



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay

Autores:

Br. Alvarez, Catalina

Br. Lapido, Soledad

Br. Lorduguin, Florencia

Br. Mantuani, Flavia M

Tutores:

Prof. Agda. Esp. Lic. Enf. Garay, Margarita

Prof. Agdo. Mg. Lic. Enf. Díaz, Álvaro

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2011

Agradecimientos...

A las autoridades de la institución por habernos permitido realizar nuestro estudio en sus instalaciones.

A todos aquellos enfermeros que accedieron a participar tan abiertamente en la investigación, ya que sin ellos no hubiera sido imposible alcanzar el conjunto de conocimientos obtenidos.

A nuestros tutores, que nos acompañaron en el proceso de nuestra primera investigación científica.

ÍNDICE

<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>7</u>
<u>JUSTIFICACIÓN.....</u>	<u>7</u>
<u>ANTECEDENTES.....</u>	<u>10</u>
<u>MARCO TEÓRICO.....</u>	<u>16</u>
<u>OBJETIVOS</u>	<u>36</u>
<u>METODOLOGÍA.....</u>	<u>38</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>46</u>
<u>ANÁLISIS</u>	<u>73</u>
<u>CONCLUSIÓN</u>	<u>77</u>
<u>SUGERENCIAS.....</u>	<u>77</u>
<u>ESTUDIOS CITADOS.....</u>	<u>79</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA.....</u>	<u>82</u>

RESUMEN

Existen estudios que demuestran que el consumo de psicofármacos es un tema de relevancia en nuestra sociedad actual, afectando a muchos grupos humanos. Con el objetivo de conocer los factores que inciden en el consumo específicamente en enfermería se realiza un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo transversal de tres semanas de duración (agosto 2011) en una institución médica del interior del Uruguay. La población objetivo es el personal de enfermería, tanto Auxiliares como Licenciados, la muestra (n=33) se conforma por todo aquel funcionario que, conociendo las condiciones del estudio, acepta, de forma voluntaria, participar en el estudio. La técnica utilizada para recabar los datos es la encuesta, valiéndose de un cuestionario anónimo. La edad, el sentimiento de satisfacción en la realización del ejercicio de la enfermería, la calidad del sueño y las patologías que producen dolor constante son algunos de los factores que se ponen de manifiesto frente al consumo de psicofármacos. De la población en estudio consume psicofármacos actualmente un 30%. Los grupos de psicofármacos más consumidos son los ansiolíticos, antidepresivos y los analgésicos mayores. Las principales causas que participan en el inicio del consumo son la tristeza, angustia e insomnio. Este último es uno de los motivos que participa tanto en el inicio del consumo como en su permanencia, protagonizando el principal factor en la continuación del mismo.

INTRODUCCIÓN

La necesidad del consumo de psicofármacos es un fenómeno de relevancia en la población mundial afectando a muchos grupos humanos. Se conoce que en nuestro país existe consumo por parte de la población en general, sin embargo, en los trabajadores de la salud, y en especial en enfermería se desconoce tanto la prevalencia como las causas que inciden en el mismo. Es por ello que surge la necesidad de realizar un estudio que las determine. A su vez, se trata de un tema de suma importancia ya que puede generar consecuencias tanto en el ámbito personal, afectivo, laboral y social.

El mismo es un trabajo realizado por estudiantes de la Facultad de Enfermería, Cátedra de Enfermería en Salud Mental, Universidad de la República, en el marco del Trabajo de Investigación Final de la carrera Licenciatura en Enfermería, plan de estudios 93.

Se realiza un estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal, llevado a cabo en una institución médica del interior del Uruguay, durante el mes de agosto de 2011.

Su principal objetivo es conocer los factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería. Para ello se realiza la caracterización de la población, se determina la prevalencia del consumo, las causas que inducen al inicio del mismo y aquellos factores que presentan mayor influencia en el consumo de psicofármacos.

Para lograrlo se utiliza la técnica de encuesta mediante un cuestionario semicerrado de carácter anónimo. La muestra está constituida por treinta y tres funcionarios que participan voluntariamente.

Los resultados muestran que la edad, la satisfacción en la realización de las tareas de enfermería, la calidad del sueño y la presencia de dolor o patología crónica son factores que inciden en el consumo de psicofármacos en enfermería.

JUSTIFICACIÓN

Es frecuente la mención de la existencia del consumo de psicofármacos en el personal de enfermería, pero se desconoce con exactitud los factores que realmente conducen al funcionario a recurrir al consumo de los mismos. Es por esto que resulta fundamental encontrar evidencia científica acerca de que este fenómeno verdaderamente existe y las causas más habituales para que se produzca.

La importancia del estudio de este tema radica en que, de existir el fenómeno, se presume que incide directamente en el personal sanitario, afectando su calidad de vida y su desempeño en el rol que cumple. Los efectos que produce la sustancia psicoactiva consumida se pueden ver reflejados en la calidad de la atención que se brinda al usuario. Si se observa este tema desde el punto de vista de la organización de un servicio sanitario, se puede estimar que el fenómeno a estudiar afecta la dinámica normal de éste, sea por ausentismo, accidentes laborales, dificultades en el equipo, entre otros.

Previo a la realización del estudio se pueden establecer posibles respuestas a la interrogante que se plantea al inicio. Se entiende que ciertos factores como multiempleo, presencia de dolor de forma continua, presencia de una patología crónica, ingresos económicos tales que no permitan satisfacer las necesidades básicas, problemas de relacionamiento con el equipo y contacto permanente con el usuario conducen al funcionario de la salud a la necesidad de consumo de algún tipo de sustancia que ayude a paliar estas situaciones.

A su vez, la realización de este estudio es de gran importancia debido al vacío de conocimientos que existe en esta área. Este hecho se evidencia tras la revisión bibliográfica, desprendiéndose de ésta que las investigaciones a nivel internacional no se enfocan específicamente al estudio del consumo de psicofármacos en enfermería. Este vacío se acentúa aún más a nivel nacional donde se obtienen investigaciones referentes al personal médico y al consumo por parte de usuarios hospitalizados pero ninguno enfocado exclusivamente a enfermería.

Con los resultados que se obtengan se contribuye a realizar un aporte significativo al área de conocimientos en estudio. A su vez esta investigación sirve como punto de partida para otras investigaciones, sugiriendo ideas, recomendaciones e hipótesis para ellas. Asimismo contribuye a fundar una evidencia científica de la existencia de este fenómeno y actúa como disparador para tomar futuras decisiones; a fin de prevenir así la aparición de alteraciones en lo concerniente a la salud mental de los trabajadores de la salud.

Los resultados de esta investigación se divulgan a nivel universitario, en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, así como también en la institución donde se lleva a cabo.

Además, tienen acceso a este estudio todos los lectores que se acerquen a ella en busca de dar respuesta a sus interrogantes sobre el tema.

ANTECEDENTES

A nivel Internacional

J.L Barquero, J.F. Diez Manrique, C. Peña Martin, J. Artal, M. Arias Bal, C. Iglesias y A. García investigaron, en el año 1990, el *origen y las razones del consumo de psicofármacos y analgésicos en la población general*, en la comunidad de Cantabria, España. Como resultados se observó que las mujeres consumen más psicofármacos que los hombres, 10,7% frente a un 2,6% respectivamente. Además se observó que la presencia de enfermedad psíquica o física incrementa de forma significativa el consumo de psicofármacos, sin embargo, la presencia de enfermedad psíquica se asociaba a tratamiento psicofarmacológico solo en un reducido número de casos. Se evidenció también tras este estudio una clara interacción entre factores psicosociales y autoconsumo o consumo sin control médico.⁽¹⁾

Otra investigación se dedicó al estudio del *consumo habitual de fármacos en tratamientos prolongados en la provincia de Valladolid*, en el año 2001. Fue realizada por A. A. Álvarez Hurtado, V. M. Vázquez García, J. L. Carretero Ares, G. de Teresa Romero, F. Alonso del Teso y R. M. González Las Heras. Participaron 1.053 personas que asistían a la Atención primaria de los centros de salud encuadrados dentro del área oeste de la Provincia de Valladolid. Como resultados de esta investigación se observó que la edad superior a 65 años, ser mujer, trabajar como ama de casa, ser viudo o viuda, el nivel socioeconómico bajo, vivir en un medio urbano, el no ser consumidor de drogas, la existencia concomitante de ansiedad y la depresión son factores de riesgo que se asocian a un mayor consumo de medicamentos.⁽²⁾

En Barcelona, España, A. Sicras Mainara, J. Peláez de Loñob, A. Castellá Rosalesb y M. Rodríguez Darriba realizaron un *estudio comparativo sobre el consumo de psicofármacos inapropiados en residencias geriátricas, entre los años 2001 y 2006*. Los fármacos que se incluyeron en este estudio fueron antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos y tranquilizantes. Una vez finalizado se observó una tendencia a disminuir el consumo de psicofármacos en pacientes institucionalizados aunque su uso sigue siendo elevado.⁽³⁾

El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias, España fue objeto de estudio en el año 2003, llevado a cabo por los investigadores Roberto Secades Villa, Elías Rodríguez García, Julio Valderrey Barbero, José R. Fernández Hermida, Guillermo Vallejo Seco y Juan M. Jiménez García. Se compuso una muestra de 602 personas, dando como resultado que el consumo de psicofármacos es significativamente superior en las mujeres, en amas de casas, en los desempleados y en las personas con bajo nivel educativo. Se observó que el 28% de la muestra cumplía los criterios de dependencia a este tipo de sustancias. ⁽⁴⁾

Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa, fue un estudio realizado por E. Gil García, N. Romo Avilés, M. Poo Ruiz, C. Meneses Falcón, I. Markez Alonso y A. Vega Fuente, en Servicios públicos de salud de Andalucía, comunidad de Madrid y país Vasco. Se realizaron entrevistas semiestructuradas durante 2002 y 2003 en centros urbanos y rurales, a profesionales de medicina familiar y comunitaria y de psiquiatría. Se obtuvo una muestra estructural y el análisis que se realizó fue de contenido y discurso desde perspectiva de género. Como resultado se obtuvo que en los prescriptores se observa una asociación entre el consumo de psicofármacos y el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y las expectativas sociales. ⁽⁵⁾

El consumo de psicofármacos en relación a la disfunción familiar fue estudiado en el Centro de Salud de Villarrobledo, Albacete, España, con 434 pacientes mayores de 14 años, en el año 2004. Los autores de esta investigación fueron: A. Villena Ferrera, J. M. Téllez Lapeirab, S. Morena Rayob, E. Donato Gallartc y E. Almar Marqués. Como resultado se encontró disfunción familiar en el 20% de los consumidores y en el 12% de los que no consumían, diferencia estadísticamente significativa. Además tener entre 45 y 64 años, ser ama de casa, y tener antecedentes psiquiátricos aparecieron como variables asociadas al consumo. ⁽⁶⁾

En Argentina, Eduardo A. Leiderman investigó en el año 2007 el *consumo de psicofármacos en la población general del conurbano bonaerense. Comparación entre distintas zonas con la ciudad de Buenos Aires*. La población en estudio fueron residentes de diferentes partidos del Gran Buenos Aires y

zonas del conurbano. Luego de realizada la investigación se observó que el 7% de la población general consume algún tipo de psicofármacos siendo mayor en mujeres, en la gente de clase socioeconómica media-alta y niveles educativos extremos. Casi un 10% de los que consumen lo toma sin recomendación médica y un 35,6% es dependiente de la medicación, a diferencia del conurbano que es inferior a la mitad que en la ciudad de Buenos Aires y se da más por prescripción médica. ⁽⁷⁾

La *prevalencia, nivel de dependencia y factores sociodemográficos según consumo de sustancias psicoactivas lícitas en trabajadores de la salud mental en una institución de tercer nivel de atención* fueron variables estudiadas por el autor Diego Alejandro Vargas, en Ciudad de Bogotá, en el año 2008, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería. Este autor realizó un estudio cuantitativo de tipo exploratorio, que se llevó a cabo mediante la aplicación de tres instrumentos: un cuestionario de variables sociodemográficas, test de Fargestrom, para identificar el consumo y nivel de dependencia del tabaco, y el test de Audit para identificar el consumo y nivel de dependencia del alcohol. Como resultado se encontró que la prevalencia fue de 82,8% para el alcohol y 55,1% para el tabaco, la mayoría presenta un nivel de dependencia leve del 68,7% y 53,1% respectivamente. El 4,2% presenta alto nivel de dependencia al alcohol y 9,4% al tabaco. En cuanto a variables sociodemográficas, se encontró que los hombres presentan mayor consumo que las mujeres, y que las personas de edades intermedias (de 21 a 30 años) consumen más alcohol y tabaco con un 85,7% y 61% respectivamente. ⁽⁸⁾

Adicciones ocultas, una aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. Incidencia de la demanda de psicofármacos en mujeres que concurren a consultas en atención primaria, fue otra de las investigaciones encontradas durante la revisión bibliográfica, sus autores, José de la Cruz Godoy, Ángel Herrera García, Bárbara Fariñas Michelena, Eugenio Egea Molina, pertenecen a la Fundación Canaria para la prevención e investigación de las drogas dependencias, Conserjería de sanidad, Gobierno de Canarias, Colegio Oficial de Psicología de las Palmas. Se realizó en el año 2008 y con él se llegó a la conclusión que son las mujeres las que consumen más psicofármacos con respecto a los hombres, siendo su perfil descriptivo: casadas, mayores de 45 años, en muchos casos consultan por problemas de

ansiedad y depresión, siendo los psicofármacos más consumidos los ansiolíticos con un 42,33% y antidepresivos con un 20,61% del consumo. ⁽⁹⁾

En Cuba se analizó en el año 2008 el *uso y abuso de psicofármacos: diseño de una actividad del proyecto comunitario con el museo de la Farmacia Habanera*. La investigación estuvo dirigida a estudiantes de los primeros años de la carrera de Ciencias Farmacéuticas y llevada a cabo por Milena Díaz Molinal, Aymée Herrera LlópezII y Liliana Mateu LópezIII. Para la actividad se organizó una mesa redonda seguida de un debate. Se abordaron aspectos de interés relacionados con la historia de psicofármacos y del tratamiento de las enfermedades mentales y se hizo énfasis en los psicofármacos más utilizados en la población. Como resultados se logró que los participantes se descubrieran como personas que abusan de medicamentos. Se contribuyó a rescatar la labor comunitaria del profesional farmacéutico como especialista de medicamentos y elevar su reconocimiento social. Se logró motivar al público asistente sobre la necesidad del uso racional de los medicamentos, en particular de los psicofármacos. ⁽¹⁰⁾

