuticos, con el objetivo de guiar el ejercicio profesional farmacéutico de cada país. Así mismo, define las buenas prácticas en farmacia como “aquellas que responden a las necesidades de las personas que utilizan los servicios farmacéuticos para ofrecer una atención óptima y basada en la evidencia.” (OMS y FIP, 2012, p.8 párr.2)

En este informe se explica ampliamente cada una de las responsabilidades fundamentales de los farmacéuticos descritas, junto con las actividades que debe llevar a cabo el profesional de Farmacia. Además, es importante mencionar que cada país debe comprometerse a establecer estándares mínimos a nivel nacional para demostrar el cumplimiento de las Buenas Prácticas en Farmacia; sin embargo, es libre también de definir sus propias funciones y tareas asociadas, según el contexto social y la capacidad de los centros de salud en el cual se apliquen.

Es apropiado en este momento resaltar que, con respecto a lo mencionado, la farmacia debería tomarse en cuenta como un determinante de la salud pública, según Sánchez (2017), ya que el profesional farmacéutico desempeña un papel de gran importancia relacionado principalmente con el compromiso y la atención que éste dedique a los usuarios y pacientes en aras de mejorar su salud, al mismo tiempo que contribuye con la optimización de la salud pública y global. (OMS y FIP, 2012)

Tal como se ha explicado, la misión de la profesión farmacéutica está conformada por varios elementos que la componen. La OMS y el FIP, en el informe sobre Buenas Prácticas en Farmacia, señalan seis componentes esenciales de dicha misión:

1. Estar siempre disponibles para los pacientes con o sin cita previa.
2. Identificar, gestionar o detectar problemas de salud.
3. Promover la salud.
4. Asegurar la eficacia de los medicamentos.
5. Prevenir el daño causado por los medicamentos.
6. Realizar un uso responsable de los recursos limitados de la atención sanitaria.

En el informe mencionado se definen las buenas prácticas de farmacia como “aquellas que responden a las necesidades de las personas que utilizan los servicios farmacéuticos para ofrecer una atención óptima y basada en la evidencia.” (OMS y FIP, 2012, p. 8);

Por tanto, un buen profesional farmacéutico debe comprender que la prioridad número uno cuando se trabaja en un servicio de salud debe ser el bienestar de los pacientes, lo cual se logra mediante la implementación de todos sus conocimientos, ofreciéndoles una guía confiable acerca el buen uso de los medicamentos

Farmacodependencia

En primer lugar, es importante describir y distinguir las sutiles diferencias que caracterizan algunos conceptos fundamentales para una mejor comprensión del problema.

El término abuso de sustancias se define, según Chacón, Méndez y Sánchez (2015), como el “uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente.” (p 11)

Es importante resaltar que el abuso de sustancias se caracteriza porque, a pesar de que la persona sea consciente de que el consumo excesivo de una sustancia afecta cómo se desenvuelve en vida diaria, este intenta lograr un equilibrio entre las dos partes. Por tanto, también se menciona que es un modelo social desadaptativo en el cual la persona pretende mantener una vida social que incluya el consumo de una sustancia, negándose a observar los efectos negativos de esta. (Chacón, Méndez, & Sánchez, 2015)

En segundo lugar, otro concepto que suele confundirse con el abuso de sustancias es el término adicción, el cual es definido por Chacón, Méndez y Sánchez (2015) como el “consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia preferida.” (p 11)

La principal diferencia entre los dos términos mencionados radica en que la adicción puede ser considerada el paso siguiente al abuso de sustancias, donde la persona o el adicto desarrolla una enorme dificultad para interrumpir o, incluso, modificar de manera voluntaria el consumo de la sustancia, por lo tanto, se ve forzado a llevar a cabo cualquier acción, sin importar las consecuencias, con el fin de obtener la siguiente dosis, la cual es generalmente muy elevada y conduce a la pérdida de conciencia e intoxicación. (Chacón, Méndez, & Sánchez, 2015)

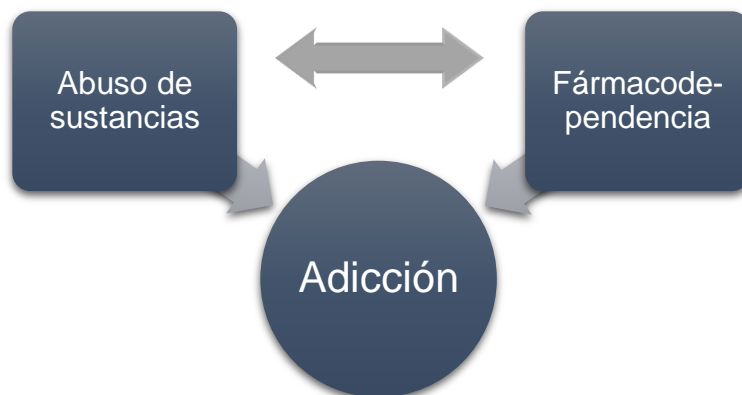
Otro concepto que se relaciona con los términos citados y es de gran importancia para esta investigación es la farmacodependencia, que se define, según Berruecos (2010), como el “estado físico y psíquico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, en la que se presentan modificaciones del comportamiento y un impulso por ingerir el fármaco o droga de manera periódica, para evitar el malestar sufrido por la privación.” (p 63)

Dentro de las semejanzas entre los términos abuso de sustancias y farmacodependencia, es importante mencionar que la persona experimenta cierto grado de dependencia física y mental hacia la droga o el fármaco, según corresponda, debido a la constante exposición a estas sustancias. Sin embargo, en cuanto a la farmacodependencia, el individuo comienza a desarrollar una serie de sintomatología a nivel cognitivo, fisiológico y del comportamiento, cuando este no toma la dosis a la cual está habituado, se revela la dependencia del organismo al medicamento, aun cuando no lo necesite para tratar alguna patología para la cual se indicó. (Berruecos, 2010)

Es así como varios autores como los citados llegan a la conclusión de que tanto el abuso de sustancias ilícitas o drogas ilegales como la farmacodependencia a cierta clase de medicamentos, por ejemplo las benzodiazepinas, pueden conducir de igual forma al desarrollo de una adicción por parte del paciente.

A continuación, en la Figura N. 5, se ejemplifica la relación entre estos tres conceptos.

Figura 9. Relación entre los conceptos abuso de sustancias, farmacodependencia y adicción



Nota: Elaboración propia con base en Chacón, Méndez y Sánchez (2015, p. 11) y Berruecos (2010, p. 63).

Con el fin de ofrecer una guía para el correcto diagnóstico de enfermedades mentales, la OMS publicó en el 2015 la edición en español de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, en su 10ª edición (CIE-10), instrumento que se revisa y actualiza aproximadamente cada 10 años, el cual permite el registro sistemático, análisis, la interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países y en diferentes momentos. (OPS, 2019)

La CIE-10 define el síndrome de dependencia como: “Un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de sustancias y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga.” (p. 78)

En este informe también se destaca que la definición de síndrome de dependencia puede aplicarse en el caso de diferentes sustancias psicoactivas, aunque estas sean farmacológicamente diferentes. (OMS, 1994)

De esta manera, como se define en la CIE-10, el síndrome de dependencia sobre el uso de sustancias comprende seis criterios (ver Tabla No. 5), de los cuales un caso se considerará positivo si el usuario de la droga o psicofármaco cumple con al menos tres de estos criterios; por tanto, se diagnosticará como “dependiente”.

Con respecto a los criterios, es importante mencionar que tanto el tercero como el cuarto se miden con facilidad a nivel biológico, mientras que los restantes cuatro representan mayor dificultad para su reconocimiento, ya que refieren a elementos sobre la cognición o percepción del individuo sobre su situación. (OMS, OPS y CICAD, 2005)

Tabla 6. Criterios sobre síndrome de dependencia a sustancias en CIE-10

CIE-10

1. Deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio o las cantidades consumidas, se prueba por un consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo.
3. Cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, se prueba con el síndrome de abstinencia característico.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
5. Preocupación por el consumo de la sustancia que se manifiesta por el abandono o reducción de alternativas de interés o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos.
6. Consumo persistente a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales.

Nota: Elaboración propia con base en OMS, OPS y CICAD (2005, p. 13) y OMS (1994, p. 61).

Otro documento de gran relevancia a nivel mundial que toman en cuenta la OMS y la OPS para establecer criterios que permitan diagnosticar el desarrollo de síndromes de dependencia a sustancia psicoactivas es el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su quinta y más actual edición (DSM-5), publicada en el 2013 por la Asociación Americana de Psiquiatría. Este manual codifica y clasifica los criterios diagnósticos de los trastornos mentales, para ser utilizado como guía en la práctica clínica de muchas especialidades. (OMS, OPS y CICAD, 2005)

En cuanto al diagnóstico de trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) plantea un modelo problemático de consumos de estos fármacos y sustancias psicoactivas que provoca en el individuo un deterioro o malestar significativo clínicamente, el cual se manifiesta por una serie de criterios, de los cuales el usuario debe cumplir con al menos dos en un plazo de 12 meses. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Seguidamente, se describirán los once hechos o criterios que toma en consideración la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), para el diagnóstico de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

1. Con frecuencia el usuario consume sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en altas dosis o durante un tiempo más prolongado que el provisto.
2. Existen esfuerzos persistentes y fracasados de abandonar o al menos controlar el consumo de estas sustancias.
3. El individuo invierte gran cantidad de su tiempo en actividades necesarias para conseguir, consumir o recuperarse de sus efectos.
4. Presencia de fuertes ansias o necesidad por consumir las sustancias.
5. Un consumo recurrente de estas sustancias conlleva al incumplimiento de deberes fundamentales.
6. A pesar de sufrir problemas recurrentes de tipo interpersonal, social y físicos asociados al consumo de estas sustancias, este se mantiene continuo.
7. El individuo experimenta una reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. El consumo de estas sustancias se da incluso en situaciones en las que es físicamente peligroso, por ejemplo, conducir y manejar maquinarias.

9. La persona continúa el consumo, a pesar de ser consciente de sufrir un problema físico y psicológico, causado o exacerbado por ello.
10. Presenta tolerancia, al tener una necesidad de cantidades cada vez mayores o sufre un efecto claramente reducido con la misma cantidad consumida. En este punto, es importante mencionar que no se considera que se cumple con este criterio aquellos individuos que se encuentren bajo una estricta supervisión médica.
11. Presenta el síndrome de abstinencia característico o consume estas sustancias para aliviar o evitar los síntomas del síndrome. Este criterio tampoco se toma en cuenta si los individuos se encuentran bajo una supervisión médica adecuada.

Como se ha observado, tanto la CIE-10 como la DSM-5 coinciden en más de uno de los criterios que consideran para el diagnóstico de trastornos por el consumo de estas sustancias psicoactivas en el caso de la DSM-5 y para el diagnóstico del síndrome de dependencia a sustancias con respecto a la CIE-10. La diferencia radica en que la guía DSM-5 incluye dentro de sus criterios aquellos hechos para diagnosticar el síndrome de dependencia en la CIE-10, de esta manera se podría decir que es más completo y unifica los criterios de ambas guías.

Un concepto mencionado con frecuencia en las dos guías es el síndrome de abstinencia característico del cese o la reducción del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que ha sido por un periodo prolongado, por tanto, es necesario describir también las características que presenta este síndrome. También es importante resaltar que la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) establece como diagnóstico de este síndrome si se cumplen al menos dos de los siguientes signos o síntomas al cabo de unas horas, a pocos días de la suspensión de la toma de las sustancias:

1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo caracterizado por sudoración o un ritmo del pulso mayor a 100 latidos por minuto.
2. Temblores de las manos.
3. Insomnio.
4. Náuseas y vómitos.
5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
6. Agitación psicomotora.
7. Ansiedad.
8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

La guía DSM-5 menciona que existen una serie de trastornos que también pueden ser inducidos por el uso prolongado o inadecuado de estos psicofármacos y sustancias, entre ellas se encuentran: trastornos psicóticos y esquizofrénicos, aquellos donde la persona experimenta una percepción anormal o alterada de la realidad, trastornos depresivos y de ansiedad, del sueño-vigilia, disfunción sexual y trastornos neurocognitivos mayores o leves, dependiendo de si la persona requiere o no algún tipo de ayuda para efectuar las tareas diarias. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Farmacodependencia en América Latina

En América Latina el abuso de medicamentos, especialmente de aquellos altamente adictivos y que mantienen un alto riesgo de generar farmacodependencia, es un problema que afecta a toda la región en general, esto debido a que se continúan manejando altos índices de pobreza y desempleo que favorecen que la población busque métodos por medio de los cuales escapar de la realidad que vive.

Las determinantes sociales de la salud son conocidas como aquellas condiciones en que las personas viven, crecen y se desenvuelven, por consiguiente, conforman una serie de factores que abarcan los ámbitos sociales, económicos culturales, psicológicos , étnicos y de comportamiento que intervienen en el desarrollo de patologías y por tanto pueden también ser considerados factores de riesgo para estas enfermedades. (Aparecida, 2014)

Como se ha mencionado, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS centra su atención en las desigualdades existentes en materia de salud y se refiere específicamente a la pobreza como uno de los principales determinantes de la salud. Así, en este contexto, Aparecida (2014)s, en su artículo sobre los “Determinantes sociales de la salud y el uso de drogas psicoactivas”, señala que el uso y abuso de drogas psicoactivas posee una interconexión con varios determinantes sociales que guardan relación con las injusticias que viven ciertos grupos poblacionales. (Aparecida, 2014)

Varios estudios indican que los grupos sociales que presentan mayor vulnerabilidad al abuso de drogas psicoactivas son los más jóvenes, también aquellos que poseen baja escolaridad, con historial de crímenes entre sus familiares o que, incluso, no cuentan con vínculos familiares y

se encuentran sin empleo, mantienen un empleo mal remunerado o les genera grandes cargas de estrés. (Aparecida, 2014)

El problema de la adicción y la farmacodependencia es altamente complejo, multifacético y de gran alcance, ya que sus consecuencias no solo afectan al individuo, sino también a las familias y la sociedad. Por ello, no debe ignorarse que determinantes sociales influyen en este fenómeno, entre ellos se encuentran la violencia, la falta de recursos e inversiones del estado en la resolución de la problemática, la ausencia de políticas de cultura y educación que fomenten el estudio y fortalezcan los lazos entre los miembros de la familia y la convivencia social. (Aparecida, 2014)

En el caso concreto de América Latina, se han planteado distintos modelos para el abordaje del tema del uso y abuso de las drogas. En primer lugar, el modelo tradicional, denominado también biomédico, se caracteriza por su concepción del fenómeno del consumo de drogas como una patología mental cuyo origen es biológico; sin embargo, en ella el entorno social que rodea al paciente influye en su desarrollo y el agravamiento de la enfermedad. (Vargas, Jiménez, Redondo, & Zuñiga, 2015)

Otro enfoque más actual, mediante el cual también se pretende abordar la problemática del consumo de drogas, es el modelo geopolítico estructural, que busca la instauración de programas de intervención y el fortalecimiento de organizaciones cuyo principal objetivo es reducir el número de personas que acceden a este tipo de sustancias y crean dependencia hacia ellas. Esto es especialmente importante cuando no solo se habla de una drogodependencia, sino específicamente de farmacodependencia, ya que, en lugar de corregir un problema de salud, más bien se está generando otra complicación más que va a perjudicar la salud del individuo. (Vargas, Jiménez, Redondo, & Zuñiga, 2015)

Farmacodependencia y adicción en Costa Rica

En Costa Rica, en el presente, es habitual el consumo drogas, especialmente alcohol, en las diferentes provincias que conforman el territorio nacional. El Atlas del Consumo de Drogas en Costa Rica publicado en el 2018 nos revela que la provincia de Cartago, específicamente en el caso del cantón de Turrialba, se encuentra en sexta posición de los 82 que conforman el país, con respecto a la cantidad de población entre los 12 y 70 años que necesita tratamiento por el consumo problemático del alcohol. (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018)

En relación con el consumo de drogas de carácter ilegal, se reportó que la provincia de Cartago ocupa el primer puesto en población entre 12 y 70 años necesitada de tratamiento por el consumo continuado y perjudicial de una o varias drogas clasificadas como ilegales.

Es aún más preocupante saber que, a nivel nacional, Turrialba ocupa el puesto número uno con respecto a este problema social y de salud de las personas involucradas. (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018)

No obstante, afortunadamente en Costa Rica existen instituciones encargadas de la prestar servicios para atender y tratar a las personas que manifiestan problemas vinculados con el consumo de sustancias psicoactivas, como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el cual habilita centros de atención integral en drogas (CAID) que ofrecen atención ambulatoria a las personas que la requieran. (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018)

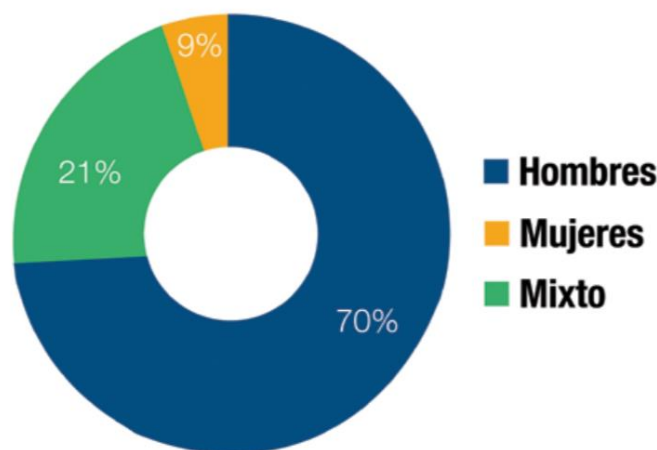
La CCSS es otra institución que, al contar con una amplia red de hospitales y clínicas para la atención de emergencias, brinda apoyo a las personas con problemáticas asociadas al consumo de drogas, es así como, en conjunto con el IAFA, brinda una atención en salud enfocada en un modelo biopsicosocial, que engloba las áreas de tratamiento farmacológico, psicología y trabajo social. (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018)

A pesar de esto, una distribución geográfica desigual de los centros de tratamiento tanto públicos como privados, en el territorio costarricense, ha dificultado el acceso de ciertas poblaciones a los beneficios que esos centros puedan brindarles. Sumado a esto, existen factores económicos, etarios y de género que en muchas ocasiones limitan el servicio a muchas personas. (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018)

En referencia a lo anterior, la población masculina posee una mayor asistencia a los centros de tratamiento (ver Figura 10), sin embargo, esto no significa necesariamente que la población femenina no requiera de asistencia por el consumo problemático de sustancias psicoactivas, más bien, implica que deben conocerse las causas para corroborar que efectivamente las mujeres poseen problemas con el abuso de las drogas.

Otro factor importante que podría influir es que los centros de tratamiento para mujeres se localizan solo en algunos sectores del Valle Central, dejando descubierta a la mayor extensión territorial del país. (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018)

Figura 10. Distribución por sexo de las personas atendidas de acuerdo con la modalidad del centro



Nota: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2018, p 34).

Las actividades del narcotráfico y la delincuencia transnacional son otro problema que enfrenta nuestro país, el cual que ha ido aumentando de manera alarmante durante los últimos años. En lo que se refiere al uso ilegal de medicamentos de prescripción, categorizados como psicotrópicos y estupefacientes, se ha reportado, según el “Plan Nacional sobre Drogas 2013-2017” del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), un acentuado crecimiento en el uso no médico y en el tráfico ilícito. (Instituto Costarricense sobre Drogas, 2013)

Con respecto a lo anterior, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2013) informa que el desvío hacia el tráfico ilícito de los psicotrópicos y estupefacientes se da principalmente cuando las personas adquieren estos medicamentos a través de amigos o familiares a quienes se les recetan.

En cuanto al tráfico ilícito, se da como consecuencia de las actividades de redes de delincuencia organizada, que adquieren y luego los comercializan por medio de páginas de Internet o del servicio de paquetería postal y entrega rápida.

Medicamentos psicotrópicos hipnóticos y sedantes

Existen fármacos que poseen la capacidad de deprimir el sistema nervioso central (SNC), generando, según la dosis y diferentes respuestas en el organismo, desde somnolencia y calma, hasta sedación mínima, mayor, depresión respiratoria e incluso la muerte.

Dentro de las familias de medicamentos que disponen estas funciones se encuentran las benzodiacepinas, también llamadas “compuestos Z”, por la característica terminación en el nombre de todos los fármacos que forman parte de ella. (Mihic & Harris, 2012)

Es importante establecer la diferencia entre un sedante y un hipnótico. El primero se refiere a aquel fármaco capaz de disminuir la actividad y moderar la excitación, generando calma en el usuario, mientras que un hipnótico causa somnolencia, agilizando y conservando el estado de sueño, de manera muy similar al sueño generado naturalmente del cual es sencillo despertar en respuesta a un estímulo. (Mihic & Harris, 2012)

Los sedantes e hipnóticos incluidos dentro de la familia de los benzodiacepinas, en ausencia de otros fármacos capaces de producir una depresión notable del SNC, son relativamente seguros, en el sentido de que por sí solos y en las dosis correctas no van a causar o inducir un efecto de anestesia ni intoxicación letal que ponga en riesgo la vida de los pacientes. Por tanto, como se ha mencionado, han desplazado a los anteriores fármacos en el tratamiento de trastorno del sueño y ansiedad. (Mihic & Harris, 2012)

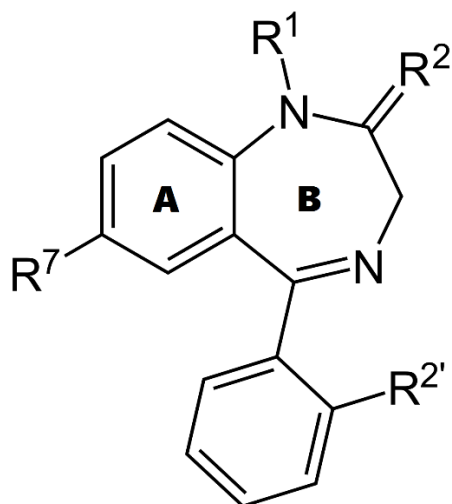
Las benzodiacepinas

El término benzodiacepina señala en su estructura la presencia de un anillo bencénico (A), que se encuentra fusionado con un anillo diazepínico (B), como se observa en la Figura No. 11. Su mecanismo de acción consiste en inducir la fijación del ácido aminobutírico, el principal neurotransmisor inhibitorio, al subtipo GABA_A; estimula las corrientes iónicas en los conductos de cloruro, los cuales están conformados por numerosas variedades de subunidades. Por tanto, actualmente se cree que influye en los distintos efectos sedante-hipnóticos, miorrelajantes, ansiolíticos y anticonvulsivos de las benzodiazepinas. (Mihic & Harris, 2012)

Como se mencionó, todas estas propiedades farmacológicas son consecuencia de los efectos de las benzodiacepinas a nivel del SNC, sin embargo, la vasodilatación coronaria después de la

administración endovenosa de algunas benzodiazepinas y el bloqueo neuromuscular que surge ante cantidades elevadas de benzodiazepinas son ejemplos de acciones en zonas periféricas consecuencia de este grupo de fármacos. (Mihic & Harris, 2012)

Figura 11. Estructura química general de las benzodiazepinas



Nota: Elaboración propia con base en Mihic y Harris (2012, p 459).

En la actualidad, sigue siendo motivo de debate si se desarrolla tolerancia a los efectos ansiolíticos de las benzodiazepinas, estudios han revelado que algunos pacientes mantienen un consumo constante de estos fármacos y, con aumentos o disminuciones en las dosis, hay consecuencia en situaciones de estrés, mientras que otro tipo de pacientes, al contrario, tiende a mantener las dosis o incluso elevarlas fácilmente, aun cuando no esté sometido a situaciones de estrés que lo justifiquen, este comportamiento podría ser resultado del desarrollo de dependencia hacia el fármaco. (Mihic & Harris, 2012)

Un ejemplo de tolerancia que ha sido demostrado mediante estudios en animales y en personas es la disminución en la hipotonía o relajación muscular producida por el uso continuo del medicamento Clonazepam. Esta situación aún no se ha comprobado con otras benzodiazepinas como el Diazepam. De igual forma, se ha observado la aparición de tolerancia a los efectos convulsivos del Clonazepam, lo cual ha limitado su utilidad en cuadros recurrentes. (Mihic & Harris, 2012)

Con respecto al efecto sedante-hipnótico que generan las benzodiazepinas, se ha encontrado que disminuyen el periodo de latencia para alcanzar el estado de sueño y el lapso en que el paciente está en la etapa 0 o de vigilia, además, reducen considerablemente el número de veces en las que se despierta por las noches, principalmente cuando se utilizan por primera vez. Sin embargo, bajo un uso continuado por las noches suele disminuir de manera considerable los efectos producidos en las diferentes etapas del sueño y, al interrumpir de manera abrupta el consumo, puede generarse un efecto rebote, especialmente si las dosis utilizadas han sido elevadas. (Mihic & Harris, 2012)

En relación con los efectos de las benzodiazepinas en procesos y sistemas vitales como la respiración, el aparato cardiovascular y el tubo digestivo, se ha observado que en dosis normales y en sujetos sanos la respiración no se ve afectada; no obstante, debe mantenerse precaución si se utilizan en niños y en personas con una función hepática deficiente.

En el caso de que se utilicen dosis altas similares a las que originan preanestesia, como en endoscopias, se debe tener cuidado especial en aquellos pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (Mihic & Harris, 2012)

En este tipo de pacientes pueden originar acidosis respiratoria producto de la disminución en el impulso hipóxico o en la presión arterial que el oxígeno ejerce sobre la respiración. Las dosis terapéuticas también pueden empeorar los trastornos de la respiración que se presentan durante el sueño, en algunas personas con EPOC grave, ya que en otras puede más bien mejorar el sueño y su estructuración. (Mihic & Harris, 2012)

En lo que respecta a los efectos de las benzodiazepinas sobre el aparato cardiovascular, como se ha mencionado, la administración de estos fármacos en dosis preanestésicas disminuye la presión arterial y acelera la frecuencia cardíaca, por lo cual debe mantenerse precaución en pacientes con EPOC y cardiopatas.

En el caso del Diazepam, hay incremento en las concentraciones intersticiales de adenosina, nucleótido endógeno, que produce efectos inotrópicos negativos o disminución en la fuerza de contracción del corazón. (Mihic & Harris, 2012)

A nivel del aparato digestivo, se han informado de efectos positivos en algunos trastornos gastrointestinales que se relacionan con la ansiedad, por ejemplo, úlceras gastroduodenales agudas provocadas por estrés y, en el caso particular del Diazepam, disminuye la secreción gástrica

nocturna. Sin embargo, existen muchos otros mucho más eficaces para tratar estas patologías. (Mihic & Harris, 2012)

Farmacocinética y usos terapéuticos

La utilidad clínica y los efectos secundarios de las benzodiazepinas son determinados en menor o mayor grado por sus propiedades fisicoquímicas y farmacocinéticas. Por ejemplo, todas las benzodiazepinas poseen coeficientes de distribución o reparto lípidos/agua en la forma no ionizada; sin embargo, la lipofilia varía según la electronegatividad y polaridad de varios radicales. Esto explica por qué, de manera general, las benzodiazepinas deben utilizarse con precaución en adultos mayores o personas con altos índices de masa corporal, en dependencia del grado de acumulación y distribución que presente cada fármaco. (Mihic & Harris, 2012)

Las benzodiazepinas pueden clasificarse, según Mihic y Harris (2012), en cuatro categorías, según su vida media de eliminación, definida como el período necesario para que se elimine el 50% de la concentración plasmática correspondiente a una dosis del fármaco:

- Acción corta: Poseen una semivida menor a seis horas, como el Midazolam.
- Acción intermedia: Poseen una semivida de seis a 24 horas, como el Alprazolam, Lorazepam, Oxacepam y el Bromazepam.
- Acción larga: Poseen una semivida mayor a 24 horas, como el Diazepam, Clonazepam, Clobazam y el Flunitrazepam.

El uso terapéutico que se les dé a las benzodiazepinas va a depender, en términos generales, de su semivida, por ejemplo, aquellas que mantengan concentraciones de una dosis por períodos prolongados y posean una penetración rápida en el encéfalo son eficaces para tratar el estado epiléptico. En cambio, si se pretenden utilizar como hipnóticos, es recomendable el uso de aquellas que posean una semivida de eliminación corta, con el inconveniente de que se podría generar abuso y una mayor intensidad en la abstinencia cuando se interrumpa su uso.

