

FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS y NATURALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

TESINA PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

“EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LA
POBLACIÓN COMPRENDIDA ENTRE LOS 30 Y 54 AÑOS QUE
FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “Dr. PABLO LACOSTE” DE
EDUARDO CASTEX DURANTE EL PERÍODO 2001-2006”

ANDREA BEATRIZ AGUIRRE

SANTA ROSA (LA PAMPA)

ARGENTINA

2010

PREFACIO

Esta Tesina es presentada como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Licenciado en Enfermería, en la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Nacional de La Pampa y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad ni en otra Institución Académica. Se llevó a cabo en el Hospital “Dr. Pablo Lacoste” de Eduardo Castex, dependiente de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de La Pampa; durante el período comprendido entre el 13 de marzo de 2009 y el 8 de junio de 2010 bajo la dirección del Dr. Dario Bustos y la Co-Dirección de la Lic. María Angélica Lucero.

Agradezco por este medio a todos los que me ayudaron y apoyaron para llegar a obtener mi título:

al Dr. Silvio Casadío por su invaluable estímulo y aporte académico para cumplir cada paso de esta investigación.

a mi director de Tesina Dr. Darío Busto a la Co-directora Lic. María Angélica Lucero, por su incondicional ayuda.

a la señora Elba Wiggerhauser (Jefa de prestaciones del hospital local),

a la señora Nilda Ferrán (Asistente Social),

a las compañeras del sector farmacia,

al ex-director del hospital local Dr. Darío Balsa por haberme concedido la autorización para la realización del estudio en el uso de los registros hospitalarios,

a mi querida familia y por sobre todas las cosas a Dios.

Se lo dedico a mis dos hijos, por su tolerancia y acompañamiento y a la memoria de mi padre.

28/07/2010

Andrea Beatriz Aguirre

HOSPITAL “DR.PABLO LACOSTE” DE EDUARDO CASTEX - LAPAMPA

FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la década de 1940, definía la salud como “Un estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de las afecciones o enfermedades” (OMS, 2000). Así como los signos y síntomas indican enfermedad en un individuo existen otros indicadores, como el consumo psicofármacos, que revelan ausencia de salud. Las benzodiacepinas (psicofármacos), si bien aportan efecto terapéutico, también pueden provocar deterioro físico y dependencia disminuyendo la calidad de vida en quienes las consumen.

El objetivo del presente trabajo fue conocer la distribución del consumo de psicofármacos en la población hospitalaria de 30 a 54 años, del Hospital “Dr. Pablo Lacoste” de Eduardo Castex La Pampa, durante los años 2001 a 2006.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, comprobando un aumento del consumo de psicofármacos del 6,55 % del año 2001 a 2006 con un descenso en 2005. El mayor consumo se produjo en el grupo etario de 44 y 49 años (26,06%) con predominio del sexo femenino, 38 hombres por cada 100 mujeres. Los casados (57,72%) las amas de casa (37,29%) y trabajadores en relación de dependencia (24,80%) fueron los mayores consumidores. El psicofármaco más consumido fue el bromazepám (27,86%) seguido por el diazepam (26,93%) y el alprazolam (20,74%).

Palabras claves: psicofármacos, consumo, Benzodiacepinas, Eduardo Castex, La Pampa

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) in 1940, defines health as ‘A state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity’ (WHO, 2000). Just as the signs and symptoms indicate disease in an individual there are other indicators, such as psychotropic drugs consumption, that reveal the absence of health. Benzodiazepines (psychotropic drugs), but provide a therapeutic effect, can also cause physical deterioration and dependence, decreasing the quality of life in those who consume them.

The aim of this study was to determine the distribution of consumption of psychoactive drugs in the hospital population of 30 to 54 years of Hospital ‘Dr Pablo Lacoste’ Eduardo Castex La Pampa, during the years 2001-2006.

We performed a retrospective study, ensuring an increase in consumption of psychoactive drugs of 6.55% in the year 2001-2006 with a decline in 2005. The highest consumption was in the age group between 44 and 49 (26.06%) with predominance of females, 38 males per 100 females. Married people (57.72%) housewives (37.29%) and workers were the largest consumers as employees (24.80%). The most consumed psychoactive drug was Bromazepam (27.86%) followed by diazepam (26.93%) and alprazolam (20.74%).

Keywords: psychotropic drugs, consumption, Benzodiazepines, Eduardo Castex, La Pampa

INDICE TEMÁTICO

<i>TEMAS</i>	<i>PÁGINA</i>
PREFACIO	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE TEMÁTICO	V
DESARROLLO	
INTRODUCCIÓN:	1
MARCO TEÓRICO	4
Generalidades de los psicofármacos	4
Clasificación de los psicofármacos	9
Descripción de algunos tipos de psicofármacos	19
Psicofármacos y Género	24
Enfermería en Salud Mental	28
La relación Enfermera- Paciente	30
Abuso de Drogas. Significado para la Enfermería en Salud Mental	32
La Cultura del Medicamento o Medicalización de las Comunidades	35
OBJETO DEL TRABAJO.	39
MATERIALES Y MÉTODO	41
ANÁLISIS Y RESULTADOS	45
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	74
ANEXOS	78
Anexo I: Instructivo de recolección de datos	79
Anexo II: Mapa de la Provincia de La Pampa	80

INTRODUCCIÓN

El uso de sustancias psicoactivas fue constante a lo largo de la historia del hombre, con fines ceremoniales y religiosos o para evadirse de la realidad. Plantas alucinógenas como el cáñamo, la coca o la adormidera y bebidas alcohólicas como la cerveza o el vino fueron algunas de las sustancias para curar y conectar con el mundo espiritual de civilizaciones tan antiguas como la babilónica o la egipcia. Pero a partir del siglo XX se registraron grandes cambios y avances en el conocimiento de las sustancias psicoactivas. En este sentido, la década de 1950 supuso una auténtica revolución para el desarrollo de fármacos antipsicóticos (Valenzuela, 2005).

En el año 1949 se descubrió la acción antimaníaca del litio, tres años después se introdujo en la clínica la clorpromazina y un año más tarde el meprobamato. Durante los años siguientes no cesó la introducción de fármacos antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos. Estos avances abrieron nuevas vías de investigación sobre las causas de otras enfermedades mentales y el papel de los neurotransmisores en la depresión o el trastorno obsesivo compulsivo.

Los psicofármacos, como los ansiolíticos e hipnóticos son utilizados para dar respuesta a problemas psicológicos y de conducta como la ansiedad; regulando determinados neurotransmisores y logrando una mejora sustancial de los síntomas negativos que percibe el afectado (Borrás Vives, 2007). En la actualidad la indicación de las benzodiacepinas (BDZ) esta limitada al tratamiento del insomnio transitorio y de corto plazo y en algunos casos de ansiedad y depresión al inicio del tratamiento (Botargues, 2008). El insomnio representa un gran problema de salud pública, de tendencia creciente en la actualidad, que está asociado al aumento de los accidentes automovilísticos, al desarrollo de trastornos del ánimo y depresión mayor, al consumo de alcohol, al menor rendimiento laboral y a la somnolencia diurna. Por otro lado, los efectos no deseados del consumo de BDZ pueden deteriorar el estado funcional causando confusión, pérdida de la memoria, mareos, somnolencia diurna, caídas que provocan fracturas y depresión. A esto, se añade una variabilidad de respuestas individuales de difícil previsión, atribuida a las características intrínsecas del fármaco y a diversos factores propios del individuo: determinantes genéticos, personalidad y componentes psiquiátricos, características sociofamiliares, edad, etc. “Estos son un grupo importante de motivos de consulta en APS¹

¹ APS : Atención Primaria de la Salud

en un mayor porcentaje de pacientes que acuden a la consulta subyace algún factor psicosocial como desencadenante de su demanda y el menor porcentaje corresponde a un trastorno mental bien definido” (Villena Ferrer et al, 2004).

A pesar de este potencial para provocar daño y la escasa evidencia de beneficio clínico significativo, la utilización de BDZ se ha ido dando de forma desmedida. En la Columbia Británica (CB), por ejemplo, el consumo creció en forma significativa entre 1996 y 2002. Usualmente esta clase de drogas está dentro de los grupos más vendidos: en CB 84 millones de píldoras en 2002 (Botargues, 2008) “...para tener una idea comparativa, en esa misma provincia de Canadá se vendieron 124 millones de píldoras de antidepresivos” (Botargues, 2008).

Muchos pacientes crónicos de BDZ desconocen las consecuencias deletéreas de las mismas y la poca eficacia para el trastorno de base. Si bien ellos suelen referir mejoría, la misma puede estar relacionada con la evitación del síndrome de discontinuación que se produce al suspenderlas.

En un estudio realizado en 602 pacientes que acuden a los centros de Atención Primaria del Principado de Asturias (España); los resultados señalan que el 37,9% de los pacientes consumen psicofármacos; siendo significativamente superior en las mujeres, en las amas de casa, en los desempleados y en las personas con bajo nivel educativo (Secades Villa et al, 2003).

En la Argentina, según estudios de la Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), el creciente uso indebido de psicofármacos (sedantes, estimulantes, ansiolíticos, tranquilizantes y antidepresivos) se enmarca en un preocupante “fenómeno de medicalización de la vida cotidiana”, que estimula la automedicación y multiplica el número de adictos. Este fenómeno no es exclusivo de la Argentina y se asocia al concepto de calidad de vida y a su cada vez más frecuente vinculación con cierto tipo de drogas y medicamentos conocidos en Estados Unidos y Europa como *life style medicines* (medicamentos de estilo de vida).

En el interior de Argentina, ciertos trabajos demuestran que se trata de un fenómeno eminentemente urbano, como ejemplo, un estudio titulado “Utilización de ansiolíticos benzodiacepínicos en barrios céntricos de la ciudad de Corrientes”, publicado en 2004 por la Cátedra de Farmacología de la Universidad Nacional del Nordeste, señaló “la sobreutilización de BDZ en barrios céntricos de la ciudad de Corrientes por parte de los consumidores,” pero también por la sobreprescripción por parte de los médicos (Shapira, 2009).

Un Relevamiento del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo)-SEDRONAR señala que más del 10% de las personas de entre 16 y 65 años, el 8% de los universitarios y el 4,4 % de los estudiantes secundarios usan sedantes o estimulantes sin prescripción médica.

La Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas, del INDEC, indicó que además de la ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, las zonas de Cuyo y Pampeana “*presentan las prevalencias de vida de consumo de tranquilizantes más altos*” (Shapira, 2009).

Según el Instituto Argentino de Atención Farmacéutica, cuatro de los primeros 15 medicamentos más vendidos en el 2006 en el país fueron psicotrópicos, más específicamente tranquilizantes. Entre los primeros están el alprazolam, con 3,6 millones de pastillas consumidas; le siguió clonazepam con 2,4 millones; bromazepam, con 1,7 millones y lorazepam, con 1,3 millones.

A la hora de establecer las causas por las cuales se recurre al uso de estos medicamentos, todos coinciden en el malestar psíquico que un sector de la población está sufriendo por cuestiones personales o sociales (laborales y económicas), expresadas en síntomas de angustia, desgano, estrés, desesperanza, depresiones y fobias. Este fenómeno tiene una fecha clara de explosión: la crisis de finales del 2001. A partir de entonces, el aumento del consumo de psicotrópicos no se ha detenido (Gelber, 2007).

Durante la última década en la localidad de Eduardo Castex (provincia de La Pampa) se presume un incremento en el consumo de psicofármacos en los usuarios del Hospital “Dr. Pablo Lacoste”. Sin embargo, no se cuenta con estudios que permitan evaluar con precisión esta situación.

El objetivo del estudio “Evolución del consumo de psicofármacos en la población comprendida entre los 30 y 54 años que fueron atendidos en el Hospital “Dr. Pablo Lacoste” de Eduardo Castex, durante el período 2001-2006”, se centró en conocer la evolución del consumo, caracterizar a los consumidores según sexo, edad y condiciones sociales y patológicas y, establecer la tendencia de los tipos de psicofármacos usados. Para ello se realizó una investigación retrospectiva sobre los registros hospitalarios.

MARCO TEÓRICO

Generalidades de los psicofármacos

La farmacología es el estudio de las interacciones entre las drogas y los seres vivos o partes de los mismos. En este sentido la psicofarmacología es el estudio de las drogas que ejercen su función primordial sobre el Sistema Nervioso Central, evidenciándose su acción, básicamente en el área del comportamiento. En tanto al comportamiento, es estudiado científicamente por la biopsicología. Para John Pinel (2001), seis son las ramas de la biopsicología:

- 1-Psicología Fisiológica
- 2-Neuropsicología
- 3-Psicofisiología
- 4-Neurociencia Cognitiva
- 5-Psicología Comparada
- 6- Psicofarmacología

1- La psicología fisiológica estudia los mecanismos neurológicos del comportamiento por medio de la manipulación directa del cerebro en experimentos controlados que entre otros pueden ser eléctricos o quirúrgicos.

2- La neuropsicología es el estudio de los efectos de las lesiones cerebrales en pacientes humanos.

3- La psicofisiología tiene como objeto estudiar las relaciones que se establecen entre la actividad fisiológica y los procesos psicológicos en los sujetos humanos como el electroencefalograma (EEG).

4- La neurociencia cognitiva es el estudio de las bases nerviosas de la cognición, término que se refiere a los procesos intelectuales es decir pensamiento, memoria, atención y percepción.

5- Psicología comparada: estudio comparado del comportamiento entre las diversas especies, haciendo hincapié en la genética, la evolución y la adaptación.

6- La psicofarmacología es el estudio de los mecanismos del comportamiento a través de la manipulación de la actividad superior por medio de fármacos en experimentos controlados. Es ésta una definición biopsicológica; pero puede realizarse una definición clínica, que refiere a la psicofarmacología como el estudio de los fármacos que se utilizan para el tratamiento de los trastornos mentales en el hombre y de los principios, fundamentos y reglas que determinan su aplicación. Desde este punto de vista, existen distintas acepciones para la psicofarmacología:

- la farmacología pura
- la biopsicología
- la clínica

Sin duda las tres visiones en su conjunto aportan rica información para comprender la naturaleza de los fenómenos psicopatológicos humanos y su manera de abordarlos. Este abordaje no se reduce a la utilización del medicamento, pues lo trasciende ampliamente. Mediar no es administrar simplemente fármacos, es parte de un proceso terapéutico global que constituye una interacción de cierta complejidad, a pesar que el acto de mediar se produce a través de una relación fundada en la palabra.

El medicamento como signo, puede ser comprendido, en una triple entidad por donde fluyen canales de un paquete comunicativo.

- la señal química, portadora de los mensajes hacia la profundidad de las estructuras biológicas del cerebro.
- El símbolo de canal binario, que vincula creencia, expectativa y actitud de quién lo da y quién lo recibe.
- El símbolo social. Atravesado por el imaginario colectivo.

Es importante distinguir tres diferentes conceptos:

- Fármaco, como señal química pura.
- Placebo como principio simbólico del canal binario y social, pero farmacológicamente vacío.
- Medicamento que cumple las tres condiciones, de señal química, símbolo del canal binario y símbolo social.

En 1951 se demostró el éxito de la clorpromacina en la sedación de animales de experimentación. Un año más tarde, se trataba con ella el primer caso de psicosis; así nació la psicofarmacología y una nueva era en la comprensión del cerebro y la conducta.

Por la misma época, se tomaba nota de la acción antidepresiva de los fármacos inhibidores de la imanoaminooxidasa (IMAO).

En 1957 se confirmó la eficacia de un compuesto derivado del iminodibencilo, el cual se denominó imipramina. Fue el primer compuesto heterocíclico utilizado para el tratamiento de la depresión. En el mismo año, Randall y Sternbach, descubrieron las propiedades miorrelajantes, sedantes y anticonvulsivas de una sustancia, a la cual se denominó clordiazepóxido, y 1,4- benzodiazepinas; su función terapéutica esencial tenía carácter de ansiolítico.

El clordiazepóxido se comercializó en 1960 y fue seguido, tres años más tarde por el diazepam al cual siguieron una innumerable cantidad de productos que penetraron profundamente no sólo en la forma de tratar ciertos padecimientos humanos, sino en la cultura, los modos y hábitos después de la segunda mitad del siglo XX.

Desde 1949, se conocía el efecto antimaniaco de las sales de litio; poco después se dilucidaron las virtudes de la carbamazepina. A los dos les fueron reconocidos efectos antimaniacos, más precisamente antirrecurrenciales, anticíclicos o estabilizadores de ánimo. En plena década de 1950, ya se perfilaba el panorama de los cuatro grandes grupos originales de la psicofarmacología original:

**Neurolépticos*

**Antidepresivo*

**Ansiolíticos*

**Antirrecurrenciales o estabilizadores del ánimo.*

Los mismos apuntaban a cuatro grandes enclaves de la psicofarmacología tradicional:

**Trastornos psicóticos*

**Trastornos depresivos*

**Trastornos de ansiedad*

**Trastornos bipolares y unipolares de carácter cíclico o recurrencial.*

Desde este principio en la década de 1950 hasta la actualidad, ha transcurrido medio siglo, pletórico de avances fármaco-técnicos, caracterizados por el desarrollo explosivo de las neurociencias (Ferrali, 2004).

Pero está bien establecido que a partir de 1950 se produce la aparición de los primeros psicofármacos, pues es cuando la psicofarmacología progresa de forma vertiginosa, aprovechando el avance de otras ciencias biológicas, ya que puede sintetizar fármacos de influencia cada vez mayor sobre el aparato psíquico.

La Psiquiatría deja de ser una ciencia estática al nutrirse del psicoanálisis que permite una mayor comprensión de los conflictos intrapsíquicos, y de la psicofarmacoterapia comprendida como la aceptación de la acción farmacológica dentro del proceso psicoterapéutico (Moizeszowicz, 1994).

Se puede definir a la psicofarmacología como la rama de la farmacología que estudia los efectos de las sustancias químicas sobre el psiquismo normal o patológico, sin restringirse al estudio de sustancias de efectos beneficiosos para los enfermos, sino incluyendo todas aquellas que lo modifican en sentido favorable o desfavorable.

El efecto obtenido podrá variar no solamente por las características propias del psicofármaco (factores específicos), sino además por las diferentes expectativas que se depositan en el medicamento (factores inespecíficos).

Factores inespecíficos del tratamiento se denomina, a todos aquellos efectos que no dependen de las propiedades farmacológicas de la sustancia psicotrópica y puedan modificar la respuesta terapéutica. Estos efectos variables darán una respuesta que, juntamente con los factores específicos, producirá determinados efectos sobre la sintomatología de forma positiva, negativa o indistinta. Entre estos factores se encuentran las expectativas acerca del efecto del psicofármaco administrado que provienen tanto del paciente como del médico que lo prescribe, los familiares y el ámbito sociocultural en el cual se desenvuelve el enfermo.

Entre los factores específicos de psicofármacos se distinguen la farmacodinamia, la farmacocinética y la biodisponibilidad.

- La farmacodinamia es el estudio fisiológico y bioquímico de los efectos que produce el fármaco en los distintos sitios donde actúa.
- La farmacocinética es el estudio de los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción del fármaco, es decir, se trata de establecer la relación existente entre las dosis y el tiempo durante el cual se ejerce la acción del fármaco.
- La biodisponibilidad es la cantidad de droga que puede ser absorbida y llega a la circulación general (Moizeszowicz, 1994).

Los psicofármacos también se usan en fases de conflictos muy dolorosos o regresivos de orden vital tales como separaciones, duelos, pérdidas laborales, entre otros que pueden dar lugar a respuestas cuantitativas (que en general la familia y el terapeuta conocen) y que es recomendable prevenir con la administración profiláctica de psicofármacos, para no provocar situaciones de “brotes”, recaídas o accesos de mayor gravedad (Moizeszowicz, 1994).

La psicofarmacología del siglo XXI , presenta varios retos: la identificación del psicofármaco ideal, la abolición de los efectos colaterales de los psicofármacos, la utilización de dosis únicas o de depósito, la selectividad de los psicofármacos, el mayor acceso de la comunidad mundial a la adquisición de los mismos. Todo aquello se verá influido por la ingeniería genética molecular, las nuevas formas de productos farmacéuticos, los tratamientos virtuales, tratamientos genéticos (Bastida Tello, 2005).

El incremento del consumo de Psicofármacos se debe a la aspiración de encontrar la “pastilla salvadora”, que pueda interrumpir rápidamente las angustias y depresiones sin entrar a analizar de forma profunda los diferentes conflictos psicopatológicos de la estructura individual y finalmente de la sociedad (Moizeszowicz, 1994).

Clasificación de los psicofármacos

Los Psicofármacos, constituyen un grupo de sustancias muy heterogéneo que desarrolla selectivamente su acción sobre las actividades cerebrales induciendo variaciones en el comportamiento, en el estado de ánimo y/o en los procesos ideáticos. (Villena Ferrer et al., 2004)

Clasificación:

- I. Neurolépticos (tranquilizantes mayores, atarácticos, o antipsicóticos)
- II. Ansiolíticos (tranquilizantes menores o antineuróticos)
- III. Antidepresivos (timolépticos o energizantes psíquicos)
- IV. Psicoestimulantes (psicoanalépticos, estimulantes psicomotores o aminas despertadoras)
- V. Alucinógenos (psicodisléptidos, psicotoniméticos, psicodélicos)

Ansiolíticos²

Los fármacos utilizados para los trastornos del sueño y los estados de ansiedad agudos, está dominado por las Benzodicepinas (BDZ); induciendo al sueño cuando se administran en altas dosis nocturnas y proporcionando sedación y reduciendo la ansiedad mediante la administración de bajas y fraccionadas dosis diurnas (Neal, 2007).

Antes del descubrimiento del clordiazepóxido, en 1959, los barbitúricos eran administrados en bajas dosis, como inductores de sueño. Su escaso rango terapéutico, y la aparición del hábito y adicción, hicieron que la industria farmacéutica centrara su búsqueda en el primer eslabón de la cadena, ligado a los tranquilizantes de nuestros días, el Mephenesine, cuyas acciones son la relajación muscular, la sedación y el sueño. Su escasa vida media determinante de su corta duración de acción, llevó a seguir la búsqueda hasta el Meprobamato. Éste fue el primero que se definió con un perfil de acción caracterizado por la relajación muscular y el efecto ansiolítico. Fue descubierto en 1954 y comenzó a comercializarse en 1957.

En 1959 se sintetizó el clordiazepóxido (Librium) y desde entonces, la industria farmacéutica continúa lanzando al mercado las diferentes moléculas de Benzodicepinas, apuntando a una mayor especificidad con menores efectos adversos (Moizeszowicz,1994).

² A los fines de este estudio se caracterizan los ansiolíticos, comprendidos por las Benzodicepinas.

A partir de 1955, Sternboch comenzó a sintetizar compuestos que se pudieran comparar con el meprobamato y la clorpromazina, obteniéndose en los laboratorios de Hoffman-La Roche el clordiazepóxido en 1960. Las BDZ no presentan acción antipsicótica. A diferencia de los neurolépticos, las BDZ no tienen acción antidelirante ni alucinolítica.

Los efectos de las BDZ durante su administración crónica pueden dividirse en efectos persistentes (tranquilización), transitorios (alteraciones en el proceso de consolidación de la memoria) y permanentes o que producen tolerancia (sedación, alteraciones psicomotoras)

Las alteraciones de la memoria pueden también presentarse en pacientes que han usado circunstancialmente las BDZ. Estas alteraciones de la memoria anterógrada se manifiestan durante el proceso de aprendizaje. La información es registrada pero no puede ser almacenada. Sigue siendo tema de controversia científica, si las BDZ de acción intermedia y corta pueden producir amnesia por actuar más rápidamente y no permitir que se consolide la información más reciente. Sin embargo las BDZ de acción prolongada también pueden producir los mismos efectos. Esta alteración de la memoria reciente representa la memoria de sucesos específicos (antes, durante y después de los hechos), que difiere de la memoria de la consolidación o del “conocimiento”, donde interviene la memoria de hechos anteriores, del lenguaje y del aprendizaje. Por otra parte, la memoria de esfuerzo, es decir, aquella que necesita de la participación del sujeto, como en la depresión o en la demencia de la enfermedad de Parkinson, no es afectada por las BDZ (Moizezowicz, 1994).