A nivel Nacional

Los doctores Graciela García, Julio Vignolo, Myriam Contera y Nelly Murillo, estudiaron en 1998 el *consumo de psicofármacos en el Centro de Salud Sayago*, Montevideo, con el objetivo de conocer la distribución del consumo de psicofármacos en una población de 91 personas de 65 años y más, usuarios del Centro de Salud. Realizaron un estudio descriptivo transversal utilizando instrumentos específicamente diseñados para conocer algunas de las características de los consumidores como el test de Cage y el SRQ test. Tras este estudio se comprobó una prevalencia mensual de consumo de psicofármacos de 67%, anual de 75% y de vida de 81%. En la población de mujeres se encontraron valores de prevalencia mensual de consumo de psicofármacos mayores que entre la población de hombres estudiada. El 96% de la población no presentó dependencia al alcohol, medida con el test de Cage. Los consumidores de tranquilizantes menores en el último mes resultaron ser en 56% de los casos portadores de trastornos psiquiátricos menores. Se encontró que 85% de los consumidores utilizaron psicofármacos por un tiempo igual o superior a un año. El agente prescriptor fue el médico

general en 95% de los casos y el fármaco más utilizado fue diazepam con 52% de las prescripciones. ⁽¹¹⁾

En el año 2000 se realizó una investigación en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, para conocer el *uso de psicofármacos de la población adulta internada* en dicho centro, fue llevada a cabo por el Dr. José Alberto Riva Fortunato, Dra. Liliana Teresita Servente Luquetti, Lic. Horacio Armando Falcón de Vicente y por el Dr. Ricardo E. Bernardi. Se estudiaron 169 pacientes internados en el Hospital de Clínicas, mayores de 15 años, seleccionados aleatoriamente. Se encontró que: 31,4% consume psicofármacos durante la internación; los ansiolíticos se prescriben en 88,7% de los casos, los antidepresivos en 5,6%, el prescriptor de la medicación es el médico internista en 50,9% de los casos. Se encontró asociación significativa entre el consumo de psicofármacos y las personas que viven solas y además con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. ⁽¹²⁾

G. Barreiro y colaboradores, en el año 2001, realizaron un estudio sobre el *Consumo de sustancias psicoactivas, realizando un estudio comparativo entre anesthesiólogos e internistas en Uruguay*. Este estudio se trató de una encuesta anónima y simultánea que exploraba el consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes, anfetaminas, opiáceos y cocaína. El 26%, de un n=29 de los anesthesiólogos respondió afirmativamente al menos una de las preguntas dirigidas a explorar el abuso de alcohol, con una diferencia estadísticamente significativa con los médicos internistas (8%, n=11). La posibilidad de uso problemático del alcohol estuvo presente en 13% de los médicos anesthesiólogos y en 7% de los internistas. En ambos grupos existió un porcentaje alto de profesionales que reportaron la ingesta de tranquilizantes sin prescripción de otro médico alguna vez en la vida. En relación al consumo de cocaína, no se presentó diferencias entre ambos grupos. En cuanto al consumo de opiáceos sin prescripción médica, tanto en toda la vida como en el último año es mayor entre los anesthesiólogos que en los internistas, pero las diferencias no son significativas. ⁽¹³⁾

A. Bielli, en el año 2006, realizó un estudio titulado *Los psicofármacos como tecnología social: los antidepresivos en el Uruguay*. En este estudio se analizaron las transformaciones experimentadas por las disciplinas en el Uruguay a partir de la introducción al país de una innovación tecnológica

mayor: los psicofármacos antidepresivos. Se bosquejan, por tanto, las controversias y tomas de posturas de los grupos sociales involucrados, a partir de la revisión de la producción académica nacional sobre antidepresivos y depresión desde los años 60 hasta la fecha. ⁽¹⁴⁾

P. Fielitz y colaboradores: *consumo de sustancias psicoactivas en pacientes de emergencia del hospital Pasteur, Montevideo*. Realizaron un estudio de una semana (marzo 2007) en la Emergencia del Hospital Pasteur, estableciéndose la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y posibles asociaciones entre éste y los motivos de consulta. Aproximadamente 10% de las consultas estuvo asociada al consumo de sustancias psicoactivas. Los motivos de ingreso más claramente asociados en los consumidores fueron los accidentes (2 veces más frecuentes), situaciones de violencia (5 veces más frecuentes) e intentos de autoeliminación (3 veces más frecuentes). En la franja etaria de 15 a 35 años, 1 de cada 5 hombres tuvo prueba positiva en orina para marihuana o cocaína. El 90,5% de los jóvenes entre 15 y 18 años consumió alcohol en el último año. ⁽¹⁵⁾

MARCO TEÓRICO

La enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano, sea persona, familia o grupo poblacional. Esta capacidad del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria¹.

En su labor cotidiano la enfermera cumple múltiples roles tales como profesional de la salud, educador en salud, comunicador asistencial, consejero, defensor del usuario, agente de cambios, líder, jefe e investigador. El hecho de tener que cumplir todos estos roles enfermería puede encontrarse expuesta a presentar alteraciones en lo que respecta a su salud laboral. En este sentido, la salud laboral se debe entender como el resultado sobre los individuos de sus condiciones globales de trabajo. ⁽¹⁶⁾

Los trabajadores de la salud sufren como el conjunto de la población trabajadora, los efectos de los procesos de precarización de las condiciones de trabajo, aunadas en muchos casos a la introducción de nuevos sistemas técnicos sin las adecuadas nuevas protecciones acordes a tales sistemas. ⁽¹⁷⁾

El sector de enfermería es uno de los más extensos y heterogéneos. Si bien no se ha relevado la diversidad de tareas que realizan las enfermera/os, en líneas generales los riesgos más importantes a que están expuesta/os son los de cortes, problemas de contaminación y alteraciones en la columna debido sobre todo a la movilización de los usuarios. También existe en el sector un riesgo de carácter psíquico debido a la presión a la que están sometida/os por el déficit de personal. Frecuentemente las demandas superan las posibilidades en términos de recursos humanos; también hay fuertes presiones por parte de los familiares, que exigen niveles de calidad de atención que el servicio no puede brindar.

¹ Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Plan de estudios 1993.

Psicofármacos

El término psicofármaco proviene del griego, *pysche*: mente, *tropera*: tornar. Agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. La mayor parte de los psicofármacos actúan alterando el proceso de neurotransmisión.

A continuación se describirán aquellos psicofármacos que presentaron mayor prevalencia en consumo en las investigaciones encontradas. No pretende ser entonces una clasificación completa de psicofármacos.

1. Ansiolíticos y Sedantes

Fármaco ansiolítico es aquel que alivia o suprime el síntoma de ansiedad, sin producir sedación o sueño. Existe una clara tendencia a considerar el efecto ansiolítico como el primer paso de una línea continua de efectos progresivos: el de los ansiolíticos-sedantes-hipnóticos. Según ello, dosis creciente de cualquiera de los componentes producirán sedación, sueño, anestesia, coma y muerte.

Desde un punto de vista funcional, los ansiolíticos se clasifican de la siguiente manera:

- a. los que producen además del efecto ansiolítico un efecto sedante-hipnótico: benzodiazepinas, barbitúricos y meprobamato
- b. los agonistas parciales de los receptores 5-HT_{1A}: las azaspirodecanodionas buspirona, isapirona y gepirona
- c. los que producen además del efecto ansiolítico un bloqueo de algún componente vegetativo: antihistaminicos, neurolépticos, antidepresivos y bloqueantes β - adrenérgicos

Benzodiazepinas

La mayor parte de las benzodiazepinas producen ansiólisis, sedación, hipnosis, efectos anticonvulsivantes y miorelajación central. Las diferencias entre ellas no son sustanciales, pero a la vista de su eficacia relativa para algunos de estos efectos y de sus propiedades cinéticas, algunas pueden tener una indicación más clara en una determinada circunstancia clínica.

I. Acción ansiolítica

En personas sanas y a dosis terapéuticas, no alteran la realización de ejercicios físicos ni mentales, pero a dosis mayores y en función del ambiente y del producto empelado causan sopor, letargia, sueño, ataxia y debilidad muscular. En pacientes con ansiedad alivian tanto la tensión subjetiva como los síntomas objetivos, sudor, taquicardia, molestias digestivas, etc. Su acción puede manifestarse de forma profiláctica o curativa. En ciertas personas, a la vez que alivian la ansiedad pueden aumentar los signos objetivos de irritabilidad y hostilidad. Aunque las benzodiazepinas son útiles en los estados de ansiedad generalizada, son mucho menos eficaces en los trastornos de pánico y completamente ineficaces en trastornos fóbicos, así como en la ansiedad de tipo no neurótico (depresión y esquizofrenia).

II. Acción miorrelajante

Producen relajación de la musculatura esquelética en estados distónicos, discinéticos, hipertónicos y espásticos. La acción miorrelajante se ejerce sobre el sistema nervioso central.

III. Acción anticonvulsivante y antiepiléptica

Ejercen una acción anticonvulsivante generalizada que se aprecia tanto frente a convulsiones provocadas por agentes tóxicos (toxinas bacterianas y fármacos proconvulsivantes), como en las convulsiones febriles, el síndrome de abstinencia a alcohol y barbitúricos.

La acción anticonvulsivante requiere por lo general altas concentraciones cerebrales; su eficacia es similar a la de los barbitúricos, pero al tener las benzodiazepinas un índice terapéutico más favorable, su empleo es más seguro.

IV. Acción hipnótica

Esta acción de las benzodiazepinas será descrita en la sección de fármacos hipnóticos.

V. Reacciones adversas

Las más frecuentes se deben al desajuste en relación con el efecto que se desea conseguir. Aparecen sedación somnolencia, ataxia, disartria, incoordinación motora e incapacidad de coordinar movimientos finos o responder verbal o motóricamente a estímulos que requieren una respuesta rápida, alteran la capacidad de conducir vehículos. Pueden producir amnesia anterógrada, es decir, limitada a hechos que suceden después de la inyección. Más que a alteraciones en la percepción, se debe a alteraciones en los procesos de consolidación y almacenamiento. En ocasiones puede producir conducta agresiva u hostil, por desinhibición, o un estado inicial de nerviosismo antes de que se establezca el efecto ansiolítico o sedante. Con preparados de acción corta pueden aparecer fenómenos ansiosos de rebote al cesar el efecto del fármaco.

Por vía intravenosa puede desencadenar rápidamente hipotensión y depresión respiratoria, pero su capacidad letal es muy pequeña. El peligro aumenta si asocia a otros depresores del SNC: alcohol, anestésicos u opiáceos. Las interacciones de carácter farmacodinámico son frecuentes cuando se asocia benzodiazepinas a otros psicofármacos y son objeto de abuso.

En relación a la tolerancia, la misma se produce a los efectos sedantes y anticonvulsivantes, lo que se aprecia mejor cuando se administran dosis altas durante un tiempo prolongado. La tolerancia es cruzada con la del alcohol y otros sedantes. Pueden provocar también dependencia psicológica y física, incluso a dosis bajas, con un síndrome de abstinencia que se instaura lentamente tras la supresión del fármaco. La sintomatología del cuadro es tal que en muchos casos resulta difícil diferenciar si se trata de una recaída del cuadro ansioso original o de la reacción por retirada. El cuadro es tanto más intenso cuanto mayor haya sido la dosis utilizada y más prolongado el tratamiento. La prescripción de dosis bajas y en administración intermitente minimiza considerablemente el problema de la tolerancia y dependencia.

La prescripción de dosis bajas y en administración intermitente minimiza considerablemente el problema de la tolerancia y la dependencia. En todo caso, es recomendable no prolongar el tratamiento más allá de 4 semanas para

el insomnio, y utilizar la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible en el caso de la ansiedad.

2. Fármacos Hipnóticos

El hipnótico ideal es el fármaco que deberá inducir el sueño en forma rápida y predecible. Mantendrá el sueño por un período de siete a ocho horas y evitará despertares frecuentes. Preservará la arquitectura del sueño, es decir, que todas las etapas del sueño no-REM y el sueño REM deberán presentarse en sus porcentajes correspondientes. Además, no generará efectos adversos inmediatos (horas de la mañana) o tardíos (semanas o meses luego de iniciado el tratamiento) y su eficacia no disminuirá durante su administración prolongada.

Atendiendo a su estructura química, los hipnóticos actualmente utilizados se dividen en:

- a. benzodiazepinas: triazolam, midazolam, temazepam, flunitrazepam y flurazepam
- b. ciclopirononas: zopiclona
- c. imidazopiridinas: zolpidem

I. Efecto sobre inducción, mantenimiento y etapas del sueño

Los hipnóticos benzodiazepínicos, junto con la zopiclona y el zolpidem, provocan tras su administración por vía oral una disminución de la latencia para el comienzo del sueño no-REM, del tiempo de vigilia después del comienzo del sueño, del tiempo total de vigilia y del número de despertares. La disminución de la vigilia se corresponde con un aumento del tiempo total de sueño y de la eficiencia del sueño.

Puede concluirse que los derivados benzodiazepínicos provocan un sueño que difiere del fisiológico por la ausencia de las etapas 3 y 4. En cambio, el zolpidem y la zopiclona tienden a respetar en un mayor grado la arquitectura normal del sueño.

II. Consideraciones sobre el uso de hipnóticos en el tratamiento del insomnio

Si se considera el insomnio de acuerdo con su duración, puede señalarse que:

- a. en el insomnio transitorio puede ser necesaria la administración de un hipnótico con semivida de eliminación breve. están indicados el midazolam, el triazolam, el brotizolam, el zolpidem o la zopiclona durante un período no mayor de tres días.
- b. en el insomnio de corta duración es particularmente importante una buena higiene del sueño a la que podrá asociarse un hipnótico con una semivida de eliminación breve. el tratamiento no se prolongará más allá de tres semanas.
- c. en pacientes con un insomnio de larga duración o crónico es necesaria una evaluación exhaustiva desde el punto de vista médico-psiquiátrico. cuando se diagnostica una afección psiquiátrica, la administración de fármacos específicos (antidepresivos, antipsicóticos o ansiolíticos) resultará en una mejoría del cuadro clínico, incluyendo el insomnio. si es necesario, podrá asociarse un hipnótico con semivida de eliminación breve.

III. Reacciones adversas

Los efectos colaterales observados durante la administración de hipnóticos benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos incluyen somnolencia y sedación, ataxia, disartria, diplopía, vértigo, mareo, pérdida de la memoria reciente, reacciones de hostilidad y depresión. La mayoría de estos efectos adversos pueden aparecer durante el uso de cualquiera de los hipnóticos ya descritos, pero los de carácter depresor son más frecuentes cuando se administran fármacos con una semivida de eliminación prolongada.

La generalización en el uso de las benzodiazepinas plantea el problema de las denominadas reacciones paradójicas, que si bien son infrecuentes, su número aumenta en términos absolutos a medida que aumenta el consumo de estos fármacos. En estas reacciones paradójicas se aprecian signos y síntomas de hiperexcitabilidad, ansiedad, agitación y confusión, de amnesia anterógrada (especialmente de lo aprendido o vivido en las primeras 3 horas después de la ingesta), alteraciones afectivas (pánico o depresión), problemas de conducta (incluida la agresión) y sonambulismo.

