



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL EN ENFERMERÍA



Conocer la existencia del consumo de Ansiolíticos y Antidepresivos en el personal de Enfermería que se desempeña en el Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional

TUTORES

Prof. Agdo. Mag. Lic. Díaz, Álvaro
Prof. Asist. Lic. Pérez, Carlos

AUTORAS

Br. De los Santos, Jacqueline
Br. García, Patricia
Br. García, Sabrina
Br. González, Andrea
Br. Sosa, Lucia

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

Montevideo, 2011

Tabla de contenido

| | |
|--|--------------------|
| Tabla de contenido..... | 2 |
| Abreviaturas..... | 3 |
| Resumen..... | 4 |
| Introducción..... | 5 |
| Fundamento Teórico..... | 6 |
| Psicofármacos..... | 8 |
| Clasificación..... | 8 |
| Estabilizadores de los estados de ánimo..... | 8 |
| Hipnóticos..... | 9 |
| Ansiolíticos (Tranquilizantes menores)..... | 10 |
| Antidepresivos..... | 11 |
| Planteamiento del Problema..... | 12 |
| Objetivos de la Investigación..... | 13 |
| Objetivo General..... | 13 |
| Objetivos Específicos. | 13 |
| Metodología..... | 14 |
| Resultados..... | 16 |
| Análisis..... | 32 |
| Conclusión..... | 34 |
| Sugerencias..... | 35 |
| Bibliografía..... | 36 |
| Anexo 1..... | 38 |
| Caracterización de la Población en estudio..... | 38 |
| Anexo 2..... | 41 |
| Encuesta anónima..... | 41 |
| Anexo 3..... | 43 |
| Instructivo de Encuesta anónima..... | 43 |
| Anexo 4. | 44 |
| Carta de Autorización al Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional..... | 44 |
| Anexo 5..... | 44 |
| Presupuestos..... | 44 |
| Anexo 6..... | 46 |
| Cronograma..... | 46 |

| | |
|---|---------------------------|
| <u>Anexo 7.....</u> | <u>47</u> |
| <u>Autorización del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional.....</u> | <u>47</u> |
| <u>Anexo 8.....</u> | <u>47</u> |
| <u>Guía de Elaboración.....</u> | <u>47</u> |

Abreviaturas.

| | |
|------|---|
| OMS | Organización Mundial de la Salud. |
| DPA | Acido Valproico. |
| MAO | Enzima Monoaminoxidasa. |
| IMAO | Inhibidor de la enzima Monoaminoxidasa. |
| JND | Junta Nacional de Drogas. |

Resumen.

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo conocer la existencia del consumo de ansiolíticos y antidepresivos en el personal de Enfermería que se desempeña en el área de la salud mental, realizándose la misma en el Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en el periodo de tiempo comprendido el 6 y 7 de julio del corriente año.

La metodología utilizada para la recolección de datos fue por medio de un cuestionario previamente elaborado junto con el instructivo de llenado, el cual fue entregado en sobre cerrado al personal de Enfermería que se desempeñaba en los turnos matutino y tarde.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, es decir se estudiaron un determinado número de variables, realizando un corte en el tiempo, y describiendo cómo se comportaron dichas variables en ese momento dado.

El total de cuestionarios obtenidos fue de 40 funcionarios, de los cuales 8 respondieron afirmativamente nuestra pregunta problema sobre el consumo de ansiolíticos y antidepresivos. Se pudo comprobar que en nuestra población de estudio no existe consumo de ansiolíticos y antidepresivos.

Introducción.

El presente trabajo fue realizado por un grupo de cinco estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería que actualmente se encuentran cursando el 1º modulo 4ºciclo del plan 93 de Facultad de Enfermería Universidad de la República.

Dicho trabajo fue efectuado en el Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional, los días 6 y 7 de julio del corriente año.

Consistió en investigar si existe el consumo de ansiolíticos y antidepresivos por parte del personal de enfermería que se desempeña en el área de la salud mental; para la selección del tema influyo el saber que los psicofármacos son la tercer droga de consumo en nuestro país sumado con el hecho de que la Enfermería es una disciplina la cual se encuentra vulnerable y con un acceso a dicha medicación diferente a la población general. Esto nos genero incertidumbre sobre lo que sucede a nivel del personal de Enfermería. Esto nos llevo a la búsqueda de investigaciones previas realizadas sobre dicho tema y nos encontramos con la consiguiente ausencia de estos.

El tipo de estudio efectuado fue descriptivo transversal, y se aplico a 40 funcionarios, Aux. de Enfermería y Lic. en Enfermería correspondientes al turno mañana y tarde de toda las salas (salas 21,23,26,8,8 y ½,9,11,17,16), así como también de emergencia y policlínica de dicho hospital.

En cuanto a los objetivos planteados por el grupo de trabajo estamos en condiciones de decir que estos fueron alcanzados.

Referente a las características socio demográficas obtenidas en dicho estudio posterior a la tabulación, elaboración de gráficas y análisis de los datos podemos decir que predominan Auxiliares de Enfermería del sexo femenino entre 41 a 50 años con más de 10 años de trabajo.

Fundamento Teórico.

Previo al desarrollo de la presente investigación consideramos necesario introducirnos en una base teórica que nos aporte los conocimientos necesarios para la ejecución del presente estudio.

Comenzaremos abordando el concepto de Hombre¹, el cual se define como *“como un ser biopsico social en relación dialéctica con el medio.*

Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de si mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psicobiológico, aún cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta.

Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del hombre”

Un derecho inalienable del Hombre es la Salud, la cual se define según la Organización Mundial de la Salud² como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”*; se ha pasado a considerar esta como un recurso para vivir en equilibrio con el medio que nos rodea.

La salud y la enfermedad no son fenómenos aislados, siempre radican en la sociedad, por lo que el desequilibrio ecológico y fisiológico lo llamamos enfermedad; son parte de un proceso dinámico que atravesamos a lo largo de la vida.

Definimos a proceso salud - enfermedad³ como *“un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que el hombre se encuentra”*.

Uno de los pilares fundamentales para valorar el proceso salud – enfermedad es la Enfermería⁴, la cual *“es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-*

1www.fenf.edu.uy Plan de estudio 93.

2www.fenf.edu.uy Plan de estudio 93.

3www.fenf.edu.uy Plan de estudio 93.

4www.fenf.edu.uy Plan de estudio 93.

familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional 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 terciaria”.

La disciplina de Enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con la corriente de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia; considerando las teorías como el sustento de la práctica profesional.

A partir de lo antes mencionado decidimos basarnos en la teoría de Virginia Henderson la cual es la que mejor se adapta a nuestro estudio por su concepción sobre la Enfermería y las necesidades básicas del individuo.

Virginia Henderson⁵ consideraba que *“ la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”*

Henderson postula que la persona es un todo complejo que presenta catorce necesidades, cada una de ellas tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicocultural. Las necesidades comunes a todas personas enferma o sana son:

- ✓ Respirar con normalidad.
- ✓ Comer y beber adecuadamente.
- ✓ Eliminar los desechos del organismo.
- ✓ Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- ✓ Descansar y dormir.
- ✓ Seleccionar vestimenta adecuada.
- ✓ Mantener la temperatura corporal.
- ✓ Mantener la higiene corporal.
- ✓ Evitar los peligros del entorno.
- ✓ Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- ✓ Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- ✓ Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- ✓ Participar en todas las formas de recreación y ocio.

5<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

- ✓ Estudiar, descubrir, o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Como se menciona anteriormente en la definición del Proceso Salud Enfermedad, el hombre busca continuamente mantener un equilibrio con el medio, pero es allí en donde existen características o situaciones ambientales, sociales o físicas consideradas como factores de riesgo que llevan a quebrantar la armonía buscada.