Clasificación y Características de las BDZ: de acuerdo con la duración de la acción/o semivida plasmática se divide en cuatro grupos:

- ❖ De acción prolongada
- ❖ De acción intermedia
- ❖ De acción corta
- ❖ De acción ultracorta

Las de acción prolongada tienen una vida media mayor que 24 horas como el diazepam, clonazepam, etc. Este grupo de drogas tienen una ventaja de que pueden ser administradas en una sola toma diaria e incluso ingeridas por la noche pueden tener un resto de acción ansiolítica al día siguiente pero también se acumulan en el organismo a través del tiempo y con dosis repetidas.

La de acción intermedia son aquellas BDZ cuya vida media oscila entre 12 y 24 horas como el alprazolam, bromazepam, lorazepam, etc. Por su vida media más corta, se aconseja repartir la dosis diaria en varias tomas.

Las de acción ultracorta tienen una vida media de eliminación menor que 6 horas. Dado esta característica, su principal indicación es como hipnótico (Moizeszowicz, 1994).

Acciones farmacológicas de las benzodiazepinas:

- a) *Acción ansiolítica*: las acciones más destacadas de las BDZ se producen sobre el SNC, así, reducen la ansiedad y la agresividad (ansiólisis), producen sedación e inducen el sueño (hipnosis). Son anticonvulsivantes, reducen el tono muscular y la coordinación motora. La acción como Ansiolítico se indica en casos de ansiedad, pues alivian tanto la tensión subjetiva como los síntomas objetivos (sudor, taquicardia, molestias digestivas) aunque pueden aumentar la hostilidad e irritabilidad. Son útiles en estados de ansiedad generalizada, menos eficaces en trastornos de pánico e incluso ineficaces en estados fóbicos y en ansiedad no neurótica (depresión, esquizofrenia).
- b) *Acción sedante-hipnótica*: las BDZ disminuyen el tiempo que se tarda en conciliar el sueño y aumentan la duración del mismo disminuyendo el tiempo de vigilia después del comienzo del sueño, el tiempo total de vigilia y el tiempo del número de despertares.
- c) *Acción miorrelajante*: el diazepam y otras BDZ producen relajación de la musculatura esquelética en estados distónicos, discinéticos, hipertónicos y espásticos.
- d) *Acción anticonvulsivante-antiepiléptica*: en general, todas las BDZ son anticonvulsivantes con acción generalizada frente a convulsiones inducidas por agentes tóxicos; así como en convulsiones febriles o debidas a síndromes de abstinencia a alcohol o barbitúricos. También son eficaces en determinados tipos de epilepsias: ausencias y convulsiones infantiles, status epiléptico y en uso crónico.
- e) *Otras Acciones*: las dosis terapéuticas, incluidas las que se administran vía intravenosa en anestesia, no afectan al aparato circulatorio en personas sanas aunque pueden producir hipotensión y reducción del gasto cardíaco en pacientes cardíacos. A dosis altas pueden producir depresión respiratoria aguda y apnea (San Román del Barrio, 2000).

Mecanismo de acción

Todas las BDZ, actúan aumentando la acción de una sustancia química natural del cerebro, el GABA (ácido gamma-aminobutírico); el GABA es un neurotransmisor es decir, un agente que transmite mensajes desde una célula cerebral (neurona) hacia otra. El mensaje que el GABA transmite es un mensaje de inhibición: le comunica a las neuronas con las que se pone en contacto que disminuyan la velocidad o que dejen de transmitir. Como aproximadamente el 40% de las neuronas del cerebro, responden al GABA, esto significa que el GABA tiene un efecto general tranquilizante en el cerebro: de cierta forma, es hipnótico y tranquilizante natural con que cuenta el organismo. Las BDZ aumentan esta acción natural del GABA, ejerciendo de esta forma una acción adicional (frecuentemente excesiva) de inhibición de las neuronas (Ashton y Heather, 2002).

Farmacocinética

Vías de administración: las BDZ tienen una muy buena absorción administradas por vía oral, con excelente tolerancia digestiva. La presencia de alimentos en el estómago retarda su absorción. La vía intramuscular no es la más rápida ni la más segura, particularmente en el caso del diazepam, que muchas veces se utiliza en la urgencia. Aún más, al no ser hidrosoluble puede precipitar en forma de cristales. En cambio, el lorazepam, ha demostrado una buena absorción por esta vía, ya que es hidrosoluble. La vía parenteral puede ser considerada una alternativa válida en caso de trastornos gastrointestinales. La vía intravenosa puede presentar complicaciones del tipo de tromboflebitis en el caso de diazepam; también se han descrito casos de apnea por inyección rápida de lorazepam por esta vía.

En Inglaterra, se producen supositorios de diazepam para aquellas circunstancias en que se requiera una acción rápida. Otra vía de administración, que resulta útil por su rápida absorción, es la sublingual. También pueden indicarse gotas de clonazepam, lo que permite un rápido suministro de la dosis adecuada para calmar crisis graves de ansiedad o pánico.

Distribución y Metabolismo

Luego de una dosis única de BDZ, la duración de acción depende, en gran parte, de sus características de distribución pero después de tomas repetida entra en juego otro factor que adquiere suma importancia: su metabolización. La mayoría de las BDZ muestran un alto grado de unión a proteínas, pero hay diferencias entre ellas.

Las BDZ, atraviesan la barrera hematoencefálica para poder ejercer su acción farmacológica. Las propiedades físico-químicas que determinan su grado de acceso al SNC y al líquido cefalorraquídeo (LCR) son:

- el grado de unión a las proteínas
- la liposolubilidad
- la constante de ionización

Una mayor liposolubilidad determina un comienzo más rápido y una menor duración de la acción. Las BDZ atraviesan la placenta y llegan a la leche materna.

La biotransformación se realiza por oxidación y glucoronización a nivel hepático.

Estas drogas son susceptibles de interacciones medicamentosas con aquellos compuestos que modifican las enzimas oxidativas hepáticas (ejemplo: anticonceptivos orales) que pueden disminuir el metabolismo oxidativo, potenciando los efectos de las BDZ.

La mayoría de las BDZ se eliminan por la orina en forma de metabolitos hidroxilados y conjugados glucurónicos (Moizeszowicz, 1994).

Efectos Adversos

a) Alteraciones de la memoria: desde hace tiempo se observó la acción deletérea que ejercen las BDZ sobre la memoria. Ya en 1968 aparecen los primeros informes acerca de importantes alteraciones de la memoria anterógrada, consecutivos a la administración de diazepam por vía intravenosa. Las BDZ que reúnan mayor potencia, mayor liposubilidad y menor vida media serán potencialmente más favorecedoras del efecto amnésico (Moizeszowicz, 1994)

La presencia de la amnesia anterógrada durante un tratamiento con BDZ no necesariamente implica su supresión. En estos casos se aconseja disminuir la dosis e idear estrategias para paliar el déficit amnésico, tratando de realizar un registro escrito y evitar que el pico plasmático de las BDZ se alcance durante los momentos en que se requiera un mayor rendimiento.

b) Tolerancia, dependencia y supresión: se denomina dependencia a la incapacidad para discontinuar una droga debido a la aparición de un cuadro de supresión. Se debe distinguir quién lo recibió por una indicación médica de quién se lo autoadministra por su cuenta. Los pacientes que reciben las BDZ por indicación médica rara vez entran en una escalada de aumento de dosificación. Se deben distinguir tres fenómenos ligados a la discontinuación:

1-El efecto recaída, que es un recrudecimiento de los síntomas originales, de comienzo gradual, si no se instaura nuevamente el tratamiento

2-El efecto rebote que se caracteriza por la rápida aparición de síntomas similares a los originales, pero más severos, que tienen una duración transitoria y se manifiestan con insomnio, sueño con características ansiógenas, aumento del REM³, cefaleas, temblor y ansiedad (Moizeszowicz, 1994).

3-El fenómeno de supresión consiste en la aparición de síntomas nuevos de intensidad variable, según el grado de dependencia, que de forma habitual aparecen entre el primero y séptimo día luego de la discontinuación y pueden durar hasta cuatro semanas sin tratamiento.

La sintomatología clínica de la supresión de las BDZ pueden ser: gastrointestinales (anorexia, náuseas y vómitos); afeción del ánimo (ansiedad, nerviosismo), efectos motores (agitación, inquietud, temblor, fatiga, letargo, pérdida de energía y alteración en la coordinación); efectos somáticos (sudoración); efectos perceptivos visuales, auditivos, táctiles (oscilación, hipercusia, fasciculaciones); efectos cognitivos (dificultad de concentración, alteración de la memoria); delirio (pérdida de la percepción, pérdida del entorno e ideas delirantes) y episodios convulsivos.

Dado que la dependencia no aparece con el uso de BDZ a corto plazo y los estudios metódicos a largo plazo son escasos, es necesario identificar los siguientes factores de riesgo, en la administración crónica de BDZ durante largos períodos de tiempo (Moizeszowicz, 1994):

- ❖ Diagnósticos erróneos y terapéuticos inapropiados.
- ❖ Tendencia al uso de dosis altas.
- ❖ Incorrecta elección farmacológica por desconocimiento de la farmacocinética
- ❖ Excesivo tiempo de tratamiento.
- ❖ Características del paciente, ya que aquellas personas que presentan antecedentes de dependencia, con trastornos fronterizos de la personalidad o con enfermedades crónicas, presentan mayores riesgos.

c) *Reacciones paradójicas*: se denominan así a las respuestas que se obtienen con dosis habituales y que se caracterizan por alteraciones del carácter y de los procesos intrapsíquicos, que limitan la capacidad del enfermo y son opuestas al objeto terapéutico

³ REM en inglés es equivalente a MOR en español, es la sigla que sintetiza *Movimiento ocular rápido*; en inglés, REM: *Rapid Eye Movement*)

buscado. Son más frecuentes en niños, gerontes y en pacientes con profundas alteraciones de su sistema de neurotransmisión (adictos a sustancias psicoactivas, personas que han sufrido trastornos cerebrales orgánicos).

Presentan sintomatología variable: depresión, reacciones paranoides e hipomaníacas, hostilidad, irritabilidad, agresividad y ataques de furia. Sin embargo, en ciertos pacientes se han podido predecir estos efectos, sobre todo en quienes presentan una historia con bajo nivel de tolerancia a la frustración y escaso control de sus impulsos autodestructivos y agresivos.

También se han observado reacciones paradójicas en enfermos con severos trastornos renales y cardiovasculares, cuya intolerancia a la frustración física probablemente haya sido desinhibida por las BDZ.

d) Efectos neurológicos: en dosis altas o en pacientes con marcada sensibilidad se observan a veces disartria, ataxia, vértigos y nistagmo.

e) Efectos anticolinérgicos: son mucho más benignos y de menor cuantía que los provocados por los neurolépticos y por los antidepresivos. La retención urinaria y la precipitación de acceso de glaucoma son los más importantes.

f) Aumento de apetito y del peso corporal: aún no se ha podido determinar si estos efectos se deben a la acción ansiolítica o a una acción directa a nivel hipotalámico, pues a veces se presentan juntamente con galactorrea y amenorrea (Moizeszowicz, 1994). En embarazadas es preferible evitar su administración durante el primero y segundo trimestre del embarazo, dado el riesgo de malformaciones congénitas. La administración de BDZ como miorrelajantes uterinos durante el trabajo de parto puede producir el nacimiento de niños hipotónicos y con crisis apneicas.

Manejo de la discontinuación

Es conveniente considerar todas las variables en juego antes de discontinuar la medicación de un paciente que ha tomado por largo tiempo BDZ. Deberá evaluarse el riesgo/beneficio de la discontinuación. La discontinuación debería intentarse sólo en óptimas circunstancias, cuando el paciente está con un mínimo de estrés posible, y saludable tanto emocional como físicamente (Moizeszowicz, 1994).

Una forma recomendable de discontinuar la medicación benzodiazepínica consiste en disminuir las dosis diarias en un 25 % en la primera semana y otro 25% en la segunda. El otro 50% resulta siempre difícil, por lo que se sugiere extremar las precauciones: retiro de 12,5 % semanal si es tolerado, para llegar idealmente a la suspensión total en seis semanas (Moizeszowicz, 1994).

Características del tratamiento con BDZ:

Médicos y pacientes tienden a utilizar las BDZ como sustitutos, cuando “*no es posible*” realizar un tratamiento psicoterapéutico, en situaciones vitales o estresantes que producen ansiedad, o ante la incapacidad para adecuarse a circunstancias que hasta ese momento aparecían como normales o “sanas” y que ahora se consideran anormales o “enfermas”.

Esta indicación o uso debe discutirse con el paciente, a quien hay que advertir sobre los probables efectos adversos del fármaco, como somnolencia, efecto residual al día siguiente (hangover), la potencialización con el consumo de bebidas alcohólicas y el peligro de la sobre ó subdosificación por interacciones medicamentosas (especialmente antihistamínicos y anticoagulantes orales). Se ha de comunicar a los pacientes sobre los efectos paradójicos, y la posibilidad de, que en algunos casos, se produzcan amnesias anterógradas, debiéndose evaluar las expectativas puestas por cada enfermo en el tratamiento.

Se deberá realizar una prueba de tratamiento durante 1-2 meses como metodología para valorar la eficacia del medicamento indicado en el período agudo de la enfermedad y otra prueba de administración, intermitente del fármaco durante el período crónico.

Es función del médico prescriptor diferenciar a los pacientes que no cumplan con las directivas impartidas para el tratamiento de aquellos que no lo hacen por características de personalidad (riesgo aditivo). En estos últimos se deben aumentar los controles y disminuir la cantidad de medicación que se prescribe por receta.

Las BDZ de acción prolongada (en general con metabolitos activos producidos por la biotransformación en dos fases de excreción: oxidación y glucuronización) alcanzan la estabilización de los niveles plasmáticos luego de una o dos semanas. Durante este lapso pueden producirse períodos de mayor o menor concentración plasmática. En el primer caso aparecerán síntomas de sobredosificación (somnolencia, ataxia) y en el segundo caso, de inefectividad terapéuticas. Si no se controla con cuidado esta situación, el paciente desechará la medicación por inútil.

Las BDZ de acción intermedia o corta (en general con pocos metabolitos activos producidos por la biotransformación en una fase única de excreción por glucuronización) tienen efectos menos duraderos y alcanzan niveles plasmáticos rápidamente, por lo cual se administran varias veces al día.

La discontinuación en la administración de ambos tipos de BDZ debe hacerse muy lentamente, en especial con las de acción corta por la posibilidad de generar fenómenos de rebote, ya sea de ansiedad o de insomnio.

Las principales diferencias diagnósticas que deben establecerse para utilizar BDZ y/o antidepresivos son las crisis de ansiedad generalizada (ataques de pánico) acompañadas o no de alteraciones fóbicas y los síndromes obsesivo- compulsivos (Moizeszowicz, 1994).

Dependencia de benzodiazepinas

Las Benzodiazepinas tienen un alto potencial de crear dependencia, esto es así por dos factores principales. En primer lugar, su capacidad de crear tolerancia, es decir, el cuerpo se acostumbra y necesita cada vez dosis mayores para conseguir el efecto deseado. Que se provoque tolerancia depende principalmente del tiempo que se tome la benzodiazepina en forma continua, en general, a mayor tiempo de tratamiento mayor tolerancia y por lo tanto mayor necesidad de aumentar la dosis. Por otro lado tenemos como factor clave de la creación de dependencia, el factor psicológico. Son fármacos que dan lo que prometen, es decir calman la ansiedad y por lo tanto son reforzadores positivos, esto es, que el paciente percibe el efecto del fármaco como algo claramente beneficioso para él. Esto unido a la tolerancia serían mecanismos de dependencia. La dependencia a las benzodiazepinas puede instaurarse tanto después de un mes de consumo seguido como pasados varios meses. Se debe diferenciar entre dos formas distintas de dependencia:

- 1- La dependencia de benzodiazepinas prescritas por el médico: hay pacientes que por un lado, debido a la tolerancia propia de fármaco y a veces unido a poco control médico, sin darse cuenta se hace adicto al fármaco. Muchas de estos pacientes no están informados del peligro de adicción y sólo perciben el problema cuando les falta el fármaco. Es entonces cuando el paciente empieza a sufrir una serie de trastornos, que ceden con la ingesta del fármaco, cerrándose así el ciclo de adicción.
- 2- La dependencia a las benzodiazepinas por el uso recreativo: se trata en general de consumidores jóvenes que compran las benzodiazepinas en la calle (mercado

negro), con el fin de “colocarse”⁴, casi siempre consumiendo conjuntamente otras drogas.

El Síndrome de Abstinencia de las Benzodiazepina puede aparecer tras un período prolongado de uso o abuso de Benzodiazepinas. Puede presentar sintomatología en menor o mayor intensidad: gran ansiedad, agitación, irritabilidad, insomnio y pérdida de apetito, agresividad, mareos, náuseas, vómitos, angustia, confusión, convulsiones, elevación de la temperatura corporal, muerte. Estos signos suelen aparecer entre el primer día y la semana después de dejar el fármaco. No siempre aparece abstinencia, en determinadas personas no aparece y en otras sí aparece, ello se llama síntomas de rebote, es decir, reaparecen los síntomas que tenía antes y para los cuales le fueron prescritas las Benzodiazepinas.

La aparición ó no del síndrome de abstinencia no depende siempre de la dosis, ni del individuo ni del tiempo, pero sí éstos son factores de riesgo para el desencadenamiento (Vásquez Soler, 2009).

Tratamiento con benzodiazepinas y adicción

El tratamiento con benzodiazepinas no crea grave adicción siempre que se cumplan las siguientes pautas en el tratamiento:

- ❖ Que la suspensión de su administración se realice de forma gradual,
- ❖ Que se hayan utilizado para fines adecuados
- ❖ Que no se hayan administrado conjuntamente con otros medicamentos o sustancias depresoras del SNC, como los barbitúricos o las bebidas alcohólicas (Giménez, 2005).

⁴ En el lenguaje específico utilizado por un grupo de personas que comparten drogas, “colocarse” significa permanecer bajo los efectos de drogas.

Descripción de algunos tipos de benzodiazepinas

Clonazepam

El clonazepam (distribuido por el Laboratorio Roche bajo las marcas comerciales Klonopin en los Estados Unidos, Ravotril en Chile y Rivotril en Europa, Costa Rica, Sudamérica, Canadá, India y Australia, es un fármaco de tipo benzodiazepínico, con acción depresora del SNC y propiedades ansiolíticas y anticonvulsivantes. Se absorbe en el tracto gastrointestinal y es de eliminación lenta ya que los metabolitos activos pueden permanecer en la sangre varios días e incluso semanas, con efectos persistentes.

El clonazepam es de vida media intermedia, fluctuando entre 30 y 40 horas. Su unión a las proteínas es alta; se metaboliza en el hígado y se excreta por vía renal.

Se indica para el tratamiento de crisis mioclónicas, ausencias de tipo epiléptico (refractarias a succinimidas o ácido valpórico), crisis convulsivas, tonicoclónicas (generalmente asociado con otro anticonvulsivo), trastornos de pánico o trastornos de sueño como el sonambulismo. Está contraindicado en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a las Benzodiazepinas, con evidencia clínica o bioquímica de enfermedad hepática significativa, insuficiencia respiratoria severa, glaucoma agudo de ángulo estrecho.

La ingesta de pomelo puede afectar el metabolismo del clonazepam. Entre las reacciones adversas las más frecuentes se encuentra: somnolencia, mareos, dificultad en la coordinación psicomotora (ataxia) y en la función motriz, deterioro en las funciones cognitivas y depresión. También puede presentarse nerviosismo, alteraciones del comportamiento y debilidad no habituales, pérdida del equilibrio y amnesia anterógrada, especialmente con dosis altas (Grenier et al, 2006).

La forma de presentación farmacológica incluye tabletas de 0,5 mg y 2 mg.

Lorazepam

Es un ansiolítico, sedante, hipnótico, antidepresivo, miorelajante, anticonvulsivante y amnesiante.

El lorazepam está indicado para el manejo de los trastornos de ansiedad y para el alivio a corto plazo de los síntomas de ansiedad o de la ansiedad asociada a síntomas depresivos. También se utiliza para tratar el síndrome de colon irritable, la epilepsia, el insomnio y las náuseas y los vómitos provocados por el tratamiento del cáncer y controla la agitación provocada por la abstinencia del alcohol.

El lorazepam se absorbe rápidamente con una biodisponibilidad absoluta del 90%. La concentración pico ocurre aproximadamente a las 24 horas siguientes a su administración oral, que es la vía por la cual se administra. El rango habitual de dosis es de 2 a 6 mg/día, divididos en 2 o 4 tomas, siendo mayor la dosis antes de dormir, pero puede variar de 1 a 10 mg/día. En la ansiedad, la dosis inicial es de 2 a 3 mg/día divididos en dos tomas; en insomnio de 2 a 4 mg. en una sola toma antes de acostarse. La dosis de Lorazepam debería incrementarse gradualmente para evitar efectos colaterales, incrementando primero la dosis nocturna que la diurna.

El lorazepam está contraindicado en hipersensibilidad conocida a las benzodiazepinas, insuficiencia respiratoria descompensada, glaucoma de ángulo estrecho; especial cuidado en pacientes que presenten: shock, miastenia gravis, historia de dependencia o abuso de drogas, alteración de la función hepática, episodio depresivo severo, enfermedad bipolar, trastornos cerebrales orgánicos, psicosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, apnea del sueño, porfiria, alteración de la función renal, alteración de la deglución, menores de 18 años.

Entre los efectos secundarios se encuentra, visión borrosa, somnolencia, reducción del estado de alerta, ansiedad, síntoma rebote, agitación. No debe administrarse simultáneamente con alcohol, neurolepticos, antidepresivos, hipnóticos, hipoanalgésicos, anticonvulsivos y anestésicos. También, el consumo simultáneo de antiácidos puede retrasar más o disminuir la absorción del Lorazepam (www.facmed.unam.mx; www.pt.wikipedia.org).

Presentación: 1 y 2 mg.

Bromazepam

El bromazepam es un medicamento de la clase de las benzodiazepinas usado en medicina por su efecto ansiolítico y relajante del músculo esquelético. En dosis elevadas puede actuar como sedante e hipnótico. El bromazepam es una benzodiazepina clásica tal como el diazepam, clonazepam y otros. (Braestrup y Squires, 1978)

El medicamento puede provocar dependencia, por lo que la automedicación tiene riesgo de dependencia física y psicológica. El consumo simultáneo con alcohol provoca efectos de sobredosis o broncoaspiración debido a que la sedación del alcohol y el bromazepam interactúan juntos y así pueden causar ahogo durante el sueño.

Es una benzodiazepina de duración intermedia y es lipofílica, se metaboliza en el hígado a través de vías oxidativas (Oelschäger H.4). No posee cualidades antidepresivas como al alprazolam.

Presentación: 3 y 6 mg.

Diazepam

El diazepam es un fármaco de la 1-4- benzodiazepinas con propiedades ansiolíticas, miorrelajantes, anticonvulsivantes y sedantes. Es usado para tratar estados de ansiedad y tensión y, es la benzodiazepina más efectiva para el tratamiento de espasmos musculares. Ha sido englobada en la lista de drogas esenciales de la OMS.

Su acción terapéutica, como todas las drogas de su clase, actúa deprimiendo la conducción nerviosa en las neuronas del SNC, produciendo desde una leve sedación hasta hipnosis o coma en función de la dosis administrada.