IV. Aspectos negativos vinculados a la administración prolongada

Tolerancia al hipnótico

La tolerancia al efecto hipnótico de los benzodiazepínicos aparece después del primer o segundo mes de iniciado el tratamiento.

Rebote del insomnio

La supresión brusca de la administración de hipnóticos benzodiazepínicos puede originar la aparición de un rebote del insomnio. El rebote del insomnio descrito para los hipnóticos benzodiazepínicos se caracteriza por la reaparición brusca y temporal de los síntomas por los cuales consultó el paciente, de forma exacerbada. Durante el rebote del insomnio se observa un incremento de latencia para el comienzo del sueño, del tiempo total de vigilia y del tiempo de vigilia después del comienzo del sueño. Disminuyen el tiempo total de sueño y la eficiencia del sueño (relación entre el tiempo que el paciente permanece en la cama y el tiempo en que duerme); además, y debido a los frecuentes despertares, el sueño está muy fragmentado.

Síndrome de abstinencia

Puede sobrevenir al retirar bruscamente un hipnótico benzodiazepínico que se ha estado administrando de forma diaria durante semanas, meses o años. El síndrome se caracteriza por la aparición de síntomas nuevos, de intensidad variable, y puede persistir, si no se trata, durante varias semanas.

El síndrome de abstinencia puede sobrevenir: *a)* después de un tratamiento con dosis terapéuticas o, en pacientes dependientes, con dosis por encima de las terapéuticas; *b)* tras la sustitución de un hipnótico con semivida de eliminación prolongada por otro con semivida de eliminación breve, y *c)* por administración de un antagonista benzodiazepínico.

Los síntomas observados durante el síndrome de abstinencia se han agrupado en cuatro categorías:

- a. frecuentes e inespecíficos: que comprenden trastornos del sueño, ansiedad, disforia, irritabilidad, dolores musculares, temblor, cefalea, náuseas, pérdida del apetito, adelgazamiento, sudoración y visión borrosa

b. trastornos en la esfera perceptiva de naturaleza cuantitativa: como hipersensibilidad a los ruidos, la luz, los olores y los estímulos táctiles y olfatorios

c. trastornos en la esfera perceptiva de naturaleza cualitativa: de tipo cinestésico, óptico, gustatorio, acústico y olfatorio

d. síntomas heterogéneos: que incluyen despersonalización, psicosis y convulsiones.

* Los hipnóticos barbitúricos se han abandonado para el tratamiento del insomnio. Ello se debe a numerosos efectos negativos, entre ellos se destaca su elevada toxicidad en sobredosis, su particularidad de estimular el sistema microsómico hepático, con alteración del metabolismo de otros fármacos, y su tendencia a provocar farmacodependencia, aún cuando sean utilizados por períodos cortos de tiempo.

3. Antipsicóticos Neurolépticos

Un neuroléptico o antipsicótico es un fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente, es usado para el tratamiento de las psicosis. Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro; no presentan efectos hipnóticos. Se han desarrollado varias generaciones de neurolépticos, la primera la de los antipsicóticos típicos, descubiertos en los cincuenta. La segunda generación constituye un grupo de antipsicóticos atípicos, de descubrimiento más reciente y de mayor uso en la actualidad. Ambos tipos de medicamentos, los típicos y los atípicos, tienden a bloquear los receptores de la vía de la dopamina en el cerebro. Algunos efectos colaterales incluyen la ganancia de peso, agranulocitosis, discinesia y acatisia tardía.

3.1. Antipsicóticos típicos (clásicos)

Su acción antipsicótica se ejerce al bloquear los receptores dopaminérgicos D₂. Son eficaces sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia. Este tipo de neurolépticos producen muchos efectos adversos, sobre todo extrapiramidales.

Fenotiazinas

Se clasifican en:

a. Alifáticas: son de eficacia clínica neuroléptica, presentan menor potencia antipsicótica y mayor capacidad de producir bloqueo α -adrenérgico, colinérgico e histamínico, y sedación. Se destacan la clorpromazina, levopromacina y la trifluoroperacina.

b. Piperidínicas: incluyen la tioridazina, por su menor inducción de reacciones extrapiramidales, por no tener actividad antiemética y producir sedación e hipotensión; la metopimazina, que tiene acción antiemética pero no es útil como antipsicótica. Estas se caracterizan por su gran potencia, provocan poca sedación pero con frecuencia causan reacciones extrapiramidales.

Tioxantenos

Son derivados de las fenotiazinas; no ofrecen especiales ventajas sobre las mismas.

Butirofenonas y difenilbutilpiperidinas

De las primeras se destacan el haloperidol en la clínica psiquiátrica y el droperidol en anestesia. El haloperidol es el neuroléptico más empleado, posee elevada potencia antipsicótica y antiemética y escasa capacidad de producir sedación. Causa abundante reacciones extrapiramidales.

Dentro de las segundas, la pimozida, que se emplea principalmente en tratamientos prolongados.

3.2. Antipsicóticos atípicos (nuevos)

Su acción antipsicótica se ejerce no sólo por el antagonismo de los receptores dopaminérgicos D_2 sino también por los de serotonina, histamínicos y muscarínicos. Presentan un espectro de eficacia mayor, incluyendo los síntomas negativos y positivos. Ocasionan menos efectos adversos incluyendo una baja incidencia de efectos extrapiramidales, además de una mínima afectación de la prolactina y otras hormonas.

Clozapina

Neuroléptico de amplio espectro. Tiene como ventaja mejorar la capacidad de los síntomas más negativos, y aspectos importantes de la vida diaria en la esquizofrenia. Mejora ciertos aspectos cognitivos (fluidez verbal, recuerdo inmediato y diferido) y otras funciones del lóbulo frontal.

Puede producir molestias gastrointestinales, taquicardia por bloqueo vagal y, a veces, por la ligera hipotensión, incontinencia/enuresis (16%) por sobreflujo secundario a la retención vesical. Aunque a veces produce sequedad de boca, es sorprendente la frecuencia con que produce hipersalivación y sialorrea por mecanismos no conocidos. Puede favorecer el aumento de peso, pero a veces lo reduce. Ocasionalmente provoca disfunción sexual y menstrual, pero en mucho menor grado que las fenotiazinas ya que no afecta la prolactina. Ocasiona sedación, pero no provoca reacciones extrapiramidales ni discinesia tardía. Produce modificaciones en el EEG, porcentaje superior al de otros antipsicóticos; con dosis altas, el riesgo de provocar crisis convulsivas es también superior al de otros neurolépticos.

Quetiapina

Antipsicótico atípico que interactúa con una gran variedad de receptores de neurotransmisores. Produce somnolencia, vértigo, estreñimiento, hipotensión postural, sequedad en la boca, e irregularidades de las enzimas hepáticas. La quetiapina también puede provocar astenia leve, rinitis y dispepsia. Al igual que otros antipsicóticos, puede conducir a un aumento de peso limitado, sobre todo durante las primeras semanas de tratamiento.

Bencisoxazoles

Producen mínima sedación y tienen bajo riesgo de efectos extrapiramidales. Como por ejemplo la risperidona, que puede producir astenia, sedación, problemas de acomodación, mareo ortostático, palpitaciones, taquicardia, aumento de peso y disfunción sexual en el varón.

Acciones farmacológicas

I. Efecto antipsicótico

Los neurolépticos actúan de manera decisiva sobre el síndrome esquizofrénico, mejorando o suprimiendo la sintomatología fundamental y secundaria. Los síntomas que mejoran en mayor proporción son las alteraciones de la ideación y del pensamiento, las alucinaciones, las fabulaciones y la ideación paranoide, la agresividad y la agitación; es decir, los que se consideran síntomas positivos. En menor grado responden a los síntomas negativos, como la pobreza de expresión lingüística, la falta de impulsos internos y el desinterés afectivo. La acción antipsicótica, sin embargo, no es inmediata sino que tarda varios días y semanas en aparecer y consolidarse.

II. Efecto neuroléptico

Cuando los antipsicóticos se administran a personas no psicóticas, producen el denominado síndrome neuroléptico. Aparece quietud emocional, retraso psicomotor e indiferencia afectiva; no hay sueño, pero lo aparenta. La persona se muestra tranquila y sosegada, indiferente al mundo que la rodea, sin iniciativa.

Naturalmente, el cuadro neuroléptico puede aparecer también en el enfermo psicótico, en mayor o menor grado, si bien en éste predomina la acción antipsicótica.

III. Acciones neuropsicofarmacológicas

Tienen capacidad de provocar la pérdida de la respuesta a ciertos estímulos que controlan el ambiente, en función de la importancia que estos estímulos pueden tener para el individuo. De hecho, llegan a deprimir la *reacción de atención y de vigilia (arousal)*, tanto en sus manifestaciones eléctricas como conductuales, provocada por estímulos de carácter sensorial. Esto significa que los fármacos serían capaces de modular el control que los estímulos externos son capaces de ejercer sobre la conducta. Asimismo, los neurolépticos alivian en el hombre las reacciones emocionales excesivas y destructoras que son provocadas por acontecimientos molestos o irritantes. Tendrían la virtud de frenar la tendencia del organismo a responder con irritación agresiva tras experimentar un suceso desagradable, y sustituirla por

una valoración previa y anticipada de lo que va a ocurrir. Mediante este control se puede desarrollar y mantener una forma de conducta que llega a valorar y a buscar la gratificación y el equilibrio.

IV. Efectos vegetativos

Pueden producir sequedad de boca, estreñimiento, dificultad para la micción, pérdida de eyaculación e hipotensión postural.

Reacciones adversas

Algunas derivan del propio mecanismo de acción, mientras que otras son de carácter alérgico o de causas desconocidas; unas aparecen de manera inmediata, a dosis terapéutica o por sobredosificación, mientras que otras lo hacen de forma diferida.

I. Sedación y bloqueo vegetativo

La sedación es completamente independiente de la acción neuroléptica y no contribuye a la acción antipsicótica; suele desarrollarse tolerancia a la acción sedante durante los primeros días.

II. Reacciones extrapiramidales

Unas son agudas, por sobredosificación: parkinsonismo, movimientos discinéticos y acatisia; otras aparecen en el curso del tratamiento crónico: la discinesia tardía. En las agudas aparece el fenómeno de la tolerancia.

El *síndrome neuroléptico maligno* es una infrecuente y grave reacción que aparece con dosis muy altas de neurolépticos potentes. Se caracteriza por un estado de catatonía, inestabilidad del pulso y de la presión arterial, estupor, hipertermia y a veces mioglobinemia.

III. Reacciones cardiovasculares

Hipotensión postural, secundaria al bloqueo α -adrenérgico, pueden aparecer alteraciones electrocardiográficas inespecíficas descritas, sobre todo, en el tratamiento con algunas fenotiazinas, en particular la tioridazina: prolongación de la repolarización ventricular con alargamiento del espacio QT, ensanchamiento, aplanamiento o inversión de la onda T, T bicúspide y onda U.

IV. Reacciones alérgicas, dérmicas y pigmentarias

Las fenotiazinas, en particular la clorpromazina, pueden desarrollar ictericia colestásica de carácter alérgico.

En ocasiones puede haber agranulocitosis, más frecuente con la clozapina, la tioridazina y la clorpromazina. Se observan también reacciones alérgicas en la piel en forma de fotosensibilidad.

V. Alteraciones endócrinas

Aumento de peso, impotencia, reducción de la libido, pérdida de eyaculación, ginecomastia con galactorrea o sin ella, amenorrea e irregularidades menstruales.

Interacciones

- a. de carácter farmacodinámico: potencian la acción de otros depresores centrales: opioides, ansiolíticos, hipnóticos, anestésicos y alcohol
- b. de carácter farmacocinético: por su actividad anticolinérgica pueden retrasar el vaciamiento gástrico y la absorción de otros fármacos. Inversamente, los antiácidos pueden alterar la absorción de los neurolépticos

4. Antidepresivos

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión se dividen en dos grandes categorías: *antidepresivos* y *los inhibidores de la MAO*.

4.1. Antidepresivos tricíclicos

Inhiben los procesos de recaptación de estas aminas y determinan igualmente una mayor concentración de ellas en la sinapsis.

Según su estructura química pueden clasificarse en:

- a. ciclo sin heteroátomos: amitriptilina, nortriptilina, butriptilina, amineptina, noxiptilina, y metiltraceno.
- b. ciclo con un heteroátomo: imipramina, desipramina, clomipramida, lofepramina, timipramina, opipramol, doxepina, dosulepina.
- c. ciclo con más de un heteroátomo: debenzepina, amoxaparina y tianeptina.

I. Acción antidepresiva

La mayoría de los antidepresivos no modifican el estado de ánimo en individuos normales. No producen, en general, efectos euforizantes y, por consiguiente no son fármacos capaces de crear adicción. En pacientes depresivos deben transcurrir al menos de diez a quince días de tratamiento para que se empiece a manifestar el efecto antidepresivo. Este efecto no se manifiesta como euforizante sino más bien como supresor de las ideas o pensamientos depresivos. No obstante, el tratamiento puede conducir a una fase de excitación maníaca en algunos pacientes. El espectro de acción antidepresiva o la rapidez de esta acción no presentan diferencias acusadas entre los distintos fármacos, sino que son más claras las diferencias en la aparición y gravedad de los efectos secundarios.

II. Reacciones adversas

Los efectos adversos de los antidepresivos pueden llegar a manifestarse en el 5% de los pacientes. Varios antidepresivos tienen acciones potentes sobre distintos receptores centrales y periféricos, de donde derivan muchos de los efectos secundarios de estos fármacos.

Los antidepresivos que bloquean selectivamente la recaptación de serotonina muestran menos efectos adversos que los más clásicos.

Entre los más frecuentes se mencionan; sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión postural, palpitaciones, taquicardia, sedación y crisis convulsivas.

4.2. Inhibidores de la MAO

Inhiben la degradación oxidativa de noradrenalina y serotonina, y por lo tanto originan un mayor aporte de estos neurotransmisores a sus correspondientes receptores.

Además, entre los fármacos que no inhiben la MAO se destaca un grupo bastante homogéneo en términos generales, que son los *inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*, los cuales poseen efectos terapéuticos muy similares a los antidepresivos tricíclicos. Se destacan; fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, y citalopram.

Los inhibidores de la MAO se han dividido tradicionalmente en dos grandes grupos:

- a. derivados hidrazínicos: iproniazida, isocarboxazida, fenelzina y nialamida
- b. derivados no hidrazínicos: tranilcipromina y pargilina

Todos los compuestos anteriores inhiben de forma no selectiva las dos formas enzimáticas, A y B, de la MAO

I. Acción antidepresiva

La MAO existe en dos formas funcionales. La forma A desamina preferentemente noradrenalina y serotonina, y es inhibida por clogilina, mientras que la bencilamina y la feniletiamina son sustratos de la forma B enzimática, que es inhibida selectivamente por la selegina; la pargilina a dosis bajas también se comporta como inhibidor selectivo de esta forma.