Siguiendo nuestra línea de investigación y con los conceptos antes definidos estamos en condiciones de expresar que la ausencia de una o más de las catorce necesidades básicas conduce a un desequilibrio, que en algunos casos puede manifestarse en forma de crisis.

La cual podemos considerar como una vivencia de amenaza que las personas sienten cuando les ocurre algún suceso inesperado, que desequilibra su estructura psicológica y no pueden manejar con los mecanismos habituales.

En las crisis siempre se contienen elementos de cambio o pérdida. Según Caplan⁶, *“el factor esencial que determina la aparición de una crisis es el desequilibrio entre la dificultad o la importancia del problema y los recursos de los que se dispone inmediatamente para afrontarlo”*.

La reacción a la crisis puede disminuir en intensidad si la persona posee un sistema de apoyo estructurado y amplio.

Haciendo referencia a nuestra pregunta problema profundizaremos conceptos básicos que nos permitan adentrarnos en el ámbito de los psicofármacos, siendo pertinente desarrollar otros conceptos que permitirán comprender las consecuencias de su consumo.

En primer lugar conceptualizamos droga⁷ que es según la OMS *“toda sustancias de origen natural o sintético que al ser consumida alterará la fisiología del organismo.”*

Sustancias capaces de modificar el funcionamiento del sistema nervioso central, originando cambios en el comportamiento de los organismos vivos.

Dentro de las sustancias psicoactivas encontramos dos grupos:

- ✓ agentes psicoterapéuticos: aquí encontramos los fármacos utilizados para afecciones psiquiátricas como los antidepresivos, antipsicóticos, estabilizantes del ánimo e hipnóticos.

6Rigol. A Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. 1991. Pag 175

7Junta Nacional de Drogas. Droga: Mas información menos riesgos. Pag 20

- ✓ agentes psicotónicos: pertenecen a este grupo aquellos fármacos con riesgo especial de abuso (opiáceos), medicamentos con efectos adversos sobre el comportamiento y el psiquismo (esteroides, antihipertensivos), aquellos con uso principalmente reactivo (alcohol, nicotina, marihuana, alucinógenos), etc.

Los trastornos relacionados por consumo de sustancias son dependencia y abuso. Por lo tanto el peligro del uso de drogas es que algunas personas desarrollan dependencia, ya sea física (adicción) o psíquica (hábito), entendiéndose por dependencia⁸ *“un estado psíquico y/o físico, resultante del consumo de una droga y caracterizado por respuestas del comportamiento y otras que siempre incluyen la compulsión a tomar la droga de manera continúa o periódica para experimentar sus efectos o algunas veces evitar el malestar producido por la abstinencia”*. Es decir, la persona continúa tomándola en ausencia de indicaciones médicas y a pesar de consecuencias médicas y sociales adversas. Se comportan como si sus efectos fueran necesarios para mantener un bienestar.

La dependencia física⁹ (adicción) *“es el estado de adaptación entre los sistemas metabólicos de un organismo y la estructura química de una sustancia, en el que intervienen mecanismos neurofisiológicos y bioquímicos”*. Se manifiesta por trastornos físicos intensos, cuando se suspende la administración de sustancias.

Es importante señalar que las adicciones son el resultado de la interacción de tres factores:

- ✓ El sujeto que consume.
- ✓ La droga o sustancia que se consume.
- ✓ El contexto en el que se consume.

Por otro lado la dependencia psíquica¹⁰ (hábito) *“es la condición por la que una sustancia produce una sensación de satisfacción y una tendencia o impulso a su uso periódico o continuo para obtener placer o evitar malestar”*, es denominado consumidor regular.

8Rigol A. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. 1991. Pag.342-343

9Rigol A. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. 1991. Pag.342-343

10Rigol A. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. 1991. Pag.342-343

Cuando existe dependencia de sustancias hay un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de sustancia. Entonces, entendemos por tolerancia¹¹ *“aquel estado de adaptación biológica, caracterizado por unas respuestas disminuidas a la administración de la misma cantidad de una droga”*. Produce en el sujeto la necesidad de aumentar la dosis para obtener la misma acción reforzante positiva. Por otro lado definimos síndrome de abstinencia¹² como *“un conjunto de signos y síntomas físicos característicos de cada grupo de drogas y que aparecen a causa de la ausencia de la administración de la droga en los sujetos que presentan dependencia”*.

Otro trastorno relacionado por consumo de sustancias es el abuso siendo este el uso excesivo e indebido de una sustancia, sin justificación clínica.

A diferencia de la dependencia el abuso de sustancias no incluye la tolerancia, la abstinencia ni el uso de patrón compulsivo, en su caso las características son las consecuencias dañinas del consumo repetido.

Psicofármacos.

Consideramos de suma importancia realizar un apartado sobre psicofármacos dado que los mismos son un pilar fundamental en nuestro trabajo de investigación.

Por ello comenzaremos el desarrollo del mismo, proviene del griego Psyche- Mente Tropern- 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.

Clasificación solo nombrarlos.

La mayoría de los psicofármacos actúan alterando el proceso de neurotransmisión.

Clasificación.

Estabilizadores de los estados de ánimo.

Se emplean sobre todo para tratar la enfermedad maniaco-depresiva (trastorno bipolar), levantan el ánimo deprimido y suprimen el exaltado. Como

11Rigol A. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. 1991. Pag 343

12Rigol A. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. 1991. Pag. 343

medicamento profiláctico, un estabilizador del estado de ánimo previene tanto la manía como la depresión.

Los síntomas de la manía a los que se dirigen los estabilizadores del estado de ánimo son:

- ✓ Incremento de la actividad social o de trabajo.
- ✓ Locuacidad incrementada.
- ✓ Pensamientos rápidos o veloces.
- ✓ Grandiosidad.
- ✓ Necesidad de sueño disminuida.
- ✓ Distracción fácil.
- ✓ Participación en actividades autodestructivas como gastar en exceso, etc.

Los síntomas de depresión que atacan los estabilizadores del estado de ánimo son:

- ✓ Alimentación insuficiente o excesiva.
- ✓ Insomnio o excesivo.
- ✓ Agitación o lentitud generales.
- ✓ Pérdida de interés por actividades poco comunes.
- ✓ Falta de energía o fatiga.
- ✓ Sentimientos de inutilidad o culpa.
- ✓ Incapacidad para concentrarse.
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Los estabilizadores del estado de ánimo más usados son:

- ✓ Sales de litio.
- ✓ Divalproato (DPA).

Estos se distinguen entre otros psicotrópicos en que sus dosis se determinan por la concentración en sangre del fármaco. Esto es cierto para todos los estabilizadores del estado de ánimo, excepto para el clonazepam.

Ninguno de los fármacos que pertenecen a este grupo tiene posibilidad de crear adicción, excepto el clonazepam.

Los estabilizadores del estado de ánimo tienen un período de retraso de una semana o dos antes de ofrecer resultados terapéuticos. En todos los enfermos hay reacciones colaterales que pueden ser incómodas mientras se ajusta la dosis y el cuerpo se acostumbra al medicamento.

Hipnóticos.

Fármaco que produce sueño, induciéndolo, manteniéndolo, cambiando la calidad del mismo, reduciendo los despertares nocturnos.

El abordaje terapéutico del insomnio comienza por el adecuado tratamiento del trastorno psiquiátrico causante (cuando el insomnio es secundario) y por observar una corriente higiene del sueño.

El hipnótico es un fármaco que acorta la latencia del sueño de forma rápida y predecible, mantiene el sueño por un período de 7 a 8 horas, evita los despertares frecuentes y mantiene todas las etapas del sueño. No genera efectos adversos inmediatos (horas de la mañana) o tardío (semanas o meses después de haber empezado el tratamiento), no produce abuso, tolerancia ni dependencia física tras administración prolongada.