Si se administra por vía oral se absorbe bien en el tracto gastrointestinal, mientras que por vía intramuscular en general, la absorción es rápida y completa. El estado de equilibrio de la concentración en plasma sanguíneo se produce entre los 5 días y 2 semanas. La eliminación de la sustancia es lenta ya que los metabolitos activos pueden permanecer en la sangre varios días o semanas produciendo posibles efectos residuales. El inicio de acción es evidente entre los 14 a 45 minutos después de su administración oral; por vía intramuscular antes de los 20 minutos y por vía intravenosa, entre 1 y 3 minutos. Se elimina por vía renal.

Generalmente se prescribe por vía oral, para tratar la ansiedad, trastornos psicósomáticos, tortícolis, espasmos musculares; por vía intravenosa para la sedación previa a intervenciones (endoscopía, biopsia, etc.); estados de agitación motora, delirium tremens y convulsiones. También se indica para el tratamiento de vértigo, insomnio, disnea y el síndrome paraneoplásico del hombre rígido.

Entre las precauciones y advertencias en la administración del Diazepam se encuentran la tolerancia a los efectos farmacológicos, la cual es pronunciada cuando se usan dosis elevadas durante períodos prolongados. Después de la suspensión brusca puede aparecer depresión, insomnio por efecto rebote, nerviosismo y salivación excesiva. En el embarazo, la literatura desaconseja su uso en el primer y tercer trimestre y debe ser evitado también, durante la lactancia, ya que se excreta en la leche materna.

Los efectos colaterales más frecuentes son sedación, somnolencia, ataxia, vértigo, hipotensión, trastornos gastrointestinales, cambios en la libido.

Se han conocido casos de reacciones paradójicas, con excitación y agresividad (sobre todo en niños y ancianos). La administración parenteral puede producir hipotensión o debilidad muscular.

Se han descrito interacciones medicamentosas con aumento de los efectos depresores del diazepam cuando se asocia con alcohol, neurolépticos, algunos antidepresivos de perfil sedante (como la paroxetina), hipnóticos, hipnoanalgésicos, anticonvulsivantes y anestésicos.

La administración de esta droga está contraindicada en personas que presentan miastenia gravis, glaucoma, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática y renal. Deberá evaluarse la relación riesgo/ beneficio en quienes tengan antecedentes de crisis convulsivas, hipoalbuminemia, psicosis (paranoia) (Harrison, 2006).

Alprazolam

El alprazolam es una benzodiazepina con propiedades ansiolítica, hipnótica, relajante y anticonvulsiva. Según datos experimentales posee una vida media de 12-15 horas y efectos antipánico. En dosis equivalente es de 5 a 15 veces más potente que el diazepam.

Posee un comienzo de acción muy rápido y una acción más reducida que el diazepam. La absorción de la droga administrada por vía oral, es rápida y compleja; las concentraciones máximas en plasma se alcanzan entre la primera y segunda horas. El tiempo de absorción es más lento si se ingiere junto con alimentos, pero el grado de absorción es el mismo que tomarla en ayunas.

En la polisomnografía nocturna, actúa de forma similar a los antidepresivos, alarga el período de latencia REM. Este tiempo de latencia, que se mide desde el comienzo del sueño hasta la aparición del primer REM, dura alrededor de 90 minutos en sujetos normales.

El alprazolam junto al triazolam, son las únicas benzodiazepinas que, además de alargar el período de latencia (característica de las drogas antidepresivas), disminuyen la frecuencia y la aparición de períodos REM.

Cuanto mayor es la concentración plasmática (dosis orales superiores a los 6 mg./ día) existen mayores éxitos terapéuticos pero aumenta la frecuencia los efectos adversos; tales como: sedación, ataxia, trastornos amnésicos, dificultad para hablar, fatiga, falta de la libido, disfunción sexual (Moizeszowicz, 1994).

Lógicamente los efectos colaterales dependerán de la capacidad individual de cada paciente para la eliminación de la droga y sus metabolitos.

Los efectos secundarios que requieren mayor fármaco-vigilancia son la impulsividad (hacia sí ó terceros), los fenómenos de dependencia y los fenómenos de abstinencia (Moizeszowicz, 1994).

Psicofármacos y Género

Los psicofármacos, forman parte de un amplio grupo de sustancias farmacológicas denominadas “drogas legales”, desarrolladas en todo el mundo a partir de la segunda guerra mundial. En este sentido, se puede considerar a los Psicofármacos como una parte de las nuevas tecnologías que pretenden incidir sobre la salud mental de las mujeres.

La expansión del mercado farmacéutico ha tenido profundas consecuencias en la vida y en la salud de las personas; la transformación de los medicamentos en bienes de consumo, promovida por las empresas productoras y muchas veces con poco o ningún control por parte de las autoridades sanitarias ha terminado por engendrar una sociedad medicalizada.

En el caso de los ansiolíticos, se trata de drogas legales, es decir, de fabricación permitida y de distribución lícita. Esta constituye la forma específicamente femenina de drogarse. Diversos autores se han referido al amplio grupo de las benzodiazepinas, como “drogas maravillosas” cuando fueron descubiertas, ya que parecía que tenían todas las ventajas de las drogas que se había utilizado hasta ese momento (las llamadas barbitúricos) y ninguna de sus desventajas, principalmente carecían de los efectos adversos de los barbitúricos.

Los países que estudiaron más a fondo la problemática con las mujeres que consumen benzodiazepinas son los Estados Unidos, Inglaterra y Australia. Las pautas de consumo de estos psicofármacos fueron coincidentes en todos ellos: la relación entre hombres y mujeres recetados con tranquilizantes ha sido siempre de dos a uno. Esto sugiere que la tendencia internacional indica que el doble de mujeres que de hombres consumen psicofármacos.

A partir de los años 70, varios grupos pertenecientes al movimiento de mujeres y a la promoción de la salud de la mujer, concentraron su atención sobre el uso excesivo de tranquilizantes por parte de las mujeres, especialmente las de mediana edad y mayores. Han calificado a las mujeres como grupo de riesgo para el abuso de tranquilizantes.

El principal grupo de riesgo está constituido por las amas de casa de mediana edad, de medios urbanos o suburbanos, así como las dedicadas al trabajo maternal, con varios hijos pequeños, y las que realizan doble jornada de trabajo (doméstico y extradoméstico)

Estas mujeres desempeñan lo que llamamos roles de género femenino que normatizan sus vidas cotidianas. Estos roles les asignan tareas y preocupaciones que las sitúan dentro de contextos difíciles de enfrentar (también llamados estresantes), las mujeres reaccionan con efectos desbordantes, imposibles de controlar.

Las situaciones de contexto más arduas de resolver se refieren especialmente al rol de género materno, doméstico y a su combinación con el de trabajadora extradoméstica. Sin embargo, el desborde de las emociones que padecen este grupo de mujeres es percibido por sí mismas e incluso por quienes las rodean como un problema, como si fuera una falla de su personalidad, que ellas deben remediar, cuando las expectativas familiares son las que las mujeres mantengan el equilibrio emocional y la armonía afectiva. Al respecto Burín en un estudio sobre género, ha escrito:

Para tomar un psicofármaco no se requiere más que el acto solitario de una mano con la boca y esta soledad de la ingesta de la droga es una constante que se observa especialmente entre las amas de casa de mediana edad. Esta especificidad de las mujeres de drogarse en soledad a diferencia de la perspectiva masculina que habitualmente propone drogarse como un acto comunitario, cuyo componente imprescindible es que sea compartido con alguien más, podríamos interpretarla como la necesidad de una actividad autoerótica, en el cual habría imaginariamente otra figura significativa con quien se encuentre en contacto. Por lo general, esa otra figura significativa alude a una figura materna que se necesitó muy tempranamente en el desarrollo psíquico, con la cual hubo un anhelo insatisfecho del vínculo de apego. Este vínculo de apego insatisfecho permanece en el aparato psíquico como un clamor de un registro pulsional-deseante, que no encuentra palabras para expresarse. La imposibilidad de decir, la dificultad para construir un lenguaje que dé cuenta de ese anhelo insatisfecho, constituye uno de los elementos claves para analizar la especificidad del género femenino para los psicofármacos (Burin, 1990).

Se ha demostrado que las mujeres están, por razones de índole cultural, más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de la enfermedad y a establecer contacto, para buscar atención a sus trastornos. Los diagnósticos de somatización son más

frecuentes en las mujeres, la salud se ha *psicologizado*⁵, pero casi nunca se piensa que las enfermedades de los varones tengan un componente psíquico. Las mujeres consultan más por trastornos depresivos y ansiedad, y los varones por mayor abuso de sustancias y trastornos antisociales de personalidad. En este sentido, se cree que ambos pueden ser formas de responder al estrés que reflejan las diferentes expectativas sociales frente a cada sexo. Las mujeres tienen más responsabilidad de su salud en virtud del posible embarazo y el cuidado de sus hijos a la vez que la de los ancianos de sus familias que los varones, lo que explica que frecuenten más las consultas y tengan una responsabilidad ante la enfermedad acudiendo a la consulta. No se trataría, pues, de mayor presencia de morbilidad sino de una mayor predisposición a consultar, conducta que se ajusta al rol femenino. Una vez en la consulta las formas de expresión y transición de los síntomas son diferentes entre hombres y mujeres, lo que se ha llamado la semiología de las mujeres. Las mujeres tienden más a comunicar verbalmente y expresar su malestar a través de conductas como el llanto, quejas de tristeza y depresión. Sin embargo, los varones demuestran el malestar en irritabilidad e indecisión, síntomas éstos que los médicos no identifican como signos de malestar, por lo que tienden a infradiagnosticar e infraprescribir a los varones y sobrediagnosticar y sobreprescribir a las mujeres (Marquez et al, 2004).

A las mujeres se les diagnostica ansiedad tres veces más que a los varones, sin embargo esto no respondería tanto a condicionantes fisiológicos como a esquemas culturales que determinan ciertos comportamientos según género y estos prejuicios afectan tanto a la sanidad como a las propias mujeres.
(Romo Avilés, 2005)

Cualquier reflexión sobre género, se preocupa de las diferencias hombre-mujer y su explicación desde una perspectiva socio-cultural que enfatiza las diversas condiciones de vida de hombres y mujeres y como éstos influyen en diversas áreas y aspectos de análisis del ser humano (Marquez et al, 2004).

En todas las sociedades hay diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres respecto a las actividades que realizan, en el acceso y control de los recursos, así como en las oportunidades para tomar decisiones. Todo esto influye de manera determinante en el proceso salud- enfermedad. Las relaciones de género son relaciones de poder que sitúan a

⁵ Término del que se vale el psiquiatra Enrique Rojas para expresar que todo análisis de la realidad descansa sobre elementos psicológicos.

la mujer en una posición de subordinación, esto se expresa tanto en el ámbito privado, como en instituciones políticas, incluidas la de la salud (Marquez et al, 2004).

Los conceptos de salud y enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y del comportamiento como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en propia interacción social.

Se ha creado una representación de la mujer como un ser frágil debido a su naturaleza que la hace poseedora de un inestable equilibrio psíquico con la posibilidad de padecer alguna forma de alteración nerviosa (Marquez et al, 2004).

El papel de las mujeres como usuarias de servicios médicos se ha ido incrementando, lo que ha coincidido con la medicalización de su vida diaria, y se han convertido los procesos naturales de embarazo, puerperio y menopausia en situaciones susceptibles de tratamiento con riesgo de medicalizar otros momentos y actividades de su vida diaria.

Una concepción integral de la salud de la mujer ha de incluir los aspectos somáticos, la función social, la identidad sexual, las vivencias internas y emociones que experimentan y las condiciones materiales en las que se desenvuelve, debiendo considerarse no sólo los problemas específicos que la aquejan sino las variables que inciden en su determinación (Marquez et al, 2004).

“A las mujeres en el ámbito médico se las ve como más necesitadas de medicación por el tema del malestar” (Romo Avilés, 2005). Existe un modelo previo que se trasmite entre los profesionales sanitarios y que, ante situaciones inespecíficas expresadas por las mujeres (donde no existe una patología clara), tiende a prescribir psicofármacos. Estas situaciones tienen que ver con circunstancias vitales que generan desasosiego, ese malestar que se diagnostica como “ansiedad” y al que se le asigna un tratamiento con psicofármacos.

Conflictos familiares, estrés laboral, un examen importante o la pérdida de confianza en sí mismas son algunas de las causas que las mujeres achacan al malestar y a la utilización de psicofármacos. La variedad de causas se relaciona con las características de las mujeres: para las más jóvenes, la competitividad laboral y las grandes expectativas del futuro son las principales fuentes de malestar, para las de mediana edad son los conflictos derivados de las familia y el trabajo remunerado o la doble jornada; mientras que la frustración y pérdida de confianza son los principales problemas en las mujeres de edad avanzada. Así la mujer aparece como la mayor consumidora de psicofármacos, así como la más afectada por trastornos de tipo psicológico.

Enfermería en Salud Mental

La primera escuela específica para preparar enfermeras que cuidasen al enfermo mental se estableció en Wavarly, Massachusetts a finales del siglo XIX. La principal función de estas enfermeras era ayudar a los médicos, inducir a los enfermos a comer, proporcionar hidroterapia como duchas de agua fría y caliente, baños y administrar drogas sedativas. Hasta 1930, las funciones de la enfermera psiquiátrica no variaron mucho de este modelo.

Las primeras enfermeras psiquiátricas tropezaron con tres grandes problemas para afrontar el cuidado del enfermo mental.

1° Los cuidados individualizados fueron dificultosos por la gran cantidad de pacientes hospitalizados y el limitado número de enfermeros profesionales.

2° La naturaleza crónica de la enfermedad psiquiátrica hacía difíciles las intervenciones.

3° La conducta psicótica suponía una dificultad en los cuidados de los pacientes mentalmente enfermos.

A principios del siglo XX, dos factores influenciaron poderosamente los cuidados psiquiátricos, el primero fue el desarrollo del movimiento de higiene mental, enfocado a la salud mental más que a la enfermedad mental, promoviéndose la prevención con el tratamiento. El segundo factor fue el crecimiento del soporte de la escuela de psiquiatría psicodinámica de Sigmund Freud. Según Freud, los trastornos mentales eran una respuesta mal adaptativa de conflictos no resueltos entre fuerzas sensitivas y las expectativas familiares y sociales. El modelo Psicoanalítico de Freud allanó el camino para los modelos de enfermería pero a pesar del impacto del Movimiento Nacional de Higiene Mental y del psicoanálisis en los cuidados psiquiátricos, el rol de enfermería psiquiátrica no sufrió grandes cambios.

En 1930, la aparición de nuevas terapias, como la terapia de schok insulínico y la terapia con electroshock, tuvo un gran significado en la enfermería psiquiátrica.

En 1953, Maxwell Jones introdujo un nuevo método terapéutico, conocido como comunidad terapéutica, en el cual la enfermera psiquiátrica ocupó un importante y dilatado papel como parte de un equipo interdisciplinario.

En 1954, D-Gregg en un artículo de enfermería definió que el rol de la enfermera psiquiátrica era *“ayudar a crear un medio ambiente en el que el paciente pudiera desarrollar nuevos y diferentes patrones de conducta que podrían facilitar un ajuste más maduro a la vida”*.

Durante 1960, se preparan enfermeras psiquiátricas comunitarias para satisfacer las necesidades de los clientes desinstitucionalizados y de sus familias.

En los años '70 y '80 se produjeron numerosos avances en la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales. El interés en la psicobiología, el estudio de las relaciones entre pensamientos, humor, afecto y conducta se desarrolló con el descubrimiento del potencial terapéutico de las drogas psicoactivas.

Aspectos socioculturales en la práctica de enfermería:

Partiendo de la ineludible comprensión del hombre como ser individual y social sumergido en un mar de relaciones consigo mismo y los demás, la epidemiología y la psiquiatría social han puesto de relieve factores como: nivel socio-económico-político, el grado de aislamiento o integración socio-cultural, el modo de vida urbano o rural, la migración, la cohesión o dispersión del sistema familiar, condiciones del hábitat, edad, sexo, etc, que determinan variaciones en la distribución de la enfermedad mental en la población y el riesgo de ingresos psiquiátricos. Por otro lado, la cultura encauza factores como la calidad y forma de vida, el modo de crianza infantil, el desequilibrio entre la expresión y represión de las emociones o los sistemas de valores.

La enfermería, sea cual sea su especialidad o campo de actuación, debe conocer y utilizar todos los aspectos citados como herramientas propias, tanto para la elaboración del propio proceso de atención de enfermería (PAE) como para realizar programas de intervención, sean de la naturaleza que sean (curativos, preventivos, de rehabilitación).

El rol del profesional de enfermería es acompañar a la persona en el proceso salud-enfermedad, previniendo, educando o cuidando en todas aquellas situaciones que las que la persona, familia o comunidad no sean capaces de hacerlo por si mismas o precisen para ello de un apoyo a pesar que la asistencia que ofrece la enfermera, sigue está a merced del criterio institucional local, de la particularidad del servicio, del equipo y de la propia enfermera, de la formación y de su compromiso personal.

La OMS en su informe 363/78, expone "*La Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría es un proceso interpersonal por el cual la enfermera presta asistencia al individuo, familia y comunidad, para promover la salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar las expresiones de estrés de la enfermedad mental ayudando a encontrar significado a dichas experiencias*"(OMS,1978).

La relación enfermera- paciente

La relación desarrollada entre la enfermera y el paciente es vital en el proceso de enfermería. La relación afectiva es una habilidad dinámica que implica no sólo el conocimiento y habilidad de la enfermera, sino también la confianza de ésta al trabajar con el paciente en aspectos que pueden ser difíciles.

Una de las enfermeras pioneras en desarrollar un marco teórico y sistemático sobre la relación enfermera-paciente fue Peplau, quien apuntó que en las relaciones interpersonales interviene la experiencia intrapersonal del paciente en la que influyen sus propias percepciones y creencias, y la concienciación de la enfermera de sus propios valores, juicios y orientaciones teóricas. Enmarcó la relación dentro de un contínuo que parte de dos personas desconocidas hasta otro estadio donde ambos trabajan para la resolución de un problema. Describió asimismo que, para que la relación enfermera-paciente se desarrolle de forma satisfactoria, ésta se debe realizar a través de 4 fases bien definidas y con las características particulares. Las fases de relación son: orientación, identificación, explotación y resolución.

Fase de orientación:

Cuando un paciente enferma, la enfermera tiene que ayudarlo a adaptarse a una situación que no le es familiar, centrando su atención en las necesidades del paciente, haciendo que se acostumbre a su situación, a las nuevas personas y a su salud enferma. La fase de orientación es el paso desde una reunión entre desconocidos a un llegar juntos: es la escena en la que la relación enfermera-paciente puede crecer.

Fase de identificación:

En esta fase el paciente clarifica en su mente su problema. Esta implica que el paciente se identifica con una enfermera que tiene experiencia y puede ayudarlo. Los pacientes se identifican con las enfermeras que son abiertas y honestas en sus acercamientos y que les proporcionan información; incrementándose como resultado de esta identificación la habilidad del paciente para resolver problemas.

Fase de explotación:

Esta fase está caracterizada porque el paciente hace pleno uso de los recursos disponibles a su alrededor, de las personas y del entorno. La relación enfermera-paciente es

la pieza central, el camino principal en el que el paciente usa su situación y el profesional de la salud en su beneficio. Peplau define esta situación como un proceso dinámico que implica cambios en la relación enfermera-paciente, que evoluciona desde una situación de dependencia a otra donde la enfermera y el paciente empiezan a funcionar de una manera adulta, identificando y explotando áreas de independencia y áreas de interdependencia.

Fase de resolución:

Peplau ve la fase de resolución como un proceso de puesta en libertad, donde el paciente inicia los pasos de preparación para salir del hospital o para vivir una vida sana en su casa.

La terminación de los cuidados necesita ser planificada, los pacientes necesitan ser preparados para esta próxima situación y no debería terminarse de una forma brusca.

El tipo de enfermedad, la edad del paciente, la edad de la enfermera, la duración de la estancia en el hospital y la maduración de la enfermera y del paciente son factores que influyen en este proceso de libertad.

El sentido de pérdida de la relación se contrarresta por el sentido de recuperación de la salud. Ante la imposibilidad de que aparezcan en el paciente sentimientos de separación, abandono, etc, el objetivo principal de la enfermera será el de ayudar al paciente a que interiorice la relación recordándole la naturaleza de ésta.

Roles de la Enfermera

Los roles que las enfermeras asumen durante la relación tienen influencia en los resultados de los pacientes y es responsabilidad de la enfermera utilizar profesionalmente sus habilidades interpersonales para permitir que la relación madure. El potencial de la enfermera para tener una relación profesional profunda con el paciente es mucho más grande que en otros grupos de profesionales (Bernabeu Tamayo, 2000).

Abuso de Drogas. Significado para la Enfermería en Salud Mental

Existe en la sociedad una tendencia orientada a las pastillas, los enfermeros han de estar familiarizados con actitudes, prácticas y enfermedades relacionadas con el uso y abuso de drogas. Los médicos prescriben rápidamente sedantes y tranquilizantes para la ansiedad, el estrés y la falta de sueño (Burkhalter, 1975; Murray y Huelskoetter, 1983).

Recientemente, se ha atendido a la gravedad del problema del abuso de drogas entre enfermeros, quienes porque trabajan en situaciones de alto estrés tienen fácil acceso a narcóticos y son especialmente propensos al abuso y dependencia de las drogas.

Los enfermeros han de entender claramente la naturaleza de los trastornos por abuso de drogas para intervenir eficazmente con los usuarios y personas significativas. Los valores, actitudes y comportamientos del enfermero hacia el adicto deben ser examinados. El que usa drogas es muy sensible a las actitudes de los cuidadores. Condenar o penar el uso de drogas puede impedir los intentos de recuperación del usuario (Cook y Fontaine, 1992).

El abuso de drogas se clasifica como trastorno mental. Dentro de una sociedad, muchas personas usan drogas como recreación para modificar el humor o comportamiento; sin embargo, hay amplias variaciones socio-culturales en la aceptación de las drogas. Aparte del alcohol, las drogas más usadas comúnmente en nuestra sociedad son los narcóticos, sedantes, estimulantes, drogas antiansiedad y alucinógenos (Cook y Fontaine, 1992).

El DSM-III⁶. divide el uso patológico de sustancias en dos clases generales: abuso de sustancias y dependencia de sustancias.

En el abuso de sustancias se han demostrado tres criterios:

- 1- Modelo de uso patológico; se caracteriza por intoxicación en el día, incapacidad de dejar el uso, abstinencia temporal, uso continuo de sustancias a pesar del grave trastorno físico, necesidad de uso diario y complicaciones por el uso de sustancias.
- 2- Fallo en el funcionamiento social o profesional. Se caracteriza por perturbaciones en las relaciones sociales, actos erráticos e impulsivos o expresión inapropiada de agresión. Deterioro del funcionamiento profesional, puede darse cuando una persona está ausente o es incapaz de funcionar bajo la influencia de las drogas.

⁶ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, Barcelona, 1990

- 3- Duración: la perturbación en el funcionamiento puede ser de al menos un mes para ser considerada abuso.

La dependencia de sustancias es más grave que el abuso de sustancias. Además de los criterios para el abuso de sustancia; hay dependencia fisiológica manifestada por la tolerancia y/o abstinencia. La tolerancia se refiere a las cantidades aumentadas de sustancia necesaria para lograr el efecto deseado. La abstinencia se refiere al síndrome de sustancia específica que se da tras el cese o reducción en la toma de sustancias.

Los criterios de diagnóstico para barbitúricos, sedantes o hipnóticos de actuación similar, son los siguientes:

- Modelo de uso patológico: incapaz de cortar o dejar el uso, intoxicación diaria, (uso de 60 mg. o más de diazepam) y períodos amnésicos para sucesos que ocurrieron cuando la persona estaba intoxicada.
- Daño en el funcionamiento social u ocupacional: peleas, pérdida de amigos, ausencia en el trabajo, dificultades legales.
- Perturbación durante al menos un mes.