De esta manera, la Tabla No. 7 resume las vías de administración, dosis, usos y vida media de las benzodiazepinas Diazepam, Clonazepam y Lorazepam, según Mihic y Harris (2012):

Tabla 7. Aplicaciones terapéuticas de las benzodiazepinas

Benzodiazepina	Vía de administración	Uso Terapéutico	Vida media (h)
Clonazepam	Oral	Trastornos convulsivos. Tratamiento auxiliar en caso de manía aguda. Algunos tipos de alucinaciones.	23±5
Diazepam	Oral, IM*, IV**, Rectal	Trastornos de ansiedad. Estado epiléptico. Relajación del musculo estriado. Premediación anestésica.	43±13
Lorazepam	Oral, IM, IV	Trastornos de ansiedad. Medicación preanestésica.	14 ± 5
*IM: Intramuscular			
**IV: Intravenoso			

Nota: Elaboración propia con base en Mihic y Harris (2012, p. 466).

Dentro de los efectos secundarios generales que pueden esperarse de estos medicamentos se encuentran grados variables de cansancio, visión borrosa, incoordinación motora y confusión; también suelen ocasionar efectos residuales de acuerdo con la dosis, por ejemplo, somnolencia en horas diurnas.

Como parte de los efectos psicológicos señalados por el uso de las benzodiazepinas se encuentran alucinaciones, sonambulismo y reacciones de descontrol caracterizados por comportamientos de hostilidad e ira; asimismo, en ocasiones pueden presentar ideas suicidas o estados depresivos. (Mihic & Harris, 2012)

Como se ha mencionado, la administración de este tipo de medicamentos por largos periodos de tiempo puede generar dependencia y adicción en los usuarios, esta situación puede surgir incluso con el uso de dosis terapéuticas. Los síntomas de abstinencia que aparecen con mayor frecuencia son insomnio, ansiedad, temblores, anorexia e irritabilidad; por esta razón, es recomendable disminuir poco a poco las dosis cuando se requiere interrumpir el tratamiento. (Mihic & Harris, 2012)

Clonazepam

De acuerdo con la información contenida en los protocolos para la prescripción de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes publicados en la página oficial del Ministerio de Salud de Costa Rica, el medicamento Clonazepam se clasifica dentro del grupo farmacoterapéutico de las benzodiacepinas como un antiepiléptico y antipánico y, actualmente, las dos formas farmacéuticas registradas en nuestro país corresponden a tabletas de 2mg y solución oral con una fuerza de 2.5mg/ml. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Las indicaciones terapéuticas aprobadas en Costa Rica por el Ministerio de Salud para el Clonazepam incluyen cuatro, como tratamiento de primera línea: ausencias típicas (*petit mal*), ausencias atípicas (Síndrome de Lennox-Gastaut), convulsiones mioclónicas y convulsiones atónicas (*drop-attack* epiléptico); como tratamiento de segunda línea puede utilizarse en espasmos infantiles (Síndrome de West) y como terapia de tercera línea, en convulsiones tónico-clónicas (*grand mal*), convulsiones parciales simples, complejas y convulsiones generalizadas tónico-clónicas secundarias.

Asimismo, otro uso frecuente aprobado es para tratar los trastornos de angustia (pánico), que presenten o no agorafobia (miedo a los espacios abiertos). (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Con respecto a la dosificación del medicamento Clonazepam, según el Ministerio de Salud de Costa Rica (2018), deben tomarse en cuenta una serie de recomendaciones que garantizan su correcta utilización:

- En primer lugar, es fundamental que el tratamiento no se suspenda de forma abrupta sino de manera gradual.
- La dosis debe ajustarse en relación con la respuesta clínica, el grado de tolerancia y la edad del paciente.
- En el caso de que se prescriba la forma farmacéutica en gotas, se permite administrarla con una cuchara en conjunto con agua, té o jugo de frutas.
- Debe tomarse en cuenta que, por lo general, una dosis única oral comenzará a realizar efecto en un periodo de 30 a 60 minutos, manteniéndose por seis a ocho horas en niños y de ocho a 12 horas en los adultos.

- Antes de agregar este medicamento a un régimen antiepiléptico ya establecido, debe considerarse que el uso concomitante de varios anticonvulsivantes puede provocar un aumento en los efectos secundarios.
- Si se trata un caso nuevo en el cual no se haya usado Clonazepam anteriormente, deben prescribirse dosis bajas en monoterapia y gradualmente aumentar las dosis de mantenimiento en un lapso de una a tres semanas.
- La dosis total diaria debe dividirse en tres tomas iguales, en caso de no ser posible la dosis más alta debe administrarse por la noche antes de acostarse. No obstante, la de mantenimiento puede administrarse una vez al día antes de dormir.

A continuación, se resumen en la Tabla No. 8, las dosis y los rangos terapéuticos usuales aceptados por el Ministerio de Salud de Costa Rica (2018), para tratar la epilepsia, con respecto a la edad y peso del paciente:

Tabla 8. Dosificación del Clonazepam para tratar la epilepsia

	Dosis ponderal	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento	Dosis máxima
Lactantes y niños de hasta 10 años (o hasta 30kg)	0.01 a 0.03 mg/kg/día en tres tomas	—	De 0 a 1 año: 0.05-0.1 mg/kg/día De 1 a 5 años: 1-3 mg/kg/día Mayor de 5 años: 3-6 mg	0.2mg/kg/día
Niños y adolescentes de 10 a 16 años	—	1-1.5mg/día en dos o tres tomas	3-6mg/día	—
Adultos	—	1.5mg/día en tres tomas	4-8mg/día	20mg/día
Adultos Mayores	—	0.5mg/día en tres o cuatro tomas	Aumentar gradualmente hasta obtener dosis de mantenimiento	—

Nota: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de Costa Rica (2018, p. 2).

En lo que se refiere a la dosificación para tratar trastornos de angustia (pánico), se recomienda el aumento escalonado de la dosis cada tres días, hasta que la angustia esté controlada o hasta que los efectos secundarios lo permitan. Una vez que se alcance la dosis de mantenimiento, esta puede cambiar y administrarse en la noche. La duración recomendable del tratamiento es de 12 a 24 meses y, en caso específicos, indefinidamente. Una vez transcurrido un año de tratamiento, puede intentarse su suspensión gradual. En niños no se han reportado estudios de eficacia ni seguridad. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Cuando se administra este medicamento a las personas adultas mayores debe realizarse como suma precaución, principalmente cuando se realicen aumentos progresivos de dosis. En pacientes con enfermedad renal no es preciso realizar ajustes de dosis. En caso de que el paciente con hepatopatía grave, el Clonazepam debe ser utilizado con precaución y en aquellos que presenten hepatopatías, neuropatías o que ya se encuentren en tratamiento con antiepilépticos u otros fármacos con acción central, la dosis de Clonazepam debe ajustarse individualmente. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

El Clonazepam es un medicamento contraindicado en pacientes que presenten alergia a este, que padezcan de insuficiencia respiratoria grave, historial de farmacodependencia o drogodependencia, incluyendo al alcohol y miastenia *gravis*.

Dentro de las advertencias y precauciones que deben tenerse con este medicamento está la conducción de vehículos o maquinaria, debido a que se puede afectar la capacidad de reacción de los pacientes por el enlentecimiento de los reflejos. De igual manera, los pacientes que cuenten con historial de estados depresivos o intentos de suicidio deben ser vigilados muy de cerca. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Este medicamento puede crear en los pacientes dependencia psíquica y física, el riesgo se incrementa con la dosis y duración del tratamiento, esta situación es más alta en pacientes con antecedentes de alcoholismo o drogadicción.

Cuando se desarrolla dependencia física a este medicamento y es suprimido de forma brusca, se presentan síntomas como trastornos del sueño, ansiedad moderada o extrema, sudoración, temblor, cefalea, irritabilidad, tensión, inquietud, confusión e, inclusive, convulsiones. En casos de mayor gravedad, puede ocurrir despersonalización, aumento de la sensibilidad auditiva, parestesias

en extremidades, hipersensibilidad a la luz, al ruido o al contacto físico y alucinaciones. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

El uso de este medicamento durante el periodo de embarazo se debe realizar únicamente cuando sea necesario y cuando los beneficios sean mayores que el riesgo potencial al feto debido a que podría provocar malformaciones congénitas.

El Clonazepam puede pasar en pequeñas cantidades a la leche materna, por lo que durante la lactancia debe suspenderse cuando su administración no se considere absolutamente necesaria. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Tabla 9. Efectos secundarios del Clonazepam

Más frecuentes (suelen desaparecer de manera espontánea o cuando se reduce la dosis.)	Cansancio, somnolencia, astenia, hipotonía o debilidad muscular, mareo, ataxia, enlentecimiento de los reflejos, pérdida en la capacidad de concentración, inquietud y desorientación.
Infrecuentes	Urticaria, prurito, exantema, alopecia pasajera, náuseas, molestias epigástricas, dolor de cabeza, trombocitopenia, disminución de la libido, incontinencia urinaria e impotencia.
Reacciones paradójicas	Excitabilidad, conductas agresivas, irritabilidad, agitación, nerviosismo, hostilidad, ansiedad, trastornos del sueño y pesadillas.

Nota: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de Costa Rica, (2018, p. 3).

Los efectos secundarios descritos pueden potenciarse al ser administrado con fármacos que tengan acción central, como antiepilépticos, anestésicos, hipnóticos, antipsicóticos y algunos analgésicos, miorrelajantes, entre otros. Por este motivo, la dosis siempre debe ser ajustada para cada paciente.

Otra contraindicación es el uso concomitante con el alcohol, los pacientes que se encuentran bajo tratamiento con este medicamento deben abstenerse totalmente de consumir bebidas alcohólicas, ya que se disminuyen su eficacia y, además, pueden aparecer efectos secundarios imprevistos. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

El Clonazepam puede provocar aumento en las concentraciones séricas de otros medicamentos, como Fenitoína o Primidona, cuando se administran simultáneamente, además, en los casos donde se utiliza junto con ácido valproico, se han reportado casos de estados epilépticos de ausencia atípica, esto deja de manifiesto que es un medicamento con cuya administración se debe tener precaución. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Cuando ocurre sobredosificación del medicamento, se pueden observar efectos síntomas como somnolencia, ataxia, disartria y nistagmo. En ciertas ocasiones, pueden presentarse efectos graves como hipotensión, coma y depresión respiratoria.

En caso de que un paciente experimente efectos cardiorrespiratorios o a nivel central, debe administrarse carbón activado en un lapso de una a dos horas para evitar que el Clonazepam continúe absorbiéndose.

El Flumazenilo es un antagonista benzodiazepínico, sin embargo, no debe utilizarse en pacientes epilépticos, debido a la posibilidad de que ocurran convulsiones. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Diazepam

Siguiendo con la información suministrada en los protocolos del Ministerio de Salud costarricense, el Diazepam es un medicamento que se clasifica como un benzodiazepina de acción prologada y es utilizado como tranquilizante y ansiolítico. En el país se encuentran dos formas farmacéuticas registradas: comprimidos de 5mg y 10 mg y soluciones inyectables de 5mg/ml, 10mg/ml y 10mg/2ml. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Las indicaciones terapéuticas establecidas en este protocolo para los comprimidos son tratamiento de trastornos ansiosos graves, incapacitantes o que causan un alto nivel de estrés al paciente, para aliviar los síntomas de ansiedad, agitación y tensión por estados psiconeuróticos o situaciones pasajeras. También, es utilizado para aliviar espasmos musculares causados por algún traumatismo y combatir la espasticidad secundaria a lesiones de las interneuronas medulares o supramedulares. Se utiliza también como coadyuvante para aliviar el dolor musculoesquelético causado por espasmos o patologías y, además, como complemento en trastornos orgánicos mayores y mentales. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Con respecto a la dosificación del medicamento Diazepam, según el Ministerio de Salud de Costa Rica (2018), se deben tomar en cuenta una serie de recomendaciones que garantizan su correcta utilización:

- La dosis del medicamento debe ser individualizada, según cada paciente.
- Cuando se inicie el tratamiento, se requiere la dosis mínima eficaz para el trastorno que se esté tratando.
- La duración del tratamiento con Diazepam no debe extenderse por más de dos semanas sin antes realizar una revisión al paciente.
- Para suspender el medicamento, se deben hacer reducciones de dosis progresivas y no de forma brusca.
- La duración del tratamiento debe ser lo más corto posible, sin que supere los tres meses, incluido el periodo de retiro paulatino.

La dosis del medicamento para personas adultas mayores o adultos con enfermedades debilitantes es de 2 a 2,5mg una o dos veces al día, aumentando la dosis gradualmente según necesite el paciente.

En adultos, la dosis inicial de Diazepam en comprimidos es de 5 a 10 mg y, en condiciones normales, la dosis única oral máxima no debe ser mayor a 10mg.

La dosificación en niños es de 0,1 a 0,3 mg una o dos veces al día con aumentos graduales de ser necesario. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Se deben tener en cuenta ciertas normas especiales al administrar a niños y pacientes geriátricos. En el caso de los niños, solo se debe utilizar este medicamento cuando se haya analizado con precaución la indicación y nunca en menores de 6 meses. En personas adultas mayores con problemas en función renal o hepática, se debe administrar una dosis menos para evitar posibles intoxicaciones por acumulación del fármaco. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

El Diazepam se encuentra contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a las benzodiazepinas, que presenten insuficiencia respiratoria o hepática severa, apnea del sueño, *misthenia gravis*, dependencia a sustancias que deprimen el sistema nervioso central, alcohólicos con excepción de utilizarlo para tratar reacciones agudas propias de la abstinencia, glaucoma de ángulo cerrado, hipercapnia crónica severa, en el tratamiento primario de trastornos psicóticos y

como monoterapia contra estados depresivos o ansiosos asociados a la depresión. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Al igual que muchos otros fármacos que pertenecen a la misma familia del Diazepam, se deben tener en consideración ciertos aspectos antes, durante y posterior a su administración: como se mencionó, al ser una benzodiacepina de acción larga, el paciente no debe sustituirla por una de acción corta, ya que puede causar la aparición de síntomas propios de la abstinencia. El tratamiento debe ser suspendido paulatinamente y con precaución, para evitar que se presente el fenómeno de rebote. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Otra precaución que debe tenerse en cuenta es que los pacientes no deben conducir vehículos o manejar máquinas durante el tratamiento con Diazepam, debido a que puede afectarse la capacidad de reacción por el enlentecimiento de los reflejos aumentando la posibilidad de sufrir algún tipo de accidente.

Los efectos desinhibitorios que presentan las benzodiacepinas pueden manifestar conductas agresivas o pensamientos suicidas en pacientes con depresión. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

El uso continuo de este medicamento puede ocasionar tolerancia y dependencia psíquica y física, estas situaciones aumentan con la dosis y la duración del tratamiento, afectando más a pacientes con antecedentes de drogadicción o alcoholismo.

La ansiedad de rebote es un síndrome pasajero, apareciendo los síntomas por los cuales el paciente se somete al tratamiento con Diazepam, pero en mayor potencia, por lo general se pueden presentar cuando se retira el medicamento. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Otro efecto que puede causar este medicamento son anomalías congénitas, principalmente durante el primer trimestre de embarazo, además, un uso continuo durante este periodo puede causar hipotensión arterial, insuficiencia respiratoria e hipotermia en el recién nacido. Muchos niños cuyas madres han utilizado este medicamento durante los últimos meses de gestión están en riesgo de desarrollar dependencia física, por lo que debe evitarse su administración a menos que no exista otra alternativa.

Al igual que el Clonazepam, este medicamento puede pasar a la leche materna por lo que no se aconseja utilizarlo por madres en período de lactancia. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Tabla 10. Efectos secundarios del Diazepam

Más frecuentes	Fatiga, somnolencia y debilidad muscular. Estos se presentan al inicio del tratamiento y desaparecen sin necesidad de suspender el medicamento.
Raros	Paro cardiaco, elevación de transaminasas e ictericia.
Otros	Ataxia, confusión, embotamiento emocional, estreñimiento, depresión, alteraciones gastrointestinales, cefalea, hipotensión, oscilación de la frecuencia cardiaca, depresión circulatoria, incontinencia, náuseas, relaciones cutáneas, temblores, mareo, vértigo y visión borrosa.
Reacciones paradójicas (más frecuentes en niños y ancianos)	Inquietud, agitación, irritabilidad, agresividad, ideas delirantes, alucinaciones, sicosis. En estos casos la medicación debe suspenderse.

Nota: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de Costa Rica (2018, p.4).

El Diazepam interacciona con antipsicóticos, ansiolíticos/ sedantes, antidepresivos, hipnóticos, antiepilépticos, anticonceptivos orales, analgésicos opioides, antihistamínicos o anestésicos con efecto sedativo, ya que el uso concomitante con alguno de los anteriores puede potenciar los efectos sobre el sistema nervioso central; el consumo de alcohol puede generar un aumento en el efecto sedante de esta benzodiacepina.

Fármacos inhibidores de enzimas hepáticas como el ketoconazol, cimetidina, fluoxetina, omeprazol, eritromicina, isoniazida y rifampicina pueden potenciar y prolongar sus efectos sedativos. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

En casos en los que los pacientes sufran de sobredosificación, aparecen efectos sobre el sistema nerviosos central como depresión, hasta estados de somnolencia y coma; en caso más serios pueden aparecer ataxia, hipotonía, hipotensión, depresión respiratoria y muy raramente la muerte.

Como medidas de rescate ante una sobredosis, se debe inducir el vómito antes de que trascorra una hora, si el paciente continúa consciente o, bien, realizar un lavado gástrico con conservación de la vía aérea, si esta inconsciente. Si esto no causa efecto alguno, se debe

administrar carbón activado. El Flumazenilo no debe utilizarse en pacientes epilépticos, debido a la posibilidad de que ocurran convulsiones. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Lorazepam

Este medicamento pertenece al grupo de benzodiazepinas de acción corta y funciona como ansiolítico. Según el protocolo del Ministerio de Salud se encuentra disponible como comprimidos de 1mg y 2mg, utilizados en trastornos del sueño y todos los estados de ansiedad asociada a procedimientos quirúrgicos y preanestesia.

Al igual que las anteriores, el tratamiento debe iniciarse con la dosis eficaz más baja recomendada y la duración debe ser el más corto posible, no debe superar las ocho o 12 semanas en casos de ansiedad y cuatro semanas para tratar el insomnio. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Tabla 11. Dosificación del Lorazepam

Ansiedad	0,5mg dos o tres veces al día	Se debe aumentar paulatinamente hasta alcanzar la dosis eficaz.
	Dosis usual: 1 a 6mg/día en varias tomas	Si las dosis son iguales la mayor de ellas debe darse al acostarse.
Insomnio	1 mg dosis única	Antes de acostarse, aumentando poco a poco hasta lograr la dosis eficaz. Máximo 4 semanas de tratamiento.
Pautas especiales	<p>No administrar en menores de 12 años.</p> <p>Adultos mayores con insuficiencia hepática y/o renal leve o moderada administrar la mitad de la dosis de adultos.</p> <p>En pacientes con insuficiencia respiratoria leve o moderada utilizar dosis menores por el riesgo a sufrir depresión respiratoria.</p>	

Nota: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de Costa Rica (2018, p. 1).

El Lorazepam se encuentra contraindicado en personas con hipersensibilidad a las benzodiazepinas, con glaucoma de ángulo cerrado, miastenia *gravis*, insuficiencia respiratoria severa, apnea del sueño e insuficiencia hepática severa. Este medicamento no debe utilizarse para tratar trastornos intensos que limiten la actividad del paciente, ni como monoterapia en el

tratamiento de la ansiedad asociada a depresión, por aumentar el riesgo a suicidios. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Este medicamento puede causar dependencia física y psíquica, además de tolerancia en dependencia de la dosis utilizada y la duración del tratamiento y, en mayor grado, en pacientes con antecedentes de drogadicción o alcoholismo. Cuando se crea dependencia de tipo física, la suspensión brusca del tratamiento puede generar síntomas como dolores musculares de cabeza, ansiedad aguda, tensión, intranquilidad, confusión e irritabilidad, en casos de mayor gravedad despersonalización, hiperacusia, hormigueos y calambres, fotofobia alucinaciones o convulsiones. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

La administración en periodos gestacionales, principalmente durante el primer trimestre, puede generar malformaciones congénitas, por lo que debe evitarse su uso durante esta etapa; existen reportes de niños que han presentado síntomas de retirada después de su nacimiento cuando las madres han consumido este tipo de medicamentos durante la gestación.

El Lorazepam puede pasar a leche materna por lo que no se recomienda su uso durante este periodo, a menos que los beneficios sean mayores que los riesgos. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Tabla 12. Efectos secundarios del Lorazepam

Muy frecuentes	Sedación, somnolencia, sensación de ahogo.
Frecuentes	Astenia, debilidad muscular, ataxia, confusión, depresión, mareos.
Poco frecuentes	Náuseas, impotencia, disminución de la libido.
Muy raros	Reacciones de hipersensibilidad, hiponatremia, hipotermia, hipotensión, estreñimiento, ictericia, temblor, convulsiones, ansiedad, alucinaciones.

Nota: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud de Costa Rica (2018, p.3).

Dentro de las interacciones del Lorazepam con otros medicamentos, como depresores del sistema nerviosos central, éstos causan aumento en sus efectos. Su uso simultáneo con Clozapina puede provocar sedación excesiva, hipotensión salivación, ataxia, delirio y fallo respiratorio,

cuando se utiliza con inhibidores hepáticos los efectos sedativos se potencian. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

La sobredosificación se manifiesta por distintos grados de depresión del sistema nervioso central: desde somnolencia hasta coma. En casos moderados, los síntomas incluyen somnolencia, confusión y letargia; en casos más graves, ataxia, hipotonía, hipotensión, depresión respiratoria y muy raramente coma o muerte. Las medidas de rescate se basan en inducción del vómito antes de transcurrida una hora, si el paciente se encuentra consciente o realizar un lavado gástrico con carbón activado, conservando la vía aérea si está inconsciente. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

Alternativas en el uso de benzodiacepinas como relajantes musculares

Los espasmos musculares (contracción involuntaria y dolorosa de los músculos) o contracturas son una condición que, en la actualidad, afectan con gran frecuencia la calidad de vida de las personas. Su farmacoterapia, por lo general, suele demandar una combinación de medicamentos, en dependencia del grado de afectación que presente el paciente. Los relajantes musculares son los fármacos de elección ante este tipo de afecciones, ya que actúan sobre los centros nerviosos deprimiendo la actividad muscular, lo que a su vez disminuye el tono y los movimientos involuntarios. (Martín, Bermejo, & Marcos, 2008)

Según Martín, Bermejo y Marcos (2008), los relajantes del músculos esquelético son un grupo de fármacos, no necesariamente relacionados químicamente entre sí, que presentan diferencias principalmente en cuanto a su eficacia y seguridad, por lo que es importante que el medicamento que el médico prescriba se adapte realmente a la condición que presenta el paciente, con el fin de evitar la aparición de efectos adversos no deseados.

El Diazepam es una benzodiacepina que produce relajación muscular y sedación y también tiene efecto antiespástico, esto quiere decir que reduce el tono muscular que se produce en caso de espasticidad (anomalías en el tono muscular producto de lesiones en el SNC, como esclerosis múltiple, enfermedades cerebrovasculares y parálisis cerebral). Aunque las benzodiacepinas tienen un alto rango de seguridad, la retirada brusca de dosis elevadas o prolongadas puede provocar síntomas como ansiedad, irritabilidad, temblor, insomnio y convulsiones, entre otros. (Martín, Bermejo, & Marcos, 2008)

Dentro de las alternativas al uso de benzodiazepinas, se encuentra la Tizanidina, un fármaco antiespasmódico que, además del efecto miorrelajante, posee efectos gastroprotectores, por tanto, puede combinarse con un AINE. Es menos sedativa que el Diazepam y no produce disminuciones significativas de la presión arterial. De igual forma, evidencia comprueba la eficacia de este medicamento como monoterapia en el tratamiento de la espasticidad. (Martín, Bermejo, & Marcos, 2008)

Las vitaminas del complejo B, como la tiamina (vitamina B1), piridoxina (vitamina B6) y cianocobalamina (vitamina B12), también han demostrado en numerosos estudios ser efectivas en ciertas patologías asociadas a dolor como lumbalgia, ciática, cefalea y artritis reumatoide. Los posibles mecanismos de acción de la analgesia que se han propuesto son la tiamina, la cual puede tener un papel muy importante en la conducción y excitabilidad nerviosa; la cianocobalamina puede bloquear selectivamente la conducción de nervios sensitivos y la piridoxina sola o en combinación con otras vitaminas del complejo puede inducir una inhibición de la hiperalgesia, mediante la alteración de las concentraciones de glutamato y canales de calcio, importantes en la neurotransmisión del dolor. (Torres & Rubio, 2012)

El Tiocolchicosido es otra opción de relajante muscular que puede ser utilizada como alternativa al uso de benzodiazepinas, es un relajante no sedativo que puede utilizarse tanto como monoterapia como en combinaciones con AINES y vitaminas del complejo B. Varios estudios han demostrado su eficacia en pacientes con lumbalgia asociada a espasmo muscular. (Centro Nacional de Farmacovigilancia, 2011)

Sin embargo, según la alerta de seguridad emitida en el 2014, hay potencial genotóxico en este medicamento, debido a que un metabolito producto de su degradación en el organismo puede dañar las células que se encuentren en proceso de división celular, por tanto, se recomienda su uso a partir de los 16 años y se prohíbe en el embarazo y periodo de lactancia. Sumado a esto, la dosis máxima vía oral es de 8mg cada 12 horas y por un máximo de 7 días y, por vía intramuscular, 4mg cada 12 horas por cinco días consecutivos. (Centro Nacional de Farmacovigilancia, 2011)

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se describirá de forma detallada y puntual la metodología por medio de la cual se lleva a cabo la investigación. De igual manera, se definirán las técnicas y los instrumentos mediante los cuales se realiza la recolección, el procesamiento y la interpretación de los datos o resultados obtenidos. Adicionalmente, se detallarán los sujetos o las fuentes de información que forman parte fundamental de estudio y sobre los cuales se obtendrán referencias necesarias que permitan fundamentar el propósito de este estudio.

Enfoque

Para dar inicio, es importante señalar que, desde los orígenes de la investigación científica, todo proceso marcado por una búsqueda de conocimiento puede tomar diferentes rumbos u orientaciones, según el tipo de enfoque en el cual se fundamente el desarrollo del estudio. Con base en esto, en la actualidad existen tres categorías de enfoque investigativo, las cuales dependen principalmente de la visión y el tratamiento que el investigador le dé a su estudio. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

Es así como Hernández, Fernández y Baptista (2014), en su libro “Metodología de la Investigación”, definen y caracterizan cada uno de los enfoques investigativos. Primeramente, describen el denominado cuantitativo como un conjunto de procesos que “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin [sic] establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4); es decir este enfoque propone, por medio del planteamiento de problemas concretos, medir fenómenos utilizando estadística con el fin de probar hipótesis y teorías.

Así mismo, los mismos autores definen el enfoque cualitativo como aquel que “utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (p. 7); en otras palabras, este enfoque, a través del planteamiento de problemas que pueden más abiertos, se enfoca en la recopilación y el estudio de referencias bibliográficas, con propósito de contextualizar e interpretar el fenómeno de estudio.

Finalmente, Hernández, Fernández y Baptista (2014) detallan un tercer enfoque llamado enfoque mixto, el cual se describe como:

Un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (p. 534)

En referencia a la clasificación anterior, esta investigación se cataloga como un estudio de enfoque mixto, porque incluye un análisis estadístico de variables cualitativas de los datos proporcionados por la jefatura del servicio de farmacia, mediante el método de la chi cuadrada, para cada uno de los medicamentos que son objeto de estudio. De igual manera, se realiza una serie de entrevistas al personal farmacéutico, lo que corresponde a la parte cualitativa de esta investigación.