Estos fármacos no están indicados en todas las formas de insomnio e incluso existen algunas formas de insomnio en las que los hipnóticos están contraindicados. Se prescribirán a las menores dosis y por el menor tiempo posible. Cuando el tratamiento deba prolongarse, convendrá rotar periódicamente el fármaco utilizado.

Los hipnóticos se dividen:

- ✓ Benzodiazepínicos.
- ✓ Barbitúricos (no benzodiazepínicos).

El comienzo y la duración de la acción de un hipnótico se vinculan con su absorción, su paso por el sistema nervioso central y su unión al receptor benzodiazepina.

Benzodiazepinas.

- ✓ Flunitrazepam.
- ✓ Midazolam.

Inducen el sueño con duración y arquitectura similar al sueño fisiológico. La acción hipnótica, miorelajante central y anticonvulsivante es predominante.

Cuando es necesario utilizar una benzodiazepina hipnótica ésta se administrará por períodos cortos y si es necesario continuar con el tratamiento hipno – inductor se intercalarán hipnóticos de otros grupos farmacológicos.

Hipnóticos barbitúricos (no benzodiazepínicos).

- ✓ Melatonina.
- ✓ Pentobarbital.

- ✓ Zolpidem.

Corresponden aquellos fármacos que aumentan el tiempo total del sueño, y son utilizados en casos puntuales.

Ansiolíticos (Tranquilizantes menores).

Son aquellos fármacos que alivian o suprimen el síntoma de ansiedad, sin producir sedación o sueño.

Los síntomas objetivo a los que se dirigen estos fármacos son:

- ✓ Inquietud, sensación de agitación o impaciencia.
- ✓ Dificultad para concentrarse.
- ✓ Vértigo, insomnio, irritabilidad, fatiga facial, nudo en la garganta, tensión muscular, náuseas, palpitaciones, falta de aire, sudación, temblores, debilidad u hormigueo en brazos o piernas.

Los ansiolíticos se clasifican en: benzodiazepinas, barbitúricos y un tercer grupo no barbitúricos y no benzodiazepinas.

Los medicamentos antiansiedad barbitúricos y los que no son barbitúricos ni benzodiazepinas han decaído en desuso relativo en psiquiatría por su alto potencial de adicción y el peligro de sobredosis, por dosis apenas superiores a las terapéuticas. Los medicamentos antiansiedad que más se emplean son las benzodiazepinas. Éstas pueden provocar una adicción con las características de deseos vehementes, tolerancia y supresión. Si bien el paciente pronto desarrolla tolerancia a las propiedades sedantes de estos medicamentos, no es común que un enfermo desarrolle tolerancia a las propiedades antiansiedad. Si se toma la decisión de suspender el medicamento, debe reducirse en forma lenta y gradual para evitar síntomas graves de supresión que incluyen crisis epilépticas e incluso muerte. El individuo tiene adicción fisiológica, pero siempre que el individuo tome la benzodiazepina en forma regular, como se prescribió, y se someta a un procedimiento de desintoxicación cuidadoso cuando llegue el momento de suspender el fármaco, la adicción será un asunto de menor importancia.

Las benzodiazepinas funcionan bien como tratamientos de corto plazo para ansiedad por situaciones determinadas o insomnio.

A diferencia de la mayor parte de los medicamentos que se utilizan en psiquiatría, el efecto antiansiedad puede sentirse en la primera hora después de la primera dosis. Las reacciones colaterales suelen ser leves y muy tolerables.

Benzodiazepinas.

- ✓ Alprazolam.
- ✓ Bromazepan.
- ✓ Clonazepan.
- ✓ Diazepan.
- ✓ Lorazepan.
- ✓ Clobazam.

Las benzodiazepinas producen ansiólisis, sedación, hipnosis efectos anticonvulsivantes y miorelajación central.

En cuanto a la acción ansiolítica en personas sanas y a dosis terapéuticas, no alteran la realización de ejercicios físicos o mentales, pero a dosis mayores y en función del ambiente y del producto empleado causan sopor, letargia, sueño, ataxia y debilidad muscular.

Todas las benzodiazepinas se absorben bien por vía oral, unas lo hacen más rápidamente que otras dependiendo del grado de liposolubilidad. El equilibrio entre el plasma y el cerebro se alcanza rápidamente, ya que todas son suficientemente liposolubles y atraviesan bien la barrera hematoencefálica, por lo que en dosis única, el comienzo del efecto y el tiempo máximo dependen fundamentalmente de la velocidad de absorción. Por vía intramuscular, la mayoría de las benzodiazepinas, y en particular el clordiazepóxido y el diazepam, presentan una absorción errática y lenta, probablemente por concentrarse en el tejido adiposo, las que mejor se absorben son el lorazepam y el midazolam.

Se unen en elevada proporción al sitio II de la albúmina humana, y la fracción libre es independiente de la concentración plasmática total. La unión a proteínas no tiene influencia directa sobre la actividad clínica, excepto la insuficiencia renal y en quemados.

Las benzodiazepinas sufren un proceso de distribución desde el compartimiento central hacia compartimientos periféricos (músculo o grasa), siguiendo un modelo bicompartimental. Aquellas con elevadas liposolubilidad, como el midazolam o el diazepam, presentan una fase inicial de distribución rápida y, tras una dosis única intravenosa, las concentraciones plasmáticas pueden caer hasta 10 veces durante los primeros 10 minutos.

Se ha establecido una división clásica entre benzodiazepinas de acción corta, intermedia y prolongada. Esta clasificación se ha establecido según el valor de la semivida de eliminación y la de los metabolitos activos, pero éste no

es el único criterio que debe tenerse en cuenta, ya que la duración de un efecto determinado depende del tiempo durante el cual la concentración del fármaco está por encima de un valor umbral, y éste fuertemente condicionado por el fenómeno de redistribución.

En tratamientos continuados, la semivida condiciona el ritmo de administración y el tiempo que debe transcurrir hasta que se obtienen los niveles estables. En el caso de benzodiazepinas con semivida prolongada, como el diazepam, la actividad ansiolítica será creciente hasta que se alcance el nivel máximo estable tras varios días de administración. Existe el peligro de acumulación y si el aumento de niveles es excesivo, aparecerán otros fenómenos como edición, miorelajación y sueño.

En cuanto a las reacciones adversas e interacciones las más frecuentes se deben al desajuste de la dosis en relación con el efecto que se desea conseguir. Aparecen sedación, somnolencia, ataxia, disartria, incoordinación motora e incapacidad de coordinar movimientos finos o de responder verbal o motoricamente a estímulos que requieren una respuesta rápida. Pueden producir amnesia anterógrada (limitada a hechos que suceden después de la inyección). Más que alteraciones en la percepción, se debe a alteraciones en los procesos de consolidación y almacenamiento. Las benzodiazepinas más potentes, tienen un potencial más elevado de producir amnesia.

Pueden producir conducta agresiva u hostil, por desinhibición, o un estado inicial de nerviosismo antes de que se establezca el efecto ansiolítico o sedante.

Por vía intravenosa rápida pueden provocar hipotensión y depresión respiratoria. El peligro aumenta si se asocian a otros depresores del sistema nervioso central como alcohol, anestésicos u opiáceos.

Se produce tolerancia a los efectos sedantes y anticonvulsivantes, lo que se aprecia mejor cuando se administran dosis altas durante un tiempo prolongado. La tolerancia es cruzada cuando es con alcohol y otros sedantes. Pueden provocar dependencia física y psicológica, 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 síndrome mayor consiste en cuadro de delirio, alucinaciones, confusión y convulsiones. El síndrome menor cursa con ansiedad, insomnio, despersonalización, alteraciones sensoriales y sintomatología somática: palpitaciones, hiperventilación, intestino irritable, etc.

El cuadro es más intenso cuanto mayor han sido las dosis utilizadas y más prolongadas en el tratamiento.

Las benzodiazepinas que presentan mayor potencial de dependencia son las de mayor potencia y menor semivida de eliminación.