En la persona que usa barbitúricos o sedantes o hipnóticos de actuación similar, hay dos modelos de dependencia y abuso:

1-La persona ha obtenido la droga originariamente por prescripción médica por insomnio u otras dificultades.

2-Aquellas que han obtenido la droga ilegalmente.

El primer grupo de personas son normalmente de clase media, de 30 a 60 años y mujeres. El segundo grupo consiste generalmente en hombres adolescentes o al principio de sus veinte, que usan la droga para ponerse eufórico o contrarrestar los efectos estimulantes de las anfetaminas.

Abuso de drogas. Características socio-culturales

Con el abuso de drogas, la descripción clásica de la dinámica familiar es que el adicto está fijado a una figura materna ambivalente y a una figura paterna fuerte, consistente y que está ausente.

Estudios más recientes indican que el abuso de drogas viene provocado por un conflicto familiar en la base; esto es, el uso de drogas sirve como fuerza estabilizadora en la familia, distrayendo la atención de los conflictos familiares de base. La persona que usa las drogas, lo hace para protegerse de sentimientos dolorosos surgidos en la situación familiar. Además, el consumo de drogas es una forma de validar experiencias, no disponible de otra forma para el que las usa, dentro de la estructura familiar.

Las características principales encontradas en la literatura, con respecto a las familias aditivas, son:

- Entornos hogareños caracterizados por figuras paternas frías y hostiles.
- Relaciones padres-hijos débiles.
- Falta de claridad en política disciplinaria.
- Metas paternas vagas e inconscientes.
- Falta de relación fuerte padre-hijo.
- Incapacidad de mantener relaciones matrimoniales.

Muchas personas que abusan de las drogas se encuentran en familias con un solo padre, siendo éste de sexo contrario y muy implicado con el adicto (Cook y Fontaine, 1992).

La Cultura del Medicamento o Medicalización de las Comunidades:

En Argentina conviven medicamentos de eficacia demostrada con otros que son de valor dudoso o nulo. La población debería saber que estas sustancias no solamente no “agregan” salud, sino pueden producir “enfermedad” es decir reacciones o efectos adversos⁷.

“Es importante y grave para la comunidad, la propaganda confusa e inexacta con que se comercializan algunos productos. De este modo para no deprimirse o para estar feliz habría que consumir un antidepresivo o sino algo del gran “recetario para vivir mejor” como polivitamínicos, ansiolíticos, energizantes, aminoácidos, coenzima Q10, entre otros como si esto fuera un símbolo de status” (Valsecia, 2002).

La ansiedad y el insomnio son manifestaciones sintomáticas de estados generales que pueden o no acompañar cuadros psiquiátricos, pero sí son de consulta frecuente.

La historia de la inclusión de la ansiedad como un aspecto patológico de la afectividad, fue evolucionando en forma dificultosa para una penetración cognitiva y descriptiva. Clásicamente, en la vida afectiva, se consideran tres clases de fenómenos: la emoción, el sentimiento y la pasión. La ansiedad puede participar de la intensidad de la vivencia de la emoción y de su duración breve; como la pasión puede ser intensa y durable; como el sentimiento, prolongado y con poca intensidad y repercusión visceral. La afectividad comprende dos tipos de vivencias pasivas del yo, que pueden ser agradables y desagradables.

Max Scheler (1923) llega a la conclusión de la existencia de cuatro niveles de afectividad: sensorial, vital, psíquico y espiritual o de la personalidad.

- La afectividad sensorial tiene un carácter estático, ligado a alguna parte del cuerpo, es actual.
- La afectividad vital se extiende por todo el cuerpo y no por una determinada región.
- La afectividad psíquica es dirigida; no se ligan a la percepción misma, sino al significado que ella tiene.
- La afectividad espiritual, son sentimientos absolutos, nacen de la misma fuente de los actos espirituales y empapan todos los contenidos de la vida psíquica. Son modos de ser, en lugar de modos de estar.

⁷ Se denomina efecto adverso a reacciones no buscadas lesivas, al administrar un fármaco con fines terapéuticos. Estos efectos se clasifican en aquellos que tienen relación con la dosis administrada y los que no se relacionan con la dosis como reacciones alérgicas (Simonsen, 2009)

Desde un punto de vista general la ansiedad se puede caracterizar como un estado particular difuso de sensación de peligro intenso, con malestar y displacer, en el que no se encuentra motivo externo aparente; frecuentemente va acompañada de disturbios somáticos.

La ansiedad y el miedo tienen mucho en común, y ambas son señales de peligro y respuesta a él. Las reacciones fisiológicas, en los dos casos son similares y el tono emocional del individuo muy parecido. Pero, no obstante, existen diferencias. El miedo es la respuesta al peligro real, presente y externo; no persiste. La ansiedad con su sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente, difiere del miedo en que no puede referirse a objetos ó incidentes específicos; el paciente ignora realmente la fuente de ansiedad.

En realidad, la ansiedad forma parte de la esencia del hombre; es aquí importante destacar la diferencia entre la ansiedad normal y la patológica; se trata de una mera diferencia de intensidad: la ansiedad se hace patológica cuando el sujeto no es capaz de soportarla. La intensidad y duración de los síntomas son las características fundamentales de esta angustia patológica y toda ansiedad puede producir síntomas somáticos, en situaciones, la ansiedad desaparece en apariencia pero persiste a través de síntomas somáticos que originó y que luego son su expresión.

La ansiedad del hombre contemporáneo ofrece características especiales: es una ansiedad espiritual; se acompaña de alteraciones de las funciones superiores del sistema nervioso; estado que de un modo u otro amenaza la integridad del organismo, demostrando que existen dos formas de ansiedad: una activa y otra pasiva. La ansiedad pasiva se acompaña de bradicardia, respiración lenta y a veces tensión y rigidez muscular. La ansiedad activa cursa con hipertrofia muscular, taquicardia, respiración rápida y reacciones de pánico.

En la práctica médica, el término “ansiedad” se ha universalizado para expresar ese sentimiento de displacer, de insatisfacción y de disconformidad que inunda y embarga al hombre de nuestros días y se ha consolidado hasta para designar el nombre de los remedios más usados para combatirla: Ansiolíticos.

Por sus derivaciones y consecuencias, la angustia patológica es negativa para el desarrollo de la personalidad. La angustia normal, por el contrario, encierra valencias positivas para el desarrollo de la personalidad y la existencia auténtica. En el adulto, se presenta con mayor frecuencia alrededor de los 40 años (la llamada crisis de la cuarentena)

La ansiedad del adulto, evoluciona con un aspecto básico: *nada vale la pena*. Prontamente al desencanto sigue la culpa y aumenta el replanteo de la razón de vivir. Es un factor multidimensional y contribuyen factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos. La totalidad de la personalidad está comprometida en la producción de la ansiedad. El adecuado manejo de los ansiolíticos es fundamental en la clínica general. Nunca se debe olvidar que el enfermo es un hombre que padece y lleva intranquilidad a su espíritu, sedarlo, es tarea fundamental del médico y muchas veces se encuentra con la sorpresa que la paz en el espíritu borra los síntomas que se creían orgánicos (Ipar, 1978).

En lo que respecta al insomnio, se caracteriza por ser un problema común que afecta aproximadamente al 20% de la población. Hasta 40 % de la población en países industrializados ha tenido algún episodio transitorio de disturbio del sueño. Puede presentarse en cualquier persona, aunque se observa más frecuentemente en mujeres, ancianos y personas solas (separadas, viudas, divorciadas.) Según la O.M.S. para diagnosticar insomnio, deben considerarse estos rasgos clínicos:

- Que se presente por lo menos tres veces por semana durante al menos un mes.*
- Que exista una preocupación excesiva, tanto durante el día como por la noche, sobre el hecho de no dormir y sus consecuencias.*
- Que la calidad o cantidad insatisfactorias del sueño produzcan un malestar general o interfieran con las funciones sociales y ocupaciones del enfermo.*

La indicación precisa del tratamiento farmacológico es el insomnio transitorio o de corto plazo, no habiendo casi ninguna evidencia de la eficacia de estos medicamentos durante más de algunas semanas con algunas excepciones; pero se recomienda una duración corta del tratamiento (días o semanas) para reducir el riesgo de que se produzcan fenómenos de tolerancia o dependencia (OMS).

Durante el uso patológico se pueden producir tolerancia del efecto sedante, lo que conduce a una escalada de la dosis, por lo cual se deben evitar en personas con tendencia a la adicción como alcohólicos y sujetos con antecedentes de uso de BDZ en dosis altas, (personas que utilizan gran parte de su tiempo en conseguir las recetas).

Existen fundamentalmente dos grupos de drogas muy usadas para el tratamiento del insomnio: las Benzodiazepinas y los fármacos no benzodiazepínicos. Estos últimos han ganado tanta aceptación que están desplazando a las BDZ; son las llamadas drogas Z (zolpidem, zopiclona y eszopiclona)

Si bien un concepto clásico era que para el tratamiento del insomnio de conciliación se preferían drogas de rápido comienzo de acción y de vida media corta y para el tratamiento del insomnio de mantenimiento, drogas de vida media más prolongada, las recomendaciones actuales basadas en la evidencia proponen que no se utilicen drogas de vida media mayor de 12 horas.

Históricamente las BDZ constituyeron parte importante del arsenal terapéutico de la práctica ambulatoria, actualmente es bien conocido y ampliamente recomendado que su uso no se prolongue por tiempo indeterminado ni por más de 3 a 8 semanas por el potencial daño y abuso que provocan. Sin embargo, en muchos lugares se observa que el uso es ampliamente inadecuado, mostrando que una gran proporción de pacientes los consumen sobre bases diarias, que el mayor consumo se ve en grupos vulnerables a los efectos adversos como mujeres y ancianos y que las drogas más consumidas son aquellas de vida media prolongada, desestimando los pobres beneficios e importantes riesgos globales de su uso (Botargues, 2005).

El insomnio se puede clasificar en transitorio o crónico.

* **Insomnio Transitorio o Intermitente:** una noche, en algunas semanas, aparece y desaparece. Se recomiendan medidas no farmacológicas por lo que no deben consumirse BDZ. En caso de ocurrir de una a tres noches se pueden usar BDZ que no formen metabolitos activos como el oxazepam.

* **Insomnio Crónico:** constante, ocurre la mayor parte de las noches. Puede ser:

a. Corta Duración (menos de 3 semanas). Problemas orgánicos. Medidas no farmacológicas, en casos necesarios BDZ de acción intermedia en la menor dosis posible y no más de 2 semanas.

b. Larga Duración: (más de 3 semanas). Patología Psiquiátrica. Priorizar el tratamiento de la causa subyacente (farmacológica, médica o psiquiátrica), BDZ de corta duración. Si el tratamiento se prolonga más de un mes, debe ser intermitente y la retirada gradual. (Valsecia, 2002).

OBJETO DEL TRABAJO

Problema científico

En la Argentina, según estudios de la Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (Sedronar), el creciente uso indebido de psicofármacos (sedantes, estimulantes, ansiolíticos, tranquilizantes y antidepresivos) se enmarca en un preocupante “fenómeno de medicalización de la vida cotidiana”, que estimula la automedicación y multiplica el número de adictos. Preocupa que los usuarios y usuarias de los servicios de salud actualmente acudan a la consulta médica en busca de psicofármacos que supuestamente resolverán sus problemas de la vida cotidiana confiando más en esto, que en otras respuestas que pueden lograr en los servicios de salud. Es frecuente que dominen más, nombres comerciales y/o farmacológicos de algunos psicofármacos, que la denominación de los males que les aquejan. Así la demanda de psicofármacos se presenta como cotidiana en los servicios de salud.

Objetivo general:

Conocer la evolución del Consumo de Psicofármacos y las características de los usuarios y usuarias consumidores que concurren al Hospital “Dr. Pablo Lacoste” de Eduardo Castex, La Pampa, durante los años 2001 a 2006.

Objetivos Específicos:

- Cuantificar a los consumidores de Psicofármacos de entre 30 a 54 años de edad.
- Caracterizar a los consumidores según sexo, edad, estado civil, ocupación, número de hijos y lugar de residencia.
- Identificar y cuantificar los tipos de psicofármacos consumidos.
- Relacionar las variables universales con la modalidad de consumo.

Hipótesis planteadas

Hipótesis N° 1:

-El consumo de psicofármacos aumentó en los pacientes del Hospital “Dr Pablo Lacoste” desde el año 2001 a 2006.

Hipótesis n° 2:

- La tendencia en el consumo es mayor en los usuarios con edades comprendidas entre los 40-54 años de edad.

Hipótesis n° 3:

- El consumo no muestra diferencias significativas entre géneros.

Hipótesis n ° 4:

- El consumo de psicofármacos es mayor entre los desocupados y entre los usuarios con escolaridad incompleta.

Hipótesis n° 5:

- Los psicofármacos más consumidos fueron Alprazolam y Bromazepam.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en usuarios y usuarias del servicio de salud del Hospital “Dr. Pablo Lacoste” de Eduardo Castex (La Pampa), durante los años 2001 a 2006.

La unidad de estudio se constituyó con los datos de 641 usuarios del libro de registro de Psicofármacos del sector farmacia del hospital mencionado. También se consultaron Historias Clínicas de los usuarios comprendidos en la población objetivo.

Población: todos los hombres y mujeres que se asistieron en el Hospital “Dr. Pablo Lacoste” durante los años 2001 a 2006 y que consumieron psicofármacos provistos por el nosocomio. No se seleccionó muestra ya que fue posible abordar la integridad de los registros de los 641 usuarios y usuarias.

Criterios de Inclusión:

- Registros de hombres y mujeres de 30 a 54 años.
- Registro de retiro de psicofármacos del sector farmacia.

Criterios de Exclusión:

- Registros de usuarios/as menores de 30 años y mayores de 54 años de edad.
- Registros ilegibles.
- Registros incompletos.

La recolección de datos se realizó de una fuente secundaria permanente:

- Registros hospitalarios del sector farmacia (Psicofármacos) del Hospital mencionado; Historias clínicas:
- Entrevistas sociales realizadas por el servicio social del Hospital.

VARIABLES del estudio: se tomaron para la investigación variables universales y otras específicas para cumplir con los objetivos planteados: Edad, Sexo, Estado Civil, Ocupación, Número de hijos, Lugar de Residencia, Psicofármaco registrado (ver Anexo I).

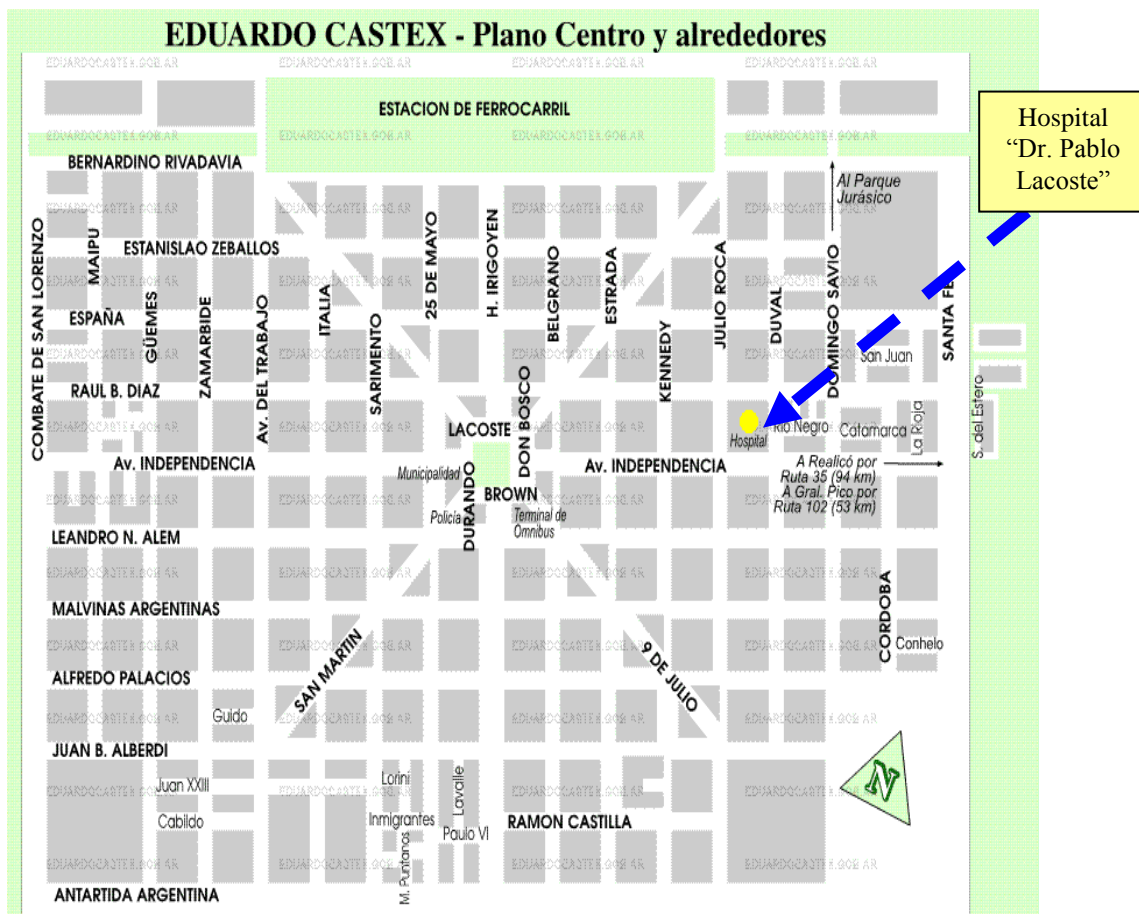
Definición conceptual y operativa de las variables:

Cuadro N° 1			
Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido en que una persona ha vivido desde su nacimiento	Años	Grupos etarios 30 a 33 34 a 37 38 a 41 42 a 45 46 a 49 50 a 54
Sexo	Diferencia física constitutiva entre hombre y mujer	Género	Femenino Masculino
Estado civil	Condición social que norma una relación entre dos personas como pareja	Condición	Soltero (S) Casado (C) En pareja (P) Separado (D) Viudo (V)
N° de hijos	Presencia o ausencia de individuos que se encuentran en condición de hijos	Cantidad	0 1 2 3 4 5 6 7 8
Ocupación	Empleo, oficio o situación laboral que cada uno tiene y ejerce	Condición	Ama de casa Dependiente Independiente A destajo Desocupado Plan social Pensionados
Lugar de Residencia	Hábitat del individuo	Lugar físico	Urbano Rural Sección quintas
Psicofármaco	Benzodiazepinas: conjunto de fármacos bajo una misma denominación por semejanza de sus propiedades y efectos farmacológicos	Tipo de fármaco consumido	Diazepam Bromazepam Clonazepam Lorazepam Alprazolam Alprazolam+Domperidona+Simeticona Alprazolam+Sulpirida

Caracterización del sitio donde se realizó la investigación:

El Hospital “Dr. Pablo Lacoste” se encuentra ubicado entre las calles Independencia y Julio Argentino Roca de la ciudad de Eduardo Castex, localidad ubicada al noreste de La Pampa.

Figura N° 1



Fuente de datos: Plano de Santa Rosa publicado por Región Empresa Periódística ⁸

De acuerdo a la Ley provincial N° 1279⁹ el Hospital “Dr. Pablo Lacoste” corresponde a un nivel de complejidad IV, por comprender las cuatro especialidades básicas: clínica médica, clínica quirúrgica, tocoginecología y pediatría. La localidad de Eduardo Castex, se encuentra ubicada en Zona Sanitaria II¹⁰ dependiente de la

⁸ Disponible en: Edición-www.región.com.ar. Consultado el 11 de noviembre de 2009

⁹ La Ley N° 1279 de la provincia de La Pampa, denominada Ley de Carrera Sanitaria fue sancionada en 1991 y establece el ordenamiento de los Hospitales públicos y normativas del recurso humano que se desempeña en ellos.

¹⁰ La provincia de La Pampa está dividida en cuatro Zonas Sanitarias, que permiten una mejor identificación de las necesidades de salud regionales de acuerdo a la geografía y epidemiología.

Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud del gobierno de la provincia de La Pampa (Ver anexo II).

En la actualidad, el nosocomio, posee 10 consultorios de atención profesional, contando con 4 médicos con especialidad en medicina general, 1 médico clínico, 1 médico cirujano, 2 médicos tocoginecólogos, 3 médicos pediatras, 2 odontólogos, 2 psicólogas, 1 kinesióloga, 2 nutricionistas, 1 obstétrica, guardia médica activa y servicio de enfermería permanente. Por ser el centro de mayor complejidad del medio, existe importante demanda de atención profesional y de enfermería por parte de los usuarios (indigentes, de obras sociales, contribuyentes)¹¹. Cuenta con una extensa planta de recursos humanos (médicos, enfermeros, psicólogos, administrativos, técnicos, etc).

La localidad, posee otros dos Centros de Salud (postas sanitarias) que dependen de la dirección del Hospital “Dr. Pablo Lacoste”.

Según datos del Censo 2001 del INDEC, la localidad de Eduardo Castex en ese año tenía una población total de 8961 habitantes de los cuales 2.967 tenían entre 30 y 54 años; correspondiendo el 50,4 % al sexo masculino y el 49,6 % al sexo femenino. Con respecto a la condición laboral en los mayores de 15 años el 48% estaban ocupados, desocupados el 10% e inactivos el 42%. La proyección del Censo 2001 establece que actualmente la población de entre 30 y 54 años estaría constituida por 3.174 habitantes (1.482 hombres y 1.592 mujeres).

De acuerdo a la misma fuente, el nivel de instrucción en el departamento Conhelo, cuya ciudad cabecera es Eduardo Castex, registró un 2.93 % de analfabetismo en la población comprendida entre los 30 y 59 años. La misma población posee estudios primarios incompletos en un 17.47 %, completos un 49.33 %; los estudios secundarios incompletos un 8.30 % y completos el 11.23 %. Con respecto a la formación terciaria completa sólo la posee un 4.34 % de la población y en cuanto a la formación universitaria sólo el 4.04 %.

¹¹ La Ley 1420 establece el Sistema de Financiamiento Integral de Medicina Social y determina categorías de pago para la asistencia médica.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

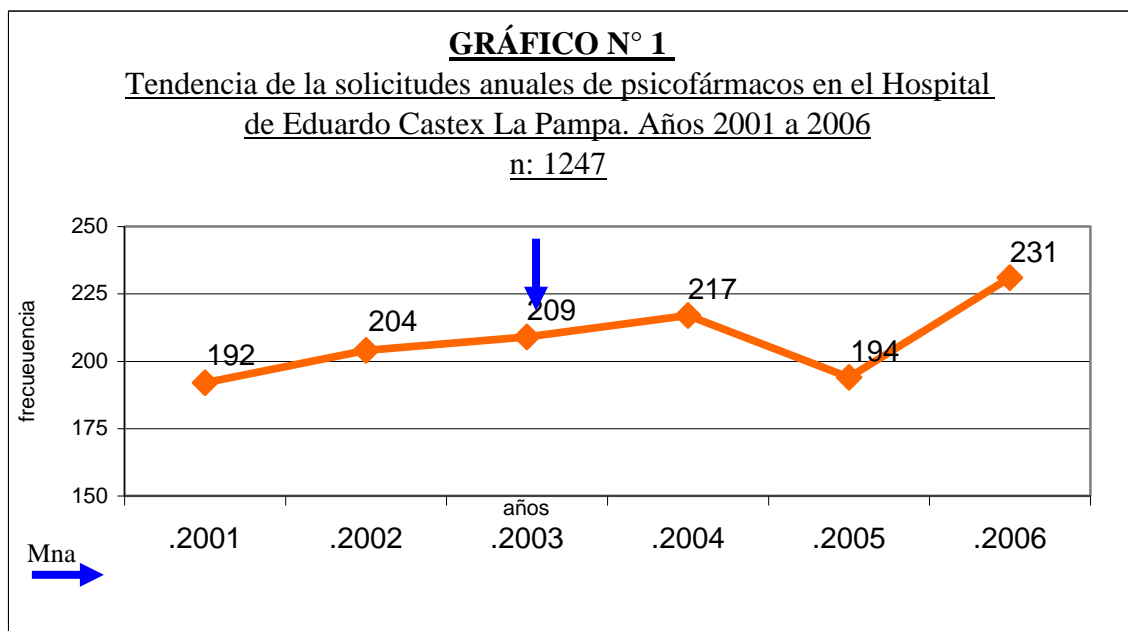
En el estudio “Evolución del Consumo de Psicofármacos en la población comprendida entre los 30 y 54 años que fueron atendidos en el Hospital “Dr. Pablo Lacoste” de Eduardo Castex durante el período 2001-2006” se analizaron 1.247 registros, consultados del libro de psicofármacos del sector Farmacia del nosocomio y período mencionados.