Método

Una parte esencial de todo proceso investigativo es determinar el diseño metodológico por medio del cual el investigador dará respuesta al planteamiento del problema definido. Por ello es importante definir este término.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) se refieren al diseño de investigación como un “plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema.” (p. 128)

En la literatura se hace mención de diferentes categorías de diseños de investigación que se aplican. según el enfoque del estudio, entre ellos: los diseños transversales, longitudinales, descriptivos, analíticos, observacionales o no experimentales y los experimentales. Sin embargo, para efectos de la presente investigación, se conceptualizarán solo aquellas categorías que representen la metodología aplicada. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

El diseño transversal o transeccional se caracteriza, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), porque “su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p. 154); por tanto, este estudio se clasifica como transversal, ya que analiza el

despacho de medicamentos psicotrópicos en la población de Turrialba, correspondiente al período de enero a junio del 2017.

De igual forma, una investigación transversal, a su vez, puede subdividirse en diseño transeccional descriptivo, el cual, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), tiene como principal objetivo “indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población.” (p. 155)

De la misma manera, esta definición se asocia con la investigación, porque en ella se realiza un análisis estadístico para establecer si existe o no relación entre diferentes variables.

Finalmente, otro diseño metodológico que debe definirse es el observacional o no experimental, el cual es descrito por los mismos autores como “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (p. 152); por lo tanto, esta investigación es observacional, porque solo se van a analizar los resultados obtenidos de la estadística.

Operacionalización de variables

Tabla 13. Operacionalización de las variables (primera parte)

Variables y categorías	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumento
Variabes sociales	Son aquellas características que cambian en un mismo individuo, grupo, comunidad o población. Es un valor real, tan aproximado como se necesite, que avance con el tiempo y que varían entre los individuos o grupos. (Castro & Díaz, 2009)	<p>Edad:</p> <p>Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. (Real Academia Española, 2018)</p>	<p>Niños:</p> <p>De 0 a 12 años.</p> <p>Adulto joven:</p> <p>13 a 17 años.</p> <p>Adulto:</p> <p>18 a 35 años.</p> <p>Adulto:</p> <p>De 36 a 64 años</p> <p>Adulto Mayor:</p> <p>Mayor de 65 años.</p>	Análisis estadístico por el método de chi cuadrado.
		<p>Género:</p> <p>Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo. (Real Academia Española, 2018)</p>	<p>Masculino</p> <p>Femenino</p>	
		<p>Zona geográfica:</p> <p>Lugar en que se reside los pacientes. (criterio propio)</p> <p>Índice de Desarrollo Social (IDS):</p> <p>Herramienta para un mejor entendimiento de la situación social</p>	<p>Zona 1, según el IDS:</p> <p>Turrialba (202)</p> <p>Santa Rosa (242)</p> <p>La Suiza (291)</p> <p>Zona 2, según el IDS:</p> <p>La Isabel (314)</p> <p>Pavones (318)</p>	

		<p>desde una perspectiva territorial. Toma en cuenta cuatro dimensiones: económica, participación electoral, salud y educación. A nivel nacional, se le asigna una posición a cada distrito del país. (Instituto de Desarrollo Rural, 2014)</p>	<p>Santa Teresita (337)</p> <p>Zona 3, según el IDS: Santa Cruz (406) Tuis (421) Tayutic (425)</p> <p>Zona 4, según el IDS: Tres Equis (427) Peralta (445) Chirripó (477)</p>	
		<p>Escolaridad promedio: Cantidad de años aprobados en la educación regular. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)</p>	<p>Sin estudios</p> <p>Primaria: Completa e incompleta.</p> <p>Secundaria: Completa e incompleta.</p> <p>Universidad: Completa e incompleta.</p>	

Nota: Elaboración propia (2019).

Tabla 14. Operacionalización de las variables (segunda parte)

Variables y categorías	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumento
<p>Variables relacionadas con la prescripción</p>	<p>En cada prescripción se reflejan los medicamentos disponibles, la información acerca de ellos y las condiciones en que se lleva a cabo la atención médica. (Ramos & Olivares, 2010)</p>	<p>Medicamento: Sustancia que, administrada interior o exteriormente, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad o corregir las secuelas de esta. (Real Academia Española, 2018)</p>	<p>Clonazepam frasco gotero de 2,5mg/ml Diazepam tabletas de 5mg Lorazepam tabletas de 2mg</p>	<p>Análisis estadístico por el método de chi cuadrada</p>
		<p>Servicio: Actividad llevada a cabo bajo un cierto control y regulación, especializada o no, destinada a satisfacer necesidades de la colectividad. (Real Academia Española, 2018)</p>	<p>Urgencias Medicina General Pediatria Consulta Especializada</p>	
		<p>Especialidad: Rama de la ciencia médica, cuyo objeto es una parte limitada de ella, sobre la cual se poseen habilidades muy precisas. (Real Academia Española, 2018)</p>	<p>Medicina General Psiquiatria Medicina Interna Pediatria</p>	

Nota: Elaboración propia (2019).

Tabla 15. Operacionalización de las variables (cuarta parte)

Variables y categorías	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumento
<p>Percepción de los farmacéuticos</p>	<p>Conocimiento o ideas personales, basadas en la experiencia y el razonamiento o entendimiento propio acerca de tema en particular. (Real Academia Española, 2018)</p>	<p>Información: Conjunto de datos relativos a cualquier área de la experiencia humana. (Real Academia Española, 2018)</p> <p>Protocolos: Secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc. (Real Academia Española, 2018)</p> <p>Control interno: Conjunto de acciones, actividades, normas, registros y procedimientos, que desarrollan autoridades y su personal a cargo, con el objetivo de prevenir posibles riesgos. (Real Academia Española, 2018)</p> <p>Opinión: Juicio o valoración que se forma una persona respecto de algo o de alguien. (Real Academia Española, 2018)</p>	<p>Percepción sobre el conocimiento y la información de la población.</p> <p>Aplicación de protocolos de abordaje y seguimiento.</p> <p>Control interno.</p> <p>Opinión del personal farmacéutico acerca de información relacionada con la investigación.</p>	<p>Aplicación de una entrevista al personal farmacéutico</p>

Nota: Elaboración propia (2019).

Matriz general para el diseño de instrumentos

Tabla 16. *Matriz general para el diseño de instrumentos*

Técnica	Instrumento	Sujetos y fuentes de información
Análisis estadístico	Método de chi cuadrado	Base de datos estadísticos de psicotrópicos despachados durante el 2017
Entrevista	Cuestionario	Farmacéuticos que laboran en el HWAT

Nota: Elaboración propia (2019).

Descripción de instrumentos

En este estudio se emplean tres diferentes técnicas investigativas, mediante la cuales se recolectan y analizan información de gran importancia para desarrollar la investigación. Cada técnica cuenta con su instrumento correspondiente, por tanto, en esta sección se realiza una descripción puntual de cada uno de ellos, con el fin de mostrar al lector cuál manejo se le dio a cada una de las variables planteadas.

Primeramente, es importante definir el instrumento central base de todo el proceso investigativo y, desde luego, parte indispensable del análisis estadístico que se lleva a cabo, denominado chi cuadrado (X^2), el cual es descrito por Hernández, Fernández y Baptista (2014) como una “prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.” (p. 318)

El chi cuadrado se obtiene por medio de programas estadísticos, en este caso se utiliza el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). En esta investigación se estableció un intervalo de confianza de un 95%, por tanto, cualquier valor de P que sea menor a 0,05 se considera estadísticamente significativo.

Con respecto al enfoque cualitativo de este estudio, se llevan a cabo entrevistas, por lo que es importante confeccionar un cuestionario que las guíe. Por ello, primeramente se detalla qué es un cuestionario, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), quienes declaran que “consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir.” (p. 22)

El cuestionario consta de una serie de preguntas abiertas, las cuales posteriormente se codifican y analizan.

Descripción de los sujetos y fuentes de información

En este apartado se describirán de manera más detallada los sujetos y las fuentes de información que forman parte fundamental de esta investigación. En primer lugar, en el caso del análisis estadístico, se emplea una base de datos estadísticos proporcionados por la jefatura del servicio de farmacia del HWAT de Turrialba, del cual se extraen distintas variables a las cuales se les aplica el método del Chi cuadrado.

Para finalizar, como se realizarían una serie de entrevistas al personal profesional que labora en el servicio de farmacia del HWAT, se establecieron condiciones o delimitaciones a los posibles candidatos, con el fin de obtener información basada en experiencia:

1. Ser personal farmacéutico.
2. Tener, como mínimo, dos años de laborar en el servicio de farmacia.
3. Tener experiencia en atención farmacéutica.

Procedimiento de recolección y análisis de datos

Análisis estadístico por medio del método de chi cuadrado

En cuanto al procedimiento que se lleva a cabo para la recopilación y el análisis de los datos estadísticos, en primer lugar, se utiliza la base de datos sobre los medicamentos Clonazepam frasco gotero, Diazepam tabletas y Lorazepam tabletas, despachados durante el 2017, facilitada por la jefatura del servicio de farmacia del hospital William Allen Taylor de Turrialba, la cual posteriormente se analizará y se extraerán los datos más relevantes para esta investigación. A continuación, se detalla de manera más amplia este proceso.

Primera fase. Recolección de la base estadística de datos

Luego de una reunión breve con el Dr. Giovanni Vargas, jefe del servicio de Farmacia, se obtuvo acceso a la base de datos correspondiente al despacho anual de los medicamentos Clonazepam en presentación de frasco gotero y Diazepam y Lorazepam en tabletas. A

continuación, se procede a filtrar los datos más importantes en relación con el tema de la investigación.

Segunda fase. Análisis descriptivo de cada una de las variables cualitativas.

A cada uno de los tipos de variables cualitativas extraídos, se les aplicará un análisis descriptivo, con el propósito de ordenar y clasificar las variables para su mejor manipulación al hacer los análisis estadísticos.

Tercera fase. Comparación de las variables.

Se realizará un análisis comparativo entre las diferentes variables para identificar si existe o no relación entre las benzodiazepinas Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y las variables género, grupo etario, escolaridad, zona de residencia, servicio y especialidad, mediante la aplicación del método estadístico conocido como chi cuadrado mencionado.

Para determinar estas relaciones en la prueba del chi cuadrado, se procede a establecer las hipótesis que se someterán a dichas pruebas:

Primer variable

H1: El género de la población establecida determina el tipo de benzodiazepina que se utiliza.

H0: El tipo de benzodiazepina utilizada en la población no es determinada por el género del paciente

Segunda variable

H1: La escogencia del medicamento benzodiazepínico utilizado para un paciente en el Hospital William Allen es influenciado por el grupo etario al cual pertenece dicho paciente

H0: La edad de los pacientes no es un determinante para escoger la benzodiazepina que se vaya utilizar

Tercera variable

H1: Existe relación entre el tipo de benzodiazepina que se escoge y el servicio donde es recetada

H0: El servicio del hospital que receta no tiene relación con la escogencia de la benzodiazepina

Cuarta variable

H1: La especialidad del médico es un factor influyente en el tipo de benzodiacepina que se utiliza con los pacientes

H0: La escogencia de la benzodiacepina no es influenciada por la especialidad del médico tratante

Quinta variable

H1: EL medicamento de tipo benzodiacepina que se les receta a los pacientes depende de la escolaridad que tenga cada paciente

H0: La escolaridad de los pacientes no es un factor que tenga relación con el tipo de benzodiacepina que se utilice

Sexta variable

H1: La escogencia de la benzodiacepina que utiliza un paciente depende de la zona donde vive.

H0: El lugar donde viva un paciente no determina qué tipo de benzodiacepina va utilizar.

Cuarta fase. Enfatización de las variables.

Se analizan los resultados obtenidos, después de la aplicación del método estadístico, con especial énfasis en aquellos que son más relevantes con respecto a los objetivos planteados en esta investigación.

Análisis de la percepción de los farmacéuticos sobre la prescripción y utilización de benzodiacepinas a través de una entrevista.***Primera fase. Selección de las variables y elaboración del cuestionario.***

Para facilitar la elaboración del cuestionario que se va utilizar como instrumento guía, primero, se establecerán las variables de relevancia para la investigación, de acuerdo con los objetivos establecidos.

Una vez establecidas las variables, se plantearán preguntas sobre el tema que se quiere conocer. A su vez, se tomará en cuenta que las preguntas deben ser abiertas, fomentar el diálogo, con un lenguaje apropiado y de fácil comprensión.

Segunda fase. Aplicación del plan piloto.

Después de la confección del cuestionario, se sometió a un plan piloto con a tres farmacéuticos que laboran actualmente para la CCSS, con un mínimo de dos años de experiencia, quienes leyeron cada pregunta, propusieron correcciones y plantearon observaciones que se tomarán en cuenta para elaborar el que se aplicará al personal profesional del servicio de farmacia del HWAT.

Los farmacéuticos que colaboraron con la aplicación del plan piloto fueron:

- Dra. Paula Andrea Umaña Arias
- Dr. Geovanni Vargas Solano
- Dr. Andrés Isidro Mora Barrantes

Tercera fase. Aplicación de las entrevistas al personal profesional farmacéutico

Utilizando como guía el cuestionario elaborado y corregido mediante el plan piloto, se realizó cada entrevista al personal farmacéutico que cumplía con los requisitos establecidos.

Para dar inicio, se le explicó al profesional farmacéutico en qué consistía el tema de investigación, cuál era el objetivo y se le solicitó permiso para grabar la entrevista.

Cuarta fase. Traducción de las entrevistas y análisis de los resultados

Mediante la herramienta de Word, se transcribieron las respuestas a cada pregunta en prosa y se procedió a analizar las respuestas obtenidas por los tres profesionales farmacéuticos, para resaltar tanto en qué coinciden, como en qué temas difieren y su relación con los datos obtenidos en esta investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la investigación, en la cual se analizó la base de datos conformada por un total de 836 pacientes, facilitada por la jefatura del servicio de Farmacia del HWAT, sobre el despacho de medicamentos tipo benzodiacepina, específicamente Clonazepam en presentación de frasco gotero, Diazepam de 5mg y Lorazepam de 2mg en presentaciones de tabletas, durante el 2017.

Para su mejor comprensión y de acuerdo con los objetivos planteados para el análisis de los datos, se divide este capítulo en cuatro partes.

En el primer apartado se exponen los resultados extraídos de las bases de datos de los tres medicamentos objeto de estudio con respecto a las variables de género (masculino y femenino), edad (niño: 0-12 años, joven: 13-17 años, adulto joven: 18-35 años, adulto: 36-64 años y adulto mayor: mayores de 65 años), servicio (Medicina general, Consulta especializada, Urgencias, Medicina mixta y Otros), especialidad (Medicina general, Psiquiatría, Geriátrica, Medicina paliativa y Otros), escolaridad (ninguna, primaria, secundaria y universidad) y distrito de residencia (zonas 1, 2, 3 y 4).

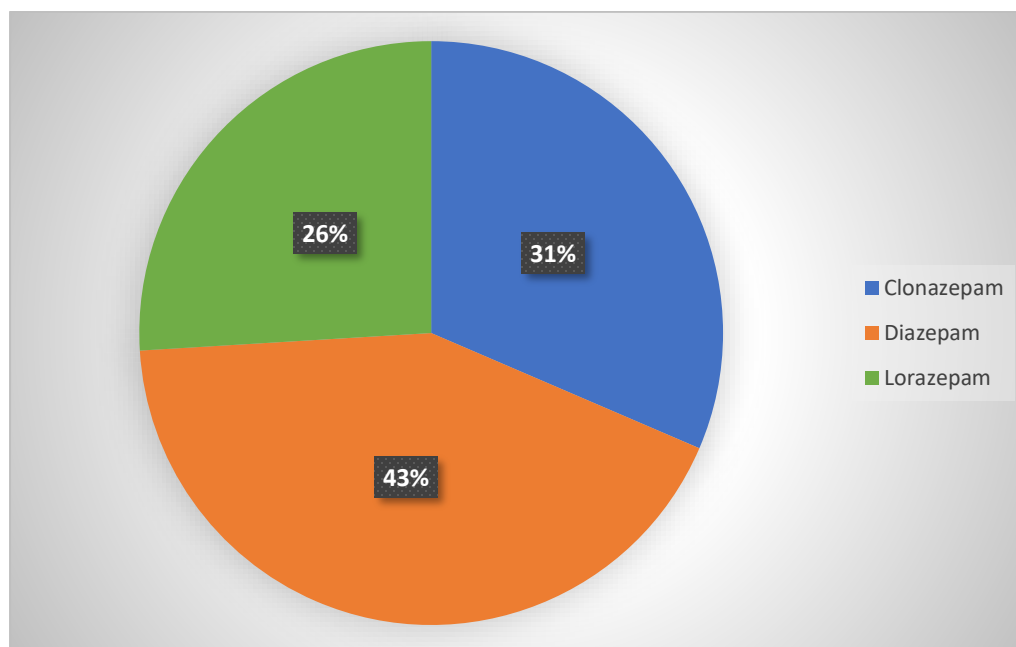
Con respecto al segundo apartado que conforma este capítulo, en este se incluirá el análisis de los gráficos y las tablas que corresponden a la aplicación del método estadístico del chi cuadrado, de acuerdo con las variables mencionadas, con el fin de saber si existe o no relación entre estas y la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en el HWAT.

En el tercer apartado, se encuentran los resultados correspondientes a la aplicación de una entrevista a tres profesionales farmacéuticos que laboran en el servicio de Farmacia del HWAT, mediante la cual se obtendrá una visión más clara sobre cómo se usan los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina en este centro de salud, mediante la tabulación de las respuestas obtenidas para cada una de las preguntas del cuestionario empleado.

Por último, el cuarto apartado corresponde al planteamiento de un protocolo institucional para abordar y dar seguimiento de los usuarios a los cuales se les prescriben psicotrópicos tipo benzodiacepina, Para ello, se toman en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación, más el análisis de diferentes fuentes bibliográficas que, de igual forma, fueron citadas en este capítulo.

Análisis de los datos extraídos de la base de datos del servicio de farmacia del HWAT

Figura 12. Cantidad de prescripciones por medicamento: Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en el HWAT, durante el 2017



Nota: Elaboración propia con base en la base de datos del HWAT, 2017.

Primeramente, en la Figura. No. 12 se observa cómo se distribuye la prescripción con respecto a los tres medicamentos objeto de estudio. El Diazepam es el medicamento que más se prescribe en el HWAT, con un total de 356 usuarios, que corresponden a un 43%. En segundo lugar, se encuentra el Clonazepam, con un 31%, equivalente a 263 usuarios y, por último, con 217 pacientes se ubica el Lorazepam, para un 26% de la población bajo estudio.

Como lo menciona Olvera (2011), actualmente existe una fuerte prevalencia a la prescripción inadecuada de fármacos según los Criterios de Beers, una herramienta que guía dicha prescripción en la población adulta mayor. Entre los grupos terapéuticos más implicados en este problema, debido a su alta prescripción, son las benzodiacepinas, principalmente el Diazepam y, en segundo lugar, el Lorazepam, en varios países europeos, entre ellos Alemania e Inglaterra, también en otros como Estados Unidos, Canadá, Japón y Pakistán y en varios latinoamericanos, como Brasil, Perú y Chile.

En un estudio realizado en México con una población de mujeres de Tepic, Nayarit, durante el 2010, por Valdivia, Casique y Muñoz (2015), se encontró que las drogas psicotrópicas que más se consumían en esta población eran, en primer lugar, el Diazepam con un 36,4%, seguido del Clonazepam y el Lorazepam, con un porcentaje de 24,2% para ambos medicamentos.

De igual manera, Machado, Alzate y Jiménez (2015), en su estudio de una población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, encontraron, durante el periodo 2008-2013, un aumento en las prescripciones de medicamentos ansiolíticos tipo benzodiazepina de aproximadamente un 135,1%, entre ellos el Clonazepam y el Lorazepam.

El Clonazepam (solución oral 2,5mg/ml) fue el más prescrito, representando el 44,1% de las prescripciones, seguido del Lorazepam (tabletas de 2mg) con un 13,2% y, en último lugar, el Diazepam (inyectable 10mg/ml), con solo por un 2,7%.

Más recientemente, según el estudio de González y otros (2017), durante el período 2013-2015, la tendencia fue de un alto consumo de la benzodiazepina Diazepam en aproximadamente un 44% de la población militar bajo estudio, sin embargo, de 1992 a 2006 este no era el caso, siendo las benzodiazepinas de vida media corta a intermedia como el Lorazepam las más utilizadas en España.

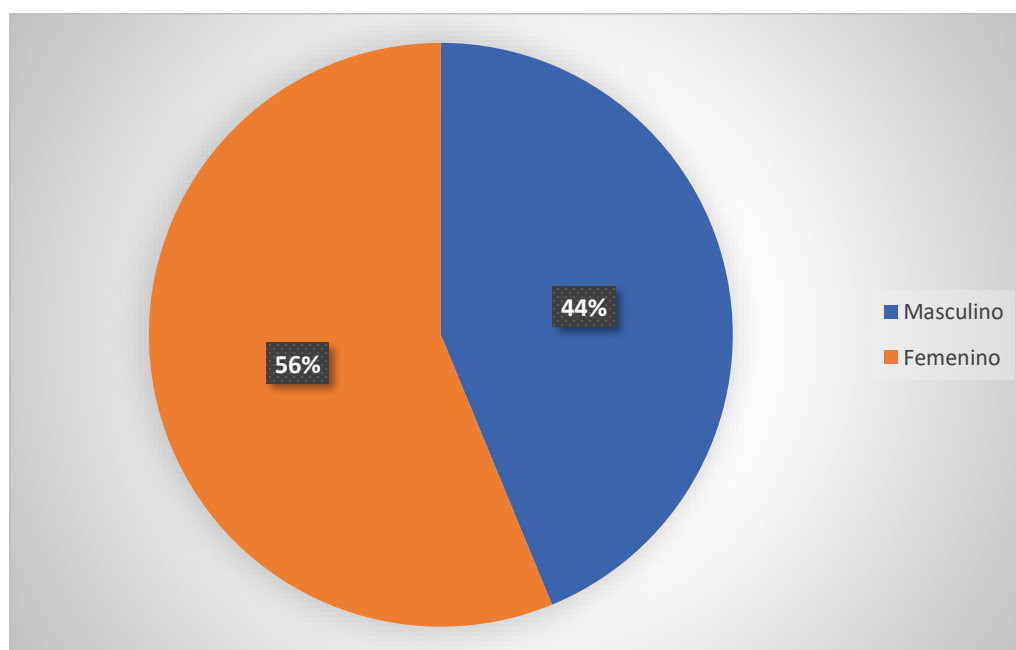
En Costa Rica, el estudio de Vargas (2011) muestra un consumo mayor del medicamento Clonazepam gotas, con un total de 87 pacientes de la población analizada durante el primer cuatrimestre del 2011. En segundo lugar se encuentra el Lorazepam tabletas, con 80 usuarios a los que se les administró este fármaco. En tercer lugar, está el Diazepam tabletas, con un total de 66 pacientes y Diazepam en ampollas en último lugar, con solo 20 usuarios.

De lo mencionado, puede observarse que la tendencia mundial es el aumento en la utilización de las benzodiazepinas, específicamente hablando, con el paso del tiempo ha subido considerablemente el número de prescripciones de este tipo de fármacos, notándose una frecuencia mayor en el uso del Diazepam, como lo mencionan los autores Olvera (2011), González y otros (2017) y Valdivia, Casique y Muñoz (2015), lo cual coincide con los resultados obtenidos en esta investigación.

No obstante, los resultados de los autores Machado, Alzate y Jiménez (2015) difieren de los obtenidos en este estudio, probablemente porque no se tomó en cuenta el medicamento Diazepam en presentación de tabletas solo en ampollas.

De igual manera, los resultados obtenidos por Vargas (2011) tampoco coinciden con los de esta investigación, lo cual puede deberse a la diferencias existentes entre las poblaciones analizadas, ya que este estudio se aplicó a una población ambulatoria a la que se le prescribieron las benzodiazepinas Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en un hospital periférico, mientras que el estudio de Vargas (2011) se realizó en una clínica a los pacientes a los que se les administró el medicamento.

Figura 13. Distribución poblacional por género de usuarios de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en el HWAT, durante el 2017



Nota: Elaboración propia con base en la base de datos del HWAT, 2017.

En la Figura No. 13, donde se representa la distribución según el género de los pacientes a los cuales se les prescriben los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiazepina, Clonazepam, Diazepam Y Lorazepam, se observa que estos, en su mayoría, son prescritos a pacientes del género femenino con un 56%. Ello corresponde a 470 usuarios, mientras que en el caso del género masculino representa solo un 44% de la población, con 366 pacientes.

Años atrás, el estudio de Joel Lexchin, publicado en el 2001, citado por Arizaga (2007), describía la intervención del género en el uso de psicotrópicos desde la década de los setenta. Existían numerosas publicidades de medicamentos psicotrópicos que mostraban a mujeres universitarias jóvenes fuera de casa por primera vez o amas de casa, lo que demuestra que en aquellos años se mantenía la idea de que padecían con gran frecuencia desórdenes mentales e, incluso, los médicos se valían de estas suposiciones para justificar las altas prescripciones de psicofármacos en esta población.

Varios estudios que se publicaron alrededor del 2000, según Arizaga (2007), reportaban que, aunque los pacientes mostraran los mismos síntomas ansiosos y depresivos, la mayor prescripción de ansiolíticos se realizaba fundamentalmente a las mujeres, mientras que a los hombres se les derivaban a otros especialistas. Al mismo tiempo varias investigaciones reportaban un mayor consumo abusivo de los psicofármacos por parte del género femenino con respecto al masculino, del cual sí se ha reportado un mayor consumo de alcohol.

Con respecto a lo anterior, es oportuno señalar que, según como se menciona en esta investigación, incluso desde los años ochenta y noventa, las prescripciones de ansiolíticos, especialmente benzodiazepinas, en mujeres duplicaban las de los varones; sin embargo, no se ha mostrado interés en explicar este fenómeno ni en generar acciones que lleven a disminuir su consumo en esta población. (Arizaga, 2007)

La investigación de Vargas (2011) demuestra que en Costa Rica, en el cantón de San José, específicamente en la población de Goicoechea que acude al Área de Salud Goicoechea 2, el género femenino presenta la mayor cantidad de prescripciones de las benzodiazepinas, especialmente de aquellas que forman parte de este estudio, con un 69% en el caso del Clonazepam gotas, un 61% del Diazepam en comprimidos y un 73% del Lorazepam en comprimidos, mientras que el género masculino presenta un porcentaje menor en la prescripción de ese tipo de medicamentos.

Según lo descrito por Olvera (2011), en países como Alemania se ha encontrado una prescripción mayor y por lo general inadecuada en el 72% de la población femenina. En el Reino Unido, igualmente, en el sexo femenino predomina la prescripción de benzodiazepinas, la cual además suele ser incorrecta.

En el caso de Japón, solo se observa que un 74,7% de las prescripciones de benzodiazepinas corresponden al género femenino y, por último, en Canadá múltiples investigaciones han demostrado que “las mujeres resultaron ser estadísticamente significativamente más propensas a recibir una medicación inadecuada.” (p 9)

Con referencia a lo mencionado, según Valdivia, Casique y Muñoz (2015), en Latinoamérica también se ha observado un mayor consumo de fármacos psicotrópicos principalmente en el género femenino, lo cual se atribuye a que los utilizan como vía de escape ante una realidad de pobreza, opresión, violencia doméstica e, incluso, abuso sexual. También se menciona que esta población es vulnerable a presentar estados de ansiedad, intranquilidad o depresión, lo que aumenta los índices de atención por estas causas, al mismo tiempo que aumenta el riesgo de la automedicación con medicamentos psicotrópicos, con el fin de mejorar estos estados de salud.

En la investigación realizada por González y otros (2017), también se obtuvieron resultados similares, para el 2013 la prevalencia en el total del consumo de benzodiazepinas fue de un 3,4% para las mujeres, mientras que para los hombres, de un 1,6%. El siguiente año, de igual forma, la prevalencia del género femenino fue mayor, con un 5,2% y el género masculino presentó una menor incidencia con un 1,5%. Por último, para el 2015, la tendencia se mantuvo con un 5,9% para las mujeres y un 2,1% para los hombres.