II. Reacciones adversas

Pueden producir hipertensión, episodios de agitación e incluso hipomanía y, muy raramente, alucinaciones y convulsiones. Además se han señalado otros efectos adversos como neuropatía diabética, aturdimiento, cefaleas, debilidad, fatiga, sequedad de boca y estreñimiento.

5. Antimaníacos o estabilizadores del humor

Sales de Litio

El litio es un metal alcalino monovalente, del que se utilizan varias sales, sobre todo el carbonato y el citrato. Las sales de litio constituyen el tratamiento más específico de la manía, así como la profilaxis más adecuada de la depresión bipolar. El mecanismo de acción de estas no está bien definido.

Los problemas de la terapéutica con litio se derivan de su índice terapéutico es muy bajo y de que existen amplias diferencias interindividuales en la absorción. Por lo tanto, para obtener una respuesta satisfactoria sin la aparición de reacciones adversas de importancia es imprescindible la monitorización de sus niveles plasmáticos.

Reacciones adversas

Cuando los niveles plasmáticos de litio son superiores a 1 mEq/l, suelen presentarse trastornos intestinales y anorexia. Por encima de 1,5 mEq/l aparecen sacudidas musculares, hiperreflexia, ataxia, somnolencia, alteraciones electroencefalográficas e incluso convulsiones. Estos efectos adversos son más probables en pacientes con insuficiencia renal o pacientes con dieta sin sodio o sometidos a tratamiento con diuréticos que provoquen una depleción de este ion.

Entre otros fármacos antimaníacos se encuentran neurolepticos como el haloperidol, que constituyen el tratamiento más usual de los ataques agudos de manía, en ocasiones asociados al litio. También se emplean los antiepilépticos carbamazepina y valproato sódico.

6. Otros fármacos de acción central: analgésicos opioides

A continuación describiremos los analgésicos opioides, mencionando sus principales características y mecanismos de acción, debido a su amplia utilidad terapéutica y su popularidad en el ámbito intrahospitalario.

Los analgésicos opioides constituyen un grupo de fármacos que se caracterizan por poseer afinidad selectiva por los receptores opioides. Como consecuencia de la activación de estos receptores causan analgesia de elevada intensidad, producida principalmente sobre el sistema nervioso central, así como otros efectos subjetivos que tienden a favorecer la instauración de

una conducta de autoadministración denominada fármacodependencia. Su representante principal es la morfina, alcaloide pentacíclico existente en el opio, jugo extraído de la adormidera *Papaver somniferum*.

Morfina

La morfina continúa siendo el fármaco prototipo y el que más se utiliza para fines terapéuticos. Se caracteriza por activar con gran afinidad y potencia los receptores μ . Puede producir sedación y estupor o bien síntomas de bienestar y euforia. El resultado final depende de las circunstancias y del ambiente: situación previa de dolor o insomnio, experiencias anteriores, con o sin adicción. La euforia puede ir seguida de indiferencia y reducción de los impulsos y apetitos internos. Dosis crecientes pueden provocar sueño profundo y coma. La morfina altera el EEG y reduce el ritmo alfa e incrementa el ritmo lento. Dosis muy altas llegan a provocar episodios críticos, con aparición de ritmos rápidos de alto voltaje y paroxísticos, que se acompañan de convulsiones, alternantes con periodos de silencio bioeléctrico.

I. Analgesia

Es su propiedad terapéutica más importante y guarda estricta relación con la dosis. Sirve para aliviar o suprimir dolores de gran intensidad, tanto agudos como crónicos, cualquiera sea su localización. Sin embargo, algunos dolores, como los denominados por desafrentización (ciertas neuralgias, miembro fantasma, etc), se resisten a la acción del opioide. La analgesia es consecuencia de la acción de la morfina sobre los receptores (principalmente μ) situados en diversos puntos del SNC, tanto sobre el sistema aferente que vehicula la información nociceptiva como sobre el sistema eferente que la controla.

La morfina actúa también a nivel límbico y cortical, donde hay abundantes receptores opioides, de este modo el opiáceo no solo suprime o reduce la sensibilidad dolorosa sino que atenúa la percepción del tono desagradable o angustioso del dolor, sustituyéndolo incluso en ocasiones por una sensación de bienestar o de agrado.

Todo este conjunto de acciones ejercidas sobre múltiples sistemas y a niveles tan diversos del neuroeje ejercen, sin duda, un efecto multiplicador y

potenciador, y es la razón de que el efecto analgésico sea tan intenso y tan completo.

II. Depresión respiratoria

La morfina deprime la respiración de manera dosis dependiente, por su acción sobre los receptores μ y δ situados en las neuronas de los núcleos bulbo protuberancias que participan en la función del centro respiratorio, deprimiendo en volumen minuto respiratorio por afectar más la frecuencia que la amplitud; dosis altas llegan a producir ritmos anormales y apnea. La morfina provoca una reducción de la sensibilidad del centro respiratorio al CO_2 y a la hipoxia; por ello desplaza hacia la derecha la curva de relación entre PCO_2 y ventilación alveolar y eleva el umbral apneico.

III. Efectos cardiovasculares

Puede producir bradicardia de origen vagal, más apreciable si la administración es intravenosa; provoca también hipotensión por acción sobre el centro vasomotor, así como por vasodilatación arterial y venosa.

IV. Otras acciones

La morfina suele producir hipotermia de origen hipotalámico. Produce miosis de gran intensidad por acción desinhibidora sobre el núcleo de Edinger-Westphal perteneciente al oculomotor. Provoca con frecuencia náuseas y vómitos, sobre todo tras la primera administración y si el individuo está en posición erecta. Se debe a la activación de la zona quimiorreceptora del área postrema y son controlables con neurolépticos clásicos y benzamidas. Además provoca, retraso en el vaciamiento gástrico, estreñimiento y retención urinaria.

V. Desarrollo de tolerancia

Los opioides desarrollan tolerancia a muchos de sus efectos con relativa rapidez; se manifiesta por el acortamiento en la duración de la acción o por una disminución en la intensidad de la respuesta, lo que obliga a aumentar la dosis.

La velocidad con que se manifiesta no es homogénea, sino que varía con el efecto que se considere; en general se desarrolla más fácilmente a las acciones depresoras (analgesia, depresión respiratoria, euforia, sedación e

hipotensión) y en menor grado a miosis y a la acción gastrointestinal. La rapidez con que aparece es tanto mayor cuanto más intensamente actúa el opioide.

VI. Desarrollo de dependencia física

Cuando una persona recibe en forma crónica morfina u otro opioide por vía sistémica, la suspensión brusca del opioide o la administración de un antagonista desencadena un síndrome de abstinencia, con intensa sintomatología central y vegetativa mayoritariamente simpática, que demuestra la existencia de un estado de dependencia física.

Los siguientes cuadros muestran los factores de riesgo y protección que un individuo posee a lo largo de su proceso vital, frecuentemente relacionados con el uso de psicofármacos.

Tabla N° 1: *Factores de protección frente al uso de psicofármacos*

FACTORES PERSONALES	FACTORES SOCIOFAMILIARES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar los logros ▪ Desarrollar autonomía y seguridad para la acción ▪ Aprender a controlar las respuestas emocionales: berrinches, papel de víctima, respuestas no aseverativas ▪ Tener confianza de lo que se hace, ser efectivo resolviendo problemas y conflictos, reconociendo limitaciones y solicitando ayuda oportunamente ▪ Cultivar desde temprana edad valores espirituales, respeto, solidaridad y honestidad ▪ Dar y recibir afecto en forma apropiada ▪ Evaluar situaciones de exposición a riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser capaz de hacer frente a las presiones de grupo. Mantener y defender las opiniones propias cuando sea necesario ▪ Resolver problemas y conflictos de interrelación ▪ Convivir en grupo, estableciendo relaciones familiares afectuosas y consistentes en el seno familiar ▪ Resolver con objetividad problemas y conflictos en el entorno familiar ▪ Desarrollar y mantener niveles de comunicación adecuadas

Tabla N° 1: Factores de riesgo frente al uso de psicofármacos

RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE	RELACIONADOS AL PSICOTRÓPICO O DROGA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costumbres y cultura vinculada al uso de sustancias ▪ Déficit de áreas y alternativas de recreación y ocupación del tiempo libre ▪ Hacinamiento ▪ Desempleo ▪ Pobreza extrema 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipos de sustancias disponibles ▪ Potencial adictivo de la droga ▪ Grado de disponibilidad ▪ Vía de administración ▪ Patrón y frecuencia de consumo ▪ Dosis consumida
RELACIONADOS CON EL HUÉSPED	
Factores biológicos	Factores psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Congénitos: hijos de consumidores de psicofármacos ▪ Adquiridos: “neuroadaptación” (el cerebro necesita la droga para <i>funcionar adecuadamente</i>) ▪ Antecedente familiar de patología psiquiátrica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de conducta en la infancia ▪ Problemas de identidad ▪ Incapacidad para expresar los afectos ▪ Dificultad para reconocer límites ▪ Exposición frecuente a situaciones de riesgo ▪ Baja tolerancia a la frustración ▪ Necesidad imperiosa por experimentar sensaciones ▪ Impulsividad ▪ Baja autoestima ▪ Ruptura de vínculos afectivos ▪ Ausencia de metas ▪ Actitud favorable y propensa al consumo ▪ Tiempo libre no estructurado
FACTORES SOCIOFAMILIARES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interacción con consumidores ▪ Falta de comunicación con los padres, predominio de maltratos y abusos ▪ Problemas entre la pareja (divorcios, rupturas) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo rendimiento escolar, ausentismo ▪ Aislamiento social ▪ Creencias y mitos ▪ Ausencia de normas claras en la familia ▪ Dificultad para la adaptación

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer los factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería que trabaja en una institución médica del interior del Uruguay

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población según variables socio demográficas, relacionadas al perfil laboral, a la calidad de vida y al consumo de psicofármacos
- Determinar la prevalencia del consumo en la población en estudio
- Determinar las causas que inducen al inicio del consumo
- Conocer los factores que presentan mayor influencia en el consumo de psicofármacos

METODOLOGÍA

Se implementa un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal.

Universo del estudio

El universo de la investigación está constituido por todo el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay, conformado por ciento veintinueve (129) funcionarios.

Selección de la muestra

La muestra está compuesta por aquellos Auxiliares y Licenciados en Enfermería que, siendo correctamente informados sobre las características de la investigación, acceden a participar en la misma. Se entregan 50 cuestionarios con el correspondiente consentimiento informado. De estos son devueltos 33, los cuales conforman la muestra, 12 no son devueltos. Del total de funcionarios invitados solamente uno prefiere no participar de la investigación.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluye a todo aquel Auxiliar y Licenciado en Enfermería, que trabaja en la institución.

Se excluye a toda persona que no desee participar.

VARIABLES A UTILIZAR

Se utilizan variables socio demográficas como edad, sexo, estado civil, conformación del hogar y nivel de instrucción. También se incluyen variables referentes al perfil laboral del encuestado, como cargo que ocupa en la institución, años de antigüedad, actualizaciones extraacadémicas, elección de la profesión, horas trabajadas, exposición a factores de riesgo en el ambiente de trabajo y satisfacción en el ejercicio de la profesión.

En cuanto a los hábitos y calidad de vida se investigan las variables relacionadas al ciclo sueño – vigilia (higiene y calidad del sueño), alimentación, ocio, hábitos de consumo y exposición a factores estresantes personales.

Sobre el consumo de psicofármacos se indagan variables como consumo pasado y actual, motivos de consumo, prescripción médica, dosis y frecuencia, efecto buscado y consumo en el ámbito laboral.

A continuación se presenta las tablas que visualizan de forma clara las variables y sus correspondientes dimensiones e indicadores a investigar.

Variables relacionadas al perfil socio-demográfico		
<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>
Edad	18 a 29	Si / No
	30 a 49	Si / No
	50 a 59	Si / No
	> 60	Si / No
Sexo	Femenino	Si / No
	Masculino	Si / No
Estado Civil	Soltera/o	Si / No
	Casada/o	Si / No
	Viuda/o	Si / No
	Divorciada/o	Si / No
	Unión estable	Si / No
Hogar	Unipersonal	Si / No
	Nuclear completo	Si / No
	Nuclear extendido	Si / No
	No nuclear compuesto	Si / No
	Otras modalidades de convivencia	Si / No
Nivel de Instrucción	Secundaria incompleta	Si / No
	Secundaria completa	Si / No
	Terciaria incompleta	Si / No
	Terciaria completa	Si / No

Variables relacionadas al perfil laboral		
<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>
Cargo que ocupa en la institución	Auxiliar de enfermería	Si / No
	Licenciada/o en enfermería	Si / No
Antigüedad en la institución	Menor a 1 año	Si / No
	Entre 1 y 5 años	Si / No
	Entre 6 y 9 años	Si / No
	Entre 10 y 19 años	Si / No
	20 años o más	Si / No
Actualizaciones extraacadémicas	Especializaciones o posgrados	Si
		No
	Por elección vocacional	Si / No

Elección de la profesión	Porque ser una solución económica a corto o mediano plazo	Si / No
	Por influencia de algún familiar/amigo	Si / No
	Por otro motivo	Especificar
Horas trabajadas habitualmente	6 horas	Si / No
	12 horas	Si / No
	18 horas	Si / No
	Más de 18 horas	Si / No
Factores de riesgo en el ambiente de trabajo	RRHH insuficientes	Si / No
	RRMM insuficientes	Si / No
	Planta física inadecuada	Si / No
	Dificultades en el relacionamiento con el equipo	Si / No
	Dificultades en el relacionamiento con el usuario	Si / No
	Trabajo bajo presión	Si / No
	Ambiente de gran competitividad	Si / No
	Falta de reconocimiento	Si / No
	Conflictos debido a roles	Si / No
	Trabajos repetitivos	Si / No
	Temor a cometer errores	Si / No
	Insatisfacción salarial	Si / No
Otros factores	Especificar	
Satisfacción con la profesión	Gran satisfacción	Si / No
	Satisfacción	Si / No
	Satisfacción, pero con disminución en el entusiasmo del inicio	Si / No
	Insatisfacción	Si / No