La tolerancia al efecto ansiolítico se desarrolla más lentamente que para el efecto hipnótico.

Prácticamente todas las benzodiazepinas presentan la misma eficacia ansiolítica, pero el modo de utilizarlas varía en función de la duración del efecto y de la relación o posibilidad de la separación del efecto sedante.

En cuanto al tipo de benzodiazepinas, con las de acción corta o media hay menos peligro de sedación y de acumulación, pero hay que administrarlo dos o tres veces al día si se quiere mantener permanentemente el efecto ansiolítico. Con las de acción prolongada basta una sola dosis al día.

Antidepresivos.

Los fármacos antidepresivos surgen en la década del 50, en donde el fármaco ipromiazida fue pensado inicialmente para el tratamiento de la tuberculosis pero se observó que inhibía la enzima monoaminooxidasa (MAO) elevando así el estado de ánimo. Posteriormente se comenzó a estudiar la imipramina, compuesto tricíclico que surge como neuroléptico, encontrándose con una acción antidepresiva.

Es a partir de estos dos fármacos que surgen dos grandes grupos de antidepresivos:

- ✓ Tricíclicos que bloquean la recaptación de las aminas biogénas noradrenalina y serotonina siendo su prototipo la imipramina o la amitriptilina.
- ✓ IMAO como la fenelzina.

Estos dieron inicio a la farmacología antidepresiva que ha ido evolucionando con el correr de los años dando origen a nuevos grupos.

Clasificación de antidepresivos.

1. Antidepresivos tricíclicos, que como se mencionó anteriormente inhiben la recaptación de noradrenalina y serotonina y por bloquear receptores de diversas aminas biogénas. Esto produce que sus propiedades sean similares así como sus reacciones adversas. Encontramos tres tipos:
 - ✓ Ciclo sin heteroátomo como amitriptilina, nortriptilina, butriptilina, propriptilina, amineptina, noxiptilina y melitraceno.

- ✓ Ciclo con un heteroátomo como imipramina, desipramina, clomipramina, lofepramina, trimipramina, opipranol, doxepina y dosulepina.
 - ✓ Ciclo con más de un heteroátomo como dibenzepina, amoxapina y tianeptina.
2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que son fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, y citalopram. Los podemos considerar como un grupo aparte, pero con diferencias a nivel bioquímico, presentan efectos muy similares a los tricíclicos.
 3. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, que son venlafaxina, duloxetina y milnazipram. La venlafaxina es el inhibidor más potente de la serotonina que de la noradrenalina, carece de afinidad a los receptores muscarínicos determinando así la ausencia de efectos anticolinérgicos o hipotensores.
 4. Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina, se trata de la reboxetina que presenta poca afinidad por los receptores amínicos produciendo escasos efectos secundarios.
 5. Otros antidepresivos son el iprindol, mianserina, mirtazapina, bupropión y la trazodona.

En su mayoría los antidepresivos no modifican el estado de ánimo de una persona sana, no producen efecto euforizante y por consiguiente no produce adicción. En el caso de personas antidepresivas deben de pasar por lo menos 15 días para comenzar a manifestar el efecto antidepresivo.

Dicho efecto no aparece como euforizante sino que existe una supresión de ideas y sentimientos depresivos. El mecanismo de acción mejor aceptado consiste en la inhibición específica que los antidepresivos provocan sobre la actividad de las moléculas transportadoras de serotonina y noradrenalina en la membrana presináptica de las respectivas neuronas cerebrales.

Los antidepresivos tratan de normalizar por mecanismos a corto y largo plazo la disfunción de los sistemas monoaminérgicos cerebrales. Por lo que cada antidepresivo ejerce una acción última determinada que depende de su capacidad relativa para actuar sobre el sistema serotoninérgico y noradrenérgico.

Reacciones adversas.

La mayoría de los antidepresivos presenta reacciones secundarias que van a disminuir en las primeras semanas. Dentro de los efectos anticolinérgicos encontramos sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento, visión borrosa, en caso de síndrome anticolinérgico aparece la desorientación, delirios y alucinaciones.

A nivel cardiovascular lo más frecuente es la hipotensión ortostática y arritmias. Otros efectos que podemos encontrar son sedación, temblor de manos y cabeza, precipitación de la fase maniaca en personas bipolares, confusión y pérdida de memoria en pacientes añosos, aumento de peso y hasta disfunción sexual. Existe el llamado síndrome de retirada que puede provocar malestar, mialgias, escalofríos, náuseas y vómitos.

Dada la alta tendencia al suicidio de personas depresivas, la frecuencia de intoxicación es alta, pero lo conveniente es que los pacientes que presentan depresiones graves no posean a su alcance grandes cantidades del medicamento. La toxicidad a nivel cardiovascular se manifiesta por taquicardia sinusal hasta fibrilación ventricular; a nivel neurológico se manifiesta por excitación, convulsión pudiendo llegar incluso a la depresión respiratoria y coma.

Planteamiento del Problema.

Para dar inicio a la presente investigación comenzamos realizando una intensa revisión bibliográfica en donde nos encontramos con un primer obstáculo que fue la ausencia de trabajos científicos previos que se relacionen con nuestro tema de investigación. La mayoría de los trabajos a los cuales tuvimos acceso hacen referencia específicamente al Síndrome de Burn Out, dentro de los cuales se relata la existencia del consumo de psicofármacos por aquellas personas que padecían dicho Síndrome.

Esto nos llevó a la búsqueda de datos estadísticos pertenecientes a la Junta Nacional de Drogas en donde nos encontramos que a nivel de la población general el consumo de psicofármacos corresponde a la tercera droga de consumo en nuestro país.

Estudiando el Anuario 2007 realizado por la Junta Nacional de Drogas pudimos tener acceso a datos más específicos encontrándonos con que el 22% de la población general consumió alguna vez en su vida tranquilizantes o antidepresivos, y encontramos que a nivel de género el consumo en mujeres se duplica siendo incluso mayor a partir de los 45 años.

De esta forma tomando como base estos datos estadísticos decidimos enfocarnos en el personal de Enfermería, ya que consideramos que estos se

encuentran en una situación de vulnerabilidad como consecuencia de la constante exposición a la enfermedad y lo que ella conlleva. Pero también es importante señalar que existen otros factores que pueden llegar a incidir en el consumo de psicofármacos como son el multiempleo, los horarios rotativos, las horas nocturnas, por ejemplo.

Incluso si hacemos una comparación entre el personal de Enfermería y la población general encontramos otro factor que creemos de suma importancia que es el acceso a dicha medicación.

Esto motivo nuestro interés a la realización de dicha investigación ya que no existe otra investigación previa que aborde el tema, pudiendo ser esto el inicio de futuras investigaciones.

Objetivos de la Investigación.

Objetivo General.

Conocer la existencia del consumo de ansiolíticos y antidepresivos en el personal de Enfermería que se desempeña en el área de la salud mental.

Objetivos Específicos.

- ✓ Seleccionar el diseño de investigación para el problema de estudio.
- ✓ Identificar y definir las variables a trabajar en el estudio.
- ✓ Caracterizar la población de estudio.
- ✓ Diseñar los instrumentos requeridos por el estudio para la recolección de datos, que reúnan las cualidades básicas que deben tener.
- ✓ Elaborar el plan de tabulación y análisis del estudio.

Metodología.

Tipo de investigación:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

Hospital Psiquiátrico de Referencia de Referencia Nacional.

Universo:

Nuestro universo de trabajo corresponde al personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional.

Muestra:

La muestra con la cual se trabajó corresponde al personal de Enfermería, tanto Auxiliares como Licenciados¹³ que trabajan en el Hospital, para la unidad de observación específico con la que se realizó la investigación corresponde al personal que desempeña tareas en dos de los cuatro turnos de trabajo.