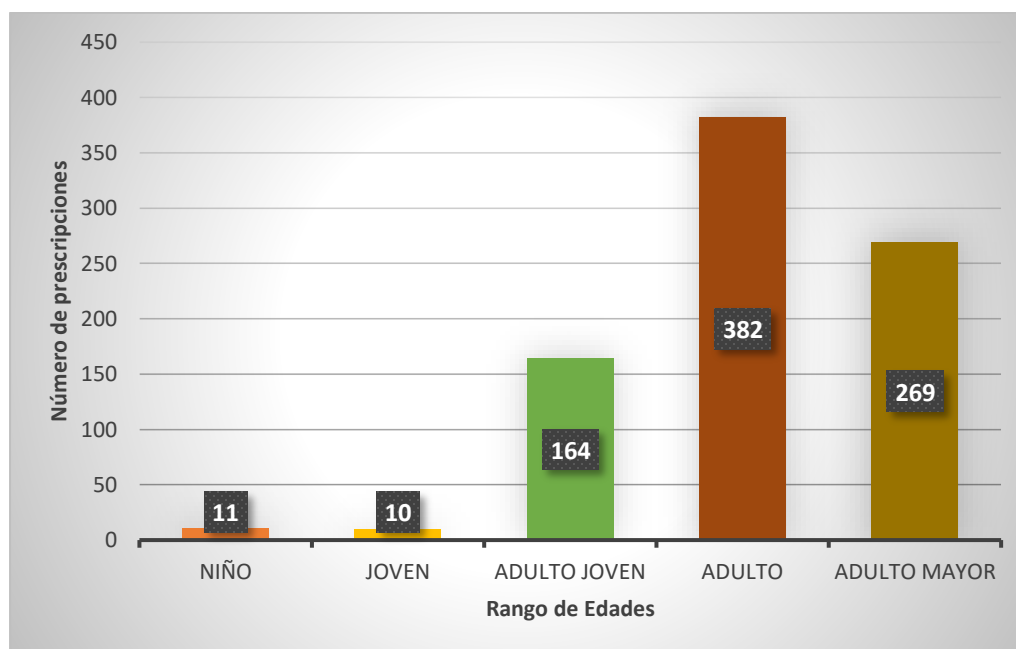
En el caso de esta investigación, se obtuvieron resultados que coinciden con los de los autores citados, siendo el género femenino el que presenta la mayor cantidad de prescripciones de ansiolíticos y benzodiazepinas, incluso desde los años ochenta y noventa, como lo menciona el informe de Arizaga (2007).

Otro punto importante es que, según el análisis realizado por este mismo autor sobre varios artículos de España y Canadá, principalmente, se utilizan por lo general dosis más altas en mujeres que en hombres, aun cuando ambos presenten los mismos síntomas.

Con respecto a esto, los autores Olvera (2011) y Valdivia, Casique y Muñoz (2015) resaltan que a la población femenina no solo se le prescriben con mayor frecuencia benzodiazepinas, sino que también con un alto porcentaje de prescripciones incorrectas en cuanto a dosis y duración del

tratamiento; por tanto, también se ha reportado que las mujeres presentan mayor vulnerabilidad a la automedicación por el desarrollo de dependencia a esa clase de medicamentos.

Figura 14. Número de prescripciones de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, según el grupo etario al que pertenece el paciente en el HWAT, durante el 2017



Nota: Elaboración propia con base en la base de datos del HWAT, 2017.

En cuanto a distribuir las prescripciones de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, con respecto a los rangos de población establecidos para este estudio, se encontró que un 1% corresponde al grupo etario “niños” (11 usuarios) y, de la misma manera, un 1% corresponde al grupo de jóvenes (10 usuarios).

Como se observa en la Figura No. 14, el grupo en el cual se encontró que se despachan y, por tanto, prescriben mayor cantidad de recetas de psicotrópicos tipo benzodiacepina es en la población adulta, con un total de 382 pacientes (46%), casi la mitad de la población estudiada, seguida de la población adulta mayor, con 269 pacientes (32%) y la población adulta joven, con 164 pacientes (20%).

Según el autor Arizaga (2007), quien realizó una investigación sobre el uso inadecuado de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana, mediante grupo focales según los grupos etarios joven (18 a 29 años), intermedio (30 a 49 años) y mayor (50 a 65 años), encontró que en edades

jóvenes no son frecuentes las visitas al médico, por lo que el número de prescripciones suele ser menor en ellos; sin embargo, estos medicamentos suelen ser adquiridos por métodos ilegales, sin mediar ninguna receta médica.

Por otra parte, en el caso de la población definida en el estudio como intermedia y mayor, se observa un mayor consumo asociado a la frecuencia con que las personas visitan algún centro médico. A pesar de esto, como lo menciona (Arizaga, 2007), la mayoría usuarios de este tipo de medicamentos expresan incumplimiento en cuanto al régimen establecido, ya que reflejan problemas de comunicación con el médico prescriptor, lo que conlleva a la desconfianza y la automedicación.

En el estudio de Vargas (2011) , de igual manera, se encontró que las personas a las que más se le prescriben los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam se encuentran entre los rangos de edad que comprenden desde los 41 a los 50 años, de 51 a 60 años y en edades superiores. Asimismo, los usuarios con menos de 30 años representan solo un 9% en el caso del Clonazepam gotas, un 7% de la población estudiada corresponde a Diazepam en tabletas y en cuanto al Lorazepam tabletas, el porcentaje fue de un 0%.

En una investigación realizada en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, los resultados obtenidos por Olvera (2011) destacan que el rango de edad en el cual se presentan con mayor frecuencia prescripciones inadecuadas de psicotrópicos tipo benzodiazepina es entre los 65 y 69 años, con el principal diagnóstico de trastorno del sueño y con una duración predominante de más de un año de prescripción.

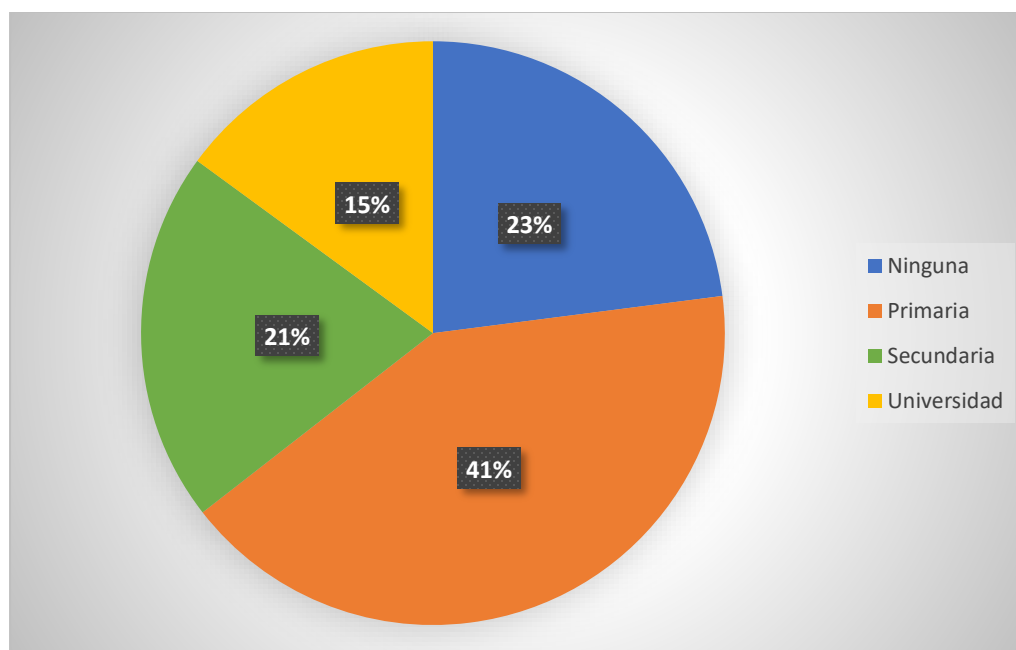
Con respecto a los resultados citados, se observa que los autores Arizaga (2007), Vargas (2011) y Olvera (2011) mantienen similitud con los obtenidos en esta investigación, en lo que respecta a un aumento en el consumo de benzodiazepinas, como el Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, principalmente a partir de los 30 años y con una tendencia al alza en edades superiores en las cuales, además, se han reportado con mayor frecuencia prescripciones inadecuadas que superan incluso un año de prescripción.

A pesar de que, en esta investigación, la población adulta mayor no es a la que se le prescribe con más frecuencia los psicotrópicos tipo benzodiazepina Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, sí se encuentran en la segunda posición después de la población adulta. Según lo

mencionan Sanches, Alves y Ribeiro (2018), en su estudio “Elderly people with mental disorders: experiencing the use of psychotropic medicines”, el empleo de benzodiazepinas en la población adulta mayor se debe principalmente al aumento en el desarrollo de enfermedades mentales con el envejecimiento.

Por otro lado, con respecto a la población adulta, a nivel nacional, según el informe “Salud en las Américas”, publicado por OMS y OPS (2017), actualmente existe una tendencia al surgimiento de enfermedades y trastornos mentales en esta población e, incluso, en etapas tempranas de este periodo de la vida, como ansiedad y abuso de sustancias, consecuencia de distintos factores que afectan a la población costarricense en general, como el empobrecimiento y la falta del cumplimiento de los controles de aquellos medicamentos o drogas que pueden generar dependencia, lo que facilita la disponibilidad y el acceso a estos.

Figura 15. Distribución poblacional según la escolaridad de los usuarios de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en el HWAT, durante el 2017



Nota: Elaboración propia con base en la base de datos del HWAT, 2017.

En la figura anterior se muestra la distribución de la población de estudio en relación con el grado de escolaridad que posee. El número de usuarios que no cuentan con ningún tipo de estudios es de 192, lo que representa un 23% de la población. Por su parte, solo un 15% de ella, que corresponde a 125 usuarios, ostenta algún tipo de estudio universitario.

Por otro lado, aproximadamente un 21% completó la educación secundaria y, por último, la mayoría de los pacientes a los que se les prescribieron psicotrópicos poseen estudios de enseñanza general básica, que corresponde a primaria.

Los resultados obtenidos en la investigación de Vargas (2011) coinciden con los de este estudio, ya que se encontró que en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez, del cantón de Goicoechea de San José, durante el primer trimestre del 2011, se prescribieron psicotrópicos, en su mayoría, a un sector de la población que poseía estudios de primaria, con un 49%, seguido del grado de escolaridad de secundaria, con un 28% y, en tercer lugar, los pacientes ostentaban algún tipo de educación superior o universitaria (17%), mientras que solo un 6% de la población no poseía ningún tipo de educación académica.

De igual manera, en un estudio realizado por Méndez, Ortiz y San Lee (2009), en el Centro de Atención Institucional el Buen Pastor, se encontró que la población con primaria completa (31.7%) e incompleta (26.7%) presentaba una mayor utilización de este tipo de medicamentos.

Por tanto, es importante también destacar que el 83% de la población analizada desertó del sistema educativo, por lo que no contaba con las herramientas necesarias para insertarse en el mercado laboral.

En relación con lo anterior, en el estudio de Olvera (2011), sobre el nivel de escolaridad de los pacientes a quienes se le realizó una prescripción de psicotrópicos en México, fue predominantemente educación básica (primaria y secundaria) con un 68% de la población estudiada, mientras que un porcentaje menor (7,3%) corresponde a aquellos usuarios con un grado de escolaridad superior (estudios universitarios).

Un estudio realizado en Colombia por Valdivia, Casique y Muñoz (“015) también mostró, como parte de sus resultados, que la mayor prescripción de benzodiazepinas se realizó a pacientes con un nivel de escolaridad de primaria, seguidos de quienes poseen estudios de secundaria y universitaria o profesional, al igual que las investigaciones mencionadas. Asimismo, un pequeño porcentaje de la población no poseía ningún tipo de estudios.

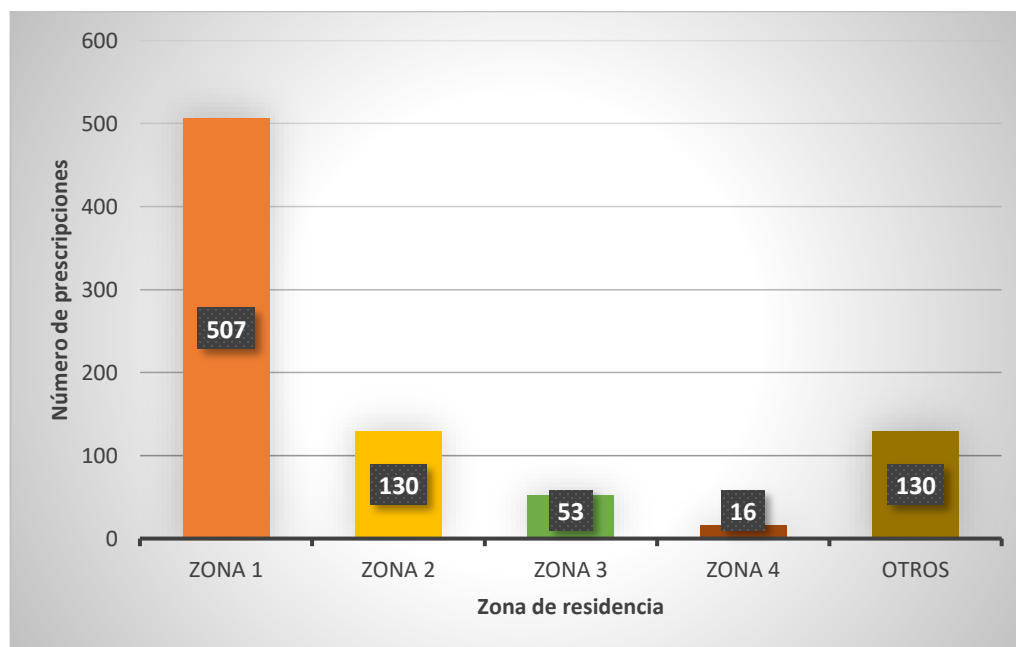
En un informe elaborado por Arizaga (2007), bajo la tutela de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR) de Argentina, se mostró que a medida que aumentaba el nivel de instrucción de la población, subía proporcionalmente el consumo de psicofármacos, ya

que altos niveles de prescripción y consumo de esa clase de medicamentos se observan en aquellos con estudios universitario completos, principalmente.

Como se ha observado en los párrafos anteriores, los estudios de Vargas (2011), Méndez, Ortiz y San Lee (2009), Olvera (2011) y Valdivia, Casique y Muños (2015) obtuvieron resultados similares a los de esta investigación, con respecto a que a los pacientes con grado académico de primaria se les prescriben con mayor frecuencia psicotrópicos, en segundo lugar se encuentran aquellos con grado académico de secundaria y, en tercer lugar, con estudios universitarios.

No obstante, en la investigación de Arizaga (2007), los resultados no coinciden con los mostrados, ya que, por el contrario, a los usuarios con un nivel alto de escolaridad (universidad) se les prescribían mayormente psicotrópicos. Esto puede deberse a las diferencias culturales entre las distintas sociedades y a la forma en que el investigador analizó la población, ya que en este caso se trata de un estudio a nivel nacional que abarca a pacientes de todos los centros de tratamiento de Argentina, que se encontraban en sectores altamente urbanizados.

Figura 16. Número de prescripciones de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam según la zona de residencia del paciente en el HWAT, durante el 2017



Nota: Elaboración propia con base en la base de datos del HWAT, 2017.

Con respecto a las zonas de residencia de los pacientes a quienes se les prescriben los psicotrópicos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, se encontró que en la Zona 1 (Turrialba, Santa

Rosa y La Suiza) presentan la mayor cantidad de prescripciones, con 507 usuarios o 61% de la población. El segundo lugar lo ocupan la zona 2 (La Isabel, Pavones y Santa Teresita) y otros (zonas que no pertenecen al cantón de Turrialba), con un total de 130 usuarios (15%).

En cuanto a las regiones más alejadas como la zona 3 (Santa Cruz, Tuis y Tayutic) y la zona 4 (Tres Equis, Peralta y Chirripó), corresponden a aquellas donde es menor el número de prescripciones de psicotrópicos, con 53 usuarios o 7%, en el caso de la 3 y, por último, en la 4 se encontró que a 16 usuarios se les prescribieron psicotrópicos, lo que representa solo un 2% de la población de estudio.

En Argentina, el estudio de Arizaga (2007) destacó a nivel nacional la zona donde se consumían con mayor frecuencia psicofármacos es la Región Metropolitana de Buenos Aires, que abarca la ciudad de Buenos Aires y Grande Buenos Aires, según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC) para el 2006. Es importante también destacar que no se diferencia entre si existe o no una receta médica por cada prescripción y despacho de ese tipo de medicamentos.

Según la investigación realizada por Masís (2009), sobre la utilización de benzodiazepinas en el Área de Salud de Cartago, es importante destacar que la prescripción de este tipo de medicamentos varía según el EBAIS de adscripción al cual pertenece el paciente, por lo tanto, la autora plantea que puede deberse a diferencias en relación con las patologías que se presentan con mayor frecuencia en la población, por la presencia de algunas variables socioculturales o, incluso, el patrón de prescripción que realizan los médicos, sumado a la demanda de los pacientes por este tipo de medicamentos.

En un estudio realizado sobre la población femenina del Centro de Atención Institucional el Buen Pastor implicada en infracciones a la Ley de psicotrópicos e historial de abuso a sustancias psicotrópicas, se reportó que la mayor parte, que corresponde a el 16,7%, es de San José, seguida de un 8,3% que proviene de Puntarenas y un 6,7% de Limón. (Méndez, Ortiz, & San Lee, 2009)

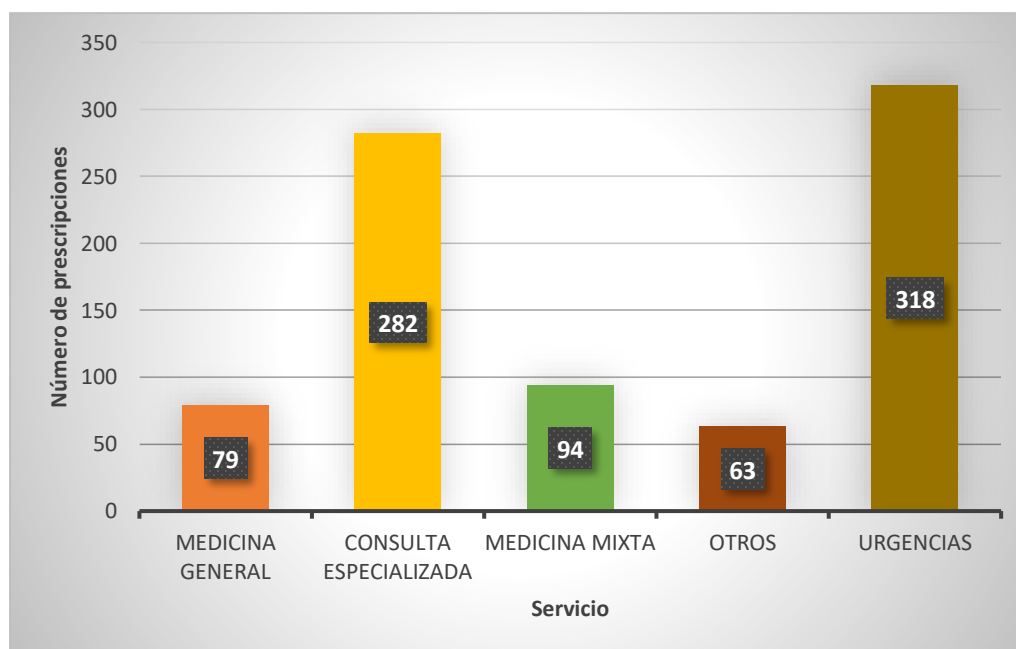
En los marcos de las referencias citadas, esta investigación coincide con los resultados obtenidos por Arizaga (2007), donde se reportó que la mayor utilización de psicotrópicos se da en ciudades grandes, céntricas y urbanas, con mayor densidad de población. De la misma manera, según los resultados del presente estudio, la mayor cantidad de prescripciones de psicotrópicos se

realiza en los distritos que conforman la zona 1, la región que posee mayor población y se caracteriza por ser en gran parte urbana.

En referencia a lo anterior, la investigación realizada por Méndez, Ortiz y San Lee (2009), realizada en Costa Rica, revela cómo la mayoría de las privadas de libertad que se encuentran recluidas en el Buen Pastor provienen de la capital, San José, Puntarenas y Limón. Estos, a su vez, son los principales cantones con alto consumo de drogas, lo que coincide con el estudio del IAFA sobre el consumo de drogas en Costa Rica citado por esos mismos autores.

Por otra parte, los resultados de Masís (2009) destacan la importancia de mantener un control y seguimiento sobre la utilización de los medicamentos psicotrópicos, ya que según los resultados que obtuvo de su investigación, distintas variables pueden influenciar de una manera u otra su prescripción, lo cual queda demostrado en la diferencia entre el uso de tres diferentes psicotrópicos en los EBASIS que conforman el área de salud de Cartago.

Figura 17. Número de prescripciones de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam según el servicio en el HWAT, durante el 2017



Nota: Elaboración propia con base en la base de datos del HWAT, 2017.

Como se observa en la figura anterior, el servicio en el cual se prescribe la mayoría de las benzodiacepinas es el de Urgencias, con un 38% o 318 usuarios. En segundo lugar se encuentra el servicio de Consulta especializada, con un 34% o 282 pacientes y, en tercer lugar, el servicio de

Medicina mixta, con un porcentaje mucho menor de un 11% correspondiente a 94 usuarios a los cuales se les prescribieron esos fármacos.

En cuarto lugar, se encuentra el servicio de Medicina general, que representa solo un 9% de la población analizada o 79 pacientes y, en último lugar, la categoría de “otros”, la cual engloba los servicios de Cirugía, Medicina de empresa y otros centros de manera mayoritaria, con solo un 8% de la población o 63 usuarios, según los resultados obtenidos en esta investigación, los cuales se ilustran en la Figura No. 15, referente al número de prescripciones de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam según el servicio.

Es importante destacar que el servicio de Medicina mixta y las recetas de otros centros de salud que forman parte de la CCSS representan un porcentaje acumulado de aproximadamente un 19% de la población a los cuales se les despachan medicamentos de manejo controlado, como las benzodiacepinas, sin que exista realmente ningún tipo de certeza sobre si el paciente solo retira su tratamiento en el HWAT o también lo hace en otros centros como EBAIS o, incluso, otros hospitales y clínicas, según el Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud y la Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS.

De este modo, según el Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud, ese sistema se define como una forma alternativa de prestación de servicios de salud que consiste en que los asegurados pueden contratar directamente los servicios de atención en salud del profesional en ciencia de la salud de su preferencia; sin embargo, tiene el derecho a recibir, por parte de la CCSS, los servicios de apoyo y tratamiento, por ejemplo, la farmacia. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018).

Por tanto, como se citó y según lo menciona este reglamento, los usuarios del sistema de medicina mixta deben presentar sus recetas directamente en el centro de menor complejidad que cuente con el servicio de farmacia y, de no ser posible, debe ser atendida su solicitud en el siguiente nivel de atención; sin embargo, no se menciona ningún tipo de control específico para regular la prescripción y el despacho de medicamentos psicotrópicos. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

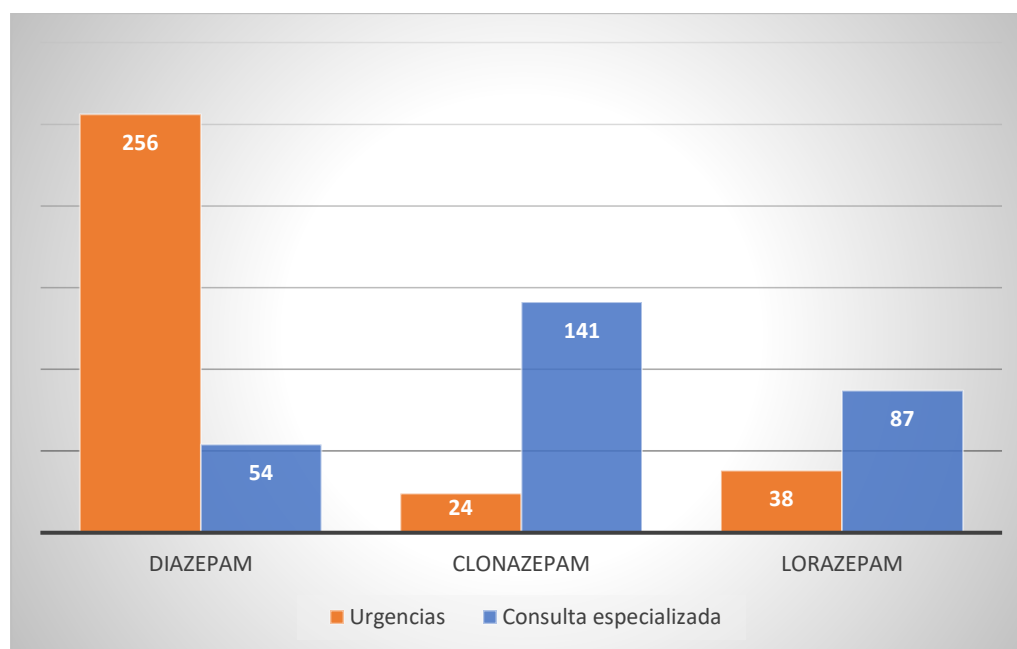
De igual forma, en relación con lo anterior, la CCSS (2016), en la normativa de la lista oficial de medicamentos, define que en el caso de aquellos prescritos en el primer o segundo nivel

de atención, deberán retirarse así: la primera receta en el centro de mayor complejidad donde el paciente fue atendido, mientras que las copias, en la farmacia de su unidad de adscripción, para evitar desplazamientos y gastos innecesarios.

Con referencia a lo expuesto, es importante destacar que actualmente no se cuenta con protocolos o reglamentos específicos que regulen que la prescripción y, a su vez, el despacho de medicamentos psicotrópicos no se den en diferentes unidades. Sumado a esto, los centros de salud de la CCSS aún no cuentan con el sistema de receta digital de psicotrópicos y estupefacientes que entró en vigencia desde el 9 de noviembre del 2017, en el caso de esta institución.

De esta manera, en el “Reglamento de utilización y funcionamiento del sistema automatizado de receta digital de psicotrópicos y estupefacientes” se declara que los establecimientos de salud de la CCSS tendrán en forma gradual un año a partir de la publicación para registrarse en el sistema de receta digital. Sin embargo, esto aún no ha sido llevado a cabo. (Asamblea Legislativa de la República De Costa Rica, 2016)

Figura 18. Comparación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en los servicios de Urgencias y Consulta especializada en el HWAT, durante el 2017



Nota: Elaboración propia con base en la base de datos del HWAT, 2017.

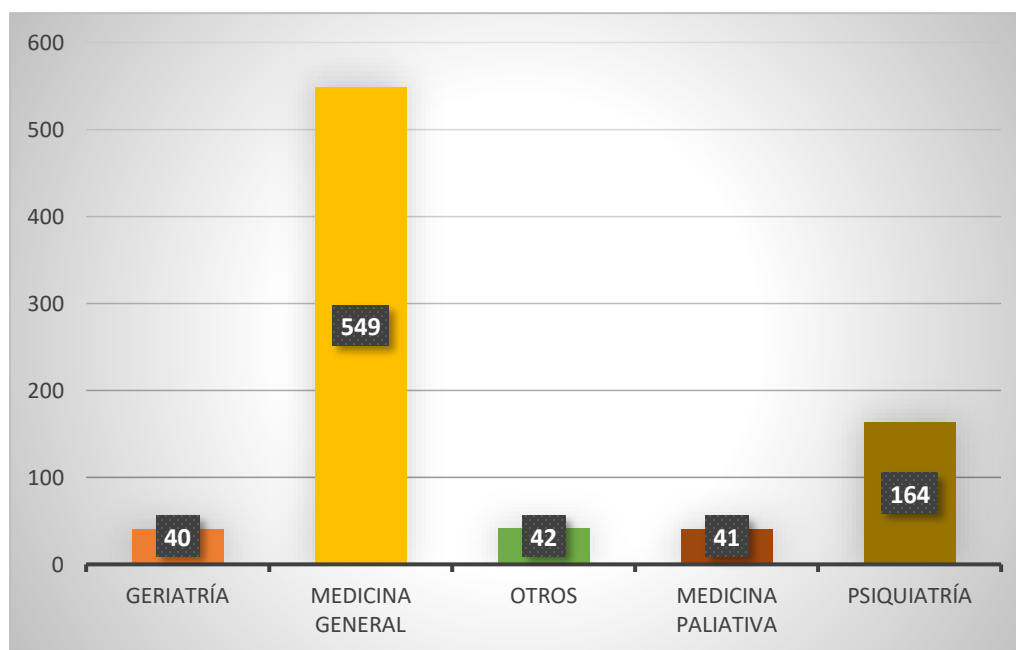
En cuanto a los dos primeros servicios en los cuales se prescriben con más frecuencia benzodiazepinas, cabe resaltar que se encontraron resultados opuestos entre los medicamentos Lorazepam y Clonazepam.