Variables relacionadas a hábitos y calidad de vida			
Variable	Dimensión		Indicadores
Ciclo sueño - vigilia	Horario del sueño	Nocturno	Si / No
		Diurno	Si / No
		Mixto	Si / No
		Horario variable en función al trabajo	Si / No
	Horas de sueño	3 a 5 horas	Si / No
		6 a 7 horas	Si / No
		8 o más horas	Si / No
	Calidad del sueño	Muy satisfactorio	Si / No
		Medianamente satisfactorio	Si / No
		Satisfactorio	Si / No
Insatisfactorio		Si / No	
Alimentación	Dieta variada	Si	
		No	
Ocio	Mirar TV	Si / No	
	Escuchar radio / música	Si / No	
Hábitos de consumo de sustancias	Estar con familia o amigos	Si / No	
	Lectura	Si / No	
	Actividad física	Si / No	
	Otros	Especificar	
	No dispone de tiempo libre	Si / No	
	Alcohol	Si / No	
	Analgésicos mayores	Si / No	
	Anestésicos	Si / No	
	Ansiolíticos	Si / No	
	Antidepresivos	Si / No	
	Cocaína	Si / No	
	Marihuana	Si / No	
	Pasta base	Si / No	
	Sedanes	Si / No	
	Tabaco	Si / No	
	Tranquilizantes	Si / No	
	Otros	Especificar	
	Ninguna	Si / No	
	Exposición a factores de riesgo personales	Patología en algún miembro de la familia	Si / No
		Recursos económicos insuficientes	Si / No
Insatisfacción en las necesidades básicas		Si / No	
Insatisfacción personal con lo realizado hasta el momento		Si / No	
Conflictos familiares		Si / No	

Variables relacionadas al consumo de psicofármacos		
<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>
Dolor o patología crónica	Consumo de analgésicos	Si
		No
Consumo pasado	Consumo en los últimos 12 meses	Si
		No
Motivos consumo pasado	Ansiedad	Si / No
	Dificultad en la concentración	Si / No
	Estrés debido a causas laborales	Si / No
	Frustración	Si / No
	Prescripción médica	Si / No
	Tristeza	Si / No
	Cansancio, fatiga	Si / No
	Estrés debido a causas personales o familiares	Si / No
	Insomnio	Si / No
	Sentimiento de angustia	Si / No
Consumo actual	Consumo en el último mes	Si
		No
Prescriptor del medicamento	Médico general	Si / No
	Psiquiatra	Si / No
	Neurólogo	Si / No
	Odontólogo	Si / No
	Anestesista	Si / No
	Otro profesional	Especificar
Cumplimiento de la prescripción	Cumple con indicaciones de dosis y frecuencia	Si / No
	Cumple con indicaciones de dosis pero no de frecuencia	Si / No
	Cumple con indicaciones de frecuencia pero no de dosis	Si / No
	No cumple con indicaciones, consume según le parece apropiado	Si / No
Frecuencia	De forma esporádica	Si / No
	2 o 3 veces a la semana	Si / No
	1 vez al día	Si / No
	2 o más veces al día	Si / No
Efecto buscado	Disminución o desaparición del dolor	Si / No
	Conciliar el sueño	Si / No
	Mantener el sueño	Si / No
	Mantener un estado de mayor alerta	Si / No
	Disminuir la ansiedad	Si / No
	Aliviar sentimientos de tristeza	Si / No
	Otro	Especificar
Consumo en el ámbito laboral	Necesidad de consumo	Si
		No

Recolección de datos

Procedimiento para la recolección de información

La información se recaba mediante la técnica de encuesta, y como instrumento se implementa el cuestionario. No se recaban datos secundarios ya que se toma como única fuente de información la encuesta, por lo que se obtienen exclusivamente datos primarios.

Instrumento para la recolección de datos

El instrumento es elaborado por los investigadores y consiste en un cuestionario semicerrado que es completado por el funcionario que acepte participar en la investigación. Dicho cuestionario está diseñado de forma tal que contemple todas las posibles causas de consumo de psicofármacos.

El cuestionario es entregado a cada participante junto con el consentimiento informado en un sobre. Una vez completo cada participante lo deposita en una urna sellada, procedimiento por el cual se mantiene la confidencialidad de los datos obtenidos.

Métodos para el control de calidad de datos

Validez

El instrumento presenta validez de contenido ya que mide exactamente las variables que se desean investigar. Para aportar validez de constructo el instrumento está fuertemente vinculado al cuerpo de conocimientos que sustenta esta investigación.

Confiabilidad - Prueba piloto

Para asegurar la confiabilidad del instrumento se realiza una prueba piloto durante una semana del mes de agosto de 2011, en una muestra de nueve (9) personas, las cuales poseen iguales características que la población objetivo. Los resultados de esta prueba muestran que el cuestionario reúne las características necesarias para su adecuada comprensión, se completa en un tiempo razonable y es bien recibido por el encuestado.

Objetividad

La objetividad se garantiza mediante la estandarización en la aplicación del instrumento, (esto implica mismas instrucciones e iguales condiciones para todos los participantes de la investigación) y en la evaluación de los resultados.

Ejecución de la recolección de los datos

Luego de la evaluación positiva de la prueba piloto se comienza con la recolección de los datos. En primer lugar se informa al personal sobre la existencia del estudio, sus objetivos, sus beneficios y sus riesgos. Se hace especial hincapié en la lectura previa del consentimiento informado.

Métodos de análisis de los datos

Los datos obtenidos son tabulados individualmente según cada variable. Posteriormente, se agrupan en tablas según perfil socio demográfico, laboral, hábitos y calidad de vida y consumo de psicofármacos.

En definitiva, con el fin de conocer los factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería, se realiza la prueba de independencia entre las variables edad, horas de trabajo, exposición a factores de riesgo en el ámbito laboral, satisfacción con la profesión, horario y calidad del sueño, exposición a factores de riesgo personales y dolor o patología crónica.

La elección de estas variables tiene asidero en el cuerpo de conocimientos recabado para el marco teórico y además en antecedentes de otras investigaciones, tanto nacionales como internacionales. A su vez se fundamentan en las posibles respuestas al problema que plantean los investigadores al inicio del estudio.

Test de chi cuadrado

Es un test de hipótesis que permite contrastar la asociación con la independencia entre dos variables. Se trata de calcular la diferencia total que existe entre los resultados observados y los que teóricamente se darían en ambas variables si éstas no estuvieran relacionadas.

Se plantea la hipótesis nula (H_0) que dice que no existen diferencias significativas entre los resultados observados y los esperados; o bien que las diferencias encontradas se debe al azar.

En el caso que las diferencias encontradas sean excesivamente altas y no puedan ser explicadas por el azar, se niega la hipótesis nula planteada y se afirma la relación entre variables.

Cuanto mayor sean las diferencias entre los resultados observados y los resultados esperados, mayor será el chi, y mayores serán las posibilidades de rechazar la hipótesis nula.

El valor que tiene que alcanzar el chi para rechazar o aceptar la hipótesis nula, se consulta en la tabla de chi (ver Anexo N° II).

Dicha tabla tiene dos entradas: la horizontal, con distintos valores de los niveles de confianza o probabilidad, y la vertical con los distintos grados de libertad, de forma tal que en el cruce del valor del nivel de confianza con el grado de libertad tenemos un número que es el valor máximo que puede alcanzar nuestro chi para no rechazar la hipótesis nula.

Por lo expresado anteriormente para calcular chi cuadrado y lograr su correcta interpretación se deben seguir los siguientes pasos:

- a. Plantear la hipótesis nula que afirma que no existen diferencias entre los resultados observados y los esperados, o bien que no existe relación entre las variables.
- b. Fijar el nivel de confianza; el mismo suele ser del 95%, o bien una probabilidad del 0.05.
- c. Calcular los valores esperados; para calcular los valores esperados se debe multiplicar el total de las columnas por el total de las filas, dividido el total que suman filas y columnas, a continuación se describe un breve ejemplo;

	A	B	Total de las columnas
C	3	2	5
D	7	5	12
Total de las filas	10	7	TOTAL 17

Para calcular el valor esperado para el valor 3, se realiza el calculo: $\frac{5 \times 10}{17} = 33$, por

lo que el valor esperado para el valor 3 es 33.

- d. Calcular el chi mediante la fórmula: $\chi^2 = \sum \frac{(obs - esp)^2}{esp}$.
- e. Calcular los grados de libertad; se obtienen mediante la fórmula: $gl = (f - 1) \times (c - 1)$, siendo f el número de filas y c el número de columnas.
- f. Interpretación: si el chi obtenido es menor o igual que el chi que nos dan las tablas, aceptamos la hipótesis nula. En caso contrario, la rechazamos y aceptamos la relación o dependencia entre las dos variables con el nivel de confianza previamente fijado.

Programas a utilizar para análisis de datos

Los datos se procesan mediante tablas uni y bivariadas realizadas en el Programa Microsoft Excel.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Esta investigación implica aspectos éticos que deben contemplarse estrictamente. Para ello se entrega a cada participante un consentimiento informado, en el cual se explica claramente el propósito, los beneficios y los riesgos del estudio. La información obtenida de cada participante es mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

A su vez para preservar la identidad grupal de los encuestados no se menciona en ningún momento el nombre de la institución donde se realiza la investigación.

RESULTADOS

A continuación se presenta la información mediante tablas uni y bivariadas. *Importante:* siempre se trabaja sobre la misma población con un n=33, sin embargo el número total de cada tabla varía en función de la pregunta realizada. Además existen variables que poseen dimensiones no excluyentes entre sí, en estos casos el encuestado puede contestar más de una opción (tablas N° 11, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 26, 29 y 30).

Tabla N° 1: Distribución de frecuencias para la variable sexo, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Sexo	FA	FR%
Femenino	30	91%
Masculino	3	9%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto 2011.

Sexo: del total de la población (n=33) 91% son mujeres y 3% hombres.

Tabla N° 2: Distribución de frecuencias para la edad en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Edad	FA	FR%
18 - 29 años	11	33%
30 - 49 años	16	49%
50 - 59 años	6	18%
60 años o más	0	-
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Edad: del total de la población (n=33) el 49% se encuentra ubicado dentro del intervalo de edad de treinta a cuarenta y nueve años. El 33% representa al intervalo de dieciocho a veintinueve y el 18% al de cincuenta a cincuenta y nueve años.

Tabla Nº 3: Distribución de frecuencias para el estado civil, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Estado civil	FA	FR%
Casado	10	30%
Divorciado	4	12%
Soltero	12	37%
Unión estable	6	18%
Viudo	1	3%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Estado civil: del total de la población (n=33) el 37% es soltero, el 30% casado, el 18% unión estable, el 12% divorciado y el 3% es viudo.

Tabla Nº 4: Distribución de frecuencias para la conformación del hogar, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Hogar	FA	FR%
Unipersonal	3	9%
Nuclear completo	14	43%
Nuclear extendido	6	18%
No nuclear compuesto	2	6%
Otras modalidades de convivencia	8	24%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Conformación del Hogar: del total de la población (n=33) el 43% vive en un hogar nuclear completo (hogar particular integrado por ambos cónyuges con o sin hijos). El 18% corresponde a hogar extendido, esto es la convivencia de pareja / cónyuges e hijos más

otros parientes. El 9% viven solos y el 6% conforman hogares no nucleares compuestos, es decir el encuestado convive con al menos una persona no familiar.

El 24% presenta otras modalidades de convivencia.

Tabla N° 5: Distribución de frecuencias para el nivel de instrucción del personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Nivel de instrucción	FA	FR%
Secundaria incompleta	12	37%
Secundaria completa	5	15%
Terciaria incompleta	10	30%
Terciaria completa	6	18%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Nivel de instrucción: del total de la población (n=33) el 37% cuenta con secundaria incompleta, mientras que el 15% presenta secundaria completa. En el nivel terciario se encuentra que el 30% de la población presenta terciaria incompleta completándose con el 18% que culminó este nivel de instrucción.

Tabla N° 6: Distribución de frecuencias para el cargo que ocupa el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Cargo	FA	FR%
Auxiliar de Enfermería	26	79%
Licenciada/o en Enfermería	7	21%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Cargo: del total de la población (n=33) el 79% ocupa el cargo de Auxiliar mientras que el 21% corresponde a los Licenciados en Enfermería.

Tabla Nº 7: Distribución de frecuencias para la antigüedad en años, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Antigüedad	FA	FR%
Menos de un año	8	24%
Entre 1 y 5 años	11	34%
Entre 6 y 9 años	5	15%
Entre 10 y 19 años	4	12%
20 años o más	5	15%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Antigüedad: del total de la población (n=33) el 34% posee una antigüedad en la institución de entre uno y cinco años, el 24% menor a un año, el 15% entre seis y nueve años al igual que los que presentan veinte años o más en la institución y el 12% entre diez y diecinueve años.

Tabla Nº 8: Distribución de frecuencias para la realización de especialización o posgrado, del personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Especialización o posgrado	FA	FR%
Si	13	39%
No	20	61%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Especialización o posgrado: del total de la población (n=33), el 61% no posee especializaciones o posgrados en contraste con el 39% que sí lo tiene.

Tabla Nº 9: Distribución de frecuencias para las razones por las cuales elegir dedicarse a enfermería, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Razones para elegir enfermería	FA	FR%
Elección vocacional	29	88%
Solución económica a corto o mediano plazo	2	6%
Influencia de familiar o amigo	2	6%
Otros motivos	0	-
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Razones por las cuales elegir dedicarse a enfermería: del total de la población (n=33) el 88% sigue enfermería por elección vocacional y el 6% sea por una solución económica a corto o mediano plazo o por influencia de familiar o amigo.

Tabla Nº 10: Distribución de frecuencias para las horas de trabajo diarias, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Horas de trabajo diarias	FA	FR%
6 horas	22	67%
12 horas	8	24%
18 horas	3	9%
18 horas o más	0	-
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Horas de trabajo diarias: del total de la población (n= 33) 67% trabaja seis horas, el 24% doce horas y el 9% dieciocho horas.

Tabla Nº 11: Distribución de frecuencias para la exposición a factores de riesgo en el ambiente de trabajo, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Exposición a factores de riesgo en el ambiente de trabajo	FA	FR%
Recursos humanos insuficientes	20	61%
Recursos materiales insuficientes	5	15%
Planta física inadecuada	10	30%
Dificultad en el relacionamiento con el usuario	4	12%
Dificultad en el relacionamiento con el equipo	7	21%
Trabajo bajo presión	9	27%
Ambiente de gran competitividad	10	30%
Falta de reconocimiento por la labor realizada	19	58%
Conflictos debido al rol que cumple	2	6%
Trabajo repetitivo y escasamente motivador	8	24%
Temor a cometer errores en medicación, procedimientos	8	24%
Insatisfacción con la remuneración económica	18	55%
Otros	0	-
Ninguno	3	9%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Exposición a factores de riesgo en el ambiente de trabajo: (n=33) se consideran expuestos a recursos humanos insuficientes el 61% de la población encuestada, falta de reconocimiento por la labor realizada 58%, insatisfacción con la remuneración económica 55%, recursos materiales insuficientes 15%, planta física inadecuada 30%, ambiente de gran competitividad 30%, trabajo bajo presión 27%, trabajo repetitivo y escasamente motivador 24%. Se consideran expuestos al temor a cometer errores en medicación o procedimientos 24%, dificultad en el relacionamiento con el equipo 21%, dificultad en el relacionamiento con el usuario 12% y conflictos debido al rol que cumple 6%. El 9% de la población no se encontró expuesto a ninguno de los factores citados.