Criterios de inclusión: Auxiliares y Licenciados que desempeñan su tarea en los turnos de la mañana y tarde respectivamente.

Criterios de exclusión: Personal general, incluyendo el personal de Enfermería que realiza su trabajo en el horario vespertino y nocturno

Recolección de datos:

Para la recolección de datos para nuestra investigación el instrumento que se utilizó fue la implementación de un cuestionario¹⁴ elaborado (no sometido a prueba piloto), que presenta preguntas cerradas de tipo dicotómicas en donde la respuesta corresponde a sí o no; y otras preguntas de tipo de respuesta múltiple en donde el sujeto de estudio seleccionó la respuesta.

Con la utilización de este tipo de cuestionario se buscó en primer lugar que el mismo sea llenado en el menor tiempo posible, marcando simplemente con una cruz la respuesta que el sujeto en estudio considera correcta. En

¹³Referirse Anexo 1. Caracterización de la Población en estudio.

¹⁴Referirse anexo 2. Encuesta anónima.

segundo lugar se buscó fundamentalmente mantener el anonimato del individuo que realiza el cuestionario.

Para poder asegurar el anonimato nos basamos en dos criterios, en primer lugar se entregó al sujeto en estudio el cuestionario en un sobre en donde se encontraba el cuestionario junto con las instrucciones¹⁵ de llenado y el motivo de la realización del mismo, así como también la identificación de los responsables; y en segundo lugar por consenso grupal se decidió no discriminar entre Licenciado y Auxiliares de Enfermería, ya que los primeros se encontraban en un número reducido pudiendo generar la identificación de los mismos.

El sobre fue devuelto cerrado para poder así mantener en todo momento la confidencialidad.

Variables:

| Variables. | Definición conceptual. | Definición operativa. |
|----------------------------------|--|---|
| Sexo | Es la presencia de un determinado cromosoma, se estudia a través de las características que los diferencian o a través de sus nombres. | Femenino. Masculino. |
| Edad. | Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual. | Años cumplidos. |
| Carga horaria de trabajo. | Tiempo que dedica el individuo a dicha tarea. | 6 horas. 12 horas. Más de 12 horas. |
| Consume antidepresivos. | Si consumió alguna vez antidepresivo. | Si. No. |
| Consume ansiolíticos. | Si consumió alguna vez ansiolítico. | Si. No. |
| Son fármacos prescritos. | Si fueron indicados por el médico. | Si. No. |
| Frecuencia de consumo. | Cada cuanto tiempo lo consume. | Diariamente. Ocasionalmente. |
| Consulta al Psiquiatra. | Concurrió al médico en forma previa al consumo. | Si. No. |

¹⁵Referirse Anexo 3. Instructivo de Llenado.

| | | |
|---|--|------------|
| Considera que se siente mejor al consumir psicofármacos. | El consumo de dichos medicamentos hace que se sienta mejor. | Si. No. |
| Consumir psicofármacos perjudica su trabajo. | Consumir dichos medicamentos le afecta su calidad de trabajo. | Si. No. |
| Considera que el contacto con pacientes con patología psiquiátrica fomenta el consumo de psicofármacos | Desempeñarse en el área de salud mental fomenta el consumo de psicofármacos. | Si. No. |

Consentimiento:

Para llevar a cabo la investigación en los servicios seleccionados, se realizó previamente a la recolección de información una carta de consentimiento¹⁶ dirigida a Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional.

La misma informaba cual sería el trabajo a realizar y los responsables, adjuntando el protocolo de investigación.

Posteriormente se obtuvo la autorización escrita por parte del Comité de Ética de dicha Institución.

Los aspectos éticos de la investigación consistieron en:

- ✓ Privacidad: debe garantizar la confidencialidad y el anonimato.
- ✓ Coerción: no debe forzar, verbal o pagando, la participación de las personas, grupos o instituciones.
- ✓ Consentimiento escrito: No es necesario pero muchas veces sirve de mecanismo para garantizar el anonimato y la buena intención del investigador.

¹⁶Referirse Anexo 4. Carta de Autorización.

Resultados.

Con los datos obtenidos se realizó la tabulación por medio de tablas de frecuencias uni y bivariadas con variables cualitativas nominales y cuantitativas continuas.

Tabla 1. Distribución por edad del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 Julio de 2011, Montevideo.

| Edades. | FA | Fr% |
|------------------|-----------|------------|
| 20-30 | 6 | 15 |
| 31-40 | 15 | 37,5 |
| 41-50 | 14 | 35 |
| 51-60 | 5 | 12,5 |
| Más de 61 | 0 | 0 |
| Totales | 40 | 100 |

N=40

Se observa que la franja etaria predominante es la que comprende los 31 a 40 años con un 37,5% de la población estudiada.

Tabla 2. Distribución según sexo del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 Julio de 2011, Montevideo.

| Sexo. | FA | Fr% |
|------------------|-----------|------------|
| Masculino | 10 | 25 |
| Femenino | 30 | 75 |
| Totales | 40 | 100 |

N=40

Se destaca un predominio del sexo femenino con un 75% correspondiendo a una relación de 3 a 1 con el sexo masculino. Tabla 3. Distribución según horas de trabajo del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 Julio de 2011, Montevideo.

| Horas de trabajo. | FA | Fr% |
|--------------------------|-----------|------------|
| 6 horas | 18 | 45 |
| 6-12 horas | 18 | 45 |
| Más de 12 horas | 4 | 10 |
| Totales | 40 | 100 |

N=40

Existe un 55% de la población estudiada que tiene una carga laboral diaria mayor a 6 horas. Tabla 4. Distribución según consulta al Psiquiatra por parte del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 Julio de 2011, Montevideo.

| Consulta con Psiquiatra. | FA | Fr% |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Si | 11 | 27,5 |
| No | 29 | 72,5 |
| Totales | 40 | 100 |

N=40

Se destaca que el 72,5% de la población en estudio nunca consulto al Psiquiatra.

Tabla 5. Distribución según consumo de medicamentos por parte del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 Julio de 2011, Montevideo.

| Consumo de Medicamentos | FA | Fr% |
|--------------------------------|-----------|------------|
| SI | 11 | 27,5 |
| No | 29 | 72,5 |
| Totales | 40 | 100 |

N=40

Se destaca que el 72,5% de la población no consume medicamentos.

Tabla 6. Distribución según el consumo de medicamentos en relación a la prescripción médica del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 Julio de 2011, Montevideo.

| Consumo de medicamento | Prescripto FA | Sin prescripción FA | Prescripto Fr% | Sin prescripción Fr% |
|------------------------|---------------|---------------------|----------------|----------------------|
| Si | 10 | 1 | 25 | 2,5 |
| No | 0 | 29 | 0 | 72,5 |
| Totales | 10 | 30 | 25 | 75 |

N=40

Se destaca que un 2.5 % de la población total consume medicamentos sin prescripción médica.

Tabla 7. Distribución según el consumo de psicofármacos del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 Julio de 2011, Montevideo.

| Consumo de Psicofármacos | FA | Fr% |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Si | 8 | 20 |
| No | 32 | 80 |
| Totales | 40 | 100 |

N=40

Se puede observar que existe un 20% de la población en estudio que consume psicofármacos.

Tabla 8. Distribución según el consumo de ansiolíticos y antidepresivos en relación a la prescripción médica del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio de 2011, Montevideo.

| Consumo de Psicofármacos | Prescriptos FA | S/Prescripción FA | Prescriptos FR% | S/Prescripción FR% |
|--------------------------|----------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| Ansiolíticos | 2 | 0 | 5 | 0 |
| Antidepresivos | 5 | 0 | 12,5 | 0 |
| Ambos | 1 | 0 | 2,5 | 0 |
| No consume | 0 | 32 | 0 | 80 |
| Totales | 8 | 32 | 20 | 80 |

N= 40

Se observa que existe un 20% de la población en estudio que consume psicofármacos bajo prescripción médica.