<u>Tabla N° 1</u>							
<u>Demanda anual de psicofármacos en el Hospital "Dr. Pablo Lacoste"</u>							
<u>de Eduardo Castex La Pampa – Años 2001 a 2006</u>							
<u>n:1247</u>							
N° de Registros anuales	Años						TOTAL
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Frecuencia absoluta	192	204	209	217	194	231	1247
Frecuencia relativa en %	15,40	16,36	16,76	17,40	15,56	18,52	100,00
						Media: 208	
						Mediana: 209	
						Desvío Estándar: 14,69	
						Rango: 39	

Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En la Tabla N° 1 se muestran las frecuencias absolutas y relativas de las veces en que se retiraron psicofármacos del Hospital de Eduardo Castex, durante los años 2001 a 2006. Las cifras presentadas en cada columna, contienen datos de registros de retiros de psicofármacos, sin tener en cuenta el número de personas que los realizaron.

El menor porcentaje de retiro de psicofármacos se produjo en el año 2001 con el 15,40 % (192/1247) y el mayor, se produjo en 2006 con el 18,52 % (231/1247). La media se calcula en 208 con un desvío estándar de 14,69 y una mediana de 209. El rango es de 39. Para una mejor visualización se esto, los datos se presenta el Gráfico N° 1.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

La tendencia que se muestra en el Gráfico N° 1 es creciente, se puede observar un aumento en la adquisición de psicofármacos desde 2001 a 2004, un descenso en 2005 para alcanzar la cifra más alta (231) en 2006. La mayoría de los datos superan la mediana (209), así las mediciones que han dado valores mayores que la mediana logran un rango más amplio (22) que las mediciones que se encuentran por debajo de la misma (17).

En la Tabla N° 2 se presenta la incidencia y prevalencia anual de adquisición de psicofármacos.

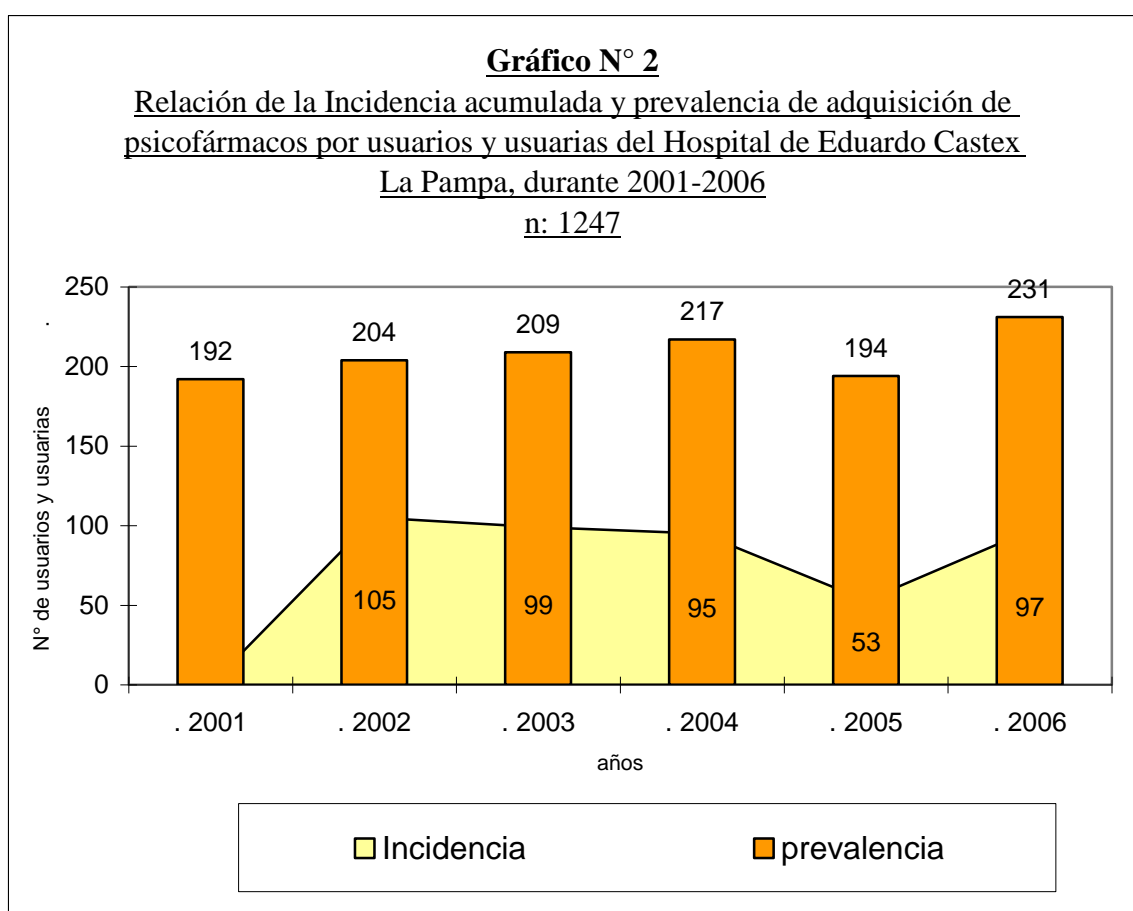
Tabla N° 2
Prevalencia e incidencia anual de usuarios y usuarias que adquirieron psicofármacos en el Hospital de Eduardo Castex La Pampa
Años 2001 -2006
 n:641

Años	Prevalencia	Nuevos usuarios/as	Incidencia acumulada %
Año 2001	192	-	-
Año 2002	204	105	51,47
Año 2003	209	99	47,37
Año 2004	217	95	43,78
Año 2005	194	53	27,32
Año 2006	231	97	41,99
Total	1247	449	36,00

Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En la Tabla N° 2 no se considera el dato de incidencia acumulada de 2001 porque se desconoce la frecuencia de casos nuevos entre las 192 personas que adquirieron psicofármacos en ese año. En el caso de los años 2002 a 2006, se consideran como casos nuevos a aquellos usuarios que no retiraron psicofármacos los años precedentes al analizado.

La mayor incidencia acumulada se produjo en 2002, con un 51,47 % (105) de nuevos casos con respecto a 2001. Se puede ver que en los demás años la incidencia acumulada oscila entre 41,99 y 47,37 %, con la disminución muy marcada en el año 2005, con el 27,32 %. La incidencia total es del 36 % con 449 casos nuevos en los seis años estudiados. Los datos se ilustran en el Gráfico N° 2.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En el Gráfico N° 2 se presentan los datos de prevalencia e incidencia anual. Si bien se produjeron nuevos casos cada año, algunos usuarios y usuarias no retiraron psicofármacos de manera continuada en años sucesivos en el nosocomio "Dr Pablo Lacoste" desconociéndose si existió abandono de tratamiento o continuación del mismo por otros medios.

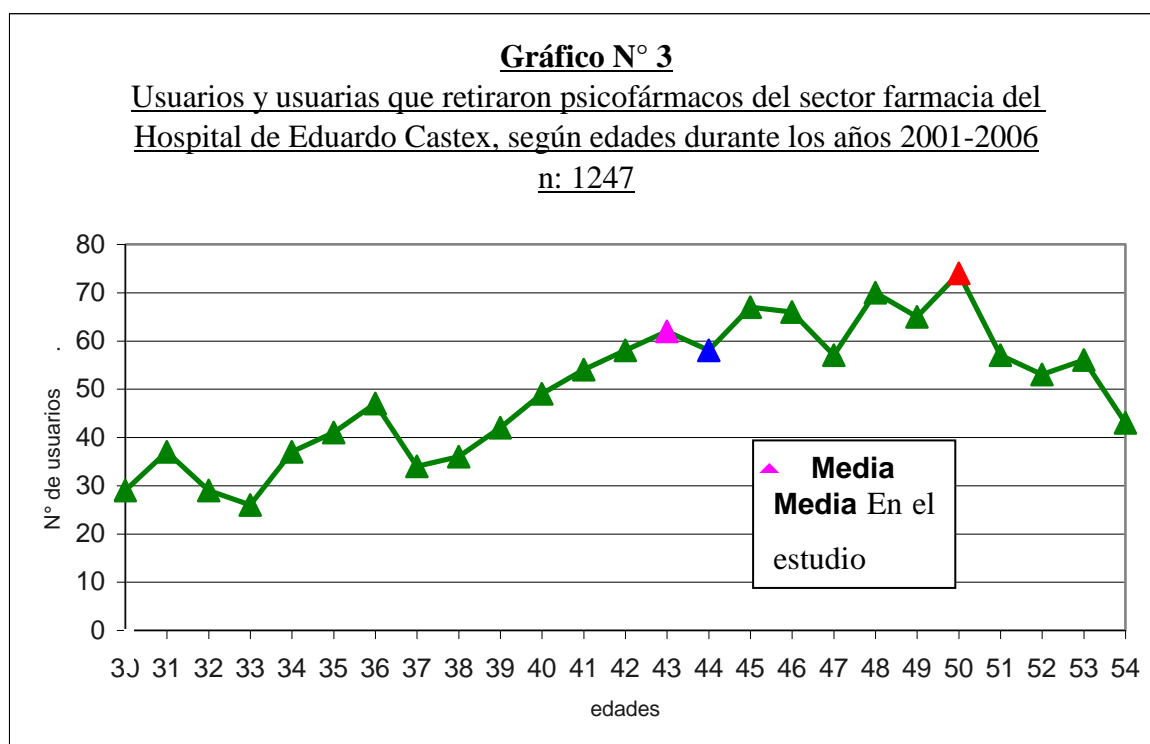
La Tabla N° 3 muestra la frecuencia anual de adquisición de psicofármacos según edades de los usuarios y usuarias en cada uno de los años estudiados.

Tabla N° 3							
<u>Edades de los usuarios y usuarias que consumieron psicofármacos anualmente en el</u> <u>Hospital de Eduardo Castex La Pampa - Años 2001 -2006</u> <u>n:1247</u>							
Edades	año 2001	año 2002	año 2003	año 2004	año 2005	año 2006	Total Usuarios
30 años	3	5	2	8	6	5	29
31 años	8	4	3	6	5	11	37
32 años	4	4	4	5	3	9	29
33 años	7	5	4	6	2	2	26
34 años	6	9	6	11	3	2	37
35 años	5	4	5	4	13	10	41
36 años	9	9	8	7	5	9	47
37 años	7	10	7	3	3	4	34
38 años	6	5	8	4	4	9	36
39 años	5	10	9	7	8	3	42
40 años	9	8	6	7	10	9	49
41 años	9	11	10	8	5	11	54
42 años	10	12	10	11	11	4	58
43 años	5	14	11	12	9	11	62
44 años	9	7	8	12	12	10	58
45 años	17	7	11	13	9	10	67
46 años	8	13	11	11	11	12	66
47 años	8	9	13	6	6	15	57
48 años	12	11	12	15	9	11	70
49 años	8	13	10	12	12	10	65
50 años	10	9	15	12	9	19	74
51 años	7	6	14	12	9	9	57
52 años	9	10	6	9	11	8	53
53 años	8	7	8	8	9	16	56
54 años	3	2	8	8	10	12	43
Total	192	204	209	217	194	231	1247
<i>media</i>	43	43	44	43	44	44	43
<i>mediana</i>	44	43	45	44	44	45	44
<i>moda</i>	45	43	50	48	35	50	50
<i>desvio estandar</i>	6,63	6,36	6,29	6,88	6,78	7,09	6,69

Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

Los datos de la Tabla N° 3 muestran las edades de los usuarios y usuarias que retiraron psicofármacos del sector farmacia del Hospital de Eduardo Castex. Cada año se ha presentado independientemente de los años posteriores, en los cuales el usuario pudo reincidir en el registro. La media de edades es similar en todos los años (43-44) con un desvío estándar que oscila entre 6,29 a 7,09, siendo la media para la sumatoria de los años de 43 años con un desvío estándar de 6,69. La mediana también presenta escasa variación en los seis años estudiados, de 43 a 45 años y de 44 para el total; mientras que la moda fluctúa entre 35 para el año 2005 y 50 años para los años 2003 y 2006, este último dato (50) se repite en el análisis del total de los años.

En el Gráfico N° 4 se muestra la tendencia de edades de los usuarios y usuarias en cuanto a la adquisición de psicofármacos en el total de los años estudiados.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En el Gráfico N° 3 se muestra la tendencia por edades. La curva muestra una tendencia irregular con una moda en los 50 años, una media de 43 años y una mediana de 44 años. Los que más veces adquieren psicofármacos son los usuarios y usuarias mayores de 44 años.

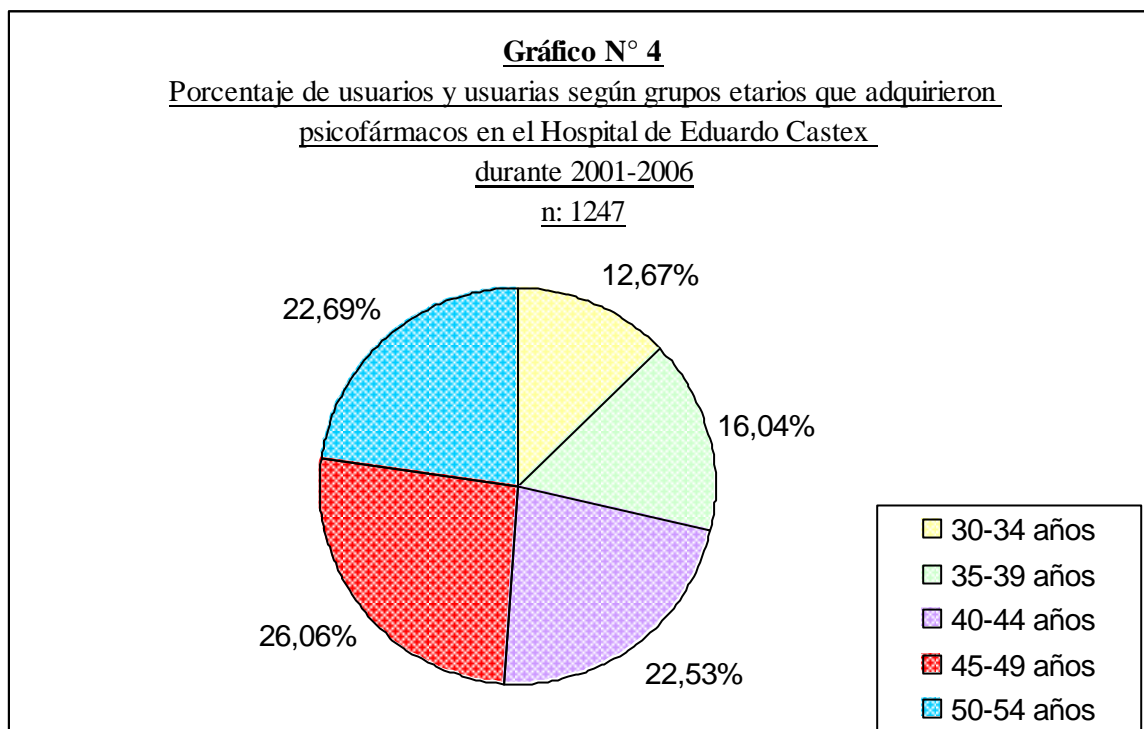
Para un mejor estudio de la población de usuarios y usuarias se establecieron cinco grupos etarios en intervalos de cinco años tal como se muestran en la Tabla N° 4.

Tabla N° 4
Frecuencia de provisión de psicofármacos según sexo y grupos etarios en el Hospital de Eduardo Castex . La Pampa. Durante 2001-2006
n:1247

Sexo \ Grupos etarios	Grupos etarios					Total	Frecuencia relativa %
	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54		
Femenino	123	145	230	260	209	967	77,55
Masculino	35	55	51	65	74	280	22,45
Total	158	200	281	325	283	1247	100,00
Frecuencia relativa %	12,67	16,04	22,53	26,06	22,69	100,00	-

Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

El grupo de edades que se muestra la Tabla N° 4 como más numeroso, es el formado por usuarios y usuarias de 45 a 49 años (325); y el menos numeroso está constituido por el grupo etario más joven, de 30 a 34 años (158). El sexo femenino ocupó el 77,55 % (967) de los registros de retiro de psicofármacos. Para ilustrar la frecuencia relativa de los grupos se presenta el Gráfico N° 4.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

El Gráfico N° 4 muestra que más de la cuarta parte de los registros de retiro de psicofármacos está representada por el grupo etario de 45-49 años con el 26,06%, siguiéndole en orden de importancia el grupo etario de 50-54 años con un porcentaje de 22,69%. El que menor cantidad de retiro de psicofármacos efectuó fue el grupo etario de 30-34 años con un porcentaje de 12,67%, seguido por el grupo de 35-39 años con el 16,04%. Los datos se contabilizaron cada año de manera independiente a efectos de cuantificar las veces que se retiraron psicofármacos y la pertenencia a determinado grupo etario (n:1247).

A efectos de evaluar la tendencia del consumo de psicofármacos en la población estudiada se discrimina el consumo en relación al tiempo en que éste se efectuó. Los datos se presentan en la Tabla N° 5 y el Gráfico N° 5.

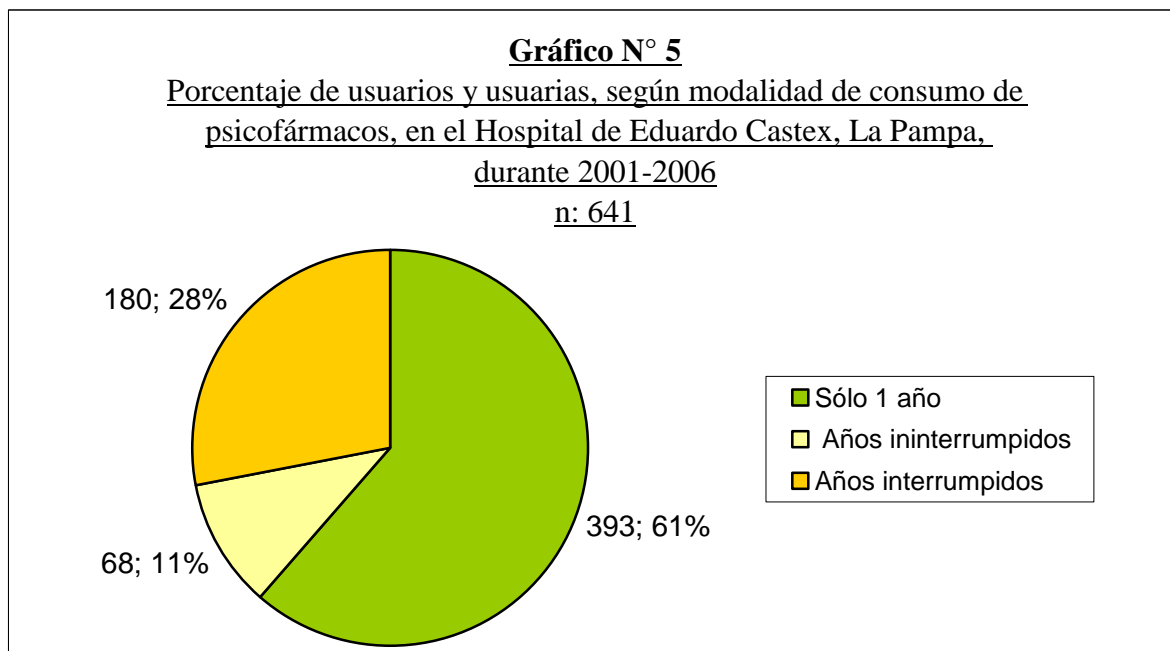
<u>Tabla N° 5</u>				
<u>Modalidad de consumo de psicofármacos provistos por el Hospital de Eduardo Castex La Pampa - Años 2001 -2006</u>				
<u>n: 641</u>				
Usuarios		Usuarios que consumieron ininterrumpidamente más de 1 año (a partir del año indicado)	Usuarios que consumieron interrumpidamente más de 1 año (a partir del año indicado)	Frecuencia total
Años estudiados	Usuarios que consumieron sólo 1 año			
2001	61	29	102	192
2002	60	6	39	105
2003	72	9	18	99
2004	58	16	21	95
2005	45	8	-	53
2006	97	-	-	97
Total	393	68	180	641
<i>Media</i>	<i>65,50</i>	<i>13,60</i>	<i>45,00</i>	
<i>Mediana</i>	<i>60,50</i>	<i>9,00</i>	<i>30,00</i>	
<i>Desvío estándar</i>	<i>17,67</i>	<i>9,40</i>	<i>39,12</i>	
<i>Rango:</i>	<i>52</i>	<i>23</i>	<i>84</i>	

Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

La Tabla N° 5 muestra que de los 641 usuarios y usuarias del Hospital “Dr. Pablo Lacoste” que retiraron psicofármacos, 393 lo hicieron sólo durante uno de los años estudiados. La menor frecuencia se presentó en 2005 con 45 personas y la mayor en 2006 con 97; cifra ésta que llamativamente duplica a la anterior. Se puede apreciar que la mayor variación en el número de personas que consumieron sólo por un año se presentó en los últimos cuatro años estudiados. Cabe aclarar que no se investigó si la población de usuarios y usuarias estudiados, consumieron psicofármacos años anteriores a 2001 y posteriores a 2006. La media de los años estudiados fue de 65,50 con un desvío estándar de 17,67 y una mediana de 60,50. Se obtuvo un amplio rango, de 52.

Fueron 248 los usuarios y usuarias que consumieron psicofármacos por periodos superiores a un año, distribuidos entre los que lo hicieron de manera ininterrumpida, 68 casos, e interrumpida, 180 casos. La media, para los primeros fue de 13,60 con desvío estándar de 9,40 y una mediana de 9 y rango de 23. El rango fue más amplio en los años estudiados para la modalidad de consumo interrumpido, 84, mientras que la media fue de 45 con desvío estándar de 39,12 y mediana de 30.

Los datos se muestran en el Gráfico N° 5 teniendo en cuenta todas las modalidades de consumo.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En el Gráfico N° 5 se muestra, en porcentaje, la distribución de la modalidad de consumo de psicofármacos de la población de 641 usuarios y usuarias estudiados a partir de los 1247 datos recopilados del libro de registro de psicofármacos del sector farmacia.

La mayoría de los usuarios y usuarias sólo han recibido tratamiento con psicofármacos sólo por un año, mientras que el 11 % (68) lo realiza de manera ininterrumpida. En lo que refiere al 28 % (180) de los usuarios que adquirieron psicofármacos de manera no consecutiva, se desconoce si continuaron sus tratamientos por otros medios o si interrumpieron sus tratamientos.

Para evaluar las características de la población de usuarios del Hospital “Dr. Pablo Lacoste” que consumió psicofármacos durante los años 2001 a 2006, se tomaron las variables: sexo, edad, estado civil, número de hijos, lugar de residencia y ocupación. La variable nivel de instrucción no se tomó por no constar ese ítems en los registros en el libro del sector farmacia, de donde se tomaron el resto de los datos.

En la Tabla N° 6 se presentan los datos de los usuarios y usuarias que adquirieron psicofármacos en el período estudiado según sexo.