En lo referente al Diazepam, como se muestra en la Figura No. 16, en el servicio de Urgencias dominan las prescripciones de este fármaco con 256, mientras que, en el caso del Clonazepam y el Lorazepam, en el servicio de Consulta especializada se realizan fundamentalmente la mayor cantidad de prescripciones, con 141 y 87, respectivamente.

Esto puede deberse a que, según el protocolo sobre la utilización del Diazepam del Ministerio de Salud, los medicamentos Clonazepam y Lorazepam son utilizados principalmente para tratar afecciones de carácter crónico, como epilepsia y como anticonvulsivante; por tanto, se asocia con alta frecuencia de prescripción en los servicios de Consulta especializada. En cambio, el Diazepam comprimido se prescribe mayormente en el servicio de Urgencias, esto puede deberse a que en la CCSS es actualmente utilizado como relajante muscular en ausencia de otras alternativas. (Ministerio de Salud de Costa Rica)

De la misma forma, en la investigación de Vargas (2011), los diagnósticos que se asociaron con mayor frecuencia al uso de Clonazepam, en presentación de frasco gotero, fueron ansiedad y depresión, con un 81%. En el caso de Lorazepam en tabletas, aproximadamente un 93% de la población a la que se le prescribió este medicamento se le diagnosticaron cuadros de insomnio, ansiedad y depresión, al igual que en el caso del Clonazepam. Asimismo, la prescripción de Diazepam tabletas se relacionó con estas mismas patologías en un 77%; sin embargo, en segunda posición, se encuentran las contracturas, con un 9%.

Figura 19. Número de prescripciones de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, según la especialidad del médico en el HWAT, durante el 2017



Nota: Elaboración propia con base en la base de datos del HWAT, 2017.

Como se observa en la Figura 19, los médicos generales son los que mayormente prescriben medicamentos psicotrópicos en el HWAT, con 549 usuarios o un 66% de la población analizada. En segundo lugar, se encuentran los médicos especialistas en psiquiatria, con 164 prescripciones o un 19% de la población y, en tercer lugar, los médicos especialistas en geriatría, medicina paliativa y otros que representan solo un 5% de los usuarios cada uno.

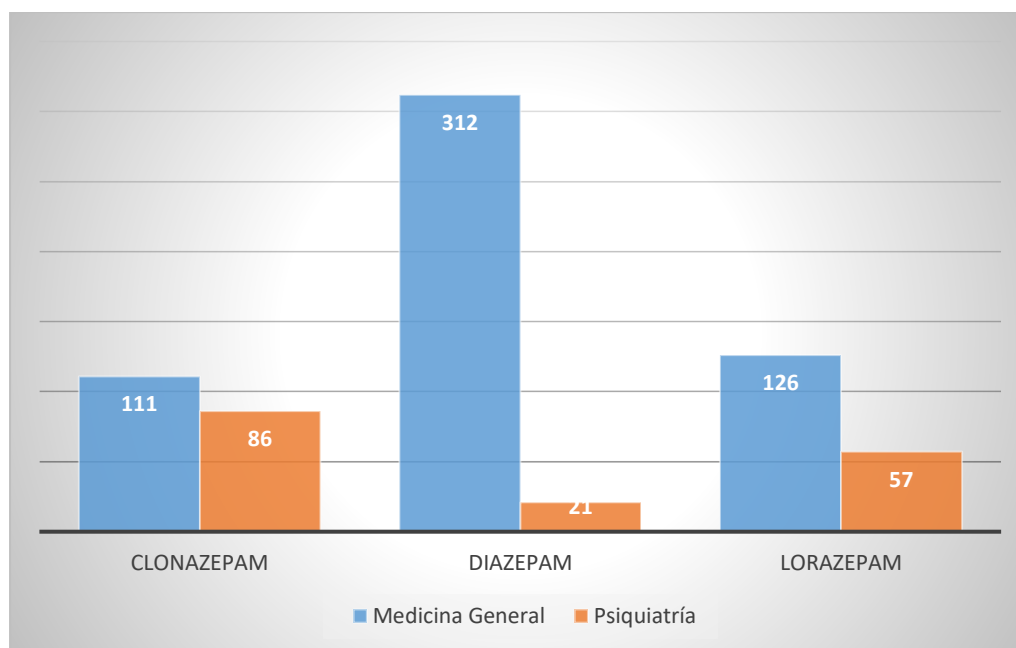
El análisis del consumo de Clonazepam, Diazepam y Lorazepam realizado por Vargas (2011) muestra resultados similares, sin embargo, en el caso del Clonazepam, en presentación de frasco gotero, la especialidad del médico que prescribió con mayor frecuencia este medicamento fue psiquiatria, con un 61%, seguido de medicina general, con un 32% y, en menor proporción, medicina interna, laboral y atención integral.

Con respecto al Diazepam en tabletas, se reportó que un 45% de las prescripciones corresponden a medicina general; en segundo lugar, se encuentra la especialidad de psiquiatria con un 39%, seguido de otras especialidades. Asimismo, en el caso del Lorazepam en tabletas, la especialidad que más prescribió este medicamento fue medicina general, con un 49%, seguido de psiquiatria, con un 35%. (Vargas M. G., 2011)

Los resultados de la investigación de Vargas (2011) coinciden con los obtenidos en esta investigación en relación con los medicamentos Lorazepam y Diazepam, como se puede apreciar en la Figura 20: la mayor prescripción de este tipo de medicamentos se realiza en medicina general. Sin embargo, en el caso del Clonazepam, presentó un comportamiento diferente.

Es importante resaltar que el Diazepam es recetado principalmente por médicos generales en el servicio de Emergencias, lo que refleja que aparentemente es utilizado en afecciones agudas, ya que en ese servicio las prescripciones solo son para tres días.

Figura 20. Comparación de prescripción de Clonazepam, Diazepam y Lorazepam por medio de las especialidades medicina general y psiquiatría en el HWAT, durante el 2017



Nota: Elaboración propia con base en la base de datos del HWAT, 2017.

Para concluir este capítulo, es fundamental resaltar los resultados de un grupo focal aplicado a médicos especialistas en psiquiatría por Arizaga (2007), donde los profesionales señalaron que, en múltiples ocasiones, los pacientes ven al médico como el proveedor de las recetas necesarias para retirar su medicación; por lo tanto, si el médico opta por bajar las dosis o realizar algún cambio en el tratamiento, los pacientes suelen resistirse e, incluso, cambian de médico, lo cual es muy frecuente.

También, es importante destacar que en esta investigación los médicos llegaron a un consenso al indicar que es preferible e ideal que los especialistas tengan a cargo la prescripción de

ese tipo de fármacos, ya que actualmente se han generalizado mucho, debido principalmente al riesgo de adicción que implican. Uno de los principales motivos de esta generalización que mencionaron los especialistas es la instauración, en la sociedad, de la idea de que cuando ciertos malestares atentan contra la felicidad, esto puede resolverse rápidamente solo atendiendo al síntoma. (Arizaga, 2007)

Análisis de los gráficos y tablas que corresponden a la aplicación del método estadístico del chi cuadrado

Una de las pruebas realizadas fue la estadística de chi cuadrado, para determinar la correlación de las variables, como se planteó en el primer objetivo específico. Se utilizó un grado de significancia de 0,05 para realizar las pruebas y se aplicaron los programas estadísticos de computación para analizar los datos. A continuación, se procede a presentar los resultados obtenidos de esta prueba.

Para la primera correlación planteada, la hipótesis nula es rechazada, ya que la dependencia de las variables sí existe con un valor de p de 0,04. Esto establece que el tipo de benzodiacepina utilizada sí depende del género del paciente. Se podía afirmar que, en el momento de la escogencia del medicamento analizado, el género juega un papel importante en la elección. Esto se plantea en la Tabla 17, donde se aprecia la distribución de las frecuencias observadas en la base estadística obtenida y las esperadas en el programa estadístico.

Como se ha mencionado, desde las décadas de los setenta y hasta la actualidad, se ha señalado en múltiples investigaciones, como las de los autores Arizaga (2007), Valdivia, Casique y Muñoz (2015) y González y otros (2017), que el género femenino se asocia a una mayor frecuencia en la prescripción de benzodiacepinas, esto se debe a que los médicos parten de la suposición de que aquellas padecen más desórdenes mentales como ansiedad, insomnio y depresión.

Sin embargo, como lo menciona Olvera (2011), al mismo tiempo se ha demostrado estadísticamente que las mujeres son más vulnerables a recibir una prescripción inadecuada. De esta manera, según los resultados obtenidos en la presente investigación y el análisis de estudios anteriores, se comprueba que sí existe una relación entre el género femenino y una mayor prescripción de benzodiacepinas.

Tabla 17. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y el género en el HWAT, durante el 2017

Medicamento	Género			
	Masculino		Femenino	
	Fe	Fo	Fe	Fo
Clonazepam gotas	99	115,14	164	147,85
Diazepam tabletas	170	155,85	186	200,14
Lorazepam tabletas	97	95,00	120	121,99

Nota: Valor de $P=0,041$

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La tabla de contingencia 18 presenta la distribución total para la relación entre los grupos etarios y cada uno de las benzodiacepinas escogidas. Con un valor de p de 0,00000001 se establece que sí hay relación y que la dependencia de variables es estadísticamente significativa.

El grupo etario es un factor que sí influye en la escogencia de la benzodiacepina. Esto, en términos generales, se puede ver como la afinidad que tienen los médicos del hospital a recetar ciertos tipos de benzodiacepinas específicos según la edad.

De acuerdo con los resultados de las investigaciones de los autores Arizaga (2017), Olvera (2011) y Sanches, Alves y Ribeiro (2018), con respecto a la edad de los pacientes a los que se les prescriben benzodiacepinas, observaron que a partir de los 30 años de edad se da un aumento considerable en la frecuencia de las prescripciones; asimismo, en la mayoría de los casos, son inadecuadas y superan incluso un año de uso continuo.

Los autores Sanches, Alves y Ribeiro (2018) destacan que el aumento en la frecuencia de la prescripción en adultos mayores se debe principalmente al desarrollo de enfermedades mentales a medida que la población envejece; igualmente, resaltan que deben tomarse en cuenta los posibles efectos secundarios que, por lo general, suelen presentarse, como caídas e intoxicaciones. Así, se comprueba que existe una tendencia a prescribir ese tipo de medicamentos en relación con el grupo etario, lo cual aumenta con la edad del paciente.

Tabla 18. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y el grupo etario en el HWAT, durante el 2017

Medicamento	Niños		Joven		Adulto joven		Adulto		Adulto mayor	
	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo
Clonazepam gotas	10	3,46	4	2,83	41	51,66	108	120,32	100	84,73
Diazepam tabletas	1	4,68	5	3,83	94	69,72	193	162,41	62	114,37
Lorazepam tabletas	0	2,86	0	2,34	29	42,62	81	99,27	107	69,91

Nota: Valor de P= 0,0000001

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los datos de la Tabla 19 muestran la dependencia entre la variable escolaridad y el medicamento escogido por los médicos. Esto, con un valor de p de 0,018 se procede a rechazar la hipótesis nula estableciendo la dependencia de variables. Aunque por lo general se creería que la escolaridad no es un dato que el médico tome en cuenta al realizar un diagnóstico y la posterior prescripción de benzodiazepinas, según los resultados del análisis estadístico, sí existe relación entre estas dos variables.

Lo anterior se debe principalmente a que, según los datos de las investigaciones de Méndez, Ortiz y San Lee (2009), Olvera (2011) y Valdivia, Casique y Muñoz (2015), en Latinoamérica, al ser la población en su mayoría de clase media y baja, se observa que se acerca a los centros de salud públicos al presentar patologías de ansiedad, depresión e insomnio por sus condiciones de vida, producto de una nula o escasa educación, lo que implica un núcleo familiar con menos ingresos económicos por la imposibilidad de insertarse adecuadamente en el mercado laboral.

Tabla 19. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y la escolaridad en el HWAT, durante el 2017

Medicamento	Sin escolaridad		Primaria		Secundaria		Universidad	
	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo
Clonazepam gotas	65	60,40	113	109,16	41	54,11	44	39,32
Diazepam tabletas	65	81,76	148	147,77	87	73,24	56	53,23
Lorazepam tabletas	62	49,84	86	90,07	44	44,65	25	32,45

Nota: Valor de P= 0,018

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La independencia de la variable analizada, zona de residencia para la escogencia del medicamento por parte del médico, es aceptada. Con un valor de p de 0,09, supera el valor máximo admitido de 0,05 y confirma que la benzodiacepina que receta un médico para un paciente en el hospital no tiene relación absoluta con la zona donde viva. Las zonas de residencia no son un factor influyente para que el doctor muestre predilección por una u otra benzodiacepina, tal y como se observa en la Tabla 20.

A pesar de que no se haya encontrado relación entre la zona de residencia de los pacientes y la prescripción de las benzodiacepinas, en la investigación de Arizaga (2007) se encontró que se utilizan con mayor frecuencia en los sectores más urbanizados de Argentina; asimismo, en la presente investigación se observó una mayor prescripción en la zona 1, que corresponde a las más urbanizada del cantón de Turrialba. Sin embargo, es importante resaltar que más bien debería enfatizarse en aquellas regiones de donde provienen pacientes con problemas en el uso de benzodiacepinas, para detectar una posible inadecuada utilización de los medicamentos.

Tabla 20. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y la zona de residencia en el HWAT, durante el 2017

Medicamento	Zona 1		Zona 2		Zona 3		Zona 4		Otras	
	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo
Clonazepam gotas	155	159,50	44	40,90	21	16,67	3	5,03	40	40,90
Diazepam tabletas	206	215,90	64	55,36	19	22,57	6	6,81	61	55,36
Lorazepam tabletas	146	131,60	22	33,74	13	13,76	7	4,15	29	33,74

Nota: Valor de P= 0,09

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Tabla 21. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y el servicio en el cual se prescriben en el HWAT, durante el 2017

Medicamento	Medicina General		Consulta especializada		Urgencias		Medicina Mixta		Otras	
	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo
Clonazepam gotas	28	24,85	141	88,72	24	100,4	48	29,57	22	19,82
Diazepam tabletas	16	33,64	54	120,09	256	135,42	19	40,03	11	26,83
Lorazepam tabletas	35	20,51	87	73,20	38	82,54	27	24,40	30	16,35

Nota: Valor de P= 0,000006

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se puede afirmar que existe una relación de dependencia entre el medicamento escogido y el servicio que lo receta (valor $p=0,000006$). Esta afirmación lleva a aceptar la hipótesis real, estableciendo que el servicio que está recetando la benzodiacepina determina cuál de todas es la de

mayor gusto. La existencia de la relación en esta parte en específica está hablando de la afinidad que tiene cada servicio por uno u otro medicamento en específico (ver Tabla 21).

En un caso muy similar, y con un valor de p muy parecido (0,00007), no solo existe relación entre la benzodiacepina que se escoge y el servicio, sino también con la especialidad del médico. Por lo tanto, como se muestra en la tabla de contingencia 22, sí existe relación entre el tipo de fármaco utilizado y la especialidad del médico. Con esto se puede afirmar que cada especialidad tiene una afinidad mayor por alguno o algunos de los tres fármacos estudiados en la presente investigación.

De este modo, en relación con el servicio y la especialidad, como se menciona en los protocolos para la prescripción de las benzodiacepinas Clonazepam, Diazepam y Lorazepam del Ministerio de Salud de Costa Rica y según los resultados de la investigación de Vargas (2011), la prescripción de estas benzodiacepinas se realiza con base en lo establecido en esos protocolos, ya que se encontró que las patologías diagnosticadas generalmente fueron insomnio, ansiedad, depresión y contracturas, en el caso del Diazepam.

Por lo tanto, al existir relación entre los servicios, las especialidades de los médicos y la prescripción de benzodiacepinas, es fundamental conocer los motivos por lo que algunos de ellos prescriben más que otros, no solo para mantener la cantidad de medicamentos que se requieren para cubrir las necesidades del hospital, sino también para identificar a futuro si se da algún uso inadecuado de ellos.

Tabla 22. Relación entre la prescripción de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam y la especialidad del médico que la prescribe en el HWAT, durante el 2017

Medicamento	Medicina General		Psiquiatría		Geriatría		Medicina paliativa		Otras	
	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo
Clonazepam gotas	111	172,71	86	51,59	25	12,58	20	12,90	21	13,21
Diazepam tabletas	312	233,78	51	69,84	7	17,03	10	17,46	6	17,89
Lorazepam tabletas	126	142,50	27	42,57	8	10,38	11	10,64	15	10,90

Nota: Valor de P= 0,000007

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Análisis de las entrevistas aplicadas al profesional farmacéutico que laboran en el servicio de farmacia del HWAT

En este apartado se analizan de manera detallada la información y los datos obtenidos a través de la aplicación de tres entrevistas al personal farmacéutico que labora en el servicio de Farmacia del HWAT y que cumple con los requisitos establecidos, teniendo en cuenta cada uno de los indicadores propuestos, con el fin de cumplir con el objetivo planteado.

Tabla 23. Percepción del personal farmacéutico sobre la información que se le debe brindar a la población acerca de los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiazepinas.

<p>Farmacéutico (a) No. 1</p>	<p>“No es necesarios que los pacientes conozcan muchos detalles por la cantidad de efectos secundarios y la cuestión de dependencia que pueden provocar, sin aunque al fin y la gente lo sabe al fin y al cabo. Se han hecho cápsulas informativas que se meten en la bolsa del medicamento, pero no es usual que se utilicen métodos de información en benzodiazepinas.”</p>
<p>Farmacéutico (a) No. 2</p>	<p>“La información más importante es el potencial adictivo, la persona no siempre está consciente que si lo usa por más de dos o tres meses no lo va a poder dejar fácilmente. En primera instancia el médico debería explicarle al paciente los pros y los contras del tratamiento. Se utilizan cápsulas informativas y cuando los farmacéuticos alistan una receta lo ponen dentro del paquete.”</p>
<p>Farmacéutico (a) No. 3</p>	<p>“El nombre, para que se la prescribieron, efectos adversos, deberían conocer e informar al médico o farmacéutico sobre cuál es su terapia farmacológica para evitar posibles interacciones. El médico debería informarles inicialmente, igualmente son los mejores posibles candidatos para atención farmacéutica. Además de las capsulas informativas no hay ningún otro método informativo.” (sic)</p>

Nota: Elaboración propia (2019).

En cuanto al primer indicador, los farmacéuticos que se entrevistaron mostraron diferentes opiniones sobre cuál es la información que consideran más importante que conozcan los usuarios del HWAT de Turrialba a los que se les prescriben benzodiazepinas. El farmacéutico No. 1 señaló que no es necesario o conveniente que los pacientes conozcan acerca del potencial adictivo que poseen estos medicamentos, porque esto podría generarles tensión, dudas o, incluso, miedo al tomarlo. Sin embargo, destaca que de todos modos muchos pacientes, debido a cuestiones sociales, conocen esta información.

Al contrario de lo expresado por el farmacéutico no. 1, el No. 2 señaló que sí es importante que a los pacientes se les informe sobre la potencial dependencia que pueden generar estos fármacos; por tanto, en primer lugar, el médico es el responsable de informarle adecuadamente sobre su tratamiento.

De igual manera, el farmacéutico No. 3 concuerda con que el médico prescriptor debe ser el que informe, en primera instancia, al paciente y posteriormente el farmacéutico, en caso necesario. El farmacéutico puede darle seguimiento al paciente a través de una adecuada atención farmacéutica.

Los tres farmacéuticos coincidieron en que actualmente en el servicio de Farmacia solo se hace uso de cápsulas informativas para comunicar a los pacientes sobre el correcto uso de los medicamentos Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, que son los que más se prescriben. En relación con esto, los farmacéuticos también concuerdan con que no es muy habitual que se informe a la población sobre benzodiazepinas.

En referencia a las opiniones citadas del personal farmacéutico que labora en el servicio de Farmacia del HWAT de Turrialba, consideramos importante que a los pacientes se les informe sobre el medicamento que se le está prescribiendo, su uso correcto y los efectos secundarios que pueden esperar, en primer lugar, por parte del médico que les está indicando el tratamiento y, en segundo, si este detecta que aquellos presentan dudas o comportamientos de riesgo con respecto al desarrollo de farmacodependencia. En ese caso, deberían referirse a atención farmacéutica, donde el farmacéutico contará con más tiempo para informar adecuadamente no solo al paciente sino también a sus cuidadores.

Por otra parte, el servicio de Farmacia debería contar con materiales como *brochures*, videos, charlas y demás instrumentos informativos específicos acerca del uso correcto de las benzodiazepinas y las patologías que más comúnmente se asocian a su uso, como la ansiedad, el insomnio, la depresión y las contracturas. Todo esto, dirigido a aquellos pacientes a quienes se les incluya en el programa de atención farmacéutica, con el objetivo de promover el uso adecuado de los fármacos, evitar la automedicación y fomentar estilos de vida saludables y la comunicación con los profesionales en salud.

Esto debido a que, según se ha visto en investigaciones como la de Lizano (2007), por lo general, los pacientes poseen un nivel de conocimiento malo (79%) sobre su tratamiento, en este caso sobre los psicotrópicos que se les prescribieron. Asimismo, también poseen un nivel de conocimiento malo (75%) sobre su patología o condición de salud, lo que demuestra que no se encuentran adecuadamente informados.

En relación con esto, según la OMS y FIP (2012), dentro de las funciones esenciales del farmacéutico se destacan identificar y gestionar problemas de salud, promover la salud, previniendo un posible daño que puedan causar los medicamento, a la vez que asegurar la eficacia de los medicamentos; por tanto, desde la farmacia puede detectar, abordar y darles seguimiento a aquellos caso en los que el paciente esté en riesgo de desarrollar farmacodependencia.

Tabla 24. Percepción del farmacéutico acerca de la aplicación de protocolos de abordaje y seguimiento a los pacientes a quienes se les prescriben benzodiazepinas.

<p>Farmacéutico (a) No. 1</p>	<p>“El inicio del tratamiento lo establece el médico y es él el que le puede dar un seguimiento al paciente. Por parte de farmacia aún no se realiza ningún tipo de seguimiento al paciente, sería importante pero aún no se ha implementado.”</p>
<p>Farmacéutico (a) No. 2</p>	<p>“Actualmente no existen protocolos de seguimiento y abordaje. Se está analizando la posibilidad de implementar programas de desprescripción de benzodiazepinas con los pacientes de visita domiciliar, geriatría y cuidados paliativos, tomando en cuenta los Criterios de Beers.”</p>

Farmacéutico
(a) No. 3

“No existen protocolos de abordaje por parte de los médicos ni farmacia. Debería existir un programa donde se les informe sobre los riesgos del uso del medicamento, efectos adversos, especialmente en aquellos de alto riesgo que sufren de depresión y han atentado con su vida. Algunos psiquiatras parten del supuesto de que los pacientes les pusieron atención y recetan altas dosis de psicotrópicos para que una receta les alcance para tres meses.”

Nota: Elaboración propia, 2019.

Con respecto al segundo indicador, sobre la existencia y aplicación de protocolos de abordaje y seguimiento de los pacientes a los que se les prescriben benzodiazepinas, los tres farmacéuticos coinciden en que actualmente a nivel de farmacia no existe ningún tipo de protocolo de esta índole, sin embargo, manifiestan que sería de gran importancia que se implementara.

El farmacéutico No. 2 resaltó que actualmente se está analizando la posibilidad de llevar a cabo un programa de prescripción en el servicio de farmacia del hospital, basado en los Criterios de Beers. Con referencia a esto, es importante recordar que son una guía de gran ayuda que define cuáles principios activos deben evitarse en el adulto mayor y cuáles son inadecuados o deben utilizarse con precaución, según las patologías o condiciones especiales del paciente. (Pastor, Aranda, Gascón, Rausell, & Tobaruela, 2015)

En relación con lo expuesto, como parte de los objetivos de este estudio, se elaboró una propuesta que consiste en un protocolo institucional de seguimiento a los usuarios de psicotrópicos tipo benzodiazepina, con el fin clasificar e identificar a aquellos que podrían encontrarse en riesgo o que ya se encuentren experimentando algún grado de farmacodependencia; por lo tanto, para llevarlo a cabo se tomaron en cuenta tanto los resultados de esta investigación, como instrumentos actualizados como la “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud en su décima edición (CIE-10) y el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5).

Tabla 25. Percepción del personal farmacéutico acerca de los protocolos de control interno que se emplean en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba.

<p>Farmacéutico (a) No. 1</p>	<p>“Se establecieron tres libros de control de estupefacientes y psicotrópicos, cada ocho horas se realiza un informe o cierre de la cantidad de salidas e ingresos de un producto. Idealmente en cada cambio de turno deberían contarse la cantidad de psicotrópicos y estupefacientes con que se recibe el servicio. Han demostrado ser efectivo el método que se utiliza.”</p>
<p>Farmacéutico (a) No. 2</p>	<p>“Se aplican todas las circulares y recomendaciones que emane la Junta de Vigilancia del Ministerio de Salud.</p> <p>Los farmacéuticos son los que despachan los psicotrópicos, se hace inventario en cada turno, los psicotrópicos se encuentran bajo llave, en el turno de la noche el farmacéutico revisa que todas las recetas cumplan con los requisitos, se generan informes cada mes que se envían al Ministerio de Salud, con información sobre el regente que despachó la receta, esto lo hace el encargado de SIFA, existe un <i>kardex</i> de entrada y salida de donde se encuentran almacenados, las contraseñas de para el retiro de los pacientes ahora incluyen quien lo entrega y quien recibe el medicamento.”</p> <p>En general han funcionado, porque siempre van a haber errores humanos.</p>
<p>Farmacéutico (a) No. 3</p>	<p>“Actualmente es obligatorio revisar EDUS para comprobar que la dosis prescrita es la misma del expediente electrónico.</p> <p>Se realizan inventarios cada turno y se lleva un <i>kardex</i> de las entradas y salidas del medicamento almacenado.”</p>

Nota: Elaboración propia, 2019.

En lo que respecta al tercer indicador, los tres farmacéuticos mencionaron la existencia de un sistema de control que consiste en realizar un inventario de cada uno de los productos psicotrópicos y estupefacientes, cada ocho horas. Idealmente, el farmacéutico debe corroborar al inicio de su jornada que la cantidad de medicamento que se encuentre en físico coincida con el registro o informe elaborado por el farmacéutico que sale. De igual manera, debe preparar su propio informe antes de finalizar la jornada, en el cual la cantidad despachada debe coincidir con las prescritas en la recetas recibidas.

Sumado a esto, el farmacéutico No. 2 señala una serie de medidas de control interno que se llevan a cabo en el servicio de Farmacia para mantener una estricta vigilancia, las cuales se enlistan a continuación:

1. Solo los farmacéuticos despachan los psicotrópicos.
2. El mueble donde se encuentran almacenados está bajo llave.
3. En el turno de la noche se lleva a cabo la revisión de las recetas del día para corroborar que cumplen con todos los requisitos.
4. Se envía mensualmente un informe sobre psicotrópicos y estupefacientes al Ministerio de Salud.
5. Existe un *kardex* donde se registran las entradas y salidas de los psicotrópicos y estupefacientes lugar de almacenamiento.
6. Las contraseñas para hacer efectivo el retiro del medicamento contienen información sobre quien entrega el medicamento y quien lo recibe en el área de ventanilla.