Tabla Nº 12: Distribución de frecuencias para la satisfacción con la profesión, del personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Satisfacción con la profesión	FA	FR%
Me satisface mucho, no podría dedicarme a otra profesión en mi vida	6	18%
Me satisface	19	58%
Me satisface, pero he perdido el entusiasmo del inicio	7	21%
No me satisface	0	-
No contesta	1	3%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.*

Satisfacción con la profesión: al 58% de la población (n= 33) le satisface la profesión, al 21% le satisface pero ha perdido el entusiasmo del inicio y al 18% le satisface mucho, tanto que no podría dedicarse a otra profesión en su vida. El 3% de la población no contesta a esta pregunta.

Tabla Nº 13: Distribución de frecuencias para el horario del sueño, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Horario del sueño	FA	FR%
Nocturno	17	52%
Diurno	2	6%
Mixto	1	3%
Horario varía en función al trabajo	13	39%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.*

Horario del sueño: 52% de la población (n=33) duerme en el horario nocturno, el 39% lo hace en función del trabajo, el 6% duerme en el horario diurno y el 3% en forma mixta, es decir varía entre horario diurno y nocturno.

Tabla Nº 14: Distribución de frecuencias para las horas diarias de sueño, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Horas de sueño por día	FA	FR%
3 a 5 horas	8	24%
6 a 7 horas	19	58%
8 horas o más	5	15%
No contesta	1	3%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Horas de sueño: del total de la población (n= 33) el 58% duerme entre seis y siete horas por día habitualmente, el 24% entre tres y cinco horas y el 15% ocho horas o más. El 3% no contesta a esta pregunta.

Tabla Nº 15: Distribución de frecuencias para la calidad del sueño, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Calidad del sueño	FA	FR
Muy satisfactorio	4	12%
Medianamente satisfactorio	10	30%
Satisfactorio	14	43%
Insatisfactorio	5	15%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Calidad del sueño: del total de la población (n=33) el 43% califica su sueño como satisfactorio, el 30% medianamente satisfactorio, el 15% insatisfactorio y el 12% muy satisfactorio.

Tabla Nº 16: Distribución de frecuencias para la realización de una dieta variada, del personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Dieta variada	FA	FR%
Si	17	52%
No	16	48%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Dieta variada: del total de la población (n=33) el 52% realiza una dieta variada mientras que el 48% no le es posible realizarla.

Tabla Nº 17: Distribución de frecuencias para ocupación de tiempo libre, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Ocupación de tiempo libre	FA	FR%
Mirar TV	18	55%
Escuchar radio / música	18	55%
Estar con familia y amigos	30	91%
Leer	14	42%
Actividad física	4	12%
Otros	4	12%
No tengo tiempo libre	1	3%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Ocupación de tiempo libre: el 91% de la población en estudio (n=33) emplea su tiempo libre para estar con familia y amigos, el 55% mira TV y escucha radio / música. El 42% dedica este tiempo a la lectura y el 12% realiza actividad física. Ocupan su tiempo libre en otras actividades el 12%. El 3% no dispone de tiempo libre.

Tabla Nº 18: Distribución de frecuencias para el consumo de sustancias en el último mes, del personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Consumo de sustancias en el último mes	FA	FR%
Alcohol	8	24%
Analgésicos mayores	2	6%
Anestésicos	1	3%
Ansiolíticos	4	12%
Antidepresivos	5	15%
Cocaína	0	-
Marihuana	0	-
Pasta base	0	-
Sedantes	2	6%
Tabaco	4	12%
Tranquilizantes	1	3%
Otras	3	9%
Ninguna	19	58%
No contesta	2	6%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Consumo de sustancias en el último mes: del total de estudiados (n=33) 24% consumen alcohol, 15% antidepresivos, 12% ansiolíticos, 12% tabaco, 6% analgésicos mayores y sedantes y 3% anestésicos y tranquilizantes. Un 9% del total refiere consumir otras sustancias, mientras que el 58% no consume ninguna sustancia en el último mes. En esta pregunta un 6% de los encuestados no emite una respuesta.

Tabla N° 19: Distribución de frecuencias para la exposición a factores de riesgo personales, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Exposición a factores de riesgo personales	FA	FR%
Patología en algún miembro de la familia	10	30%
Recursos económicos insuficientes	11	33%
Insatisfacción en las necesidades básicas	6	18%
Insatisfacción personal con lo realizado hasta el momento	7	21%
Conflictos familiares	5	15%
No contesta	7	21%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Exposición a factores de riesgo personales: del total de funcionarios encuestados (n=33) el 33% se encuentra expuesto a recursos económicos insuficientes, el 30% a presencia de una patología en algún miembro de la familia, el 21% a insatisfacción personal con lo realizado hasta el momento, el 18% a insatisfacción en las necesidades básicas y 15% se encuentra expuesto a conflictos familiares. No contesta a esta pregunta el 21%.

Tabla Nº 20: Distribución de frecuencias para dolor o patología crónica que requiere analgésicos, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Dolor o patología crónica que requiera analgésicos	FA	FR%
No	20	61%
Sí	10	30%
No contesta	3	9%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Dolor o patología crónica que requiere analgésicos: del total de la población (n=33) el 61% no posee dolor o patología crónica que requiera analgésicos, mientras que el 30% sí presenta. El 9% de la muestra no contesta a esta pregunta.

Tabla Nº 21: Distribución de frecuencias para el consumo de psicofármacos en los últimos 12 meses, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Consumo de psicofármacos en los últimos 12 meses	FA	FR%
No	19	58%
Si	13	39%
No contesta	1	3%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Consumo de psicofármacos en los últimos 12 meses: del total de la población (n=33) el 58% no consume psicofármacos en los últimos 12 meses, el 39% sí lo hace y el 3% no contesta esta pregunta.

Tabla N° 22: Distribución de frecuencias para psicofármacos consumidos en los últimos 12 meses, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Psicofármacos consumidos en los últimos 12 meses	FA	FR%
Alprazolam	1	8%
Clonazepam	2	15%
Diazepam	3	23%
Perifar con codeína	1	8%
Setralina	1	8%
Tramadol	1	8%
Zolpidem	1	8%
No contesta	3	23%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Psicofármacos consumidos en los últimos 12 meses: dentro de los que consumen psicofármacos en los últimos 12 meses (n=13) el Diazepam es el más consumido representando el 23% del total, seguido del Clonazepam con el 15%, posteriormente Alprazolam, Perifar con Codeína, Setralina, Tramadol y Zolpidem con el 8% respectivamente. El 23% no contesta a esta pregunta.

Tabla Nº 23: Distribución de frecuencias para los motivos que conducen a consumir por primera vez psicofármacos, del personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Motivos que conducen a consumir psicofármacos por primera vez	FA	FR%
Ansiedad	4	31%
Dificultad en la concentración	2	15%
Estrés debido a causas laborales	2	15%
Frustración	1	8%
Prescripción médica	2	15%
Tristeza	6	46%
Cansancio, fatiga	1	8%
Dolor o patología constante	3	23%
Estrés debido a causas personales o familiares	4	31%
Insomnio	5	38%
Sentimiento de angustia	5	38%
Otros motivos	1	8%
No contesta	1	8%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Motivos que conducen a consumir por primera vez psicofármacos: de los que consumen psicofármacos (n=13) el 46% revela que recurre a ellos por primera vez debido a tristeza, seguido de insomnio y sentimiento de angustia con el 38% para cada uno, el 31% consume por primera vez debido a ansiedad y a estrés generado por causas personales dolor o patología constante 23%, 15% por estrés generado por causas laborales, por dificultad en la concentración y por prescripción médica. El 8% revela como motivo origen del consumo la frustración. Refieren otros motivos 8%, en tanto que otro 8% no contesta a esta pregunta.

Tabla N° 24: Distribución de frecuencias para el efecto buscado tras el consumo de psicofármacos, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Efecto buscado tras el consumo de psicofármacos	FA	FR%
Aliviar sentimientos de tristeza	4	31%
Conciliar el sueño	6	46%
Disminución o desaparición del dolor	2	15%
Disminuir la ansiedad	3	23%
Mantener el sueño	1	8%
Mantenerme en un estado de mayor alerta	0	-
Otro motivo	1	8%
No contesta	2	15%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Efecto buscado tras el consumo de psicofármacos: de los que consumen (n=13) el 46% admite que con el consumo busca conciliar el sueño, 31% aliviar sentimientos de tristeza, 23% disminuir la ansiedad, 15% disminuir o desaparecer el dolor, 8% para mantener el sueño y debido a otros motivos respectivamente. El 15% no contesta a esta pregunta.

Tabla N° 25: Distribución de frecuencias para el consumo actual de psicofármacos, del personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Consumo actual de psicofármacos	FA	FR%
No	21	64%
Sí	10	30%
No contesta	2	6%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Consumo actual de psicofármacos: del total de la población (n= 33) el 64% no consume psicofármacos actualmente, mientras que el 30% sí lo hace. El 6% no contesta a esta pregunta.

Tabla N° 26: Distribución de frecuencias para los motivos por los cuales continuar consumiendo psicofármacos, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Motivos por los cuales continuar con el consumo de psicofármacos	FA	FR%
Ansiedad	1	10%
Depresión	1	10%
Dificultad en conciliar el sueño	2	20%
Prescripción médica	1	10%
Tratamiento del dolor	1	10%
No contesta	4	40%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Motivos por los cuales continuar con el consumo de psicofármacos: (n=10) de los que consumen psicofármacos actualmente, el 20% consume por dificultad para conciliar el sueño, manifiestan ansiedad, depresión, prescripción médica y tratamiento del dolor, en iguales proporciones, con el 10%. El 40% no contesta a esta pregunta. Estos resultados son obtenidos mediante una pregunta abierta.

Tabla N° 27: Distribución de frecuencias para frecuencia de consumo, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Frecuencia de consumo	FA	FR%
De forma esporádica	1	10%
Dos o tres veces a la semana	1	10%
Una vez al día	5	50%
Dos o más veces al día	1	10%
No contesta	2	20%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Frecuencia de consumo: de los que consumen psicofármacos actualmente (n=10) el 50% lo hace una vez al día, el 10% de forma esporádica, dos o tres veces a la semana o dos o más veces al día.

Tabla N° 28: Distribución de frecuencias para prescripción médica, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Prescripción médica	FA	FR%
No	3	30%
Sí	7	70%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Prescripción médica: de los que consumen psicofármacos actualmente (n=10) el 70% consume por prescripción de un profesional, mientras que el 30% no cuenta con prescripción médica.

Tabla Nº 29: Distribución de frecuencias para la variable prescriptor de la medicación, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Prescriptor de la medicación	FA	FR%
Médico general	2	29%
Psiquiatra	5	71%
Neurólogo	1	14%
Odontólogo	0	-
Anestesiista (terapia del dolor)	1	14%
Otro profesional	1	14%
No contesta	2	29%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Prescriptor de la medicación: en el 71% de los casos en que consumen psicofármacos actualmente (n=10) es el psiquiatra quien prescribe el fármaco, en el 29% de los casos es el médico general. El neurólogo, el anestesiista (terapia del dolor) y otros profesionales lo indican en el 14% de los casos. El 29% de los encuestados no contesta a esta pregunta.

Tabla Nº 30: Distribución de frecuencias para los motivos de la prescripción médica, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Motivos de la prescripción médica	FA	FR%
Angustia	1	14%
Ansiedad	2	29%
Artrosis de cadera	1	14%
Cambios del humor	1	14%
Conciliación del sueño	1	14%
Depresión	1	14%
Dolor intenso	1	14%
Insomnio	1	14%
Lumbociatalgia	1	14%
Migraña	1	14%
Tristeza	1	14%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Motivos de la prescripción médica: dentro de los que cuentan con prescripción médica (n=7), el motivo de prescripción que se presenta en mayor frecuencia es la ansiedad, con un porcentaje de 29%, luego, con el 14% para cada opción: angustia, artrosis de cadera, cambios en el humor, conciliación del sueño, depresión, dolor intenso, insomnio, lumbociatalgia, migraña y tristeza. Estos resultados son obtenidos mediante una pregunta abierta.

Tabla N° 31: Distribución de frecuencias para el cumplimiento de la prescripción, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Cumplimiento de la prescripción	FA	FR%
Cumple con indicaciones de dosis y frecuencia	3	43%
Cumple con indicaciones de dosis pero no de frecuencia	1	14%
Cumple con indicaciones de frecuencia pero no de dosis	1	14%
No cumple con indicaciones, consume según me parece apropiado	2	29%
TOTAL	7	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Cumplimiento de la prescripción médica: de los que cuentan con prescripción médica ($n=7$) el 43% cumple con indicaciones de dosis y frecuencia. El 29% no cumple con indicaciones, consume según le parece apropiado. El 14% cumple con indicaciones de dosis pero no de frecuencia, y el 14% restante cumple con indicaciones de frecuencia pero no de dosis.

Tabla N° 32: Distribución de frecuencias para el sentimiento de necesidad de consumo de psicofármacos en el ámbito laboral, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Necesidad de consumo de psicofármacos en el ámbito laboral	FA	FR%
No	29	88%
Sí	1	3%
No contesta	3	9%
TOTAL	33	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Necesidad de consumo de psicofármacos en el ámbito laboral: del total de la población ($n=33$), el 88% no siente necesidad de consumir en el ámbito laboral, el 3% sí lo siente y el 9% no contesta a esta pregunta.

Tabla Nº 33: Distribución chi cuadrado para el consumo de psicofármacos según distintas variables, en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Variable	Población	Test utilizado	Valor obtenido	Valor crítico	Asociación
Edad	n= 32	Test de χ^2	$\chi^2= 7,06$	$\chi^2 = 5,99$ g.l= 2	Si $p < 0,05$
Nº de horas trabajadas habitualmente	n= 32	Test de χ^2	$\chi^2= 0,132$	$\chi^2 = 5,99$ g.l= 2	No
Exposición a factores de riesgo en el ambiente de trabajo	n= 121	Test de χ^2	$\chi^2= 8,766$	$\chi^2 = 21,03$ g.l= 12	No
Satisfacción con la profesión	n= 31	Test de χ^2	$\chi^2= 8,63$	$\chi^2 = 5,99$ g.l= 2	Si $p < 0,05$
Horario del sueño	n= 32	Test de χ^2	$\chi^2= 2,34$	$\chi^2 = 7,81$ g.l= 3	No
Horas diarias de sueño	n= 31	Test de χ^2	$\chi^2= 1,91$	$\chi^2 = 5,99$ g.l= 2	No
Calidad del sueño	n= 32	Test de χ^2	$\chi^2= 9,68$	$\chi^2 = 7,81$ g.l= 3	Si $p < 0,05$
Exposición a factores de riesgo personales	n= 39	Test de χ^2	$\chi^2= 5,145$	$\chi^2 = 9,49$ g.l= 4	No
Dolor o patología crónica que requiere analgésicos	n= 30	Test de χ^2	$\chi^2= 9,9$	$\chi^2 = 3,84$ g.l= 1	Si $p < 0,05$

Fuente: Encuesta aplicada sobre Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay; agosto del 2011.