<u>Tabla N° 6</u>		
<u>Frecuencia según sexo de usuarios que adquirieron psicofármacos en el Hospital de Eduardo Castex. La Pampa. Durante 2001-2006</u>		
<u>n:641</u>		
Sexo	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %
Femenino	464	72,39
Masculino	177	27,61
Total	641	100,00

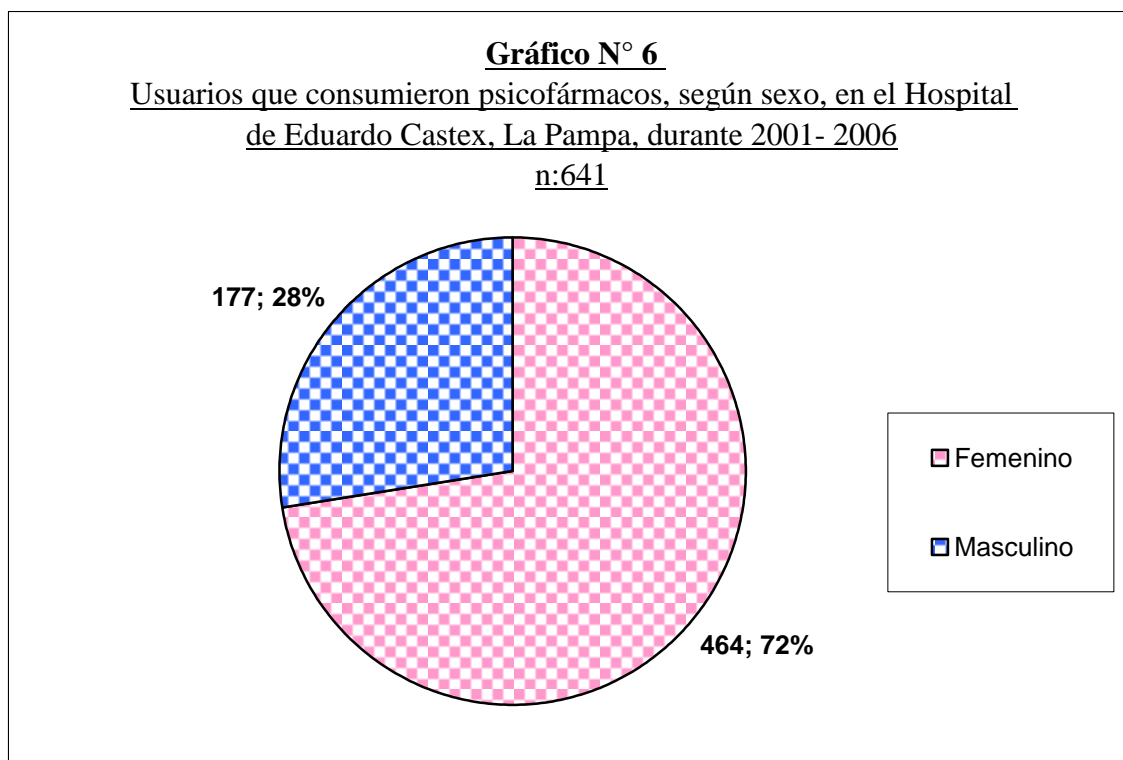
Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

La mayoría de los participantes en estudio (641) son mujeres (464), ello conforma una razón cercana a 1 hombre cada 3 mujeres:

$$\text{Razón: } \frac{\text{Sexo masculino}}{\text{Sexo femenino}} = \frac{177}{464} = \mathbf{0,38}$$

La razón indica que por cada **38 hombres que consumieron psicofármacos, hicieron lo mismo 100 mujeres.**

Para mostrar la tasa de consumo según sexo se presenta el Gráfico N° 6.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

Según el Gráfico N° 6 se muestra que casi tres cuartos de la población estudiada, 72% (464) está constituida por mujeres, lo cual expresa un predominio del sexo femenino referido al consumo de psicofármacos, coincidiendo con las consulta médicas generales femenina que se producen en mayor número que las masculinas en las Estadísticas Hospitalarias de La Pampa¹².

En la Tabla N° 7 se presentan los datos según estado civil de los usuarios y usuarias, para ello se tuvieron en cuenta las categorías que propone el registro del sector farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de Eduardo Castex, a saber:

- *Casados:* personas que han formalizado su relación conyugal en el Registro civil de la personas.
- *Solteros:* quienes no han contraído matrimonio en forma legal y no viven en pareja.

¹² Fuente de datos: Estadísticas vitales y Hospitalarias. Departamento de Estadísticas y Censos del Gobierno de La Pampa. Disponible en <http://www.lapampa.gov.ar/publicacionesx.html>

- *Separados/Divorciados: persona con vínculo matrimonial disuelto legalmente o de hecho.*
- *En pareja: quienes conviven sin cumplimiento de las formas legales para el matrimonio.*
- *Viudos: persona a quien se le ha muerto su cónyuge y no ha vuelto a casarse.*

Tabla N° 7						
<u>Estado Civil según sexo de los usuarios participantes en el estudio de consumo de psicofármacos en el Hospital de Eduardo Castex La Pampa, durante 2001-2006</u>						
<u>n:641</u>						
Estado Civil	Femenino	Masculino	Total	% sexo femenino	% sexo masculino	Frecuencia Relativa %
Casados	272	98	370	73,51	26,49	57,72
Solteros	58	40	98	59,18	40,82	15,29
Separados/Divorciados	63	14	77	81,82	18,18	12,01
En pareja	58	25	83	69,88	30,12	12,95
Viudos	13	0	13	100,00	0,00	2,03
Total	464	177	641	72,39	27,61	100

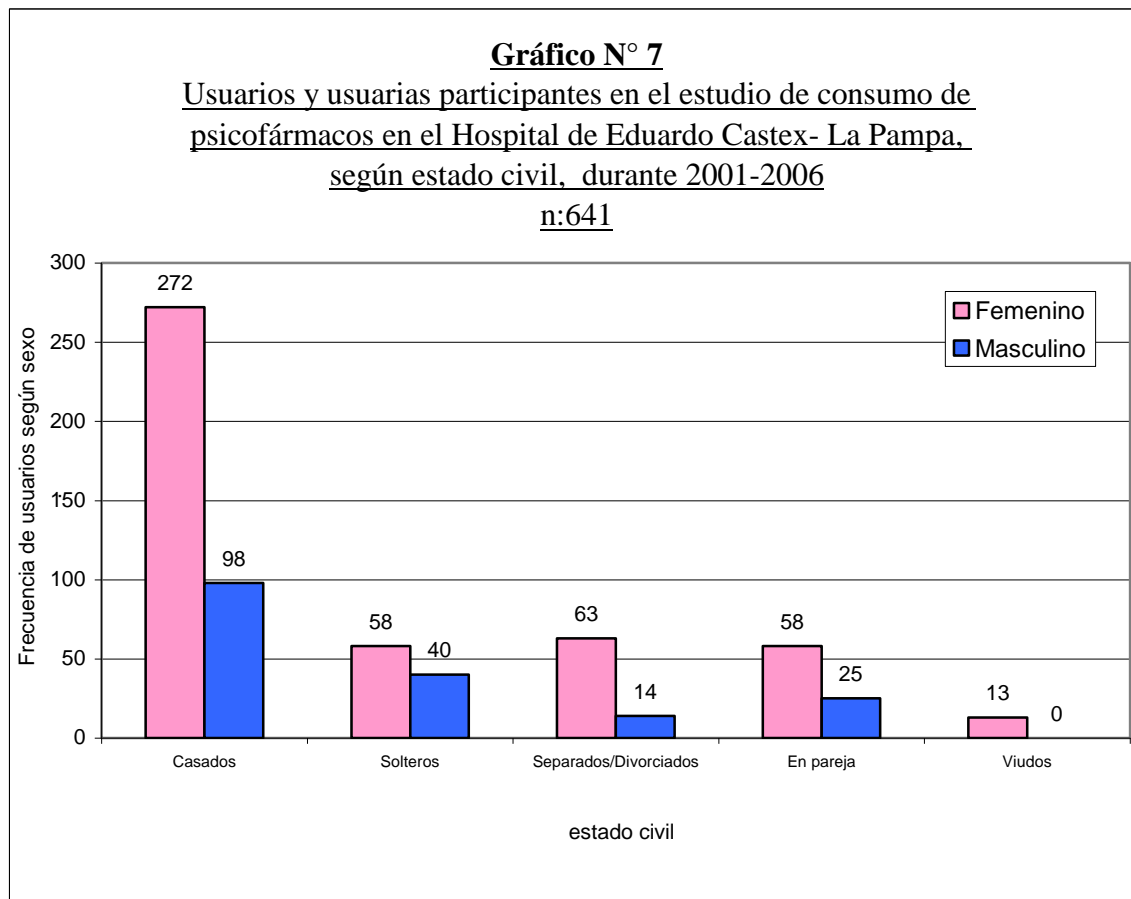
Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

Según la Tabla N° 8 más de la mitad de la población estudiada, el 57,72 %, (370) corresponde a los usuarios y usuarias con estado civil comprendido en la categoría *casados*, siguiéndole en orden de importancia los *solteros* con el 15.29% (98), continuando los usuarios y usuarias en condición de *en pareja* con el 12.95% (83) y seguido por los usuarios y usuarias en condición de *separados/divorciados* con el 12.01% (77). El menor porcentaje corresponde a los *viudos* con el 2.03% (13) de la población estudiada.

Con respecto a la frecuencia relativa según sexo, el mayor predominio se presenta en el sexo femenino en las categorías: *viudos* [mujeres 100% (13) vs. hombres sin

registros] y *separados/divorciado* [mujeres 81,82% (63) vs. hombres 18,18% (14)] aunque también en el resto de las categorías el sexo femenino es superior al masculino.

En el Gráfico N° 8 de ilustran los datos referidos.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En el gráfico N° 7 se muestra que en el cruce de las variables, sexo y estado civil, la condición casados en ambos sexos, con supremacía del sexo femenino; situación que se repite en todas las categorías.

Se produce una notable diferencia en la modalidad del consumo en relación al sexo en cuanto a la condición de *separados/divorciados*, la cual es superior en mujeres (63) comparada con las condiciones de *solteros* y *en pareja* (58), mientras que en hombres la situación se da inversa, vale decir es menor en *separados/divorciados* (14) que en *solteros* y *en pareja* (40 y 25 respectivamente).

En la Tabla N° 8 se presentan los datos según lugar de residencia y sexo de los usuarios.

Tabla N° 8

Lugar de residencia según sexo de los usuarios participantes en el estudio de consumo de psicofármacos en el Hospital de Eduardo Castex La Pampa- durante 2001-2006
n:641

Lugar de residencia o vivienda	Femenino	Masculino	Total	% sexo femenino	% sexo masculino	Frecuencia Total
Urbana	450	172	622	72,35	27,65	97,04
Rural	6	1	7	85,71	14,29	1,09
Sección Quintas	8	4	12	66,67	33,33	1,87
Total	464	177	641	72,39	27,61	100

Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En la Tabla N° 8 se muestra el lugar de residencia de los usuarios/as, observándose que el mayor porcentaje corresponde a la urbana con el 97.04% (622) y el menor porcentaje a la rural con el 1.09% (7) seguido por la sección quintas con el 1.87% (12).

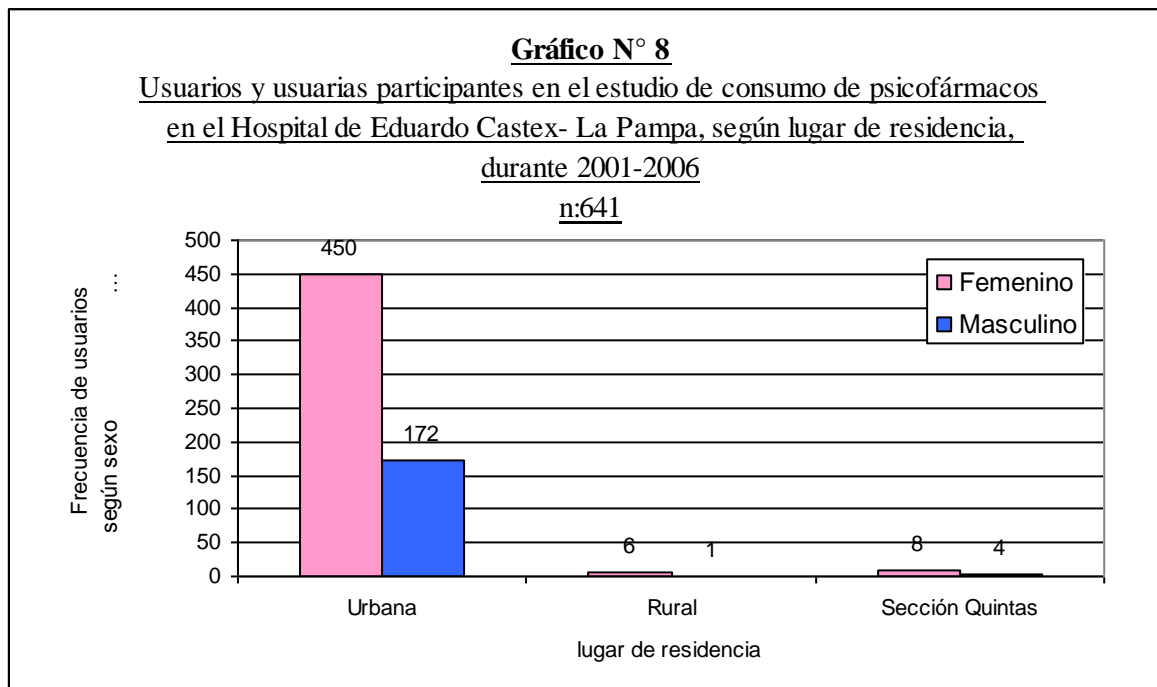
Se debe tener en cuenta que en la localidad de Eduardo Castex, menos del 10% de la población vive en Zona rural¹³. Así, llama la atención que también en la población rural existe un predominio de consumo en el sexo femenino (mujeres 6 vs. hombres 1).

En esta investigación se han definido las categorías para *Lugar de residencia* de la siguiente manera:

- *Vivienda urbana: se define como la vivienda incluida dentro del conglomerado urbano, implantada junto a otras viviendas de manera organizada en manzanas.*
- *Vivienda Rural: se define como la vivienda que se encuentra dispersa a campo abierto.*
- *Sección quintas: se define como la vivienda que se encuentra en la zona periurbana dispuesta en una amplia parcela.*

¹³ Fuente de datos: Censo 2001. INDEC

En el Gráfico N° 8 se presentan un histograma con las variables presentadas en la Tabla N° 8.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

Según muestra el Gráfico N° 8 la mayor cantidad de registros surgen de la población de residencia *urbana* con 450 para el sexo femenino y 172 para el sexo masculino, seguidos con menor cantidad por las categorías: *sección quintas* con 8 registros para el sexo femenino y 4 para el sexo masculino y *zona rural* correspondiendo 6 para el sexo femenino y sólo 1 para el sexo masculino.

En la tabla N° 9 se presentan los datos de la población estudiada según sexo en relación al número de hijos vivos que poseen.

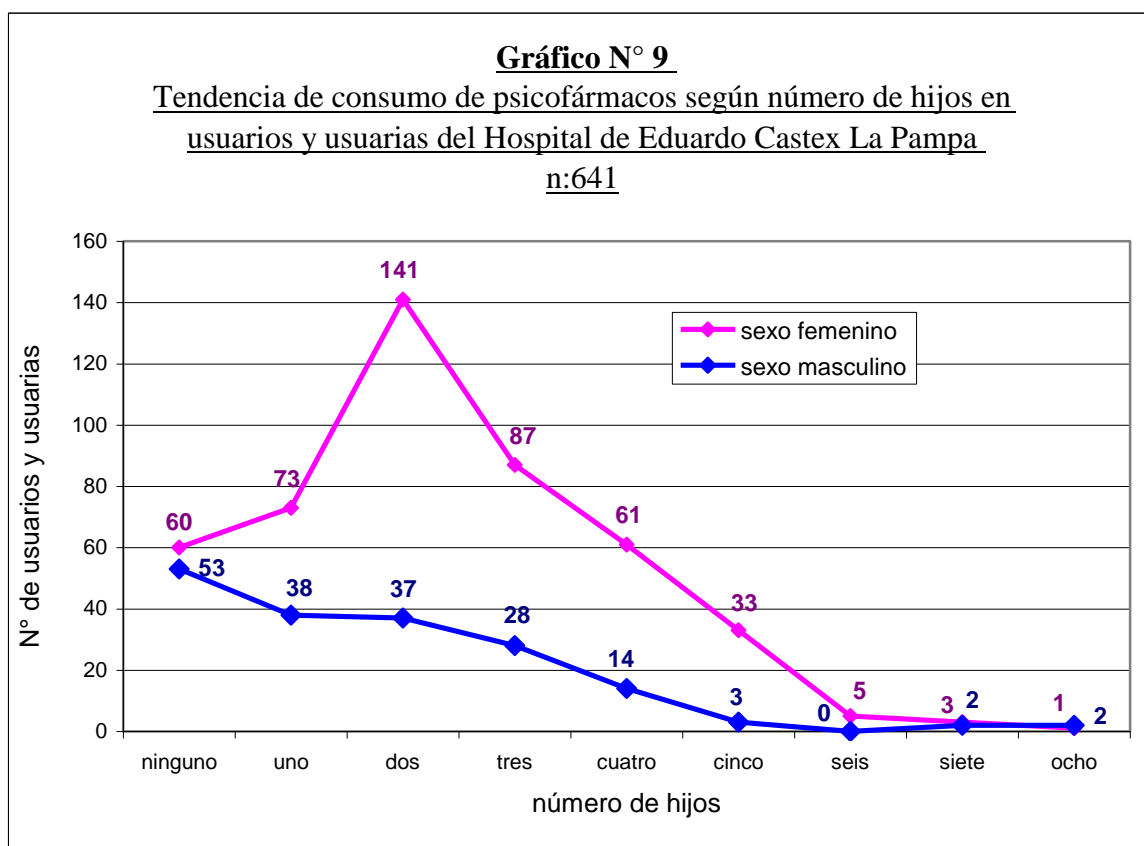
Tabla N° 9
Número de hijos de los usuarios participantes, según sexo, en el estudio de consumo de psicofármacos en el Hospital de Eduardo Castex La Pampa- durante 2001-2006
 n:641

Sexo \ Número de Hijos	Número de Hijos									
	Sin hijos	1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 hijos	6 hijos	7 hijos	8 hijos	Total
Sexo femenino	60	73	141	87	61	33	5	3	1	464
Sexo masculino	53	38	37	28	14	3	0	2	2	177
Total	113	111	178	115	75	36	5	5	3	641

Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

La Tabla N° 9 presenta los datos de los usuarios y usuarias según número de hijos que poseen en donde la mayor cantidad corresponde al sexo femenino con 2 hijos (141) y al sexo masculino con ausencia de hijos (53), siguiéndole en orden de importancia al sexo femenino con 3 hijos (87) y el sexo masculino con 1 hijo (38) y las menores cantidades corresponden al sexo femenino con 8 hijos (1) y al sexo masculino con 7 y 8 hijos contando con dos de registros para ambas categorías.

Los datos de porcentajes se presentan en el Gráfico N° 9



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

El consumo de acuerdo al número de hijos en el sexo femenino y masculino, presenta diferente tendencia. En el caso de las mujeres el predominio de consumo de psicofármacos se presenta en las que poseen dos hijos (141), en segundo lugar las madres de tres hijos (87), luego las que tienen hijo único (73) para luego seguir una tendencia decreciente de cuatro a 8 hijos (61;33;5;3;1) quedando en cuarto lugar las mujeres sin hijos. En los hombres el mayor consumo se presenta en quienes no poseen hijos (53), le siguen de manera decreciente y directamente proporcional el resto de las categorías.

Es de destacar que actualmente la mayoría de las familias tienden a tener entre uno y cuatro hijos siendo menos frecuentes las familias numerosas que posean más de 5 hijos.

En la Tabla N° 10 se muestra la frecuencia de consumo según ocupación y sexo. Dentro de esta categoría se incluye a los discapacitados por ser (los incluidos) personas que perciben ingresos por su condición de inhabilitación laboral.

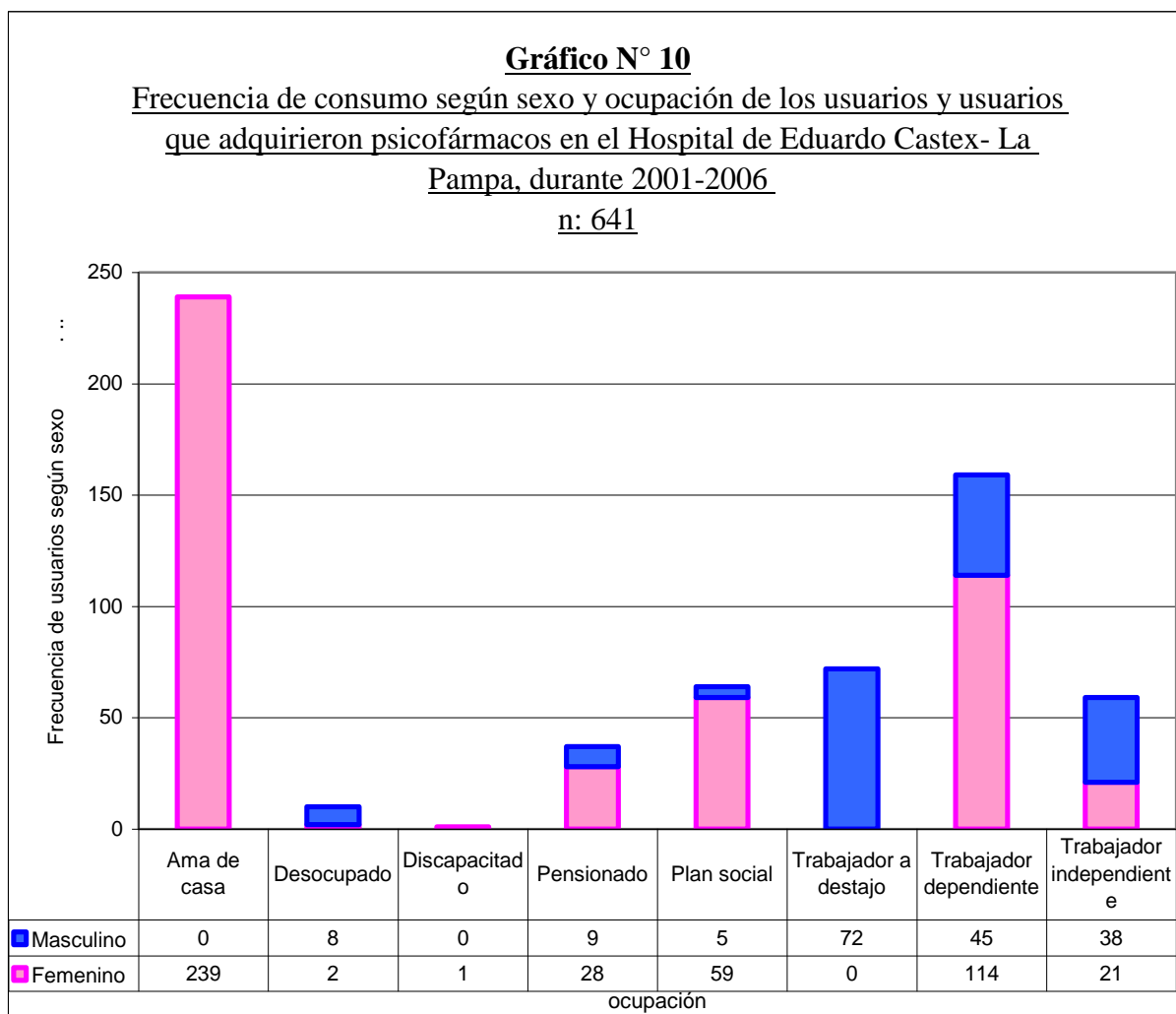
Tabla N° 10						
Frecuencia de consumo según ocupación y sexo de los usuarios y usuarias que adquirieron psicofármacos en el Hospital de Eduardo Castex - La Pampa, durante 2001-2006						
n:641						
Ocupación	Femenino	Masculino	Frecuencia absoluta	% Femenino	% Masculino	Frecuencia relativa %
Ama de casa	239	0	239	100,00	0,00	37,29
Desocupado/a	2	8	10	20,00	80,00	1,56
Discapacitado/a	1	0	1	100,00	0,00	0,16
Pensionado/a	28	9	37	75,68	24,32	5,77
Plan social	59	5	64	92,19	7,81	9,98
Trabajador/a a destajo	0	72	72	0,00	100,00	11,23
Trabajador/a dependiente	114	45	159	71,70	28,30	24,80
Trabajador/a independiente	21	38	59	35,59	64,41	9,20
TOTAL	464	177	641	72,39	27,61	100

Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En la Tabla N° 10, en lo que respecta al sexo femenino la frecuencia de las *amas de casa* ocupan el primer lugar en el consumo con más de la mitad de los registros femeninos (239) y el 37,29 de los registros totales. En mujeres siguen en orden de importancia las *trabajadoras dependientes* con 114, las que poseen *planes sociales* con 59, las *pensionadas* con 28. Las *trabajadoras independientes* suman 21 y en menor cantidad las *desocupadas* con 2 y mujeres *discapacitadas* con sólo un registro.