Tabla 9. Distribución según la frecuencia de consumo de psicofármacos en el personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio del 2011, Montevideo.

| Frecuencia de consumo | FA | FR% |
|-----------------------|-----------|------------|
| Diariamente | 3 | 7,5 |
| Ocasionalmente | 6 | 15 |
| No consume | 31 | 77,5 |
| Totales. | 40 | 100 |

N=40

En la siguiente gráfica se destaca que existe un 15% de la población en estudio que consume psicofármacos en forma ocasional.

Tabla 10. Distribución según si el consumo de psicofármacos afecta el desempeño laboral del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio del 2011, Montevideo.

| Afecta su desempeño laboral | FA | Fr% |
|------------------------------------|-----------|------------|
| Si | 17 | 42 |
| No | 23 | 58 |
| Totales | 40 | 100 |

N=40

Se observa que el 42% de la población en estudio considera que el consumo de psicofármacos afecta su desempeño laboral.

Tabla 11. Distribución según la existencia del diagnóstico de estrés laboral en el personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio del 2011, Montevideo.

| Estrés laboral | FA | Fr% |
|-----------------------|-----------|------------|
| Si | 7 | 17 |
| No | 33 | 83 |
| Totales | 40 | 100 |

N=40

Del total de la población en estudio se observa que a un 17% alguna vez se le diagnóstico estrés laboral.

Tabla 12. Distribución según los años de trabajo en Enfermería Psiquiátrica por parte del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio del 2011, Montevideo.

| Años de Enfermería Psiquiátrica | FA | Fr% |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Menos de 5 años | 15 | 37 |
| 5 a 10 años | 10 | 25 |
| Más de 10 años | 15 | 38 |
| Totales | 40 | 100 |

N=40

Existe un 63% de la población en estudio que trabaja en Enfermería Psiquiátrica hace más de 5 años.

Tabla 13. Distribución según sexo en relación a la edad del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio del 2011, Montevideo.

| Edades. | Femenino FA | Masculino FA | Femenino Fr% | Masculino Fr% |
|------------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| 20-30 | 4 | 2 | 10 | 5 |
| 31-40 | 11 | 4 | 27,5 | 10 |
| 41-50 | 12 | 2 | 30 | 5 |
| 51-60 | 3 | 2 | 7,5 | 5 |
| Más de 61 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totales | 30 | 10 | 75 | 25 |

N= 40

Se destaca que referente a el sexo en relación a la edad existe un mayor número del sexo femenino entre los 31 a 50 años correspondiendo a un 57,5% del total de la población en estudio.

Tabla 14. Distribución según consulta al psiquiatra en relación al consumo de psicofármacos por parte del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio del 2011, Montevideo.

| Consulta al Psiquiatra | Consumo de Psicofármaco FA | No consume FA | Consumo de Psicofármacos Fr % | No consume Fr% |
|------------------------|----------------------------|---------------|-------------------------------|----------------|
| Si | 5 | 6 | 12,5 | 15 |
| No | 3 | 26 | 7,5 | 65 |
| Total | 8 | 32 | 20 | 80 |

N=40

Existe un 7,5% de la población en estudio que consume psicofarmacos y no ha consultado al psiquiatra.

Tabla 15. Distribución según sexo en relación al tipo de psicofármaco de consumo del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio del 2011, Montevideo.

| Sexo | Antidepresivos FA | Ansiolíticos FA | Ambos FA | No consume FA | Antidepresivos Fr% | Ansiolíticos Fr% | Ambos Fr% | No consume Fr% |
|----------------|-------------------|-----------------|----------|---------------|--------------------|------------------|------------|----------------|
| Masculino | 1 | 1 | 0 | 9 | 2,5 | 2,5 | 0 | 22,5 |
| Femenino | 1 | 4 | 1 | 23 | 2,5 | 10 | 2,5 | 57,5 |
| Totales | 2 | 5 | 1 | 32 | 5 | 12,5 | 2,5 | 80 |

N=40

Dicho gráfico destaca que el sexo femenino presenta mayor consumo, independientemente del tipo de psicofármaco.

Tabla 16. Distribución según tipo de psicofármaco de consumo en relación a la edad del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio del 2011, Montevideo.

| Edades. | Antidepresivos FA | Ansiolíticos FA | Ambos FA | No consume FA | Antidepresivos Fr% | Ansiolíticos Fr% | Ambos Fr% | No consume Fr% |
|----------------|-------------------|-----------------|----------|---------------|--------------------|------------------|------------|----------------|
| 20-30 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| 31-40 | 0 | 1 | 0 | 14 | 0 | 2,5 | 0 | 35 |
| 41-50 | 2 | 0 | 1 | 11 | 5 | 0 | 2,5 | 27,5 |
| 51-60 | 1 | 3 | 0 | 1 | 2,5 | 7,5 | 0 | 2,5 |
| Más de 61 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totales | 3 | 4 | 1 | 32 | 7,5 | 10 | 2,5 | 80 |

N=40

Se destaca en el gráfico que el mayor porcentaje de consumo se encuentra entre los 41 y 60 años de edad.

Tabla 17. Distribución según el tipo de psicofármaco de consumo en relación a la frecuencia de consumo del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio de 2011, Montevideo.

| Frecuencia de Consumo. | Antidepresivos FA | Ansiolíticos FA | Ambos FA | No consume FA | Antidepresivos Fr% | Ansiolíticos Fr% | Ambos Fr% | No consume Fr% |
|------------------------|-------------------|-----------------|----------|---------------|--------------------|------------------|------------|----------------|
| Diariamente | 1 | 0 | 1 | 0 | 2,5 | 0 | 2,5 | 0 |
| Ocasional | 1 | 5 | 0 | 0 | 2,5 | 12,5 | 0 | 0 |
| Nunca | 0 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 80 |
| Totales | 2 | 5 | 1 | 32 | 5 | 12,5 | 2,5 | 80 |

N=40

Se observa que el mayor porcentaje de consumo de los ansiolíticos se presenta de forma ocasional, pero se encuentra igualado en la frecuencia de consumo diaria de los antidepresivos.

Tabla 18. Distribución según tipo de psicofármaco de consumo en relación a los años de trabajo en la Enfermería Psiquiátrica del personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en los turnos mañana y tarde los días 6 y 7 julio de 2011, Montevideo.

| Años de Enf. Psiquiátrica | Antidepresivos FA | Ansiolíticos FA | Ambos FA | No consume FA | Antidepresivos Fr% | Ansiolíticos Fr% | Ambos Fr% | No consume Fr% |
|---------------------------|-------------------|-----------------|----------|---------------|--------------------|------------------|------------|----------------|
| Menos de 5 | 1 | 1 | 0 | 13 | 2,5 | 2,5 | 0 | 32,5 |
| 5 a 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 0 | 2,5 | 2,5 | 20 |
| Más de 10 | 1 | 3 | 0 | 11 | 2,5 | 7,5 | 0 | 27,5 |
| Totales | 2 | 5 | 1 | 32 | 5 | 12,5 | 2,5 | 80 |

N=40

Se observa que en los ansiolíticos aumenta el consumo cuanto mayor es la antigüedad laboral, esto no ocurre en los antidepresivos donde no varía el porcentaje de consumo según los años de trabajo.

Análisis.

El presente análisis es la confrontación de nuestro marco teórico, que forma parte de nuestro protocolo de investigación presentado previamente a la realización de la investigación y los resultados obtenidos de la misma expresados anteriormente en forma de tablas y gráficas.

Dicho análisis está basado en nuestra población de estudio la cual consta de 40 funcionarios.