Esta tabla muestra la relación entre el consumo de psicofármacos y las siguientes variables: edad, horas de trabajo, exposición a factores de riesgo laboral, satisfacción con la profesión, horario y calidad del sueño, exposición a factores de riesgo personales y presencia de dolor o patología crónica (desarrollo del procedimiento en anexo I). La edad, la satisfacción con la profesión, la calidad del sueño y el dolor o patología crónica que requiere el consumo de analgésicos se asocian con el consumo de psicofármacos. Mientras que las restantes variables no presentan asociación con el mismo.

ANÁLISIS

Los siguientes datos conforman el *perfil socio demográfico* de la población de enfermería. El 49% de la población estudiada se encuentra en el intervalo de edad de entre treinta a cuarenta y nueve años, seguido de un 33% ubicado en el intervalo de dieciocho a veintinueve. El 91% es de sexo femenino. En relación al estado civil el 37% son solteros, 30% casados y un 18% presenta unión estable. El 37% cuenta con secundaria incompleta y un 30% con terciaria incompleta. En cuanto a la conformación del hogar el 43% corresponde a hogar nuclear completo (pareja o cónyuge con o sin hijos) y el 24% presenta otras modalidades de convivencia.

En relación al *perfil laboral* el 79% de la muestra son Auxiliares de Enfermería mientras que el 21% corresponde a Licenciados. El 15% del personal encuestado presenta una antigüedad en la institución entre seis y nueve años, 34% entre uno y cinco, y el 24% no completa el año de trabajo en la misma, el 15% trabaja hace más de veinte años. El 39% de la muestra ha realizado algún tipo de especialización o posgrados. El 88% de los encuestados decidió dedicarse a enfermería por elección vocacional. El 67% trabaja seis horas diarias en tanto 24% lo hace durante doce horas habitualmente. En relación a los factores de riesgo laborales se identifica que el 61% se siente expuesto a trabajar en un ámbito donde los recursos humanos son insuficientes, 58% expresa falta de reconocimiento por la labor realizada y un 55% insatisfacción con la remuneración económica percibida. Al indagar sobre la satisfacción en la realización con las tareas de enfermería se obtiene que si bien el 58% se encuentra satisfecho con las mismas, existe un 21% de la muestra que le satisface pero ha perdido el entusiasmo del inicio. Esto puede estar relacionado con los múltiples roles que la enfermera cumple en su labor cotidiana, con la presión generada por el déficit de recursos humanos y con la insatisfacción en cuanto a la remuneración económica percibida. Todos estos factores tienen consecuencias en la calidad de la atención que se brinda al usuario.

En lo referente a *hábitos y calidad de vida* de la población en estudio, se obtiene que el 52% de los encuestados duerme en el horario nocturno, mientras que el 39% varía su horario de sueño en función del trabajo. Un 58% dice dormir de seis a siete horas diarias y un 24% de tres a cinco. El 43% califica su sueño como satisfactorio, 30% medianamente satisfactorio y 15% lo considera insatisfactorio. El 52% de la muestra logra mantener una dieta adecuada y el 48% no. Un 3% dijo no disponer de tiempo libre, 91% de

los que sí disponen lo utiliza para estar con familia y/o amigos, 55% escuchan música y miran televisión y un 42% dedican este tiempo a la lectura.

Se indaga sobre el consumo de sustancias varias en el último mes, obteniendo como resultado que el 24% consume alcohol, 15% antidepresivos, 12% ansiolíticos, 12% tabaco, 6% analgésicos mayores, 6% sedantes, 3% anestésicos y tranquilizantes en igual porcentaje.

Varios de estos datos se corresponden con los encontrados en las investigaciones sobre epidemiología nacional², donde el consumo de alcohol, el tabaco, los tranquilizantes y antidepresivos son las sustancias legales más consumidas.

En relación a la exposición a factores de riesgo en el ámbito personal 33% refiere recursos económicos insuficientes, 30% patología en algún miembro de la familia, 21% insatisfacción personal con lo realizado hasta el momento, 18% insatisfacción en las necesidades básicas y un 15% presenta conflictos familiares.

En cuanto al *consumo de psicofármacos* se obtiene que 61% no presenta dolor o patología crónica que haya requerido consumo de analgésicos, mientras que el 30% sí lo presenta. Estos resultados se condicen con los encontrados en estudios realizados a nivel internacional que afirman que “(...) *la presencia de enfermedad psíquica o física incrementa de forma significativa el consumo de psicofármacos (...)*”.³

El 39% refiere haber consumido psicofármacos en los últimos doce meses, el 58% no presenta consumo de éstos. el psicofármaco más consumido es el diazepam con el 23%, junto con el clonazepam en igual porcentaje. con el 8% se presentan otros fármacos como el alprazolam, zolpidem, sertralina, tramadol y perifar con codeína, o sea, los grupos de psicofármacos más consumidos son los ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos mayores.

Entre los motivos que conducen a consumir por *primera vez* se encuentra que consume por tristeza el 46%, debido a sentimiento de angustia el 38%, por insomnio también 38%, debido a causas de estrés de índole personal 31% y por dolor constante 23%. Un 15% de la población en estudio refiere que consume por primera vez debido a causas de estrés en lo laboral, por dificultad para mantener la concentración o por prescripción médica.

² Junta Nacional de Drogas, *Cuarta Encuesta Nacional en hogares sobre consumo de drogas*, Noviembre - Diciembre de 2006.

³ *El origen y las razones del consumo de psicofármacos y analgésicos en la población general*, Catanabria, España, 1990.

En la *actualidad* consume un 30% del total de la población, de donde el 20% los utiliza con el fin de conciliar el sueño y el 50% recurre a ellos diariamente. De este último grupo el 70% cuenta con prescripción médica, donde la mayor prescripción la realiza el psiquiatra y el médico general con el 71% y 29% respectivamente. A su vez el 14% consume psicofármacos prescritos por neurólogos y anestesistas como parte del tratamiento del dolor. De las patologías encontradas en los casos de consumo se observan patologías osteoarticulares, ansiedad, insomnio, depresión, dolor intenso y migraña, presentándose todas en iguales porcentajes. El 43% cumple con indicaciones tanto de dosis como de frecuencia, mientras que el 29% consume según le parece adecuado.

Se puede establecer una clara diferencia entre los motivos que conducen al inicio del consumo y los que contribuyen a su continuación. Se observa que el consumo se presenta por primera vez debido a tristeza, angustia e insomnio. En contraste, la dificultad en la conciliación del sueño ocupa el primer lugar entre las causas de continuación del consumo.

Durante el horario de trabajo el 88% manifiesta no sentir necesidad de consumir ningún tipo de psicofármacos.

Prueba de independencia entre variables

En el siguiente apartado se describen los resultados obtenidos mediante la prueba de independencia entre variables. Se relaciona la variable consumo de psicofármacos con la edad, horas de trabajo, exposición a factores de riesgo en el ámbito laboral, satisfacción con la profesión, horario y calidad del sueño, exposición a factores de riesgo personales y dolor o patología crónica.

Los factores que generan estrés en lo personal no tienen vinculación con el consumo de psicofármacos. Asimismo el consumo de psicofármacos no está relacionado con el número de horas de sueño, ni tampoco con el horario en que la persona descansa.

Los factores de riesgo en el ámbito laboral que se encuentran presentes en un alto porcentaje son, en primer lugar, el déficit de recursos humanos, seguido de la falta de reconocimiento por la labor realizada y por último la insatisfacción con la remuneración económica percibida. No obstante, estos factores no presentan vinculación con el consumo de psicofármacos.

Una característica de la población en estudio es que presenta bajo porcentaje de multiempleo, dicho factor tampoco se encuentra relacionado al consumo de psicofármacos.

La edad constituye uno de los factores que sí presenta vinculación con el consumo, siendo el intervalo más afectado el comprendido entre los treinta y los cuarenta y nueve años de edad. Se observa que existe relación entre la calidad del sueño y el consumo de psicofármacos, siendo las personas que consideran su sueño como insatisfactorio o medianamente satisfactorio las que consumen en mayor proporción.

Indagando sobre el sentimiento de satisfacción en la realización de las tareas de enfermería se conoce que las personas que han perdido el entusiasmo del inicio de su profesión recurren al uso de psicofármacos. Esto demuestra que existe relación entre estas variables.

En relación a la presencia de dolor o patología crónica en el personal enfermero, se observa notoriamente el vínculo existente con el consumo de psicofármacos.

CONCLUSIÓN

Se logra establecer el perfil de la población de enfermería, obteniéndose que la mayoría son mujeres, en edad adulta, Auxiliares de Enfermería, con secundaria incompleta y con una antigüedad en la institución de entre uno y cinco años. El multiempleo no forma parte de la realidad de esta población. Expresan sentirse expuestos a trabajar con recursos humanos insuficientes, falta de reconocimiento por la labor realizada e insatisfacción con la remuneración económica principalmente. La mayoría de los encuestados elige dedicarse a enfermería por elección vocacional y se encuentra satisfecho en el ejercicio de su profesión.

De la población en estudio consume psicofármacos actualmente un 30%. Los grupos de psicofármacos más consumidos son los ansiolíticos, antidepresivos y los analgésicos mayores.

Las principales causas que participan en el inicio del consumo son la tristeza, angustia e insomnio. Este último es uno de los motivos que participa tanto en el inicio del consumo como en su permanencia, protagonizando el principal factor en la continuación del mismo. La mayoría consume diariamente, por lo que se estima que esto tiene vinculación con la dificultad para conciliar el sueño. A su vez, se correlaciona con el efecto más buscado tras el consumo de psicofármacos, poder conciliar el sueño.

Con la realización de este estudio se logra conocer que los factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería son: la edad, la satisfacción en la realización de las tareas de enfermería, la calidad del sueño y la presencia de dolor o patología crónica.

Se concluye que el estudio cumple con los objetivos planteados.

Se obtiene excelente recepción y participación por parte de los encuestados.

Con la realización de este estudio se logra crear una base de conocimientos para futuras investigaciones.

SUGERENCIAS

Se sugiere que existan instancias de participación grupal en el ámbito laboral, donde se fomente la comunicación entre los miembros del equipo y la expresión de inquietudes tanto personales como laborales, para prevenir posibles causas de estrés. Estas instancias deben ser guiadas por profesionales de salud mental y salud laboral.

Crear políticas institucionales para favorecer la motivación del funcionario, reconociendo la importancia de su labor cotidiana, fundamental para la satisfacción personal del enfermero y por ende para la calidad de la asistencia brindada al usuario.

Se espera que este estudio funcione como incentivo para otras investigaciones con las cuales se logre mejorar las condiciones laborales para la enfermería.

ESTUDIOS CITADOS

1. Vazquez-Barquero J L, Diez Manrique J F, Peña Martin C, Artal J, Arias Bal M, Iglesias C, Garcia A. Origen y razones del consumo de psicofármacos y analgésicos en la población general [Internet] Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1990/revista-32/04-origen-y-razones-del-consumo-de-psicofarmacos-y-analgescicos-en-la-poblacion-general.pdf> [Consultado: febrero 2010].
2. Álvarez Hurtado A, Vázquez García V, Carretero Ares J, De Teresa Romero G, Alonso Del Teso F, González Las Heras R. Consumo habitual de fármacos en tratamientos prolongados en la provincia de Valladolid. [Internet] Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud6/382-386.pdf> [Consultado: abril 2010].
3. Torres Esperón M, Omayda Urbina L. Funciones y Competencias en Enfermería. La Habana: Ciencias médicas; 2008.
4. Sicras-Mainara A, Peláez de Loñob J, Castellá Rosalesb A, Rodríguez Darriba M. Consumo de psicofármacos inapropiados en residencias geriátricas: estudio comparativo entre los años 2001 y 2006. España. 2008. [Internet] Disponible en: http://www.sefh.es/fh/88_7.pdf [Consultado: febrero 2010].
5. Secades Villa R, Rodríguez García E, Valderrey Barbero J, Fernández Hermida J, Vallejo Seco G, Jiménez García J, El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias. España. 2003 [Internet] Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1119.pdf> [Consultado: marzo 2010].
6. Gil García E, Romo Avilés N, Poo Ruiz M, Meneses Falcon C, Markez Alonso L, Vega Fuente A. Atención primaria: Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. Vol 35, Mayo 2005. [Internet] Disponible en: www.grupigia.com/descargas/IECO3_generoypsicofarmacos.pdf [Consultado: mayo 2010].
7. Villena Ferrer A, Téllez Lapeira J, Morena Rayo S, Donato Gallart E, Almar Marqués E. Consumo de psicofármacos. Influencia de la disfunción familiar. 2004. [Internet] Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/informacion_farmacologica/17580/ [Consultado: febrero 2010].
8. Konfederak M, Thomas G, Montenegro B, Lopez L, Perez U, Gil Costa J, Genezona L. Consumo de psicofármacos en la población general del conurbano bonaerense: comparación entre distintas zonas y con la ciudad de Buenos Aires. Revista Argentina de Psiquiatria. Vol XVIII. Nro 72. marzo-abril 2007. [Internet] Disponible en: www.editorialpalemos.com.ar/r72.htm [Consultado: mayo 2010].

9. Prevalencia, nivel de dependencia y factores sociodemográficos según consumo de sustancia psicoactivas licitas en trabajadores de salud mental de una institución de tercer nivel de atención. [Internet] Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis19.pdf> [Consultado: en junio de 2010].
10. Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. [Internet] <http://www.coplaspalmas.org/06libro/Adicciones.ocultas.pdf> [Consultado: julio de 2010].
11. Díaz Molina M, Herrera Llópiz A, Mateu Lopez L. Revista cubana de farmacia. Uso y abuso de psicofármacos: diseño de una actividad del proyecto comunitario con el museo de la farmacia habanera. Vol 42 n 2. ciudad de la Habana. Mayo 2008. [Internet] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/far/vol42_2_08/far13208.htm [Consultado: mayo 2010].
12. García G, Vignolo J, Contera M, Murillo N. Consumo de psicofármacos en el Centro de Salud Sayago. Rev Med Uruguay 2000; 18: 154-160. [Internet] Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2002v2/art6.pdf> [Consultado: mayo 2010].
13. Riva JA, Servente LT, Falcón HA, Bernardi RE, Uso de psicofármacos en población internada en un hospital universitario de adultos. Rev. Med. Uruguay 2000; 16:201-211. [Internet] Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2000v3/art4.pdf> [Consultado: julio 2010].
14. Barreiro G, Benia W, Francolino C, Dapuetto J, Sztern P, Ganio M. Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anesthesiólogos e internistas en Uruguay. Anest Analg Reanim v.17 n.1 Montevideo ago. [Internet] 2001. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0255-81222001000100005&script=sci_arttext [Consultado: mayo 2010].
15. Bielli A. Los psicofármacos como tecnología social: los antidepresivos en el Uruguay. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación. ISSN 1681-5645. Nº 7, Septiembre-Diciembre de 2006. [Internet] Disponible en: <http://www.oei.es/revistactsi/numero7/articulo05.htm> [Consultado: julio 2010].
16. Fielitz P, Suárez H, Escobal M, Frontini MA, López-Rega G, Navarro V, Rodríguez-Formoso L, Storch A, García S, Do Campo O. Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de Emergencia psiquiátrica. Hospital Vilardebó. Montevideo. Uruguay. Revista chilena de neuro-psiquiatría versión On-line ISSN 0717-9227. Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.48 n.2 Santiago jun. 2010. [Internet] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000300003&script=sci_arttext [Consultado: diciembre 2010].
17. Comisión de Salud Laboral y Medio Ambiente, PIT/CNT. Trabajo y Salud hacia el tercer milenio. Capítulo I. [Internet] Disponible en:

<http://www.oitcinterfor.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/worker/doc/sind/xx/i.htm>

[Consultado: diciembre 2010].