Con respecto a la frecuencia relativa del sexo masculino según ocupación se observa que la mayor cantidad corresponde a los *trabajadores a destajo* con casi la mitad de los registros masculinos (72), siguiendo los *trabajadores dependientes* (45), los *trabajadores independientes* (38) y las menores cantidades se presentan en hombres con *planes sociales* (5), desocupados (8) y los *pensionados* con 9 registros.

En el Gráfico N° 10 se muestra en barras apiladas los datos de la Tabla N° 10.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En el Gráfico N° 10 se muestra que en la frecuencia de consumo surge el predominio total del sexo femenino en las *amas de casa* y *discapacitadas* y en el sexo masculino en los *trabajadores a destajo*. El sexo femenino predomina sobre el masculino en *pensionados*, *planes sociales* y *trabajadores dependientes*, se da a la inversa en los *trabajadores independientes* y *desocupados/as*.

La Tabla N° 11 presenta los datos de la cantidad de comprimidos de psicofármacos entregados en período estudiado.

Tabla N°11

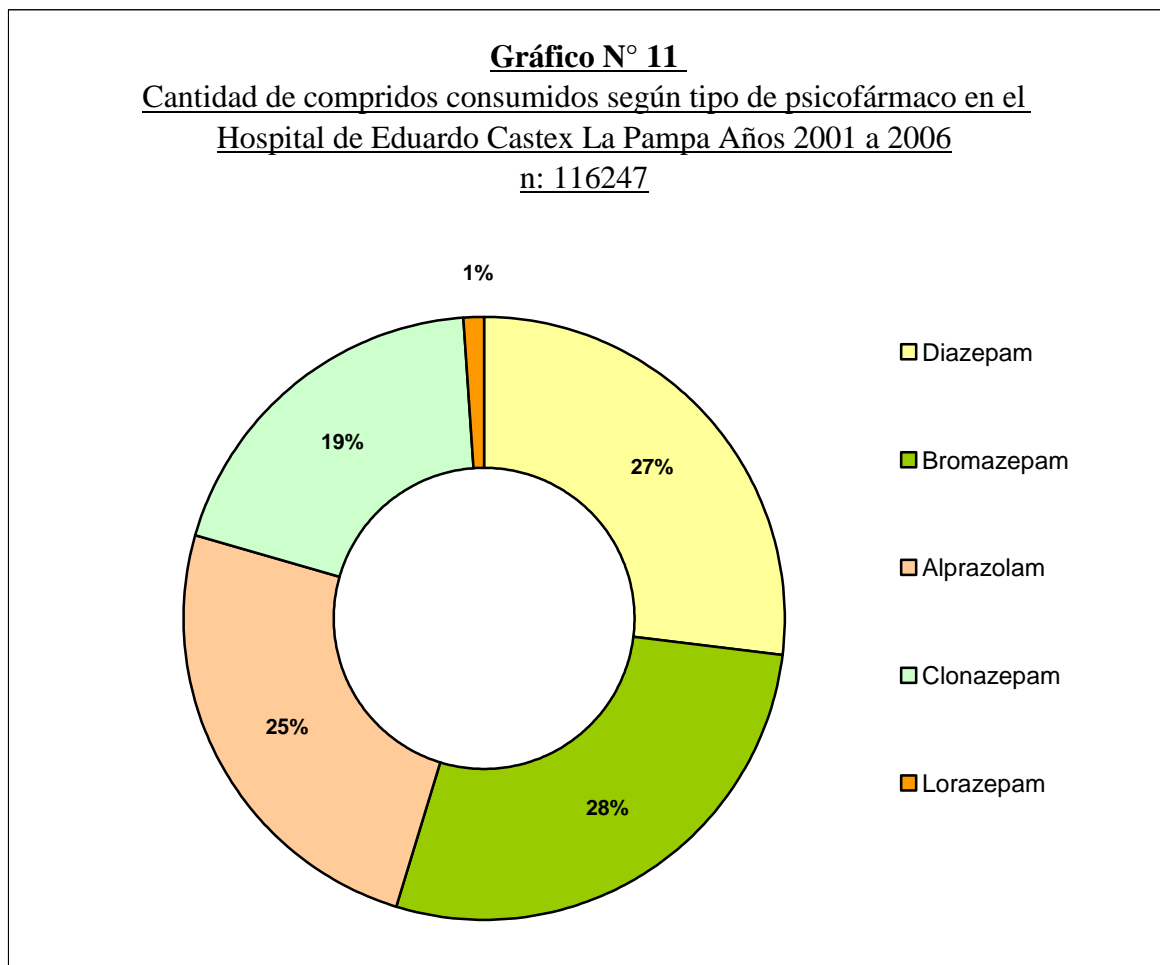
Frecuencia de demanda, según tipo de psicofármaco en le sector farmacia del Hospital de Eduardo Castex. La Pampa, durante 2001-2006

n:1776

Años Sexo	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Totales					
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Total sexo femenino	Total sexo masculino	% sexo femenino	% sexo masculino	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %
Psicofármacos																		
Diazepam	4228	1317	4487	1151	4302	565	3810	895	4055	1520	4225	745	25107	6193	21,60	5,33	31300	26,93
Bromazepam	3238	565	5547	1540	3818	1025	4375	1365	3035	1470	4215	2190	24228	8155	20,84	7,02	32383	27,86
Alprazolam	2705	750	2754	885	1820	285	3455	880	3744	960	4460	1415	18938	5175	16,29	4,45	24113	20,74
Clonazepam	3695	1245	910	428	320	330	2345	885	2990	2030	5135	2195	15395	7113	13,24	6,12	22508	19,36
Alprazolam+Sulpirida	90	0	695	170	595	245	540	365	348	180	510	210	2778	1170	2,39	1,01	3948	3,40
Lorazepam	0	0	200	60	30	0	190	150	315	150	80	110	815	470	0,70	0,40	1285	1,11
Alprazolam+Domperidona +Simeticona	20	20	550	120	0	0	0	0	0	0	0	0	570	140	0,49	0,12	710	0,61
Total anual según sexos	13976	3897	15143	4354	10885	2450	14715	4540	14487	6310	18625	6865	87831	28416	75,56	24,44	116247	100,00
Frecuencia relativa anual según sexos %	12,02	3,35	13,03	3,75	9,36	2,11	12,66	3,91	12,46	5,43	16,02	5,91	75,56	24,44			100,00	
Total anual	17873		19497		13335		19255		20797		25490		116247				116247	
Frecuencia relativa anual %	15,38		16,77		11,47		16,56		17,89		21,93		100,00				100,00	

Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

Los datos de la Tabla N° 11 se representan en los Gráfico N° 11, Gráfico N° 12, Gráfico N° 13 y Gráfico N° 14.

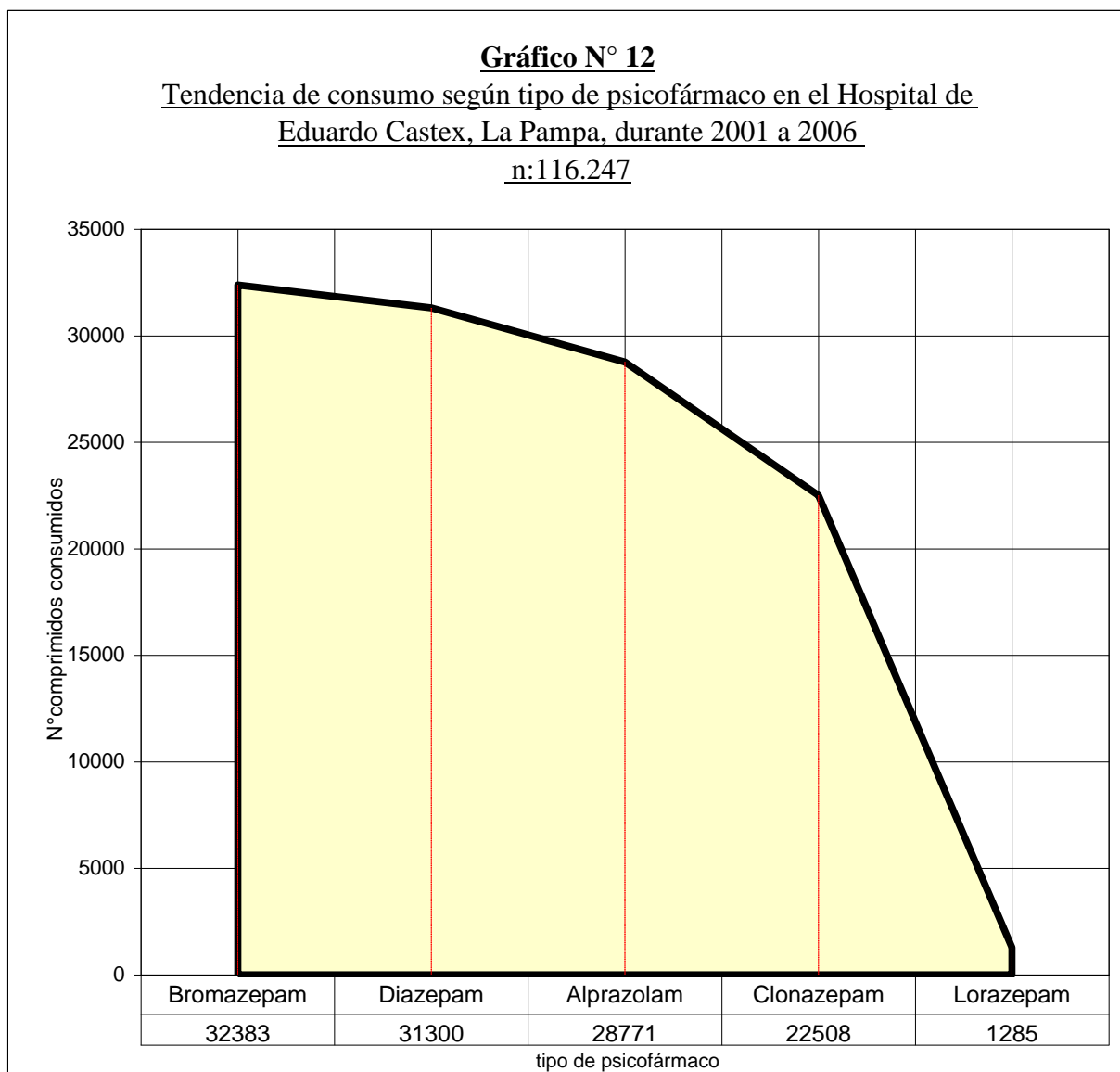


Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En el Gráfico N° 11 se muestra que el fármaco más utilizado es el *bromazepam* abarcando el 28% de la población estudiada; le sigue el *diazepam* con el 27% y luego el *alprazolam* con un cuarto de la población. Dentro de esta última categoría se incluyeron las tres presentaciones distribuidas por el Hospital "Dr. Pablo Lacoste": *alprazolam*; *alprazolam +sulpirida* y *alprazolám+domperidona+simeticona*.

También es importante el consumo de *clonazepam*, un 19% y sólo el 1% se presentó en el consumo de *lorazepam*.

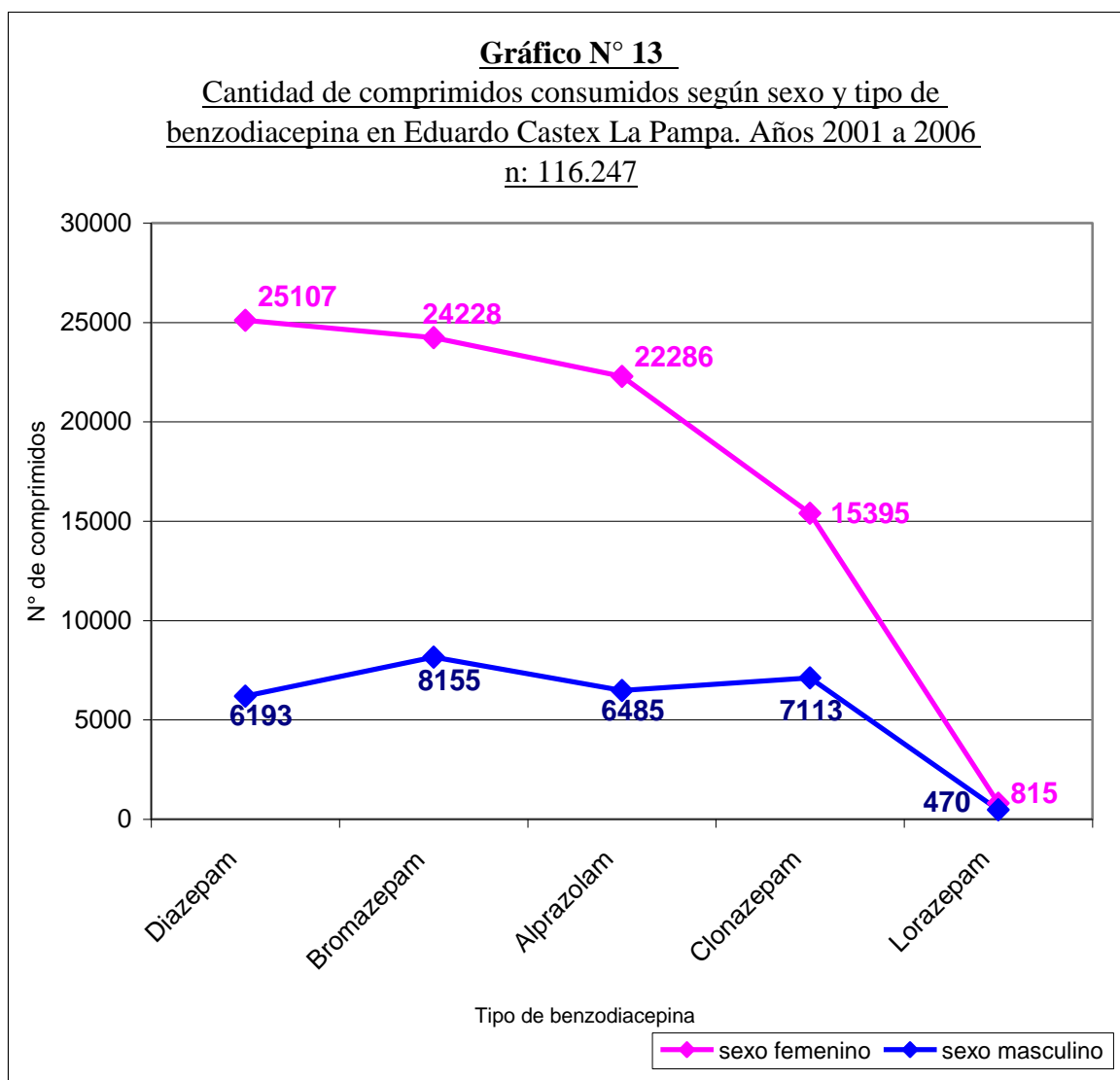
En el Gráfico N° 12 se muestra la tendencia del consumo en valores absolutos del número de comprimidos consumidos anualmente.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

El Gráfico N° 12 muestra el área de consumo de las distintas drogas para los 641 usuarios y usuarias incluídos en el estudio. La curva presenta un descenso gradual desde el *bromazepam* (32.383) al *clonazepam* (22.508), pasando por el *diazepam* (31.300) y el *alprazolam* (28.771).; luego el descenso es abrupto para el consumo de *lorazepam* (1.285).

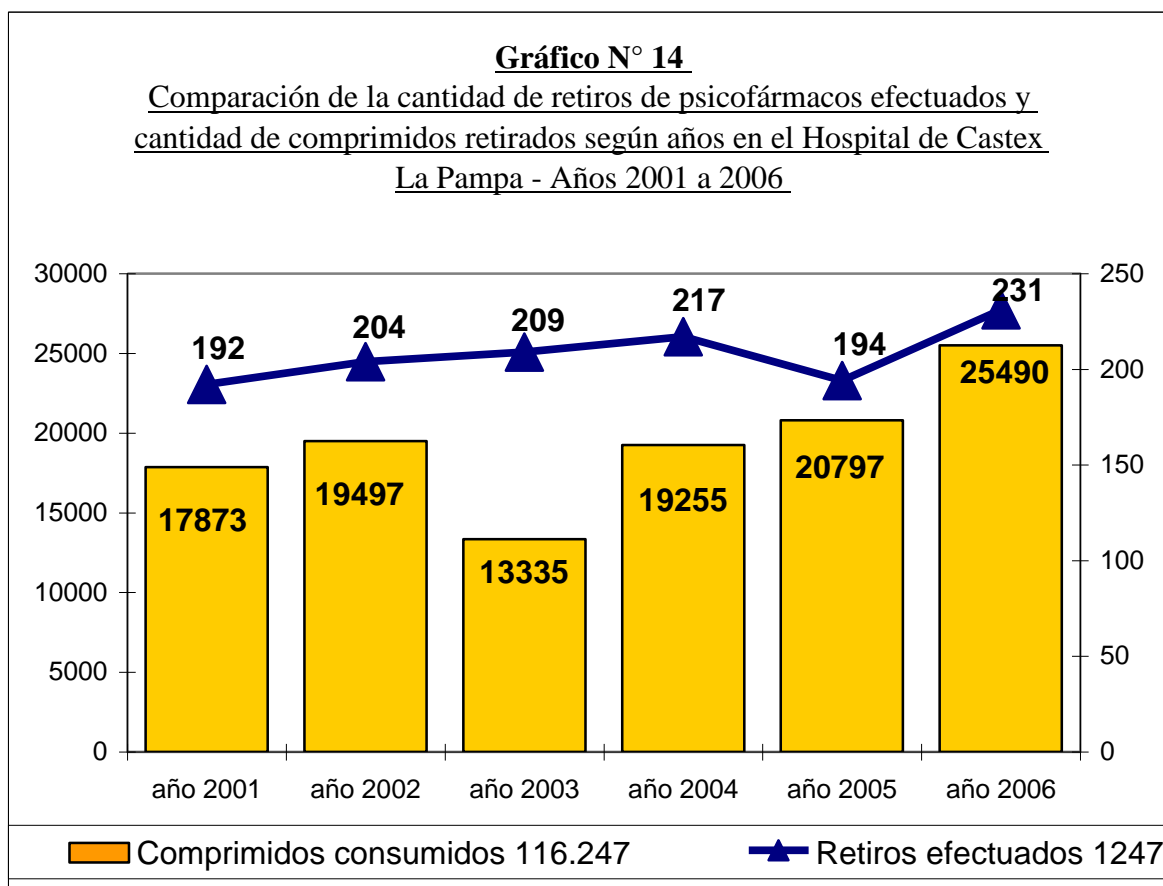
En el Gráfico N° 13 se presentan los datos del tipo de benzodicepinas según sexo de los usuarios que los consumieron durante el período estudiado. Igual que el gráfico precedente en la categoría *alprazolam* se han agrupado las tres presentaciones del fármaco.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En el Gráfico N° 13 se muestra que en el *diazepam* (25.107) es el fármaco que más se recetó al sexo femenino, seguido por *bromazepam* (24.228), *alprazolam* (22286), *clonazepam* (15.395) y notablemente menos *lorazepam* (815). Mientras que el *bromazepám* (8.155) se recetó a mayor número de hombres en relación con otras drogas seguido por el *clonazepam* (7.113), *alprazolam* (6.485), *diazepam* (6.193) y por último *lorazepam* (470). Las curvas presentan distinta tendencia en relación al sexo.

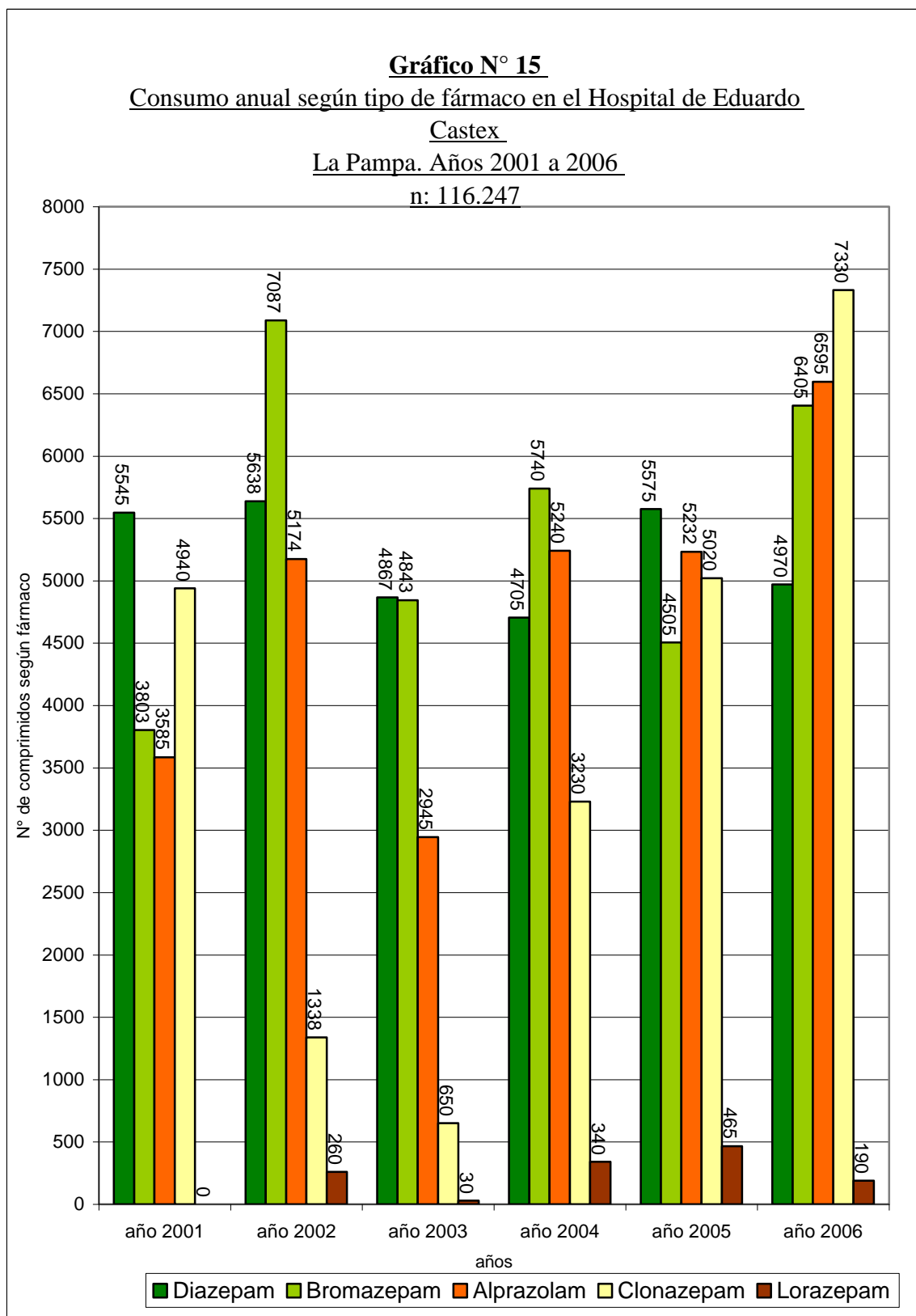
Para comparar los datos del Gráfico N° 1 (pág.46) de **Tendencia de solicitudes anuales de psicofármacos** con la **Cantidad de comprimidos de psicofármacos entregados anualmente** se presenta el Gráfico N° 14.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

La línea de tendencia, que representa las veces en que se retiraron psicofármacos, en relación con las barras, que figuran el número de comprimidos retirados, revela que los usuarios y usuarias han recibido tratamientos por distintos períodos y/o en distintas dosis. De la comparación, llama la atención que en el año 2005, donde la frecuencia de registros de retiro de psicofármacos en el sector farmacia fue menor que en los años anteriores, se produjo el mayor consumo de comprimidos de 2001 a 2005. Sin embargo es coincidente que la mayor frecuencia de registros y consumo de psicofármacos se produjo en el año 2006.