Otra medida de control interno que se ha empleado actualmente con la implementación del sistema de Expediente Digital Única en Salud (EDUS), según el farmacéutico No. 3, es la revisión de cada receta de psicotrópicos y estupefacientes en el expediente digital del paciente, para corroborar que efectivamente la dosis prescrita en la receta concuerde con la prescrita en aquel.

Esto se realiza porque, como lo mencionaron los farmacéuticos No. 2 y No. 3, la CCSS sigue utilizando recetarios físicos de psicotrópicos y estupefacientes, ya que aún no cuenta con el sistema de receta digital, ni con EDUS; por tanto, es fundamental que confirmen que este tipo de medicamentos hayan sido indicados por el médico en el expediente digital, de la misma forma en la que se encuentra prescrita en la receta de papel.

En referencia a lo anterior, como ya se ha mencionado, en la actualidad no se dispone del sistema de receta digital, por lo que al no existir una conectividad o red entre los diferentes centros de salud que ofrece la CCSS, no es posible asegurar que los pacientes solo retiren sus medicamentos en un centro, por ejemplo, como lo mencionó el farmacéutico No. 1, no es posible saber si un paciente retira en el EBAIS, en el Área de Salud y Hospital, como ha sucedido en algunas ocasiones. (Asamblea Legislativa de la República De Costa Rica, 2016)

Con respecto a las afirmaciones anteriores en el sentido de que, a pesar de que todos los farmacéuticos entrevistados consideran que los sistemas de control interno son eficaces, siempre existe la posibilidad de que se den errores humanos que pongan a prueba su seguridad y efectividad, por tanto, serían importante las reuniones y capacitaciones continuas que inciten al personal a realizar de la mejor manera su trabajo.

Igualmente, consideramos importante colocar cámaras en lugares estratégicos para proteger y vigilar no solo los medicamentos psicotrópicos y estupefacientes, sino también los demás fármacos con que se cuenta en el *stock* de la farmacia.

Tabla 26. Opinión del personal farmacéutico acerca de información relacionada con la investigación.

<p>Farmacéutico (a) No. 1</p>	<p>“La CCSS no tiene relajantes musculares como tales, en caso de contracturas graves se usa diazepam intravenoso. Podría implementarse de nuevo el tiocolchicósido que se utilizaba para uso intrahospitalario.</p> <p>Un análisis de los servicios y especialidades prescriben estos medicamentos serviría para identificar tendencias en el uso de las benzodiazepinas.</p> <p>Estos medicamentos los usan más las mujeres, adultos y adultos mayores, su uso aumenta a partir de los 50 años, las personas de nivel más bajo de escolaridad y más humildes tienden a confiar más en el médico, una persona con más educación podría cuestionar lo que el médico le está prescribiendo.”</p>
<p>Farmacéutico (a) No. 2</p>	<p>“Las benzodiazepinas como relajantes musculares se utilizan por períodos muy cortos. Una alternativa son los antidepresivos de primera generación con un antiinflamatorio. No hay evidencia de que algo más caro sea más efectivo.</p> <p>Debería mantenerse conocimientos sobre cómo se mueven los medicamentos, cambios en las prescripciones, para identificar problemas con la utilización de ciertos medicamentos.</p> <p>Como las benzodiazepinas tienen varios usos y son prescripción dependiente no podría decirle si se prescriben mayormente en cuanto al género, escolaridad y lugar de residencia. Además, la universalidad del seguro</p>

	facilita el acceso a los servicios a cualquier persona. En cuanto a la edad, por lo general se utiliza más en adultos o adultos mayores.”
Farmacéutico (a) No. 3	<p>“Cuando el paciente está muy contracturado utilizan diazepam. Esta la opción de la tizanidina pero está restringido a unas cuantas especialidades, también el complejo B pero se tienen medicamentos con dosis muy bajas. Las especialidades que más prescriben serían psiquiatría y geriatría y los servicios consulta externa y emergencias. En el caso de geriatría generalmente, en las recetas que se prescriben todo interacciona.</p> <p>En cuanto a la prescripción, no hay distinción de género, edad, ni nada. Hay gente que empezó a muy temprana edad, las benzodicepinas fueron la primer opción que le generaron y después no hay manera de quitárselas.</p> <p>A veces, en los adultos mayores se observan diagnósticos de dependencia a las benzodicepinas. Primero se les crea una dependencia y luego el cuerpo se acostumbra a la dosis. Por ejemplo: para algunos pacientes la benzodicepina es el medicamento más importante sobre el resto de medicamentos.”</p>

Nota: Elaboración propia, 2019.

Con respecto al indicador número cuatro, mediante el cual se determina la opinión del personal farmacéutico acerca de información relacionada con el tema en estudio, en primer lugar, como parte de los resultados de esta investigación se encontró que el Diazepam es altamente usado en el servicio de Emergencias, entonces, se les preguntó a los farmacéuticos qué otras alternativas consideraban viables para minimizar su uso. Los tres farmacéuticos respondieron mostrando puntos de vista muy diferentes.

Si bien los tres coinciden en que en casos de contracturas severas se utiliza por lo general Diazepam en ampollas, administrado vía intravenosa y se le manda tratamiento en tabletas para la casa, el farmacéutico No. 1 indicó que una alternativa a este medicamento podría ser el tiocolchicósido, el cual se utilizaba en la CCSS aunque solo para uso intrahospitalario, pero se dejó de usar.

El farmacéutico No. 2 señaló como una alternativa que se utiliza actualmente la combinación de un antidepresivo de primera generación y un antiinflamatorio, que ha mostrado ser

efectiva al desinflamar el músculo contraído y, a su vez, relajar o calmar a la persona, ya que por lo general estas contracturas pueden ser de origen tensional.

De igual manera, el farmacéutico No.3 también menciona un fármaco que se utiliza en la actualidad, la tizanidina, sin embargo, su uso se encuentra muy restringido.

Otra opción que se utiliza con frecuencia es el complejo B, específicamente la tiamina y la piridoxina, sin embargo, estos medicamentos se utilizan generalmente con dosis muy bajas.

En referencia a las observaciones anteriores, los tres farmacéuticos mencionaron distintas alternativas al uso del Diazepam, sin embargo, como todo medicamento, cada uno de ellos posee efectos secundarios que deben tomarse en cuenta, por lo que sería recomendable que la CCSS estudie la posibilidad de incluir otras alternativas, ya que, como mencionan Martín, Bermejo y Marcos (2008), el Diazepam como parte de sus efectos secundarios puede provocar en el paciente un síndrome de dependencia hacia el fármaco, generándose un problema adicional al que se está tratando. Por lo general, este medicamento es eficaz en casos de espasticidad que suelen ser de mayor complejidad que las contracturas musculares, por lo tanto, podría no ser el adecuado en estos casos.

De esta manera, alternativas como la tizanidina, el tiocolchicosido y las vitaminas del complejo B deberían ser evaluadas en cuanto a su efectividad para tratar contracturas musculares, ya que, como lo mencionan los autores Martín, Bermejo y Marcos (2008) y Torres y Rubio (2012), estos fármacos son efectivos contra espasmos musculares e, incluso, en caso de espasticidad.

Los tres farmacéuticos también coincidieron en que conocer la situación actual de la utilización de las benzodiacepinas en el hospital sería de gran utilidad para identificar posibles tendencias en su uso, no solo en el personal del hospital, sino también en el caso de los usuarios de los distintos servicios que ofrece. Sumado a ello, conocer esta información permitiría ajustar el *stock* de medicamentos a los estilos de prescripción de los médicos, para garantizar que el medicamento que se requiera siempre esté disponible en las cantidades necesarias.

De esta manera, según lo mencionan Holloway, Green y World Health Organization (2004), en relación con las observaciones realizadas por el personal farmacéutico, los estudios del uso de los medicamentos proveen información fundamental que permite identificar posibles

irregularidades o incrementos en la utilización de ciertos fármacos, con el fin de elaborar directrices o criterios sobre su utilización correcta, pudiendo evitarse problemas relacionados con la medicación, como la aparición de reacciones adversas, dosis incorrectas, uso en exceso o la posibilidad de incluir fármacos que sean una mejor opción.

Por último, como lo mencionan autores como Buedo y Giagante (2015), Domínguez y otros (2015), Domínguez, Collares, Ormaechea y Tamosiunas (2016) y, más recientemente, Baandrup y otros (2018), se han observado ciertos patrones de uso inadecuado de benzodiazepinas y un aumento considerable en la demanda de esos fármacos conforme pasa el tiempo, así como un uso prolongado o crónico, con aumento en las reacciones adversas e, incluso, intoxicaciones involuntarias o voluntario. Por tanto, una prescripción irracional de benzodiazepinas implica un problema en materia de salud pública que nos atañe a todos, debido a que afecta no solo la calidad de vida de la persona que sufre el problema, sino también a sus familiares y a la comunidad que lo rodea.

Desarrollo de un protocolo para el seguimiento a los usuarios a quienes se les prescriben psicotrópicos tipo benzodiazepinas

La información que en este apartado se detalla corresponde al tercer objetivo específico. Se describirán los pasos necesarios para desarrollar un protocolo de seguimiento dirigido a los pacientes a quienes se les prescriben benzodiazepinas, que podría implementarse en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba, con el fin de detectar y brindar acompañamiento a posibles casos de riesgo de dependencia a estos fármacos.

El protocolo consiste en un documento que registra datos relevantes sobre el paciente con el fin de facilitarle al profesional farmacéutico la identificación de posibles factores de riesgo de dependencia a las benzodiazepinas.

Dentro de los aspectos por tomar en cuenta para elaborar este protocolo, es importante mantener un registro de cada paciente que incluya las variables edad, género y escolaridad, las cuales -según los resultados del análisis estadístico del chi cuadrado se relacionan con la prescripción de las benzodiazepinas Clonazepam, Diazepam y Lorazepam.

Además, como se ha demostrado en las investigaciones de los autores Arizaga (2007), Olvera (2011), Valdivia, Casique y Muñoz (2015), González y otros (2017) y Sanches, Alves y Ribeiro (2018), según estas variables, existe una tendencia a prescribir ese tipo de medicamentos al género femenino, adultos a partir de los 30 años y con baja escolaridad.

De igual manera, como lo mencionaron estos mismos autores, las prescripciones de las personas que encajan en este perfil generalmente no son las adecuadas o el paciente, por los factores asociados a estas variables, como bajos recursos económicos y que generalmente muestra indiferencia con respecto a su salud, sobre todo mental, aumenta el riesgo de automedicación y recomendación de esta clase de medicamentos a sus familiares y conocidos, lo que conduce a incrementar el riesgo de farmacodependencia.

Otro aspecto por tomar en cuenta en la elaboración de este protocolo es informar adecuadamente al paciente sobre su tratamiento, antes de iniciarlo, basado en la experiencia de los tres farmacéuticos entrevistados y los autores Lizano (2007) y la OMS y FIP 2012). El paciente debe saber para qué se le está prescribiendo el medicamento, qué patología presenta, cuáles efectos secundarios pueden presentarse y cómo reaccionar ante esto, con el propósito aumentar la adherencia al tratamiento y evitar la automedicación y la dependencia a ese tipo de fármacos. El farmacéutico, por sus obligaciones, es el encargado idóneo de llevar a cabo esta labor.

Los criterios sobre el síndrome de dependencia a sustancias de la CIE-10 son una herramienta que permite identificar y diagnosticar este síndrome, de acuerdo con la OMS, OPS y CICAD (2005), si el paciente cumple con al menos tres de los seis criterios. Es importante resaltar que el tercer y el cuarto criterios se determinan mediante exámenes físicos y a nivel biológico, por tanto, se necesita la cooperación con los médicos prescriptores.

Otro instrumento importante del cual hacer uso son los criterios de la DSM-5 para diagnosticar trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, de los cuales el paciente debe cumplir con al menos dos de los 11 planteados, en un período de 12 meses, de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base a los resultados obtenidos, en el presente capítulo se procede a presentar las conclusiones, dando primeramente lo que a criterio de la autora se considera como la principal conclusión de toda la investigación y que plantea, en cierta forma, la resolución al problema propuesto en el primer capítulo.

Con la investigación y el análisis acerca de la prescripción de los medicamentos tipo benzodiacepina, Clonazepam, Diazepam y Lorazepam en el HWAT de Turrialba, se comprobó que efectivamente guardan relación con las variables edad, género, escolaridad, el servicio en donde se prescriben y la especialidad del médico prescriptor, no así con la variable zona de residencia. Además, se resalta que el fármaco más prescrito en el servicio de Emergencias es el Diazepam, ya que actualmente no existen otras opciones al uso de benzodiacepinas como relajantes musculares que no sean combinaciones de otros fármacos.

También, es importante destacar que estos medicamentos, en su mayoría, son prescritos por médicos generales, no por especialistas, quienes son los profesionales que podrían brindar un adecuado seguimiento a los pacientes.

Por último, debe señalarse que actualmente no existe en el servicio de farmacia ni a nivel de la CCSS ningún programa multidisciplinario dirigido a la vigilancia y desprescripción de los pacientes que hayan desarrollado algún grado de dependencia a las benzodiacepinas.

A continuación, se plantean las conclusiones específicas de cada objetivo, comenzando con la comprobación de las hipótesis que se establecieron para los análisis del chi cuadrado, que se observan en la siguiente tabla:

Tabla 27. Comprobación de las hipótesis

Hipótesis	Aceptada	Rechazada
El género de la población establecida determina el tipo de benzodiacepina que se utiliza	X	
La escogencia del medicamento benzodiacepínico utilizado para un paciente en el Hospital William Allen es influenciado por el grupo etario al cual pertenece dicho paciente	X	
Existe relación entre el tipo de benzodiacepina que se escoge y el servicio donde es recetada	X	
La especialidad del médico es un factor influyente para el tipo de benzodiacepina que se utiliza en los pacientes	X	
El medicamento de tipo benzodiacepina que se les receta a los pacientes depende de la escolaridad que tenga cada paciente	X	
La escogencia de la benzodiacepina que utiliza un paciente depende de la zona donde vive.		X

Nota: Elaboración propia, 2019.

Conclusiones

Con el paso de los años, se ha presentado una tendencia hacia el aumento en la prescripción y, por ende, la utilización de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina que, en muchas ocasiones, no se encuentran indicadas en las dosis correctas. Asimismo, el Diazepam en tabletas es el medicamento que con mayor frecuencia se prescribe, a nivel nacional e internacional.

En el sector de la población que pertenece al género femenino, se observan con mayor frecuencia prescripciones de benzodiacepinas y, por lo general, son inadecuadas, debido a que muchos médicos mantienen la idea de que las mujeres son más vulnerables a patologías mentales, por tanto, tienden a utilizar esta clase de medicamentos en dosis más altas y por períodos más prolongados.

El mayor empleo de benzodiazepinas se da principalmente en la población adulta y adulta mayor, esto está relacionado con el desarrollo de patologías mentales conforme las personas envejecen; sin embargo, otro factor por tomar en cuenta es que tienden a incumplir con mayor frecuencia el tratamiento prescrito, recurriendo a la automedicación y suelen superar el año de tratamiento.

A pesar de que la población a la cual se le prescriben con mayor frecuencia benzodiazepinas son los adultos y adultos mayores con un rango de edad desde los 18 años en adelante, la mayor parte solo posee un nivel de escolaridad de primaria o no poseen estudios de ningún tipo. Esta tendencia se observa en Latinoamérica, donde las poblaciones suelen ser mayormente de clase media o baja.

Los pacientes a los cuales se les despachan benzodiazepinas mayormente provienen de sectores aledaños al hospital que, por lo general, son zonas más pobladas y urbanizadas, sin embargo, un importante porcentaje proviene de distritos más alejados e, incluso, de otros cantones, pero retiran sus medicamentos en el servicio de la farmacia del HWAT de Turrialba.

La mayoría de las recetas del medicamento Diazepam se prescriben en el servicio de Emergencias, caso contrario a las benzodiazepinas Clonazepam y Lorazepam, las cuales se prescriben mayormente en el servicio de Consulta especializada, esto se relaciona con las indicaciones que posee cada medicamento, según los protocolos de prescripción emitidos por el Ministerio de Salud de Costa Rica.

Gran parte de las recetas que se despachan en el servicio de farmacia del HWAT corresponden a los servicios de medicina general, medicina mixta y otros centros, lo que representa un porcentaje alto de la población de la cual no se sabe si retira medicamentos en otros lugares como el EBAIS en el cual está adscrita, áreas de salud o, incluso, otros hospitales que conforman la red de servicios de la CCSS.

Los médicos generales son los que con mayor frecuencia prescriben psicotrópicos tipo benzodiazepina, seguidos del médico especialista en psiquiatría, esto se observa principalmente en el caso específico del medicamento Diazepam; sin embargo, en cuanto a Clonazepam y Lorazepam, las diferencias entre las prescripciones no son tan marcadas,. Esto demuestra la generalización que actualmente poseen esos fármacos en cuanto a cuáles médicos están autorizados para prescribirlos.

En el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba no es usual informar a la población sobre aspectos importantes de los medicamentos tipo benzodiacepinas; además de las cápsulas informativas, no se cuenta con otro método de información. Sin embargo se consideran que los usuarios de este tipo de fármacos pueden ser potenciales pacientes de la consulta de atención farmacéutica.

Actualmente no se implementa en el HWAT de Turrialba ningún protocolo dirigido al abordaje y seguimiento de los pacientes a los cuales se les prescriben psicotrópicos tipo benzodiacepinas, se analiza la posibilidad de llevar a cabo un programa de desprescripción destinado a los pacientes de visita domiciliar.

Los sistemas de control interno que se llevan a cabo en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba para mantener una estricta vigilancia de los medicamentos psicotrópicos son efectivos, según la opinión del personal farmacéutico que labora en este centro; sin embargo, siempre existe la posibilidad de cometer errores humanos o incumplimiento por parte de las personas encargadas.

En la CCSS actualmente no se cuenta con relajantes musculares por definición, ya que el único disponible, la tizanidina, se encuentra restringido a su utilización solo por ciertas especialidades; existen otras alternativas, pero usualmente no se utilizan en las dosis adecuadas o resultan ser combinaciones de otros medicamentos.

Las investigaciones sobre el uso de los medicamentos permiten mantener un conocimiento real y actualizado que facilita identificar tendencias en el consumo de los medicamentos y problemas en su utilización, lo cual, en el caso de las benzodiacepinas, es de vital importancia, debido al potencial riesgo de desarrollar dependencia y a los efectos secundarios que pueden ser graves en el caso de los adultos mayores.

Recomendaciones

La CCSS y el servicio de farmacia del HWAT deben mantener un estricto control y vigilancia sobre los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina, para determinar hacia dónde se dirigen las tendencias en la prescripción actual e investigar cuáles son las causas para identificar posibles patrones o deficiencias en los sistemas de salud o en el ambiente social de las personas que podrían estar aumentando las prescripciones y utilización de ese tipo de medicamentos.

Es importante que la CCSS preste más atención al sector femenino de la población e indague sobre si realmente a las mujeres se les deberían prescribir con mayor frecuencia benzodiacepinas, ya sea por las diferentes condiciones sociales que enfrentan o que, por el contrario, es un error que se les prescriba ese tipo de medicamentos, debido a los prejuicios que se mantienen en nuestra sociedad.

Es fundamental que en la CCSS se le realice un seguimiento adecuado a la población adulta y adulta mayor, para que cumpla con su tratamiento según como se lo han prescrito y evitar la automedicación, que podría conducir a utilizar de manera crónica estos medicamentos, lo cual puede evitarse al tratar la patología principal física o mental que lleva a la persona a consumir esta clase de medicamentos.

En cuanto al seguimiento de los pacientes a los que se les prescriben benzodiacepinas, la CCSS y el servicio de farmacia del HWAT deben tomar en cuenta el grado de escolaridad que posea una persona, priorizando aquellas con bajo nivel de conocimientos, para lograr que conozca su tratamiento, sus beneficios y posibles efectos secundarios, a fin de evitar un uso inadecuado y la automedicación.

El servicio de farmacia del HWAT debe mantener una vigilancia especial sobre aquellos pacientes que pertenecen a otras áreas de adscripción que, con regularidad, retiran medicamentos en la farmacia del HWAT, ya que la CCSS aún no utiliza el sistema de receta digital, el cual podría determinar si los pacientes retiran en más de un centro de salud.

Es importante que el Ministerio de Salud y la CCSS implementen el sistema de receta digital de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes y que exista una conexión en red a nivel nacional.

Sería necesario que la CCSS incluya dentro de la lista oficial de medicamentos (LOM) alternativas al uso de benzodiazepinas como relajantes musculares, para evitar el uso excesivo de ese tipo de fármacos en el servicio de urgencias; además, es fundamental instruir a los médicos sobre el uso racional de dichos medicamentos y cómo abordar apropiadamente casos de insomnio, contracturas y ansiedad, sin recurrir a esa clase de fármacos.

La CCSS y el servicio de farmacia del HWAT deben mantener la vigilancia sobre cuáles servicios y especialidades prescriben más este tipo de medicamentos para mantener un conocimiento general sobre su movimiento. Además, se recomienda guiar a los médicos para que reconozcan con mayor facilidad en cuáles pacientes existen comportamientos riesgosos, como incumplimiento del tratamiento, interacciones, automedicación y desarrollo de cierta dependencia al fármaco, a fin de que sean referidos al servicio de consulta farmacéutico para su correspondiente valoración.

Es importante que el servicio de farmacia del HWAT y la CCSS desarrollen un plan para identificar a aquellos pacientes con potencial, para que sean abordados y se les dé un seguimiento por medio de la consulta farmacéutica, principalmente aquellos con riesgo de desarrollar farmacodependencia o con cualquier problema depresivo o de edad avanzada que, sumado al uso de benzodiazepinas, implique un potencial riesgo para su salud.

El servicio de farmacia del HWAT debe poner en marcha un protocolo que simplifique y facilite la selección de los pacientes para el programa de desprescripción de benzodiazepinas, de igual manera, debe existir una guía que estandarice el proceso de abordaje y seguimiento de los pacientes, para que sea implementado en otros centros de salud de la CCSS, en los cuales la infraestructura y disponibilidad del personal farmacéutico lo permita.

Es importante que el servicio de farmacia del HWAT implemente métodos o herramientas, como un registro de errores, que evalúen la seguridad y eficacia de los sistemas de control interno, con el fin de detectar posibles debilidades o irregularidades en los procesos que podrían mejorarse para garantizar el funcionamiento óptimo de esos sistemas.

La CCSS debería analizar la posibilidad de que el medicamento tizanidina sea empleado en los servicios de emergencias en caso de contracturas, para evitar el uso excesivo de benzodiazepinas; de igual forma, debería resaltarse la importancia de educar a los pacientes en el

buen uso de los medicamentos, así como en el manejo de patologías frecuentes como ansiedad e insomnio, para evitar visitas continuas al servicio de urgencias y el uso de medicamentos que solo se dirigen a tratar los síntomas de enfermedades principalmente de carácter psicológico, a las cuales no suele dárseles la importancia necesaria.

Por último, es importante realizar investigaciones sobre medicamentos, en especial fármacos controlados como los psicotrópicos, que permitan identificar si las indicaciones y dosis son las adecuadas, principalmente en los sectores de la población más vulnerables como los adultos mayores. Ello, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y evitar el desarrollo de farmacodependencia y posibles complicaciones, como intoxicaciones y caídas.

Referencias

- Acosta, M. F., & Cabrera, N. (2015). El paradigma de la Ecoepidemiología en la era moderna. *Boletín informativo CEI*, 2(2), 43-44. Recuperado de: <http://www.ojseditorialumariana.com/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/796/721>
- ANMAT. (2015). *Psicotrópicos y estupefacientes. Visión farmacológica y normativa*. Recuperado de: <http://www.anmat.gov.ar/ssce/libro-psicotropicos-estupefacientes.pdf>
- Aparecida, C. (2014). Determinantes sociales de la salud y el uso de drogas psicoactivas. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 10(3), 110. Doi: 10.11606/issn.1806-6976.v10i3p
- Arizaga, M. C. (2007). *El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso*. Argentina. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/ElZUsoZIndebidoZdeZMedicamentosZPsicotropicosZenZlaZVidaZCotidiana.ZAoZ2007.-.pdf>: Observatorio Argentino de Drogas.
- Armenta, A., & Jelsma, M. (07 de octubre de 2015). *Las convenciones de drogas de la ONU*. Obtenido de Transnational Institute [TNI]: <https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002a). *Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo No.8204*. Recuperado de http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Costa_Rica/CR_Ley_Blanqueo_de_capitales.pdf
- Asamblea Legislativa. (2002a). *Reforma integral Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo*. San José, Costa Rica.

- Asamblea Legislativa. (2016). *Reglamento de Utilización y Funcionamiento del Sistema Automatizado de Receta Digital de Psicotrópicos y Estupefacientes*. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=82896&nValor3=106180&strTipM=TC
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnóstico del DSM-5*. Londres, Inglaterra: American Psychiatric Publishing.
- Baandrup, L., Ebdrup, B., Rasmussen, J., Lindschou, J., Glud, C., & Glenthøj, B. (2018). Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD011481.pub2
- Berruecos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17 (49), 61-81. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200005
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (1), 13-27.
- Buedo, P., & Giagante, C. (2015). Utilización de plantas medicinales como alternativa a las benzodiazepinas: Revisión bibliográfica. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 12 (2), 21-27.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (07 de enero de 2019). *Reseña histórica: 2000-2017*. Obtenido de <https://www.ccss.sa.cr/cultura#>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2016). *Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/normativa?pagina=2&cat=18>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2017). *Memoria Institucional 2017*. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2018). *Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/normativa?pagina=2&cat=18>

- Castro, E. P. (2016). *Factores familiares y personales que inducen al consumo de sustancia psicotrópicas alterando el comportamiento y el rendimiento académico en adolescentes*. Trabajo de graduación para optar por el grado académico de psicología clínica. Ecuador: Universidad Técnica de Machala.
- Castro, M. Á., & Díaz, L. A. (2009). Las variables en el proceso de investigación en salud: importancia, clasificación y forma de presentación en protocolos de investigación. *MedUNAB*, 12 (3), 151-156.
- CCSS. (22 de diciembre de 2018). *Caja Costarricense de Seguro Social*. Obtenido de <https://www.ccss.sa.cr/cultura>
- CEF. (2003). *Who Expert Committee On Drug Dependence. Thirty-third Report*. Ginebra: WHO Technical Report Series.
- Centro Nacional de Farmacovigilancia. (2011). *Nueva información de seguridad para los medicamentos que contienen tiocolchicosido*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/consulta-de-alertas-de-seguridad/2371-23-de-mayo-de-2014-nueva-informacion-de-seguridad-para-los-medicamentos-que-contienen-tiocolchicosido/file>
- Chacón, W., Méndez, J., & Sánchez, G. (2015). *Atlas del consumo de drogas en Costa Rica, 2015*. San José, Costa Rica: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia .
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. (2009). *Subsanar la desigualdades en una generación*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal S.A.
- Dirección de Farmacoepidemiología y Comité Central de Farmacoterapia de la CCSS. (2016). *Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos*. San José, Costa Rica.
- Domínguez, V., Collares, M., Ormaechea, G., & Tamosiunas, G. (2016). Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 1 (3), 14-24.
- Domínguez, V., Noel, M., Speranza, N., Amigo, C., Laborde, A., Goyret, A., & Tamosiunas, G. (2015). Perfil epidemiológico de las intoxicaciones por benzodiazepinas recibidas en el

Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico uruguayo en el período 2010-2011. *Revista Médica Uruguaya*, 31 (1), 32-38.

González, C., Martínez, M., Campello, E., Martín, J., Álvarez, A., & Arazo, O. (2017). *Prevalencia de consumo de benzodiacepinas en un grupo de población militar*. San Fernando, España: Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1887-85712017000300184

Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista Salud Pública*, 19 (3), 393-395. DOI: 10.15446/rsap.v19n3.68470

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill, Sexta Edición.

Holloway, K., Green, T., & World Health Organization. (2004). *Comités de farmacoterapia: Guía práctica*. Ginebra, Suiza.

IAFA. (2015). *Atlas del consumo de drogas en Costa Rica, 2015*. San José, Costa Rica: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia .

Instituto Costarricense sobre Drogas. (2013). *Plan Nacional sobre Drogas 2013-2017*. San José, Costa Rica. Recuperado de: https://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/PND_2013_2017_mar_2015.pdf

Instituto de Desarrollo Rural. (2014). *Informe de Caracterización Integral Básica: Territorio Turrialba-Jiménez*. San José, Costa Rica. Recuperado de: https://www.inder.go.cr/territorios_inder/region_central/caracterizaciones/Caracterizacion-Turrialba-Jimenez.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2011). *Censo Nacional 2011 (en línea) Instituto Nacional de Desarrollo Económico Rural*. Consultado el martes 15 de enero 2019: Disponible en <http://www.inec.go.cr/empleo/temas-especiales-de-empleo>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2018). *Atlas de Consumo de drogas en Costa Rica, 2015*. San José, Costa Rica. Recuperado de:

<https://www.iafa.go.cr/investigaciones/538-atlas-del-consumo-de-drogas-en-costa-rica-2015>

Jefatura del Servicio de Farmacia del HWAT. (2012). *Procedimiento para el control y verificación de los lineamientos establecidos para el despacho de recetas de psicotrópicos y estupefacientes*. Turrialba, Cartago.

Jiménez, E. (1994). *La Seguridad Social en Costa Rica: Problemas y Perspectivas*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/16/doc12.pdf?sequence=1&isAllowed=y>: EDNASS-CCSS

Jiménez, L. (2006). Prescripciones de medicamentos no retirados por pacientes ambulatorios de una farmacia de hospital de la CCSS, 1998-2002. *Revista Costarricense de Ciencias Medicas*, 27(1-2).

Ledezma, G. (2015). *Evaluación del conocimiento de los regentes de farmacias de comunidad de Costa Rica, en el manejo, control y despacho de medicamentos psicotrópicos en establecimientos privados en los meses de mayo-junio del 2015* (trabajo de graduación para optar por el grado académico de Licenciatura en Farmacia). Costa Rica: Universidad Internacional de las Américas.

Lizano, P. (2007). *Implementación de un programa de atención primaria con énfasis en la educación farmacológica del paciente usuario de psicotrópicos en el Área de Salud de Siquirres durante marzo 2006* (trabajo de graduación para optar por el grado académico de Licenciatura en Farmacia). Costa Rica: Universidad Internacional de las Américas.

López, K. (2012). *Consumo de Drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010: Consumo de medicamentos psicotrópicos sin prescripción médica*. San José, Costa Rica: IAFA.

López, R. R. (2017). *Cumplimiento de la normativa sobre estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria de los establecimientos farmacéuticos de la región La Libertad, julio-setiembre 2015* (trabajo de graduación para optar por el grado académico de químico farmacéutico). Perú: Universidad Nacional de Trujillo Perú.

- Machado, J. E., Alzate, V. & Jimenez, C. E. (2015). Tendencias de consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en una población colombiana, 2008-2013. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 44 (2). pág: 93-99. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502015000200005&script=sci_abstract&tlng=es
- Martín, S., Bermejo, P. & Marcos, E. (2008). Relajantes musculares. *Farmacia Profesional*, 22 (8). p 38-42. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-relajantes-musculares-revision-13126019>
- Masís, M. (2009). Estudio de utilización de benzodicepinas en el área de salud de Cartago, durante el período de febero 2007 a enero 2008. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 3 (1). Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/7832>
- Méndez, M., Ortiz, J. & San Lee, L. (2009). *Mujeres infractoras a la ley de psicotropicos recluidas en el centro de atención institucional el Buen Pastor*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/Investigacion%20Buen%20Pastor.pdf>: Instituto Costarricense sobre Drogas
- Mihic, J., & Harris, A. (2012). *Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la Terapéutica. 12a Edición*. México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Ministerio de Salud. (02 de diciembre de 2018). *Ministerio de Salud.go.cr*. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/evolucion-historica>
- Ministerio de Salud. (06 de enero de 2019). *Junta de Vigilancia de Drogas*. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/otros-enlaces/junta-de-vigilancia-de-drogas>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (s.f.). *Protocolo Clonazepam*. San José, Costa Rica. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/empresas/bioequivalencia/protocolos_psicotropicos_estupefacientes/protocolos/protocolo_clonazepam.pdf
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (s.f.). *Protocolo Diazepam*. San José, Costa Rica. Recuperado de:

https://www.ministeriodesalud.go.cr/empresas/bioequivalencia/protocolos_psicotropicos_estupefacientes/protocolos/protocolo_diazepam.pdf

Ministerio de Salud de Costa Rica. (s.f.). *Protocolo Lorazepam*. San José, Costa Rica. Recuperado de:

https://www.ministeriodesalud.go.cr/empresas/bioequivalencia/protocolos_psicotropicos_estupefacientes/protocolos/protocolo_lorazepam.pdf

Ministerio de Salud y Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes. (2018). *Lista de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas sometidas a Fiscalización Nacional*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/listados/3911-pdf-lista-de-estupefacientes-y-sustancias-psicotropicas-sometidas-a-fiscalizacion-nacional-2018/file>

Olvera, S. O. (2011). *Prescripción inadecuada de psicotrópicos del grupo III tipo benzodiazepinas en el paciente geriátrico de la unidad de medicina familiar número 1 del instituto mexicano del seguro social*. Aguascalientes, México. Recuperado de: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/123456789/839>

OMS. (1994). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=E17FA4C1A310B71EF84FA29984572BBC?sequence=1

OMS. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid, España. Recuperado de: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

OMS. (2010). *Trabajar en pro de la salud. Presentación de la Organización Mundial de la Salud*. Suiza: Ediciones de la OMS.

OMS. (30 de diciembre de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/about/history/es/>

OMS y FIP. (2012). *Buenas Prácticas en Farmacia Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos*.

- OMS y OPS. (2014). *En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019*. Washington, DC. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Plano-Estrat-2014-2019-ExecESP-2.pdf>
- OMS y OPS. (2017). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.: OPS.
- OMS, OPS y CICAD. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, DC. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=productos-cientificos-tecnicos-ops-oms-9878&alias=46865-neurociencia-del-consumo-y-dependencia-de-sustancias-psicoactivas-2004&Itemid=270&lang=e
- OPS. (5 de enero de 2019). *paho.org*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=3555&Itemid=3877&lang=es
- OPS y Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011). *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, Marco Estratégico del Ministerio de Salud*. (3). Costa Rica. Recuperado del sitio de Internet: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/modelo-conceptual-y-extrategico>
- Organización de las Naciones Unidas. (1961). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. Ginebra.
- Organización de las Naciones Unidas. (1971). *Convenio sobre sustancias sicotrópicas de 1971*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos* (48ª ed.). Recuperado del sitio de Internet de: <http://www.who.int/about/mission/es/>
- Pastor, J., Aranda, A., Gascón, J., Rausell, V., & Tobaruela, M. (2015). Adaptación española de los criterios de Beers. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38 (3). Pág: 375-385. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000300002

- Peña, E. (2014). *Estudio de la prescripción y el conocimiento de medicamentos controlados y regulados por la normativa vigente en Costa Rica, en médicos prescriptores que laboran para clínicas privadas del país durante los meses de noviembre y diciembre de 2014*. Universidad Internacional de las Américas. Trabajo de graduación para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía: Costa Rica.
- Pérez, R. (2017). *Efectividad de las terapias alternativas en el trastorno del insomnio*. Universidad de Jaén (trabajo de graduación para optar por el grado de enfermería). España.
- Pineda, M. I., & Lemus, F. J. (2005). *Taller de lectura y redacción I*. México: Pearson Educación.
- Poder Ejecutivo. (2006). *Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas*. San José, Costa Rica. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72642&nValor3=88740¶m2=1&strTipM=TC&IResultado=1&strSim=simp
- Ramos, G., & Olivares, G. (2010). *Guía para las buenas prácticas de prescripción: Metodología para la prescripción racional de medicamentos*. recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2991s/>
- Real Academia Española. (27 de octubre de 2018). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://www.rae.es/>
- Sanches, M., Alves, M., & Ribeiro, M. (2018). Elderly people with mental disorders: experiencing the use of psychotropic medicines. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (2), 835-843. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0159>
- Sánchez, O. (2017). Una mirada hacia la relación entre salud pública y farmacia. *Revista Médica Electrónica*, 39 (4), 858-861. Recuperado de: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2463/3575>
- Solano, C. (1974). *Hechos históricos del hospital "William Allen" de Turrialba*. Turrialba, Cartago. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/hcr/v7n11980/art9.pdf>
- Torres, A., & Rubio, G. (2012). Efecto analgésico de las vitaminas del complejo B, a 50 años de la primera combinación fija de tiamina, piridoxina y cianocobalamina. *Medicina Interna*

México, 28(5):473-482. Recuperado de:
https://www.cmim.org/boletin/pdf2012/MedIntContenido05_10.pdf

- Valdivia, L. G., Casique, L., & Muñoz, T. (2015). Consumo de drogas psicotrópicas y capacidades de autocuidado en mujeres de Tepic, Nayarit. *Enfermería Global*, 14 (37), pág 65-75. Recuperado de:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100004
- Vargas, G., Jiménez, M., Redondo, E., & Zuñiga, L. (2015). Resultados de un programa de drogodependencia en el Hospital William Allen Taylor de Turrialba. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 8(2), 24-34. Recuperado de:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/19618>
- Vargas, M. G. (2011). *Análisis de Estudio del Consumo de Clonazepam, Diazepam y Lorazepam, durante el primer cuatrimestre 2011 en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez, del Área de Salud Goicoechea 2, Caja Costarricense del Seguro Social* (trabajo de graduación para optar por el grado académico de Licenciatura en Farmacia). Costa Rica: Universidad Internacional de las Américas.
- Vélez, P. (2015). ¿Ontología u Ontologías? *Disputatio. Philosophical Research Bulletin*, 4(5), 299-339. Recuperado de: <https://philarchive.org/archive/VLEOUO>

ANEXOS

Anexo 1. Plan piloto aplicado a tres farmacéuticos que laboran en la CCSS.

Cuestionario sobre la percepción del profesional farmacéutico que labora en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor sobre la prescripción y utilización de los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina, clonazepam, diazepam y lorazepam.

Este cuestionario elaborado por la estudiante Andreina Rodríguez Rodríguez, forma parte de un proyecto de investigación para optar por el grado de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas, con el objetivo de conocer la percepción del personal farmacéutico que labora en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor sobre la prescripción y utilización de los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina, clonazepam, diazepam y lorazepam.

La entrevista será grabada con el objetivo de simplificar el registro de la información obtenida, la cual será utilizada únicamente con fines investigativos y los resultados se presentarán de forma general. Para mantener el principio ético de confidencialidad los participantes no serán identificados por sus nombres, sino por un código (Farmacéutico No. 1, Farmacéutico No. 2 y Farmacéutico No. 3) para dar garantía de que su participación es anónima.

Variables: Percepción sobre el conocimiento y la información de la población, aplicación de protocolos de abordaje y seguimiento, control interno, opinión del personal farmacéutico acerca de información relacionada con la investigación.

Pregunta	Observaciones		
	Farmacéutico 1	Farmacéutico 2	Farmacéutico 3
¿Según su experiencia, que información considera que es importante que conozcan los usuarios de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina como el	No es necesario colocar los nombres de los medicamentos que ya se mencionan en el título, además son dos preguntas		

<p>clonazepam, diazepam y lorazepam sobre la importancia del uso correcto de este tipo de medicamentos?</p>	<p>en una, sobre qué tipo de información considera que deben conocer los pacientes y sobre la importancia del uso correcto.</p>		
<p>¿Cuáles instrumentos informativos considera más útiles y adecuados para informar a los usuarios sobre el uso correcto de estos medicamentos?</p>			
<p>¿Actualmente, conoce sobre la existencia de algún tipo de protocolo de abordaje o seguimiento para los pacientes que toman este tipo de medicamentos por primera vez, de no existir considera que es importante su aplicación, si o no? ¿Por qué?</p>		<p>Formular una sola pregunta general que incluya estas dos preguntas, ya que pueden podría ser repetitiva.</p>	
<p>¿Actualmente, conoce sobre la existencia de algún tipo de protocolo de abordaje o seguimiento para los pacientes que toman este tipo de medicamentos por períodos de tiempo prolongados, de no existir considera que es importante su aplicación, si o no? ¿Por qué?</p>			
<p>¿Considera usted que los protocolos de control interno para el manejo de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina como el clonazepam, diazepam y lorazepam pueden mejorarse? ¿Qué</p>			

considera que deba mejorarse?			
¿Cuál es su opinión sobre si los médicos se encuentran informados acerca de la importancia de la prescripción correcta de estos medicamentos?	Replantear la pregunta porque es tema delicado, porque pone en duda el conocimiento del médico.		
¿Debería la CCSS utilizar otras alternativas a las benzodiazepinas (diazepam) como relajantes musculares? ¿Cuáles considera como las mejores opciones?	Replantear la pregunta ya que existen alternativas pero ¿Qué otras nuevas alternativas podrían implementarse?		
Basado en su experiencia, considera usted que conocer en cual servicio y en cuales especialidades se prescriben con mayor frecuencia este tipo de medicamentos, sirva como base para detectar posibles irregularidades y debilidades en el uso de este tipo de medicamentos. Si o no y Por qué?			
Basado en su experiencia, considera usted que mediante el conocimiento de cuales factores sociales (género, edad, escolaridad, lugar de residencia) pueda detectarse casos de pacientes que se encuentren en riesgo de desarrollar dependencia a los psicotrópicos. Y cuales considera son los que más se relacionan con esta problemática.		Replantear la pregunta, porque los factores sociales planteados no necesariamente se encuentran implicados en el desarrollo de dependencia.	Replantear la pregunta porque genera confusión, tal vez deba dirigirse hacia si estos factores se relacionan con el uso de estos medicamentos no con el desarrollo de dependencia.

Anexo 2. Entrevista aplicada a tres farmacéuticos que laboran en la CCSS.

Cuestionario sobre la percepción del profesional farmacéutico que labora en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor sobre la prescripción y utilización de los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina, clonazepam, diazepam y lorazepam.

Este cuestionario elaborado por la estudiante Andreina Rodríguez Rodríguez, forma parte de un proyecto de investigación para optar por el grado de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas, con el objetivo de conocer la percepción del personal farmacéutico que labora en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor sobre la prescripción y utilización de los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina, clonazepam, diazepam y lorazepam.

La entrevista será grabada con el objetivo de simplificar el registro de la información obtenida, la cual será utilizada únicamente con fines investigativos y los resultados se presentarán de forma general. Para mantener el principio ético de confidencialidad los participantes no serán identificados por sus nombres, sino por un código (Farmacéutico (a) No. 1, Farmacéutico (a) No. 2 y Farmacéutico (a) No. 3) para dar garantía de que su participación es anónima.

Variables: Percepción sobre el conocimiento y la información de la población, aplicación de protocolos de abordaje y seguimiento, control interno, opinión del personal farmacéutico acerca de información relacionada con la investigación.

Percepción sobre el conocimiento y la información de la población.

1. Según su experiencia, ¿qué información considera usted que es importante que conozcan los usuarios de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina?
2. ¿Cuáles instrumentos informativos se usan actualmente para informar a los usuarios sobre el uso correcto de estos medicamentos?

Aplicación de protocolos de abordaje y seguimiento.

3. ¿Conoce sobre la existencia de algún tipo de protocolo de abordaje o seguimiento para los pacientes que toman este tipo de medicamentos por primera vez o por períodos de tiempo prolongados, de no existir considera que es importante su aplicación? ¿Por qué?

Control interno.

4. ¿Existen protocolos de control interno para el manejo de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina? ¿Son efectivos o como pueden mejorarse?

Opinión del personal farmacéutico acerca de información relacionada con la investigación.

5. ¿Debería la CCSS utilizar otras alternativas a las benzodiacepinas (diazepam) como relajantes musculares? ¿Qué alternativas existen actualmente y cuales nuevas opciones considera deban implementarse?
6. Basado en su experiencia, considera usted que conocer en cual servicio y en cuales especialidades se prescriben con mayor frecuencia este tipo de medicamentos, sirva como base para detectar posibles irregularidades y debilidades en el uso de este tipo de medicamentos y por qué?
7. Basado en su experiencia, ¿Cuáles factores sociales (género, edad, escolaridad, lugar de residencia) suelen presentar con mayor frecuencia los pacientes a los que se les prescribe psicotrópicos tipo benzodiacepina?

Anexo 3. Traducción de las entrevistas.

Farmacéutico No 1.

1. Según su experiencia, ¿qué información considera usted que es importante que conozcan los usuarios de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina?

“Al ser medicamentos que se usan mucho para lo que es ansiedad y para provocar somnolencia en las personas, no es necesario que el paciente conozca muchos detalles por la cantidad de efectos secundarios y la cuestión de dependencia que pueden provocar, aunque la gente lo sabe al fin y al cabo cuando empiezan a tomarlo o por cuestiones meramente sociales, se hace un hábito y empiezan a aumentar las dosis. Tampoco es bueno que estén informados de toso esto porque les podría generar más tensión, más dudas de la cantidad de efectos secundarios que podrían tener, miedo a crear dependencia”.

“La dependencia yo creo que es principalmente un factor que debe tomarse en cuenta como profesional, pero hay que evitar que el paciente se preocupe por eso”.

2. ¿Cuáles instrumentos informativos se usan actualmente para informar a los usuarios sobre el uso correcto de estos medicamentos?

“De los medicamentos diazepam, clonazepam y lorazepam se han hecho capsulas informativas sobre cuál es su uso correcto, que se meten en la bolsa con el medicamento correspondiente. Pero no es usual que se utilice esos métodos de información en benzodiacepinas”.

3. ¿Conoce sobre la existencia de algún tipo de protocolo de abordaje o seguimiento para los pacientes que toman este tipo de medicamentos por primera vez o por períodos de tiempo prolongados, de no existir considera que es importante su aplicación? ¿Por qué?

“Es que el inicio de tratamiento lo establece el médico y es él el que le puede dar un seguimiento al paciente”.

“Por parte de farmacia aún no se realiza ningún tipo de seguimiento en el caso de benzodiazepinas, sería importante pero aún no se ha implementado”.

4. ¿Existen protocolos de control interno para el manejo de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiazepina? ¿Son efectivos o como pueden mejorarse?

“Si claro, se establecieron tres libros de control de estupefacientes y psicotrópicos, donde en cada turno cada 8 horas se realiza un informe o un cierre de la cantidad de salidas e ingreso de producto, donde se anota todos los datos como el número de receta, cantidad despachada. Idealmente en cada cambio de turno deberían contarse la cantidad de psicotrópicos y estupefacientes con que recibe el servicio”.

“Actualmente han demostrado ser efectivo el método que se utiliza”.

5. ¿Debería la CCSS utilizar otras alternativas a las benzodiazepinas (diazepam) como relajantes musculares? ¿Qué alternativas existen actualmente y cuales nuevas opciones considera que deban implementarse?

“La caja no tiene relajantes musculares como tales, en casos de contracturas graves a lo que se recurre es al uso del diazepam por lo general, vía intravenoso y además le mandan tabletas para la casa. El tiocolchicósido se utilizaba para uno intrahospitalario, pero ya no se utiliza, podría implementarse de nuevo este tipo de medicamento”.

6. Basado en su experiencia, ¿considera que conocer en cuales servicios y especialidades se prescriben con mayor frecuencia este tipo de medicamentos, sirva como base para detectar posibles irregularidades y debilidades en el uso de estos medicamentos y por qué?

“En farmacia se puede establecer un control por medio del SIFA, sobre cuanto retira el paciente, dosis que está tomando y cambios en las medicaciones. Un análisis de esto podría servir para identificar tendencias en el uso de estos medicamentos. Sin embargo, como aun no posible la conectividad mediante el EDUS con otros centros no es posible saber si un

paciente retira en el EBAIS, en el Área de Salud y el Hospital, como ha sucedido en algunas ocasiones”.

“Lo usual es que Psiquiatría y geriatría sean las especialidades donde más se observan prescripciones, en el caso de los servicios sería emergencias el diazepam”.

7. Basado en su experiencia, ¿Cuáles factores sociales (género, edad, escolaridad, lugar de residencia) suelen presentar con mayor frecuencia los pacientes a los que se les prescribe psicotrópicos tipo benzodiacepina?

“Según mi experiencia he observado que estos medicamentos los utilizan más las mujeres, en cuanto a la edad con mayor frecuencia en la edad adulto y adulta mayor, inclusive se da un aumento en su uso en las personas a partir de los 50 años en adelante, el paciente geriátrico y el paciente psiquiátrico son los que mayormente utilizan este tipo de medicamentos”.

“En cuanto a la escolaridad y el lugar de residencia es algo más complicado de asociar porque es algo que por lo general no se puede apreciar en la receta, pero diría que tiende a usarlo la gente que tiene un nivel más bajo de escolaridad que no conocen sobre la cuestión medica porque no es su área y confían mucho en el medico. Tal vez una persona con más educación, cuestione lo que el doctor le está prescribiendo. En cuanto a la zona de residencia, igualmente aquellas personas más humildes que vivan en zonas más pobres, confien en lo que le medico les receta sin cuestionar”.

“Por el contrario, se sabe se casos donde las personas pagan para que el médico les haga las recetas de psicotrópicos”.

Farmacéutico 2.

1. ¿Según su experiencia, ¿qué información considera usted que es importante que conozcan los usuarios de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina?

“Yo pienso que la información más importante que tienen ellos que conocer es el potencial adictivo que tienen, porque normalmente cuando se utilizan sobre todo en problemas ansiosos la persona en el momento recibe el efecto del medicamento, se va a sentir bien pero no siempre está consciente que si lo usa por más de dos a tres meses no lo va a poder dejar fácilmente, tal vez el problema se resolvió pero la persona sigue pegada en la necesidad de utilizar la benzodiacepina”.

“En primera instancia el medico que está prescribiendo debería explicarle al paciente los pro y los contra del tratamiento, pero normalmente por la experiencia la persona lo que recibe es “te voy a mandar algo para relajar, para tranquilizar”, en el caso para epilepsia es distinto porque el médico le dice que es “para calmar las convulsiones”, por lo tanto es algo crónico que el paciente no va a poder dejar de usar”.

2. ¿Cuáles instrumentos informativos se usan actualmente para informar a los usuarios sobre el uso correcto de estos medicamentos?

“Lo que nosotros utilizamos son las cápsulas de información que manda la coordinación en el pedido mensual, hay de lorazepam, clonazepam y diazepam, se les solicita a los colegas que cuando alistan una receta dentro del paquete pongan la capsula informativa, que dice en el caso del lorazepam: este producto produce sueño, es para la ansiedad con depresión e insomnio, tomar con comidas o leche para disminuir molestias, no tomar con bebidas alcohólicas o antiácidos, no suspender de forma abrupta, no usar en embarazo ni lactancia”.

3. ¿Conoce sobre la existencia de algún tipo de protocolo de abordaje o seguimiento para los pacientes que toman este tipo de medicamentos por primera vez o por períodos de tiempo prolongados, de no existir considera que es importante su aplicación? ¿Por qué?

“No, los protocolos que se han hecho para desintoxicación casi siempre tienen que ver con opioides, que yo conozca formalmente en el hospital no se usan, sin embargo si existen programas de desprescripción de benzodiazepinas, se ha analizado con el Dr, Vargas sobre la posibilidad de realizar un programa de desprescripción con los pacientes de visita domiciliar, geriatría y cuidados paliativos, tomando en cuenta los criterios de beers y otros como el stop-start, para analizar qué es lo que verdaderamente necesitan utilizar los adultos mayores”.

4. ¿Existen protocolos de control interno para el manejo de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiazepina? ¿Son efectivos o como pueden mejorarse?

“Si, primero se aplican todas las circulares y recomendaciones que emane la junta de vigilancia del ministerio de salud que eso está relacionado con la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo, que sean recetas oficiales, que todas las recetas deben estar completas, que la persona no puede retirar más de lo que necesita, esto lo envía la gerencia médica del hospital”.

“El primer control que se estableció aquí, fue hace unos diez años que solo los farmacéuticos despachan los psicotrópicos, luego conforme ha ido pasado el tiempo sean implementando controles, como los conteos periódicos en cada turno que es lo que se lleva en los libros, se hace inventario para ver que no falte nada, que estén enllavados, está el otro control de la noche el de gerencia médica que es para ver que todas las recetas cumplan con todos los requisitos eso lo hace el que trabaje de noche”.

“Ahora hay un decreto de receta digital que incluye estupefacientes y psicotrópicos, pero la caja despacha un volumen superior a todas las farmacias privadas juntas me imagino por eso se hizo un acuerdo de que nosotros podemos seguir usando el SIFA para generar los informes y el ministerio lo que pidió fue que eso si, se incluyera en la receta que farmacéutico lo había despachado, eso lo hace la encargada de SIFA, ella toma las recetas ve que vayan con esa información para que lo pueda ingresar y generar el informe para mandarlo al ministerio, cada mes”.

“Después hay controles internos, se lleva un kardex de entrada y salida, que tienen que corresponder con las entradas y salidas de los libros entonces al final es un control cruzado, para poder trazar cuanto se mueve y que no haya pérdidas”.

“Las contraseñas se mejoraron ahora tienen quien la entrega y quien la recibe o el familiar que se lo lleva”.

“En general, los controles han estado funcionando, porque siempre van a haber errores, que se entregue algo a otra persona, parte del error humano que puede haber. Pero si se ha ido mejorando”.

5. ¿Debería la CCSS utilizar otras alternativas a las benzodiazepinas (diazepam) como relajantes musculares? ¿Qué alternativas existen actualmente y cuales nuevas opciones considera que deban implementarse?

“Si, ahora normalmente el médico que utiliza las benzodiazepinas como relajantes musculares normalmente lo usa por ciclos muy cortos, tres-cinco días por eso el riesgo de adicción no existe, tal vez por eso y porque el diazepam es un producto posiblemente más barato que comprar un conrelax entonces posiblemente por eso no se ha hecho el cambio”.

“Otras alternativas que se usan son antidepresivos de primera generación como imipramina y amitriptilina con un antiinflamatorio y es una fórmula que funciona porque relaja al musculo y relaja a la persona, porque normalmente todo eso viene mediado por un problema tensional, por eso la combinación es útil, no hay evidencia que una cosa más cara como comprar muscoril en ampollas o un conrelax para tener que darle tres veces al día sea mucho más efectivo que las combinaciones que se han utilizado”.

6. Basado en su experiencia, considera usted que conocer en cual servicio y en cuales especialidades se prescriben con mayor frecuencia este tipo de medicamentos, sirva como base para detectar posibles irregularidades y debilidades en el uso de este tipo de medicamentos y por qué?

“Si, uno debería tener un conocimiento sobre cómo se mueven todos los medicamentos no solo benzodiazepinas, si uno quiere colaborar con que el servicio camine tiene que saber

que se mueve más, como se mueve, quien lo manda más, ir notando esos cambios en las prescripciones, por ejemplo en psiquiatría se dan cambios de prescripción pero es más que todo cuestión de estilo, pero si están documentados en el expediente e igual la receta está hecha correctamente puede ser simplemente un cambio de estilo, el médico prefiere utilizar ese medicamento versus otro psiquiatra, por ejemplo”.

“Ya lógicamente si empieza uno a ver como ocurrió en algún momento que estaba disparado el uso de la morfina en los salones y que al final se investigó y se encontró que hay compañeros con problemas de utilización de ese tipo de medicamentos para su beneficio, pues entonces uno tiene que conocer para ver esos cambios, si no, no se va a dar cuenta”.

7. Basado en su experiencia, ¿Cuáles factores sociales (género, edad, escolaridad, lugar de residencia) suelen presentar con mayor frecuencia los pacientes a los que se les prescribe psicotrónicos tipo benzodiacepina?

“En cuanto al generó, no le podría decir porque tienen varios usos, sin embargo los hombres tienden a padecer más demencias. En cuanto a la edad, por lo general son personas adultas o adultas mayores, en niños casi siempre se utiliza cuando son epilépticos. En caso de ansiedad los pediatras lo manejan normalmente con antidepresivos”.

“Con respecto a la escolaridad y lugar de residencia no le podría decir porque es prescripción dependiente (si el médico decide o no), porque realmente los problemas depresivos y psiquiátricos no respetan género, nivel económico, en muchas ocasiones incluso la edad. Además, la universalidad del seguro hace que el acceso a los servicios llegue a cualquier persona”.