Comenzaremos el mismo relacionando las variables sexo y edad, como resultado se obtuvo que el 75% de las personas encuestadas corresponde al sexo femenino siendo la mayor franja etaria las mujeres de 41 a 50 años con un 30%. Por lo tanto podemos decir que se cumple lo planteado por la Junta Nacional de Drogas en donde el consumo de psicofármacos se observa mayoritariamente en mujeres de 41 a 50 años frente a los hombres de la misma franja etaria que corresponden a un 5%.

Otras de las variables que se indagaron fueron la consulta al psiquiatra y el consumo de psicofármacos, siendo el punta pie inicial para la obtención de datos más específicos acerca de nuestra pregunta problema.

Al relacionar estas dos variables obtuvimos que el 20 % del total de la población consume psicofármacos pero lo destacable es que un 7,5% de las personas que consume no consulta al psiquiatra. Siendo este dato importante para resaltar ya que nos muestra que estas personas que consumen dicha medicación no cuentan con un seguimiento del profesional idóneo.

En relación al sexo y el psicofármaco de mayor consumo obtuvimos que los ansiolíticos son los más frecuentes con un consumo del 12,5 %; siendo a su vez el sexo femenino el mayor consumidor de estos, correspondiendo a 10% cumpliéndose lo manifestado en el Anuario 2007 de la JND.

Al combinar las variables edad y tipo de psicofármacos de consumo obtenemos que las mayores franjas etarias que consumen se encuentran entre los 41-60 años con un 17,5% coincidiendo nuevamente con los datos obtenidos del Anuario 2007 de la JND.

Con respecto a la frecuencia de consumo en relación a la medicación, encontramos que en lo referente al consumo ocasional un 12,5 % de los individuos consumen ansiolíticos y un 2,5% antidepresivos. Siendo este punto de importancia ya que se está frente a una medicación que debe de comenzarse el tratamiento en forma gradual para llegar a una dosificación óptima, incluso hay que resaltar que el comienzo del efecto de este tipo de medicación comienza a verse a las dos semanas aproximadamente.

Cuando nos referimos a la variables años de trabajo en Enfermería psiquiátrica y el tipo de psicofármaco encontramos que el mayor consumo se

observa en los ansiolíticos y en individuos con más de 10 años de trabajo en Enfermería psiquiátrica con un 7,5 %.

Para finalizar el análisis es importante señalar que del total de nuestra población de estudio se observa que un 17% de los individuos padeció alguna vez en su vida de stress laboral; y cuando indagamos sobre si el consumo de psicofármacos afecta su desempeño laboral encontramos que un 42% considera que si.

Conclusión.

Los resultados obtenidos de este estudio, comparados con lo manifestado en el marco teórico acerca del consumo de psicofármacos expresado en la Anuario 2007 de la JND que manifestaba que un 22% de la población general alguna vez en su vida consumió tranquilizantes o ansiolíticos, se pudo comprobar que en nuestra población de estudio no existe consumo ya que en la misma el consumo llegó a un 20%.

Existe otra coincidencia con la JND en relación a la edad y el género ya que el consumo es mayoritario en mujeres y en la franja etaria comprendida entre los 41 a 50 años.

Existe consumo de psicofármacos sin seguimiento por parte de médicos psiquiatras e incluso conociendo los medicamentos los mismos son consumidos inapropiadamente.

La investigación deja interrogantes para mayor profundización en futuras investigaciones como Licenciadas/os en Enfermería en el área de la Salud Mental.

Sugerencias.

Durante el desarrollo de nuestra Investigación el grupo pudo identificar propuestas que disminuyan la incidencia de los Factores de Riesgo en la población en estudio.

Nuestras propuestas son:

- ✓ La existencia de un lugar físico para el esparcimiento del personal durante la realización de la media hora de descanso.
- ✓ Que el personal pueda acceder a la realización de talleres de apoyo.
- ✓ Fomentar la realización de actividades recreativas fuera de la Institución.
- ✓ Conformar un grupo multidisciplinario que este a disposición del personal.

Bibliografía.

- ✓ Farmanuario. Montevideo: InforMédica; 2007.
- ✓ Flores J. Farmacología Humana. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- ✓ Junta Nacional de Drogas. Drogas: más información menos riesgos. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales: 2007.
- ✓ Junta Nacional de Drogas. Problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas. Montevideo, Uruguay: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales: 1998.
- ✓ López J– Aliño, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – IV. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
- ✓ Meliá S. Enfermería en salud mental, conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del libro; 2005.
- ✓ O’ brien P, Kennedy W, Ballard K. Enfermería psiquiátrica. México: McGraw-Hill; 2000.
- ✓ Pineda B, Alvarado L, Canales E. Metodología de la investigación. 2ª ed. Washington: OPS; 1994.
- ✓ Rigol A, Ugalde M. Enfermería en salud mental y psiquiatría. Barcelona: Salvat; 1991.
- ✓ Tuzzo R. Conceptos básicos de psicología. 1ª ed. Montevideo: AEM; 2000.

Revistas consultadas.

- ✓ Antonio Turné. La salud mental, el médico y los profesionales de la salud. El Diario Médico. 2002 Sep 2 – 3.
- ✓ Angélica Melita Rodríguez, Mónica Cruz Pedreros, José Manuel Merino Brnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. Ciencia y Enfermería. 2008 Oct 21; XIV (2): 75 – 85.

Páginas web consultadas.

<http://www.fenf.edu.uy>

<http://www.mind-surf.net/drogas/sedantes.htm>.

<http://www.monografias.com/trabajos11/mcisis/mcrisis.shtml>; [Crisis-monografias.com](http://www.monografias.com).

<http://www.tratamientoansiedad.com/tratamiento-ansiedad/ansiedad-farmacos-ansioliticos.html>.

<http://es.wikipedia.org/wiki/Antidepresivo>.

Anexo 1.**Caracterización de la Población en estudio.****Turno de 0 a 6.**

| | Masculino | Femenino | Totales |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
| Licenciados | 0 | 4 | 4 |
| Auxiliares | 19 | 25 | 44 |
| Totales | 19 | 29 | 48 |

Total de Licenciados: 4

Total de Auxiliares: 44

Turno 6 a 12.

| | Masculino | Femenino | Totales |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
| Licenciados | 0 | 8 | 8 |
| Auxiliares | 15 | 49 | 64 |
| Totales | 15 | 57 | 72 |

Total de Licenciados: 8

Total de Auxiliares: 64

Turno de 12 a 18.

| | Masculino | Femenino | Totales |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
| Licenciados | 4 | 3 | 7 |
| Auxiliares | 8 | 48 | 56 |
| Totales | 12 | 51 | 63 |

Total de Licenciados: 7

Total de Auxiliares: 56

Turno de 18 a 24.

| | Masculino | Femenino | Totales |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
| Licenciados | 2 | 5 | 7 |
| Auxiliares | 24 | 33 | 57 |
| Totales | 26 | 38 | 64 |

Total de Licenciados: 7

Total de Auxiliares: 57

Universo.

| | |
|--------------------|-----|
| Licenciados | 26 |
| Auxiliares | 221 |
| Masculino | 72 |
| Femenino | 175 |

El total del universo es de son de 247.

Muestra.

| | |
|--------------------|-----|
| Licenciados | 15 |
| Auxiliares | 120 |
| Masculino | 27 |
| Femenino | 108 |

El total de la muestra con la que vamos a trabajar es de 135, ya que para la realización de la investigación se va a realizar en dos de los cuatro turnos, el de matutino y la tarde.

Anexo 2.

Encuesta anónima.