También a partir de la Tabla N° 11 (página 60) se grafica el consumo anual según tipo de psicofármaco involucrado.



Fuente de datos: Libro de registro de Psicofármacos del sector Farmacia del Hospital "Dr. Pablo Lacoste" de E- Castex – LP

En el Gráfico N° 15, aún con variaciones anuales los psicofármacos: *diazepam*, *bromazepam*, *alprazolam* y *clonazepam* se consumieron durante todos los años estudiados,

en cambio el *lorazepam*, siendo notablemente el de menor consumo, no se prescribió en el año 2001 y muy escasamente en 2003.

Llama la atención que tampoco existe un patrón de consumo regular anual, pues si bien el *bromazepam* ha sido el psicofármaco más utilizado (Tabla 11 y Gráficos 11 y 12; páginas 60, 61 y 62) sólo ha predominado en los años 2002 y 2004 sobre otras drogas, y casi igualado con el consumo de *diazepam* en 2003.

El *diazepam* ha mantenido cierta regularidad de consumo en los años estudiados.

El consumo de *clonazepam* también presenta una modificación importante en los años, decreciente de 2001 a 2003 (año de menor consumo) y en ascenso de 2004 a 2006, siendo este último año en el que registró el mayor consumo de todos los años y sobre todas BDZ. También en 2006 el *alprazolam* superó a las drogas más recetadas los años anteriores, *diazepam* y *bromazepam*, aunque en 2004 y 2005 se perfila la tendencia al aumento en el consumo.

Prueba de Hipótesis

Hipótesis N° 1:

-El consumo de psicofármacos aumentó en los pacientes del Hospital “Dr Pablo Lacoste” entre los años 2001-2006.

Por los datos analizados se comprueba la H1 planteada visto que en el año 2001 se consumieron 17873 comprimidos de psicofármacos, 15,38% del total; y en el año 2006 se consumieron 25490 que significan un 21,93 % del total lo que significó un 6,55% más. Es de destacar que el consumo aumentó de manera gradual aunque en 2003 se produjo un descenso del 3,90 % con respecto al año 2001 (ver Tabla N° 11, pág y Gráfico N° 14; pág 66).

Hipótesis n° 2:

- La tendencia en el consumo es mayor en los pacientes con edades comprendidas entre los 40-54 años de edad.

Se comprueba la H2 puesto que los grupos etarios de mayor consumo para ambos sexos fueron los comprendidos en las edades 45-49 con 325 registros, el 26.06% y los comprendidos entre los 50-54 años con 283 registros, el 22.69%.

La moda de edad de consumo en el período estudiado se sitúa en 50 años, con un promedio de 43 y una mediana de 44 años, por lo que el mayor consumo se ubicó entre los 44 y 54 años (ver Tabla N° 4 y Gráfico N° 4, pág. 50)

Hipótesis n° 3:

- El consumo no muestra diferencia significativa entre géneros.

La H3 nula se refuta ya que existe diferencia entre géneros. El género predominante en el consumo es el femenino con una tasa del 72,39% (464/641) mientras que el sexo masculino presenta una tasa del 27,61% (177/641) (ver pág. 53).

La razón indica que por cada 38 hombres que consumieron psicofármacos, hicieron lo mismo 100 mujeres (ver pág. 53).

Hipótesis n° 4:

- El consumo de psicofármacos es mayor entre los desocupados y entre los usuarios con escolaridad incompleta.

Con respecto al nivel de escolaridad no se obtuvieron datos por no constar en los registros hospitalarios.

La H5 planteada no se confirma ya que el consumo en los desocupados es del 1,56% (10/641) mientras que los ocupados (trabajadores dependiente e independientes) se ubican en el 34 % (218/641); aún si se sumaran los desocupados, los trabajadores a destajo, los planes sociales y los discapacitados significaría el 22,93% (147/641) (ver Tabla N° 10, pág. 60).

Hipótesis n° 5:

- Los psicofármacos más consumidos fueron alprazolam y bromazepam.

Con respecto a la H6 planteada se pudo comprobar que en cuanto al número de comprimidos el bromazepam fue la BDZ más consumida con 32.383 comprimidos, pero en cuanto al número de personas que consumieron no se pudo ser comparado con otras drogas porque una misma persona durante un mismo año retiró distintos tipos de BDZ (ver Tabla N° 11 pág 62).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó para conocer la evolución del consumo de psicofármacos en el Hospital “Dr. Pablo Lacoste” de la ciudad de Eduardo Castex – La Pampa, durante los años 2001 a 2006. Se analizaron 1247 registros de una población de 641 usuarios y usuarias de 30 a 54 años de edad, cuyos datos constaron en el libro de registro de psicofármacos del sector farmacia de mencionado nosocomio.

El consumo de psicofármacos aumentó un 6,55% en 2006 con respecto a 2001, aunque en 2003 se produjo un descenso del 3,90 % con respecto mismo año. En Argentina según Gelber (2007) este aumento en el consumo tiene una fecha clara de explosión: la crisis de finales del 2001 y a partir de entonces, el aumento del consumo de psicotrópicos no se ha detenido. La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación, SEDRONAR, a este creciente uso de psicofármacos, lo enmarca en un preocupante “fenómeno de medicalización de la vida cotidiana”, no siendo exclusivo de nuestro país sino también de Estados Unidos y Europa. También el INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) en 2009 publicó la Encuesta Nacional Sobre Prevalencias, que remarca que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Zona de Cuyo y la Zona Pampeana, presentan la prevalencia de consumo de tranquilizantes más altas del país. Otro estudio realizado por Botargués en 2002 expresa que en la Columbia Británica (CB), la utilización de las benzodiacepinas ha ido creciendo en forma significativa entre los años 1996-2002, con un total de 84 millones de píldoras vendidas durante el 2002.

En lo que respecta a la modalidad de consumo se observa que el 61% (393) de los usuarias y usuarios han consumido psicofármacos sólo durante un año y de los que lo hicieron por más de un año el 28% (180) lo hizo de manera interrumpida y el 11% (68) de manera inninterumpida..

La moda de edad de los usuarios y usuarias se ubicó en 50 años, con un promedio de 43 y una mediana de 44 años, por lo que el mayor consumo se situó entre los 44 y 54 años, con predominio del sexo femenino con el 72,39% (464) vs sexo masculinos con 27,61% (177), conformando una razón del 38%.

En cuanto al estado civil, en ambos sexos el mayor consumo se produjo en casados con el 57,72% de la población y la menor cantidad corresponde a la condición viudos con 13/641 casos (2,03%), destacando la ausencia de viudos masculinos. Las

mujeres con dos hijos presentaron mayor consumo, en tanto que ello ocurrió en los hombres sin hijos

Los usuarios y usuarias residentes en zona urbana constituyeron el 97,04% (622) Este patron de consumo encuentra similitud con lo expuesto por Shapira (2009), quien demuestra en un estudio, realizado en la ciudad de Corrientes sobre la utilización de los ansiolíticos benzodiazepínicos, que se trata de un fenómeno eminentemente urbano.

Al igual que una investigación realizada en el Principado de Asturias (España), por Secades Villa (2003), donde señala que el consumo de psicofármacos es significativamente superior en las mujeres y amas de casa, en el presente estudio las amas de casa conforman el 37,29% de la muestra. Los desocupados abarcan el 1,56% (10/641) mientras que los ocupados (trabajadores dependiente e independientes) componen el 34% (218/641).

El psicofármaco (benzodiazepina) más consumido fue el bromazepam 27,86 % (32.383), pero en cuanto al número de personas que consumieron no se pudo ser comparado con otras drogas porque una misma persona durante un mismo año retiró distintos. El segundo más consumido fue el diazepam con el 27,86 % (31300) y en tercer lugar el alprazolam con el 24,74 % (28771). La menor frecuencia la produjo el lorazepam 1,11% (1285). También Gelber (2007) sostiene que según datos del Instituto de Atención Farmacéutica durante el año 2006, los medicamentos más vendidos (psicotrópicos) se fueron el alprazolam, clonazepam y bromazepam.

El *diazepam* (25.107) fue el fármaco que más se recetó al sexo femenino, seguido por *bromazepam* (24.228), *alprazolam* (22286), *clonazepam* (15.395) y notablemente menos *lorazepam* (815). Mientras que el *bromazepam* (8.155) se recetó a mayor número de hombres en relación con otras drogas seguido por el *clonazepam* (7.113), *alprazolam* (6.485), *diazepam* (6.193) y por último *lorazepam* (470).

El presente estudio pretende ser antecedente para nuevas investigaciones así como instrumento que permita profundizar en las causas prevenibles que conducen a la prescripción y consumo de psicofármacos.

Algunas posibles acciones de salud pública para la disminución del consumo de benzodiazepinas pueden radicar en

- Crear un programa de educación a la población general para difundir los riesgos de utilizar este tipo de medicamentos (Psicofármacos)

- Concienciar a los profesionales sobre la necesidad de ofrecer la información a los usuarios y usuarios consumidores de los efectos de las benzodiazepinas.
- Facilitar el acceso a los beneficios de la terapia Psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bastidas Tello, G (2005). Psicofarmacología. Disponible en: www.monografias.com>Salud>general. Recuperado agosto. 21,2009.
2. Bernabeu Tamayo, M D(2000). Enfermería Psiquiátrica y en Salud Mental. Tomo I. Cap 3: Enfermería en Salud Mental. Pág.46. Cap 4: Relaciones Interpersonales y Comunicación Terapéutica. Pág.60-61-62-63-64-65. Instituto Monsa de Ediciones, S.A.
3. Borrás Vives, R. Abuso de tranquilizantes y riesgo de adicción. En COL.LEGI DE FARMACEUTICS DE LA Provincia de Barcelona.farmacocoline.Recuperado 22 de agosto de 2007, de www.Farmacocoline.com/cast/medicament/abustranquilizantesc.html.
4. Botargues, M (2005). Insomnio. Para “quitarnos el sueño”:¿Usamos adecuadamente las benzodicepinas? En Rubinstein, E. (Editor). Disponible en www foroaps.org/hitalba. (Recuperado noviembre,20, 2008)
5. Braestrup C; Squires RF (1978). <<Pharmacological characterization of Benzodicepine receptors inthe brain.>>Eur J Pharmacol.vol.48.nº3.pp263-70.DOI 10.1016/0014-2999 (78) 90085-7.pmid 639854. Disponible en: es.wikipedia.org/Wiki/Bromazepam. (Recuperado noviembre, 20, 2009)
6. Burín, M (1990). Espacios Temáticos. Psicoanálisis, estudios feministas y género. Género femenino y consumo abusivo de Psicofármacos.Disponible en:www.psiconet.com/foros/género/fármacos.htm.(Recuperado noviembre,11,2009).
7. Burin, Mabel y col. (1990) El malestar de la mujeres, la tranquilidad recetada. Parte II, Ed. Paidós, Buenos Aires.
8. Cook, J, Sue y Karen Lee Fontaine(1992). Enfermería Psiquiátrica. 2ª edición, Madrid. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill.Pág.319-321-410-449.
9. Ferrali, J.(2004) Hojas clínicas de Salud Mental. Psicofarmacología para el equipo de salud mental. Disponible en: [www.psi.uba.ar/académica/carreras de grado/Psicología/información adicional/electivas/Psicofarmacología/material/Psicofarmacología equipo de salud mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/académica/carreras_de_grado/Psicología/información_adicional/electivas/Psicofarmacología/material/Psicofarmacología_equipo_de_salud_mental.pdf). (Recuperado agosto,28,2009)
10. Gelber, A(2007). Los remedios para el sistema nervioso ocupan el primer puesto en el ranking argentino de los más vendidos. En aumentó el consumo de psicofármacos.Disponible en: www.archivo.lacapital.com.ar/2005/08/14/ciudad/noticia_220624.shtml. (Recuperado septiembre,10,2007)
11. Giménez, J C (2005). Medicina y Prevención. Tratamiento con Benzodicepinas. Disponible en: www.medicinayprevención/tratamiento/tratamiento+con+benzodicepinas.htm. (Recuperado noviembre, 20, 2009).

12. Gobierno de La Pampa. Estadísticas vitales y hospitalarias. Disponible en: www.estadisticaslapampa.gov.ar. (Recuperado diciembre,30,2009)
13. Grenier, J, Fradette C, Morelli G, Merritt G J, Vranderick M, Ducharme M P. (2006). <<Pomelo juice, but net cranberry juice, affects the pharmacokinetics of cy-closporine in humans>> (en inglés). Clin Pharmacol Ther. Vol.79. nº3.pp.255-62.PMID 16513449. Disponible en: es.wikipedia.org/Wiki/clonazepam. (Recuperado noviembre, 20, 2009)
14. Harrison (2006) Principios de Medicina Interna.16ª edición.<<Tratamiento, Vértigo, Hipertensión, etc>>(en español) Harrison online en español.Mc Graw-Hill. Disponible en: es.wikipedia.org/Wiki/Diazepam. (Recuperado noviembre,20,2009)
15. Heather. Ashton,C (2002).El Manual Asthon. Las Benzodiacepinas como actúan en el organismo.Las Benzodiacepinas: cual es su mecanismo de acción y como suspender la ingestión. Capítulo I. Disponible en: www.benzo.org.uk/espman/index.htm. (Recuperado septiembre, 4, 2009)
16. Ipar, O., Badaraco, J., Sisto, C., Ceruti, R., Gayubo, F. (1978) Los Criterios de Salud y Enfermedad Mental. Editorial. Toray, Barcelona, 5ª edición, pag. 11
17. Ipar, O., Badaraco, J., Sisto, C., Ceruti, R., Gayubo, F. (1978) Los Criterios de Salud y Enfermedad Mental. Editorial. Toray, Barcelona, 5ª edición, pag. 11
18. Marquéz, I, Póo, M, Romo, N, Meneses, C, Gil, E,Vega, A(2004). Mujeres y Psicofármacos:la investigación en atención primaria. Rev. Asoc.Esp.Neuropsiq.n.91.Madrid.Disponible:Scielo.isciii.es/scielo.php (Recuperado noviembre,14, 2009).
19. Moizeszowicz, J(1994)Psicofarmacología Psicodinámica III. Nuevos Enfoques Clínicos- Terapéuticos.Cap.I.Introducción al tratamiento Psicofarmacológico. Pág.18-19-20-21-22-23-27-28.CapIII.PsicofármacosAnsiolíticos. Pág.172-181-182-183-189-109-191-196-201-202-203-205-206-210-211-212-213-214. Editorial Paidós. Tercera edición actualizada y aumentada.
20. Neal, Michael J. (2007) Farmacología Médica En Esquemas. 5ta Edición. Editorial CTIII.
21. Oelschäger H. (4)(1989).<< Chemicals and pharmacologic aspects of benzodiacepinas >> Schweiz Rundsch Med Prax.vol.78.nº 27-28.pp.766-72.PMID2570451. Disponible:es.wikipedia.org/Wiki/Bromazepam.(Recuperado noviembre,20, 2009)
22. Organización Mundial de La Salud (OMS) (2000) Definición de salud. Ginebra. Disponible en www.oms.ch/aboutwho/en/definition.html. Recuperado el 30 de agosto, 30 de 2009.
23. Organización Mundial de La Salud (OMS) (2000) Definición de salud. Ginebra. Disponible en www.oms.ch/aboutwho/en/definition.html. Recuperado el 30 de agosto, 30 de 2009.

24. Pinel, J. (2001) Biopsicología. Prentice Hall. Madrid
25. Registros Hospitalarios del sector Farmacia (Psicofármacos) del Hospital “Dr. Pablo Lacoste”. Eduardo Castex (La Pampa) Años 2001 al 2006.
26. Romo Avilés, N (2005). Drogas para Hombres, Drogas para Mujeres. Un estudio coordinado por la URG pone de manifiesto los condicionantes Sociales en la prescripción de Psicofármacos a mujeres. Noticias Ciencia. Universidad de Granada. Disponible en: prensa.urg.es/prensa/investigación (Recuperado noviembre, 20, 2009).
27. San Román del Barrio, L; Martín Calvo, Ma (2000). Farmacología y Farmacoterapia. Farmacología del Sistema Nervioso. Ansiolíticos e Hipnóticos. Mód. III. Tratamiento Farmacológico de la Ansiedad. Ansiolíticos. Pág. 198-199-200-201-202. Edita: Confederación Farmacéutica Argentina.
28. Secadelles Villa, R, Rodríguez García, E, Valderrey Barbero, J, Jiménez García, J M, Fernández J, Vallejo Seco, H. (2003) Consumo de Psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, ISSN 0214-9915, vol.15, nº4, pág 650-655. Disponible en dialnet.unirioja.es/serulet/artículo? Código.750168. (Recuperado noviembre, 4, 2009).
29. Shapira, V. (2009) Sociedad. La Argentina Ansiolítica. La Nación. Enfoques. Disponible en www.lanación.com.ar/nota.esp? nota_id=1133718. (Recuperado diciembre, 15, 2009)
30. Valenzuela, A (2005). Historia de la Medicina II. La edad de oro de los psicofármacos. Madrid. España. Disponible en www.elmundo.es/elmundosalud/2005/12/20/neurociencia. Recuperado octubre 2, 2008)
31. Valsecia, M (2004). Farmacología. Medicina UNNE. Benzodiacepinas. Disponible: med.unne.edu.ar/cátedras/farmacología/clas 2do/58 benzodia.pdf. (Recuperado, octubre, 15, 2009).
32. Vasquez Soler, G (2009). Desintoxicación y Deshabitación de las Benzodiacepinas. Trastornos asociados. Drogas y Alcohol. Disponible en www.soyborderline.com/...y.../3642.html. - España. (Recuperado noviembre, 20, 2009)
33. Villena Ferrer, A, Téllez Lapeira, J M, Moreno Royo, S, Donato Gallart, E, Almar Marqués, E. (2004). Consumo de Psicofármacos. Influencia de la disfunción familiar. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2004;32(3):143-148. Disponible en www.arsxxi.com/pfw_files/cma/Artículos R/...111030401430148.pdf. (Recuperado agosto, 19, 2009)
34. [www facmed.unam.mx](http://www.facmed.unam.mx): UNAM, México: www.facmed.unam.mx/bmnd/plm 2k6/prods/33702.htm. www.pt.wikipedia.org: Wikipedia Portuguesa: <http://pt.wikipedia.org/Wiki/lorazepam>. (Recuperado noviembre, 20, 2009)

Anexos

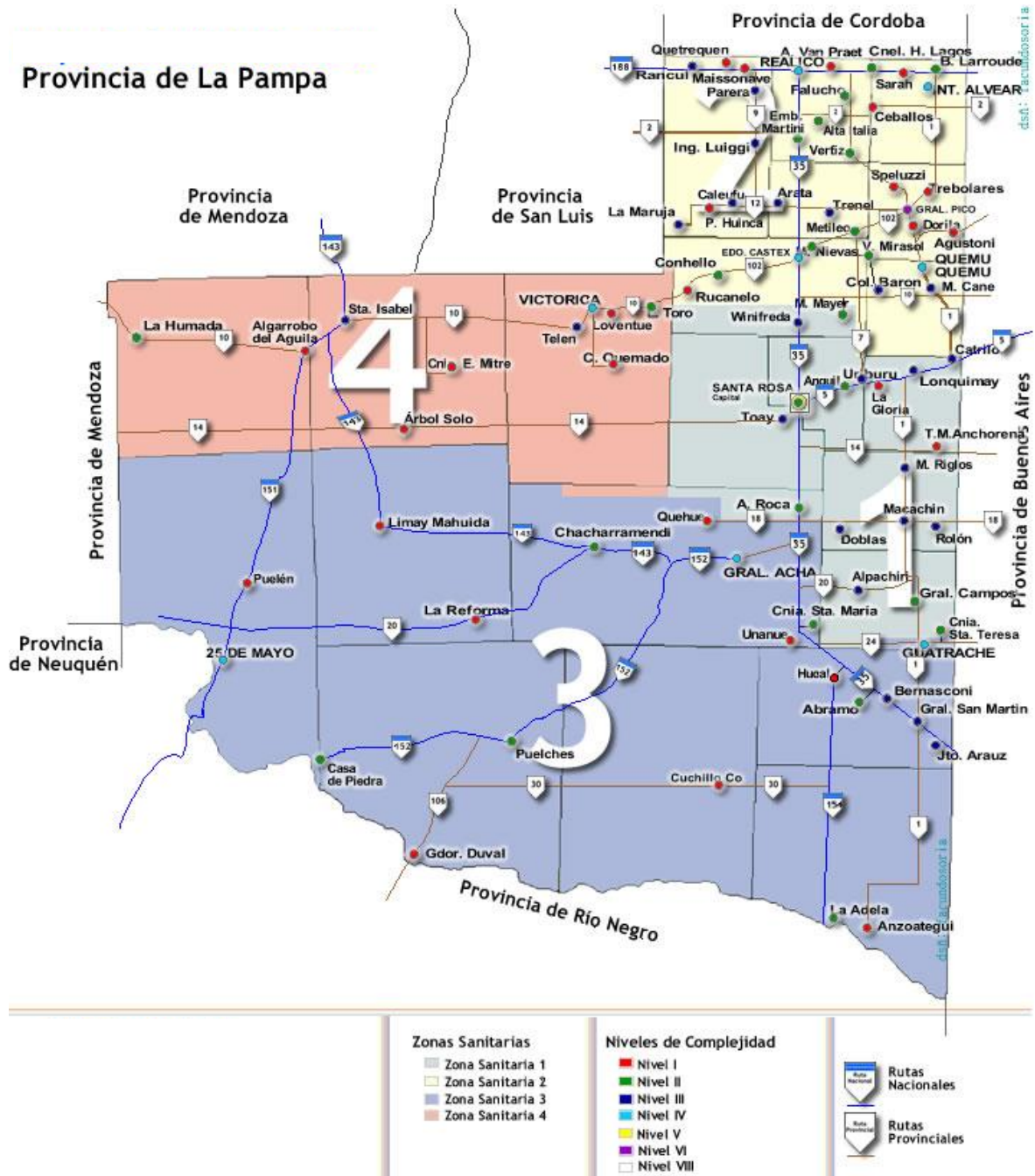
ANEXO N° I

Instructivo de recolección de Datos

N°	Año	Apellido y Nombre	Edad	Estado Civil	N° hijos	Ocupación	Lugar de Residencia	Psicofármacos
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
n...								

ANEXO N° II

Mapa de la Provincia de La Pampa



Fuente de datos: Subsecretaría de Salud de La Pampa, disponible en <http://www.ssi.lapampa.gov.ar/>.
 Consultado 10/11/2009