Farmacéutico 3.

1. Según su experiencia, ¿qué información considera usted que es importante que conozcan los usuarios de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina?

“Además del nombre verdad, porque muchas veces llegan y te dicen la pastillita que uso para dormir, la redondita, blanca”.

“El nombre, para que se la prescribieron, efectos adversos que tienen, que pueden esperar, que no pueden esperar y además es difícil pero si deberían conocer por lo menos informar al médico o farmacéutico cuál es su terapia farmacológica para ver posibles interacciones, porque muchos se potencian sus efectos adversos con el uso de otros medicamentos, eso sería por lo menos lo básico”.

¿Y con respecto a la dependencia que podrían desarrollar?

“Si, es muy común pacientes sobre todo en geriatría, que si no tienen la benzodiacepina crean un síndrome de abstinencia. El médico debería informales inicialmente, después para mí son los mejores posibles candidatos para lo que es atención farmacéutica, ahorita solo se está tratando con pacientes crónicos, hipertensos, pacientes con dislipidemias y diabetes, los del programa de farmacocinética que están usando antiepilépticos, pero pacientes con benzodiacepinas no, se quiere iniciar un proyecto inicialmente que es de desprescripción en lo que es el programa de geriatría, pero si con benzodiacepinas tendría que ser mucho más, es un proceso muy lento porque no le podemos eliminar el tratamiento de un solo al paciente”.

“Sin el medicamento los pacientes no solo no duermen, están temblorosos, se ponen muy ansiosos, cambian su carácter, se ponen más agresivos y todo vuelve a la normalidad cuando volvieron con la benzodiacepina”.

“Igual que cualquier otro fármaco las benzodiacepinas al crear dependencia, igual que en el alcohólico se da un síndrome de abstinencia cuando no tienen acceso al fármaco”.

2. ¿Cuáles instrumentos informativos se usan actualmente para informar a los usuarios sobre el uso correcto de estos medicamentos?

“Además de las capsulas informativas creo que no hay ningún otro, del clonazepam, diazepam y lorazepam, lo que más sale, lo que más se prescribe”.

3. ¿Conoce sobre la existencia de algún tipo de protocolo de abordaje o seguimiento para los pacientes que toman este tipo de medicamentos por primera vez o por períodos de tiempo prolongados, de no existir considera que es importante su aplicación? ¿Por qué?

“No, que yo conozca no, ni por parte del médico ni por parte de farmacia, de hecho usted vera que el principal problema son los pacientes de psiquiatría, que son los que los llevan por dosis sumamente altas”.

“Debería existir un programa, donde se le informe al paciente los riesgos que tiene el uso del medicamento y todos los efectos adversos, para mi serian buenos candidatos para darles atención farmacéutica, talvez no aquellos que estén completamente compensados, porque partiríamos del supuesto de que tienen una buena adherencia a la terapia, el problema está en aquellos que tienen un alto riesgo, que se conoce, que sufren de depresión y que han tenido posibilidad de haber atentado contra su vida, este tipo de medicamentos en este tipo de pacientes es muy riesgoso y ha pasado con varios que llegan con una sobredosis de benzodicepinas, por lo mismo, porque tienen un acceso al medicamento”.

“El problema que tenemos ahora es que los médicos que están llegando a psiquiatría por pereza de hacer la receta mensual, si el paciente tiene cita en seis meses, le hacen solo la receta para el principio y para que retire a los tres meses y le dicen tómense una por día, sin embargo, la receta dice una tres veces al día, entonces le están dando acceso a un medicamento que es muy peligroso, de mucho cuidado, pacientes que hay que estarlos vigilando porque la mayoría sufre de esquizofrenia o son depresivos o algo y todavía llevan un medicamento que los puede perjudicar más en una gran cantidad”.

¿Y si al paciente se le olvida?

“Esa es otra, parten del supuesto de que el paciente si le puso atención, pero el paciente a veces no sabe ni que le dijo el médico, entonces si nos va bien y leen la etiqueta, se lo toman como esta en la etiqueta y sino depende de cómo se sientan se la van a tomar, porque que es lo que pasa a veces con muchos pacientes, cuando llegan diciendo ¡Es que no me alcanzan las benzodicepinas! ¡Es que el doctor me dijo que si me sentía bien me tomara solo 20 gotas, pero como dependiendo de cómo me sintiera me tomara otras 15 gotas en la mañana!”.

4. ¿Existen protocolos de control interno para el manejo de medicamentos psicotrópicos tipo benzodicepina? ¿Son efectivos o como pueden mejorarse?

“Actualmente, obligatorio revisar EDUS, que este primero prescrita la dosis que viene en la receta contra el expediente, la caja continua sin hacer receta digital en ese tipo de medicamentos, entonces continua generando en papel, pero se tiene que revisar que la receta que venga, la prescripción que venga en la receta tiene que coincidir con lo que diga el expediente, si no está en expediente, la obligación es devolver la receta al médico prescriptor hasta que haga su anotación en el expediente”.

“La otra forma es con los inventarios que se realizan en cada turno, a las seis de la mañana a las dos de la tarde y a las diez de la noche, se hace tres veces al día, se cuentan las recetas de cada uno de los psicotrópicos, se contabilizan cada una por separado y al total que se recibió en la mañana de psicotrópicos se le resta lo que salió, el físico debe coincidir con la existencia que tenemos según el registro”.

“Además, cuando se sacan psicotrópicos de donde están guardados se lleva un kardex aparte donde está el total que se mantiene almacenado, igual el mismo proceso, se tiene que llevar el control de cuanto salió y cuanto queda en existencia, para mí son efectivos estos sistemas”.

5. ¿Debería la CCSS utilizar otras alternativas a las benzodicepinas (diazepam) como relajantes musculares? ¿Qué alternativas existen actualmente y cuales nuevas opciones considera deban implementarse?

“Para mi si, porque cuando ya llegan muy contracturados lo que mandan es diazepam, dos, tres o cuatro días, la Caja tiene la opción de la tizanidina pero está restringido solo a unas cuantas especialidades, la caja lo tiene como medicamento almacenable esta para fisioterapia, cuidados paliativos y otras especialidades nada más, entonces si no encaja dentro de esos el médico no puede prescribirlo. Podría ser una opción, antes que usar diazepam, también funcionan los que son complejo B, como tiamina y piridoxina, es con lo que cuenta la caja prácticamente, el problema es que tenemos medicamentos con dosis muy bajas, la tiamina es de 100mg y una vez al día, puede mandarse hasta más veces al día pero problema es que muchas veces el médico ¡se casa! con una prescripción ¡tiamina una vez al día! Y usted va a la calle y consigue tiamina de 500mg”.

6. Basado en su experiencia, considera usted que conocer en cual servicio y en cuales especialidades se prescriben con mayor frecuencia este tipo de medicamentos, sirva como base para detectar posibles irregularidades y debilidades en el uso de este tipo de medicamentos y por qué?

“Si, aunque ya se sabe cuáles son las especialidades que más prescriben eso, psiquiatría y geriatría, en geriatría el problema que tenemos es que yo no sé si ya es receta de como vienen formados los médicos, usted verá, todos llevan benzodicepinas, todos llevan carbamacepina, todos llevan epival, todos llevan epamín y es una mezcla, yo no sé porque todos llevan lo mismo, sabiendo que todo interacciona, entonces usted ve el adulto mayor, que es un adulto mayor que no tiene interacción, que no hay respuesta con el medio porque siempre está dormido, siempre está quieto”.

“Con respecto a los servicios, la mayoría proviene de consulta externa, emergencias si prescribe pero no están alta la prescripción como es en la consulta externa, principalmente de psiquiatría y geriatría”.

7. Basado en su experiencia, ¿Cuáles factores sociales (género, edad, escolaridad, lugar de residencia) suelen presentar con mayor frecuencia los pacientes a los que se les prescribe psicotrópicos tipo benzodicepina?

“Yo lo he visto igual en todos, no hay distinción de género ni de edad ni de nada, hay gente que tal vez empezó a muy temprana edad usando benzodiazepinas porque no podía dormir, y fue la primera opción que le generaron tal vez en el EBAIS y ya después no hay manera de volvérsela a quitar, estos son pacientes que empiezan con media tableta, luego una, pasan a dos, pasan a tres y ahí siguen más el montón de otras cosas que usan para dormir, muchas veces llegan con la costumbre de que ¡Es que fulanito de tal me regalo una pastilla, que era buenísima para dormir!, entonces como esa pastilla le funcionó en el momento, ya llegan a pedírsela al médico y dependiendo que tal complaciente sea el médico, el médico con tal de quitárselo de encima se la prescribe y se acabó”.

¿Usted cree que en las benzodiazepinas sea muy común la automedicación?

“Si, tal vez no tanto como en otros pero si es muy frecuente la automedicación, el problema es que, vos llegas y le decís a alguien que se tome una benzodiazepina, porque tiene problemas para dormir y si tiene pastillas de más, que es algo que siempre pasa, no sé porque, va a estar surtiendo al otro, o el otro termina yendo al EBAIS para que el médico le prescriba el medicamento”.

“A mí me paso con un paciente de visita domiciliar, que él decía que no podía dormir sin el fenobarbital, el fenobarbital a él se lo daban en la noche porque convulsionaba, pero a él se le metió la idea que él no dormía sin el fenobarbital”.

“Dependiendo también de hasta el horario en que se lo tomen, ellos ya no lo ven como algo para otra enfermedad, sino para dormir”.

“Vieras que problema es a veces con los adultos mayores, porque dentro de los diagnósticos vienen, dependencia de las benzodiazepinas, los he visto mucho en visita, había un señor que tenía 35 años de usar clonazepam para dormir, empezó con unas gotas, después lo pasaron a tabletas y ahora va como con dos tabletas por la noche y dice que ya no le están haciendo. Primero les crea dependencia, después llegan al punto que parecen un alcohólico cuando no la toman, pero también el cuerpo se acostumbra a la dosis, entonces pasa lo mismo que con la morfina, el cuerpo empieza a pedir más y a pedir más. Nos contaba la hija de un señor que él apenas ve que quedan tres tabletas o cuatro, él se

desespera si el doctor no ha llegado a hacerle la visita, el resto de medicamentos no le importan pero no se puede quedar si su diazepam”.

Anexo 4. Instrumento para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones.

Resumen de los Resultados	Conclusiones	Recomendaciones
<p>El diazepam es el medicamento que se prescribe con mayor frecuencia en el HWAT, las tendencias a nivel mundial muestran un aumento en la prescripción de benzodiacepinas en muchas ocasiones inadecuadas, el diazepam es el que más se prescribe.</p>	<p>Con el paso de los años se ha presentado una tendencia hacia el aumento en la prescripción y por ende en la utilización de medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina, que en muchas ocasiones no se encuentran indicadas en las dosis correctas. Asimismo, el diazepam en tabletas es el medicamento que con mayor frecuencia se prescribe, a nivel nacional e internacional.</p>	<p>Se recomienda a la CCSS y al servicio de farmacia del HWAT mantener un estricto control y vigilancia sobre los medicamentos psicotrópicos tipo benzodiacepina para determinar hacia donde se dirigen las tendencias en la prescripción actual e investigar cuales son las causas para identificar posibles patrones o deficiencias en los sistemas de salud o en el ambiente social de las personas que pueda estar generando un aumento las prescripciones y utilización de este tipo de medicamentos.</p>
<p>A la población femenina se le prescribe con más frecuencia benzodiacepinas, a través de los años se ha mantenido la idea de que las mujeres padecen mayormente de algún tipo de desorden mental, en varias ocasiones se los hombres reciben dosis más bajas que las mujeres con los mismos síntomas, son más propensa a prescripciones inadecuadas y son más vulnerables a la automedicación. Existe relación entre el género y la prescripción de las benzodiacepinas clonazepam, diazepam y lorazepam</p>	<p>En el sector de la población que pertenece al género femenino se observa con mayor frecuencia prescripciones de benzodiacepinas y por lo general son inadecuadas, esto debido a que muchos médicos mantienen la idea de que las mujeres son más vulnerables a patologías mentales, por tanto tienden a utilizar esta clase de medicamentos en dosis más altas y por períodos de tiempo más prolongados.</p>	<p>Es importante que la CCSS preste más atención al sector femenino de la población, e indague sobre si realmente las mujeres deberían prescribirse con mayor frecuencia benzodiacepinas, ya sea, por las diferentes condiciones sociales que enfrentan las mujeres o porque por el contrario sea un error que se les prescriba este tipo de medicamentos debido a los prejuicios que se mantienen en nuestra sociedad actual.</p>
<p>La prescripción de benzodiacepinas se realiza principalmente en la población adulta y en los adultos mayores, a pesar de esto con frecuencia incumplen el tratamiento prescrito y recurren a la automedicación y las</p>	<p>El mayor empleo de benzodiacepinas se da principalmente en la población adulta y adulta mayor, esto está relacionado con el aumento en el desarrollo de patologías mentales conforme las personas envejecen, sin embargo otro</p>	<p>Es fundamental que en la CCSS a la población adulta y adulta mayor, se les realice un seguimiento adecuado para que cumplan su tratamiento según como se lo han prescrito para evitar la automedicación que puede conducir a la utilización de</p>

<p>prescripciones suelen ser mayores a un año. Existe relación entre la edad y la prescripción de las benzodiazepinas clonazepam, diazepam y lorazepam</p>	<p>factor a tomar en cuenta es que tienden a incumplir con mayor frecuencia el tratamiento prescrito, recurriendo a la automedicación y suelen superar el año de tratamiento.</p>	<p>manera crónica de estos medicamentos, lo cual puede evitarse al tratar la patología principal física o mental que lleva a la persona a consumir esta clase de medicamentos.</p>
<p>El 64% de la población analizada ha recibido solo estudios de primaria o ningún estudio. El nivel de escolaridad no determina la prescripción de las benzodiazepinas clonazepam, diazepam y lorazepam</p>	<p>A pesar que la población a la cual se le prescribe con mayor frecuencia benzodiazepinas son los adultos y adultos mayores con un rango de edad desde los 18 años en adelante, la mayor parte de esta población solo posee un nivel de escolaridad alcanzado de primaria o no poseen estudios de ningún tipo del todo. Esta tendencia se observa en Latinoamérica, donde la poblaciones suelen ser mayormente de clase media o baja.</p>	<p>En cuanto al seguimiento de los pacientes a los que se les prescribe benzodiazepinas, la CCSS y el servicio de farmacia del HWAT debe tomar en cuenta el grado de escolaridad que posea una persona, priorizando aquellas con bajo nivel de conocimientos para lograr que el paciente conozca su tratamiento, sus beneficios y posibles efectos secundarios, para evitar un uso inadecuado y la automedicación.</p>
<p>La mayoría de los pacientes a los que se les prescriben benzodiazepinas son los distritos más cercanos al hospital, en segundo lugar otros y zona 2</p>	<p>Los pacientes a los cuales se les despacha benzodiazepinas, mayormente provienen de sectores aledaños al hospital, que por lo general son zonas más pobladas y urbanizadas, sin embargo un importante porcentaje de pacientes de distritos más alejados e incluso de otros cantones retiran sus medicamentos en el servicio de la farmacia del HWAT de Turrialba.</p>	<p>El servicio de farmacia del HWAT debe mantener una vigilancia especial, sobre aquellos pacientes que pertenecen a otras áreas de adscripción que con regularidad retiran medicamentos en la farmacia del HWAT, ya que la CCSS aún no utiliza el sistema de receta digital el cual podría determinar si los pacientes retiran en más de un centro de salud. Es importante que el Ministerio de Salud y la CCSS implementen el sistema de receta digital de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes y que exista una conexión en red a nivel nacional.</p>
<p>El servicio en donde se prescriben más benzodiazepinas es el de emergencias, seguido del de consulta especializada, el diazepam es el que se prescribe más en emergencias a diferencia del clonazepam y el lorazepam. Existe relación entre el servicio y la prescripción de las</p>	<p>La mayoría de las recetas del medicamento diazepam se prescriben en el servicio de emergencias, caso contrario a las benzodiazepinas clonazepam y lorazepam, las cuales se prescriben mayormente en el servicio de consulta especializada, esto se</p>	<p>Sería importante que la CCSS, incluya dentro de la lista oficial de medicamentos (LOM) alternativas al uso de benzodiazepinas como relajantes musculares, para evitar el uso excesivo de este tipo de fármacos en el servicio de urgencias, además es</p>

<p>benzodiazepinas clonazepam, diazepam y lorazepam.</p>	<p>relaciona a las indicaciones que poseen cada medicamento según los protocolos de prescripción emitidos por el Ministerio de Salud de Costa Rica. Gran parte de las recetas que se despachan en el servicio de farmacia del HWAT, corresponden a los servicios de medicina general, medicina mixta y otros centros, lo que representa un porcentaje alto de la población de la cual, no se conoce si retiran medicamentos en otros lugares como el EBAIS al cual están adscritos, Áreas de Salud o incluso otros hospitales que conforman la red de servicios de la CCSS.</p>	<p>fundamental instruir a los médicos sobre el uso racional de estos medicamentos y acerca de cómo abordar apropiadamente casos de insomnio, contracturas y ansiedad, sin recurrir a la utilización de esta clase de fármacos.</p>
<p>Los médicos generales prescriben benzodiazepinas, en segundo lugar se encuentra psiquiatría, sin embargo los médicos generales prescriben mucho más diazepam que lorazepam y clonazepam. Existe relación entre la especialidad del médico y la prescripción de las benzodiazepinas clonazepam, diazepam y lorazepam.</p>	<p>Los médicos generales son los que con mayor frecuencia prescriben psicotrópicos tipo benzodiazepina, seguido del médico especialista en psiquiatría, esto se observa principalmente en el caso específico del medicamento diazepam, sin embargo, en cuanto a los medicamentos clonazepam y lorazepam las diferencias entre las prescripciones no son tan marcadas, esto demuestra la generalización que actualmente poseen estos fármacos en cuanto a cuales médicos están autorizados para prescribirlos.</p>	<p>Se recomienda a la CCSS y el servicio de farmacia del HWAT mantener la vigilancia sobre cuales servicios y especialidades prescriben más esta tipo de medicamentos para mantener un conocimiento general sobre el movimiento de estos fármacos, además se recomienda guiar a los médicos para que reconozcan con mayor facilidad con cuales pacientes existe el riesgo de que esté presente comportamientos riesgosos como incumplimiento del tratamiento, interacciones, automedicación y desarrollo de cierta dependencia al fármaco, para que sean referidos al servicio de consulta farmacéutico para su correspondiente valoración.</p>
<p>Existe relación entre la zona de residencia y la prescripción de las benzodiazepinas clonazepam, diazepam y lorazepam</p>	<p>A pesar de que se determinó que no existe relación entre la prescripción de benzodiazepinas y la zona o lugar de residencia del paciente, es importante conocer en cuales regiones son más vulnerables los usuarios a</p>	<p>La CCSS y el servicio de farmacia del HWAT debe conocer cuáles son las regiones donde se detectan más casos de dependencia a las benzodiazepinas con el fin de implementar programas de</p>

	hacer un mal uso de su medicamento en dependencia de las condiciones que le rodean.	educación en las poblaciones que más lo requieran.
Los tres farmacéuticos coincidieron en que solo se hace uso de capsulas informativas sobre el uso correctos de los medicamentos pero que no es habitual que se informe sobre benzodiacepinas.	En el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba no es usual que se informe a la población sobre aspectos importantes acerca de los medicamentos tipo benzodiacepinas, además de las capsulas informativas no se cuenta con otro método de información. Sin embargo se consideran que los usuarios de este tipo de fármacos pueden ser potenciales pacientes de la consulta de atención farmacéutica.	Es importante que el servicio de farmacia del HWAT y la CCSS desarrolle un plan para identificar aquellos pacientes con potencial para que sean abordados y se les dé un seguimiento por medio de la consulta de atención farmacéutica, principalmente aquellos con riesgo de desarrollar farmacodependencia, o con cualquier problema depresivo o de edad avanzada que sumado al uso de benzodiacepinas implique un potencial riesgo para la salud del paciente.
Los tres farmacéuticos coincidieron en que actualmente no existe ningún protocolo pero manifiestan que sería importante y que se está analizando la posibilidad de llevar a cabo un programa de desprescripción	Actualmente no se implementa en el HWAT de Turrialba ningún protocolo dirigido al abordaje y seguimiento de los pacientes a los cuales se les prescriben psicotrópicos tipo benzodiacepinas, se analiza la posibilidad de llevar a cabo un programa de desprescripción destinado a los pacientes de visita domiciliar.	El servicio de farmacia del HWAT debe ponerse en marcha un protocolo que simplifique y facilite la selección de los pacientes para el programa de desprescripción de benzodiacepinas, de igual manera debe existir una guía que estandarice el proceso de abordaje y seguimiento de los pacientes, para que pueda ser implementado en otros centros de salud de la CCSS, en los cuales la infraestructura y disponibilidad del personal farmacéutico lo permita.
Los tres farmacéuticos mencionan la existencia de un sistema de control interno y que hasta el momento han sido eficaz, pero siempre existe el factor del error humano.	Los sistemas de control interno que se llevan a cabo en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba para mantener una estricta vigilancia de los medicamentos psicotrópicos, son efectivos según la opinión del personal farmacéutico que labora en este centro, sin embargo, siempre existe la posibilidad de que se cometan errores humanos o	Es importante que el servicio de farmacia del HWAT implemente métodos o herramientas como un registro de errores, que evalúen la seguridad y eficacia de los sistemas de control interno, con el fin de detectar posibles debilidades o irregularidades en los procesos que puedan mejorarse para garantizar el funcionamiento óptimo de estos sistemas.

	incumplimiento por parte de las personas encargadas.	
Los tres farmacéuticos coinciden en que en caso de contracturas graves solo se utiliza diazepam en ampollas, mencionan alternativas para evitar el uso sin embargo o no parecen ser efectivas o son combinaciones de medicamentos.	En la CCSS actualmente no se cuenta con relajantes musculares por definición, ya que el único que actualmente existe que es la tizanidina se encuentra restringido a su utilización solo por ciertas especialidades, existen otras alternativas, pero usualmente no se utilizan en las dosis adecuadas, o resultan ser combinaciones de otros medicamentos.	La CCSS debería analizar la posibilidad de que el medicamento tizanidina pueda ser empleado en los servicios de emergencias en caso de contracturas para evitar el uso excesivo de benzodicepinas, de igual forma debería resaltarse la importancia de educar a los pacientes en el buen uso de los medicamentos así como en el manejo de patologías frecuentes como ansiedad e insomnio, para evitar, visitas continuas al servicio de urgencias y el uso de medicamentos que solo se dirigen a tratar los síntomas de enfermedades principalmente de carácter psicológico a las cuales no suele dárseles la importancia necesaria.
Los tres farmacéuticos también coincidieron en que conocer la situación actual de la prescripción utilización de las benzodicepinas en el hospital sería de gran utilidad para identificar posibles tendencias en el uso de estos medicamentos	Las investigaciones sobre el uso de los medicamentos, permiten mantener un conocimiento real y actualizado que facilita la identificación tendencias en el consumo de los medicamentos y problemas en su utilización, lo cual, en el caso de las benzodicepinas es de vital importancia debido al potencial riesgo de desarrollar dependencia y a los efectos secundarios que pueden ser graves en el caso de los adultos mayores.	Por último, es importante realizar investigaciones sobre medicamentos, en especial fármacos controlados como los psicotrópicos, que permitan identificar si las indicaciones y dosis son las adecuadas, principalmente en los sectores de la población más vulnerables como los adultos mayores. Con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente, evitar el desarrollo de farmacodependencia y posibles complicaciones como intoxicaciones y caídas.

Anexo 5. Pasos para el desarrollo de un protocolo para el abordaje y seguimiento a los usuarios a los que se les prescriben psicotrópicos tipo benzodiazepina

1. Encabezado que identifique a la institución y el servicio que hace uso del protocolo.
2. Sección para el registro de los siguientes datos personales: Nombre, género, edad, escolaridad, lugar de residencia, y número de teléfono.
3. Sección para el registro de información acerca de la farmacoterapia del paciente, se debe anotar la benzodiazepina prescrita, todos los demás medicamentos que tome el paciente, así como plantas medicinales y otros.
4. El primer lugar, debe explicársele al paciente cual es la benzodiazepina que está tomando, para que se le prescribió en relación a la patología que presenta, posibles efectos secundarios que puede esperar y cuales no son normales, cuando debe consultar al farmacéutico o visitar el médico y proporcionarle un horario para garantizar una administración correcta y eficaz del medicamento.
5. En segundo lugar, el farmacéutico debe explicarle al paciente en que consiste su patología y el papel que desempeña su medicamento en ella.
6. Se deben considerar y evaluar los criterios de la CIE-10 para el diagnóstico de síndrome de dependencia a sustancias y de la DMS-5 para el diagnóstico de trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Anexo 5. Protocolo para el abordaje y seguimiento a los usuarios a los que se les prescriben psicotrópicos tipo benzodiacepina



Caja Costarricense del Seguro Social

Hospital William Allen Taylor

Servicio de Farmacia

Protocolo para el abordaje y seguimiento de usuarios a los que se les prescriben psicotrópicos tipo benzodiacepina

Datos Personales

Nombre: _____

Número de identificación o Cédula: _____ Edad: _____

Lugar de Residencia: _____ Número de teléfono: _____

Género:

- Masculino
 Femenino
 Otro

Escolaridad:

- Primaria
 Secundaria
 Universidad

Farmacoterapia

Médico prescriptor: _____ Duración del tratamiento: _____

Otros tratamientos (dosis):

Agudos: _____

Crónicos: _____

Primer Sesión. Inducción sobre el medicamento prescrito, posibles interacciones, efectos secundarios y duración del tratamiento, importancia de no auto medicarse y no recomendar el medicamento que se le ha prescrito a otras personas, evaluación de los criterios de la CIE-10 para el diagnóstico de síndrome de dependencia a sustancias y de la DMS-5 1 para el diagnóstico de trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos **solo si el paciente es reincidente en la toma de la benzodiacepina.**

Farmacéutico Encargado: _____

Duración de la intervención: _____

Criterios de la CIE-10, el usuario manifiesta:

- Deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, o las cantidades consumidas, se prueba por un consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo.
- Cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, se prueba con el síndrome de abstinencia característico.
- Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de alternativas de interés o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos.
- Consumo persistente a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales.

Criterios de la DMS-5:

- Con frecuencia el usuario consume sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en altas dosis o durante un tiempo más prolongado que el provisto.
- Existen esfuerzos persistentes y fracasados de abandonar o al menos controlar el consumo de estas sustancias.
- El individuo invierte gran cantidad de su tiempo en actividades necesarias para conseguir, consumir o recuperarse de sus efectos.
- Presencia de fuertes ansias o necesidad por consumir las sustancias.
- Un consumo recurrente de estas sustancias conlleva al incumplimiento de deberes fundamentales.
- A pesar de sufrir problemas recurrentes de tipo interpersonal, social y físicos asociados al consumo de estas sustancias, este se mantiene continuo.

- El individuo experimenta una reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- El consumo de estas sustancias se da incluso en situaciones en las que es físicamente peligroso. Por ejemplo: conducir y manejar maquinarias.
- La persona continua el consumo a pesar de que es consciente que sufre un problema físico y psicológico, causado o exacerbado por ello.
- Presenta tolerancia, al presentar una necesidad de cantidades cada vez mayores o sufre un efecto claramente reducido con la misma cantidad consumida. **En este punto es importante mencionar que no se considera que se cumple con este criterio aquellos individuos que se encuentren bajo una estricta supervisión médica.**
- Presenta abstinencia, cuando manifiesta presencia del síndrome de abstinencia característico o consumen estas sustancias para aliviar o evitar los síntomas del síndrome. **Este criterio tampoco se toma en cuenta si los individuos se encuentran bajo una supervisión médica adecuada.**

Resultados: _____

Resultados de la evaluación de los Criterios de la CIE-10: (___ / 5)

- Positivo** _____
- Negativo** _____

Resultados de la evaluación de los Criterios de la DMS-5: (___ / 11)

- Positivo** _____
- Negativo** _____

Fecha de la próxima intervención: _____

Tema a tratar y pendientes: _____