18. Tomasina F. La Salud de los Trabajadores del Sector Salud. Departamento Salud Ocupacional. Facultad de Medicina. Montevideo. [Internet] Disponible en: http://www.dso.fmed.edu.uy/archivos_saludocup/Contenido/Material/Material%20de%20lectura/archivos/Gestion%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud.PDF [Consultado: diciembre 2010].

BIBLIOGRAFÍA

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4ta. ed. México: McGraw-Hill; 2006.

Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Plan de estudios 1993.

Flores F, Farmacología Humana. 3ra ed. Barcelona: Masson; 1997.

Ketzoian C. Estadística Médica: Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica. Montevideo: Oficina del libro FEFMUR; 2003.

Torres Esperón M, Omayda Urbina L. Funciones y Competencias en Enfermería. La Habana: Ciencias médicas; 2008.

Páginas Web

XIV INFORME de la OMS. Serie Informes Técnicos. Núm. 214. Ginebra, Suiza, 1969. Farmacodependencia. [Internet] Disponible en:
http://www.cij.gob.mx/Especialistas/pdf/CAPITULO_I.pdf [Consultado: diciembre 2010]

Junta Nacional de Drogas; Observatorio Uruguayo de Drogas. Informe 2007 Situación y tendencias del consumo de drogas en Uruguay. [Internet] Disponible en:
http://www.infodrogas.gub.uy/html/informes-documentos/docs/anuario_final__2007.pdf
[Consultado: enero 2011].

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL

Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay

ANEXOS

DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA BIVARIADA

Prueba de independencia entre variables

A continuación se describe la prueba de independencia entre variables mediante la aplicación de Chi cuadrado. Para el cálculo de la relación entre variables se considera el nivel de confianza o probabilidad del 5% (valor $p= 0,05$).

Se relaciona el consumo de psicofármacos con las siguientes variables; edad, horas de trabajo, exposición a factores de riesgo laboral, satisfacción con la profesión, horario y calidad del sueño, exposición a factores de riesgo personal y presencia de dolor o patología crónica que requiera analgésicos.

Tabla Nº 1: Distribución de frecuencias para el consumo de psicofármacos y la edad en años

Edad (años)	Consumo de psicofármacos		TOT AL
	Si	No	
18 – 29	1	10	11
30 – 49	9	6	15
50 – 59	3	3	6
TOTAL	13	19	32

Fuente: Encuesta aplicada sobre los *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Ob servados	Esper ados	Obs- Esp	(Obs- Esp) ²	(O- E) ² /E
1	4,46	-3,46	11,97	2,68
10	6,53	3,47	12,04	1,84
9	6,09	2,91	8,46	1,39
6	8,9	-2,9	8,41	0,94
3	2,43	0,57	0,32	0,13
3	3,56	-0,56	0,31	0,08
				X²= 7,06

Los grados de libertad correspondientes son **2** y el Chi esperado para la relación entre estas variables es de **5.99**.

El Chi obtenido es mayor al esperado, por lo que rechazamos la hipótesis nula que afirma la independencia entre estas variables.

Es decir, podemos afirmar que existe una relación entre las variables *edad* y *consumo de psicofármacos*.

Tabla N° 2: Distribución de frecuencias para el consumo de psicofármacos y las horas de trabajo diarias

Horas trabajo diarias	Consumo de psicofármacos		TOT AL
	Si	No	
6	9	12	21
12	3	5	8
18	1	2	3
TOTAL	13	19	32

Fuente: Encuesta aplicada sobre los *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Ob servados	Esper ados	Obs- Esp	(Obs- Esp) ²	(O- E) ² /E
9	8,53	0,47	0,22	0,02
12	12,47	0,47	0,22	0,017
3	3,25	-0,25	0,06	0,019
5	4,75	0,25	0,06	0,013
1	1,21	-0,21	0,04	0,036
2	1,78	0,22	0,04	0,027
				X² = 0,132

Los grados de libertad correspondientes son **2** y el Chi esperado para la relación entre estas variables es de **5.99**.

El Chi obtenido es menor al esperado, por lo que confirmamos la hipótesis nula que afirma la independencia entre estas variables.

Es decir, podemos afirmar que no existe una relación entre las variables *horas de trabajo diarias* y *consumo de psicofármacos*.

Tabla Nº 3: Distribución de frecuencias para el consumo de psicofármacos y la exposición a factores de riesgo en el ambiente de trabajo

Exposición a factores de riesgo en el ambiente de trabajo	Consumo de psicofármacos		T
	Si	No	OTAL
Recursos humanos insuficientes	10	12	22
Recursos materiales insuficientes	3	1	4
Planta física inadecuada	4	6	10
Dificultad en el relacionamiento con el usuario	2	1	3
Dificultad en el relacionamiento con el equipo	1	6	7
Trabajo bajo presión	3	6	9
Ambiente de gran competitividad	3	7	10
Falta de reconocimiento por la labor realizada	9	9	18
Conflictos debido al rol que cumple	0	2	2
Trabajo repetitivo y escasamente motivador	4	4	8
Temor a cometer errores en medicación, procedimientos	4	4	8
Insatisfacción con la remuneración económica	8	9	17
No me siento expuesto a ninguno de estos factores	2	1	3
TOTAL	53	68	121

Fuente: Encuesta aplicada sobre los *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Ob servados	Espe rados	Obs- Esp	(Obs- Esp) ²	(O- E) ² /E
10	9,6	0,4	0,16	0,016
12	12,36	-0,36	1,12	0,01
3	1,7	1,3	1,69	0,99
1	2,25	-1,25	1,56	0,69
2	1,31	0,69	0,47	0,36
1	1,68	-0,68	0,46	0,27
1	3,06	-2,06	4,24	1,38
6	3,93	2,07	4,28	1,09
3	3,94	-0,94	0,88	0,22
6	5,06	0,94	0,88	0,17
3	4,38	-1,38	1,9	0,43
7	5,62	1,38	1,9	0,33
9	7,88	1,12	1,25	0,16
9	10,1	-1,1	1,21	0,12
0	0,87	-0,87	0,75	0,87
2	1,12	0,88	0,74	0,69
4	3,5	0,5	0,25	0,07
4	4,49	-0,49	0,24	0,05
4	3,5	0,5	0,25	0,07
4	4,49	-0,49	0,24	0,05
8	7,45	0,55	0,3	0,04
9	9,55	-0,55	0,3	0,03
2	1,31	0,69	0,47	0,36
1	1,68	-0,68	0,46	0,27
				X²= 8,766

Los grados de libertad correspondientes son **12** y el Chi esperado para la relación entre estas variables es de **21,03**.

El Chi obtenido es menor al esperado, por lo que confirmamos la hipótesis nula que afirma la independencia entre estas variables.

Es decir, podemos afirmar que no existe una relación entre las variables *factores de riesgo laborales* y *consumo de psicofármacos*.

Tabla Nº 4: Distribución de frecuencias para el consumo de psicofármacos y la satisfacción con la profesión

Satisfacción con la profesión	Consumo de psicofármacos		TOTAL
	Si	No	
Me satisface mucho, no podría dedicarme a otra profesión en mi vida	2	4	6
Me satisface	4	14	18
Me satisface, pero he perdido el entusiasmo del inicio	6	1	7
TOTAL	12	19	31

Fuente: Encuesta aplicada sobre los *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Obs ervados	Espe rados	Obs- Esp	(Obs- Esp) ²	(O- E) ² /E
2	2,32	-0,32	0,1	0,04
4	3,67	0,33	0,11	0,02
4	6,96	-2,96	8,76	1,26
14	11,03	2,97	8,82	0,8
6	2,71	3,29	10,8	3,99
1	4,29	-3,29	10,8	2,52
				X²= 8,63

Los grados de libertad correspondientes son **2** y el Chi esperado para la relación entre estas variables es de **5.99**.

El Chi obtenido es mayor al esperado, por lo que rechazamos la hipótesis nula que afirma la independencia entre estas variables.

Es decir, podemos afirmar que existe una relación entre las variables *Satisfacción con la profesión* y *consumo de psicofármacos*.

Tabla Nº 5: Distribución de frecuencias para el consumo de psicofármacos y la variable horario del sueño

Horario del sueño	Consumo de psicofármacos		TOTAL
	Si	No	
Nocturno	8	9	17
Diurno	0	2	2
Mixto	0	1	1
En función del trabajo	5	7	12
TOTAL	13	19	32

Fuente: Encuesta aplicada sobre los *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Observados	Esperados	Obs - Esp	(Obs - Esp) ²	(O - E) ² /E
8	6,9	1,1	1,21	0,17
9	10,09	-1,09	1,18	0,12
0	0,8	-0,8	0,64	0,80
2	1,18	0,82	0,67	0,57
0	0,4	-0,4	0,16	0,40
1	0,59	0,41	0,17	0,28
5	4,9	0,1	0,01	0,02
7	7,12	-0,12	0,01	0,02
				X²= 2,34

Los grados de libertad correspondientes son **3** y el Chi esperado para la relación entre estas variables es de **7.81**.

El Chi obtenido es menor al esperado, por lo que confirmamos la hipótesis nula que afirma la independencia entre estas variables.

Es decir, podemos afirmar que no existe una relación entre las variables *horario del sueño y consumo de psicofármacos*.

Tabla N° 6: Distribución de frecuencias para el consumo de psicofármacos y las horas de sueño diarias

Horas de sueño diarias	Consumo de psicofármacos		TOTAL
	Si	No	
3 a 5 hs.	5	3	8
6 a 7 hs.	6	12	18
8 o más hs.	2	3	5
TOTAL	13	18	31

Fuente: Encuesta aplicada sobre los *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Obs ervados	Esp erados	Obs- Esp	(Obs- Esp) ²	(O- E) ² /E
5	3,35	1,65	2,77	0,8 1
3	4,64	-1,64	2,68	0,5 7
6	7,54	-1,54	2,37	0,3 1
12	10,4 5	1,55	2,4	0,2 2
2	2,09	-0,09	0,008	0,0 03
3	2,9	0,1	0,01	0,0 03
				X² = 1,91

Los grados de libertad correspondientes son **2** y el Chi esperado para la relación entre estas variables es de **5,99**.

El Chi obtenido es menor al esperado, por lo que confirmamos la hipótesis nula que afirma la independencia entre estas variables.

Es decir, podemos afirmar que no existe una relación entre las variables *horas de sueño diarias* y *consumo de psicofármacos*.

Tabla Nº 7: Distribución de frecuencias para el consumo de psicofármacos y la calidad del sueño

Calidad del sueño	Consumo de psicofármacos		TOTAL
	Si	No	
Muy satisfactorio	1	4	5
Medianamente satisfactorio	6	4	10
Satisfactorio	3	10	13
Insatisfactorio	4	0	4
TOTAL	14	18	32

Fuente: Encuesta aplicada sobre los *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Observados	Esperados	Obs-Esp	(Obs-Esp) ²	(O-E) ² /E
1	2,18	-1,18	1,39	0,64
4	2,81	1,19	1,41	0,5
6	4,3	1,7	2,89	0,67
4	5,62	-1,62	2,62	0,46
3	5,69	-2,69	7,23	1,28
10	7,31	2,69	7,23	0,99
4	1,75	2,25	5,06	2,89
0	2,25	-2,25	5,06	2,25
				X²=
				9,68

Los grados de libertad correspondientes son **3** y el Chi esperado para la relación entre estas variables es de **7,81**.

El Chi obtenido es mayor al esperado, por lo que rechazamos la hipótesis nula que afirma la independencia entre estas variables.

Es decir, podemos afirmar que existe una relación entre las variables *calidad del sueño* y *consumo de psicofármacos*.

Tabla N° 8: Distribución de frecuencias para el consumo de psicofármacos y la exposición a factores de riesgo personales

Exposición a factores de riesgo personales	Consumo de psicofármacos		TOTAL
	Si	No	
Patología en algún miembro de la familia	3	7	10
Recursos económicos insuficientes	8	3	11
Insatisfacción en las necesidades básicas	3	3	6
Insatisfacción personal con lo realizado hasta el momento	5	2	7
Conflictos familiares	2	3	5
TOTAL	21	18	39

Fuente: Encuesta aplicada sobre los *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Obs ervados	Espe rados	Obs- Esp	(Obs- Esp) ²	(O -E) ² /E
3	5,38	-2,38	5,66	1, 05
7	4,61	2,39	5,71	1, 24
8	5,92	2,08	4,32	0, 73
3	5,07	-2,07	4,28	0, 84
3	3,23	-0,23	0,05	0, 016
3	2,77	0,23	0,05	0, 019
5	3,77	1,23	1,51	0, 4
2	3,23	-1,23	1,51	0, 47
2	2,69	-0,69	0,47	0, 17
3	2,3	0,7	0,49	0, 21
				X² = 5,145

Los grados de libertad correspondientes son **4** y el Chi esperado para la relación entre estas variables es de **9,49**.

El Chi obtenido es menor al esperado, por lo que confirmamos la hipótesis nula que afirma la independencia entre estas variables.

Es decir, podemos afirmar que no existe una relación entre las variables *exposición a factores de riesgo personales* y *consumo de psicofármacos*.

Tabla N° 9: Distribución de frecuencias para el consumo de psicofármacos y la variable dolor o patología crónica que requiera analgésicos

Dolor o patología crónica que requiera analgésicos	Consumo de psicofármacos		TOTAL
	Si	No	
No	4	16	20
Si	8	2	10
TOTAL	12	18	30

Fuente: Encuesta aplicada sobre los *Factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay*; agosto del 2011.

Obs- servados	Espe- rados	Obs- Esp	(Obs- Esp) ²	(O- E) ² /E
4	8	-4	16	2
16	12	4	16	1,3
8	4	4	16	4
2	6	-4	16	2,6
				X²= 9,9

Los grados de libertad correspondientes son **1** y el Chi esperado para la relación entre estas variables es de **3,84**.

El Chi obtenido es mayor al esperado, por lo que rechazamos la hipótesis nula que afirma la independencia entre estas variables.

Es decir, podemos afirmar que existe una relación entre las variables *dolor o patología crónica que requiere analgésicos* y *consumo de psicofármacos*.