1- Edad: 20-30_____

31-40_____

41-50_____

51-60_____

61 y más____

2- Sexo: F____ M____

3- Trabaja al día: 6 horas_____

12 horas_____

o más_____

4- Usted consume medicamentos: Si_____ No_____

5- Son prescritos por el médico: Si_____ No_____

6- Alguna vez consulto un psiquiatra: Si_____ No_____

7- Consume antidepresivos: Si_____ No_____

8- Fueron prescritos: Si_____ No_____

9- Consume ansiolíticos: Si_____ No_____

10-Fueron prescritos: Si_____ No_____

11-Los consume: Diariamente:_____

Ocasionalmente_____

12-Considera que se siente mejor al consumir dichos medicamentos:

Si_____ No_____

13-Considera que el consumo de psicofármaco puede afectar su
desempeño laboral y/ su vida diaria: Si_____ No_____

14-Alguna vez se le diagnostico stress laboral: Si_____

No_____

15-Cuantos años hace que trabaja en Enfermería Psiquiátrica:

Menos de 5 años _____

Entre 5-10 años _____

Más de 10 años _____

Anexo 3.

Instructivo de Encuesta anónima.

El presente cuestionario fue realizado por un grupo de cinco estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería Universidad de la República. Las cuales se encuentra actualmente cursando el Trabajo de Investigación Final.

El fin que perseguimos con nuestra investigación es saber si existe consumo de psicofármacos (antidepresivos y ansiolíticos) dentro del personal de Enfermería, tanto Auxiliares como Licenciados.

Al considerar este un tema privado decidimos realizarlo de forma anónima, por lo tanto el llenado del mismo es marcando con una cruz la respuesta que a usted le parezca, así mismo como deseamos mantener toda confidencialidad, al finalizar el llenado del mismo se colocara dentro de un sobre el cual será cerrado y será abierto para la realización de la tabulación de los datos.

El cuestionario será entregado en mano a la persona que lo ha de llenar y se retirara por los estudiantes, dejando el tiempo suficiente para que la persona pueda llenarlo.

Desde ya muchas gracias.

Anexo 4.

Carta de Autorización al Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional.

Montevideo, 15 de marzo de 2011.

Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital Teodoro Vilardebo.

Licenciado en Enfermería José Luis Tato.

Se presentan ante Usted, un grupo de cinco estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería Universidad de la República, que nos encontramos actualmente realizando nuestro Trabajo de Investigación Final.

La investigación que nos planteamos realizar es saber si existe el consumo de psicofármacos (antidepresivos y ansiolíticos) dentro del personal de Enfermería tanto Auxiliares como Licenciados.

Por este motivo nos dirigimos a usted para solicitar autorización para la realización de un cuestionario al personal de Enfermería que se desempeña dentro de la institución.

Nos es de suma importancia informarle que el mismo será realizado en forma anónima, ya que los funcionarios deben simplemente marcar con una cruz la respuesta que a su entender sería la correcta así como también informarle que el mismo será devuelto en un sobre previamente cerrado por la persona que realizó dicho cuestionario, manteniendo así en todo momento la confidencialidad de los datos.

Le adjuntamos nuestro protocolo de investigación con el fin de que conozca en detalle los fundamentos para la realización de nuestra investigación.

Creemos pertinente especificar que aun en ausencia de la autorización para realización de la investigación, se utilizó la institución como modelo en nuestro protocolo.

Desde ya muchas gracias.

Br. De los Santos, Jacqueline

Br. García, Patricia

Br. García, Sabrina

Br. González, Andrea

Br. Sosa, Lucia

Anexo 5.

Presupuestos.

En lo referente al presupuesto de nuestro trabajo de investigación es importante señalar que los gastos se dividirán en dos, por un lado el material de papelería y por el otro gasto de transporte.

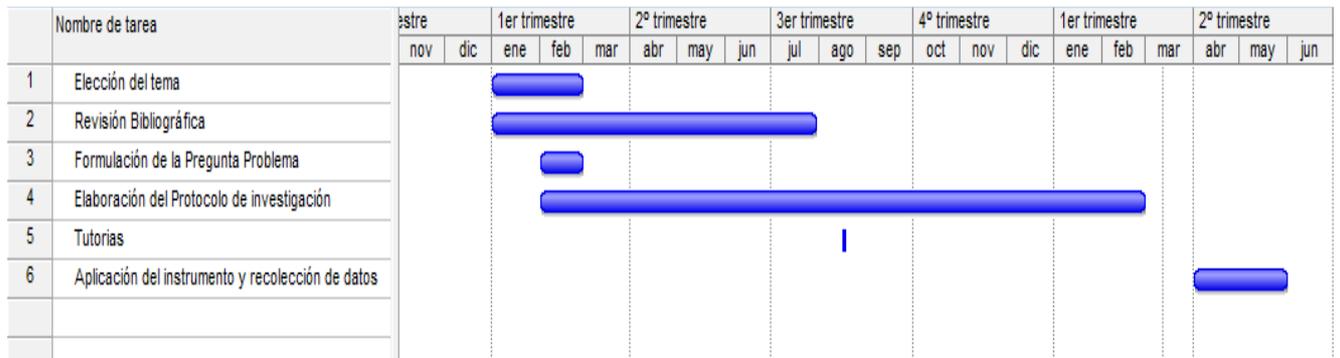
Los gastos que tienen que ver con papelería son hojas, encuadernaciones, sobres, impresiones.

Los gastos que se relacionan al transporte se refieren los boletos que se han de utilizar para concurrir a las tutorías en el Hospital de Clinicas Dr. Manuel Quintela, concurrir al Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional Dr. Teodoro Vilardebo para entregar la carta de autorización y posteriormente a la realización de los cuestionarios.

| Insumos | Precio Unitario | Cantidad | Total |
|-------------------------|-----------------|----------|--------|
| Hojas | 1\$ | 500 | 500\$ |
| Sobres | 2\$ | 60 | 120\$ |
| Encuadernaciones | 50\$ | 7 | 350\$ |
| Impresiones | 3\$ | 300 | 900\$ |
| Boletos | 18\$ | 50 | 900\$ |
| Total | | | 2770\$ |

Anexo 6.

Cronograma.



Anexo 7.

Autorización del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional.



Montevideo, 16 de Junio de 2011

ACTA N° 01/2011

En la ciudad de Montevideo el día jueves 16 de Junio de 2011, se reúne el Comité de Ética del Hospital Vilardebó.

ASISTEN: Dr. Federico Sacchi, Dr. Jorge Carrique, Lic. José Luis Tato y Lic. Graciela Franco

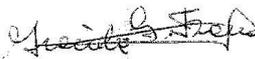
- 1) Proyecto de Seguimiento de Pacientes de la Facultad de Psicología, presentado por la Lic. Mónica Rossi y Lic. Alejandra Gutiérrez, solicitud de recabar datos con los pacientes trabajados para evaluar el nivel de reinserción social.
- 2) Investigación final: "Protocolo de investigación Conocer la existencia del consumo de Ansiolíticos y Antidepresivos en el personal de Enfermería que se desempeña en el Hospital Vilardebó" de un grupo de estudiantes de la Licenciatura de Enfermería (De los Santos Jacqueline, García Patricia, García Sabrina, González Andrea y Sosa Lucía)

Resolución: Para ambos proyectos este Comité no presenta objeciones, desde el punto de vista ético para su aprobación.

Elévese a la Dirección del Hospital Vilardebó para su resolución final.


Lic. José Luis Tato
Jefe Dpto. Enfermería
Hospital Vilardebó


Dr. FEDERICO SACCHI
Adjunto Dirección
Hospital Vilardebó




Dr. MIGUEL SNIADOWER
Director
Hospital Vilardebó

Anexo 8.

Guía de Elaboración.

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERIA
 DEPARTAMENTO DE DIRECCION DEL PROGRAMA BASICO
 UNIDAD PEDAGOGICA

GUIA DEL ESTUDIANTE N°2

ORIENTACION AL PROCESO DE TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION (TFI)

- El marco regulatorio del Trabajo Final de Investigación (TFI), está dado por el Reglamento del Plan de Estudios (PdeE) 93' de la Facultad de Enfermería (FdeE), cita en el Cáp. VI, Art. 29, que estipula:
 “La finalidad de este trabajo consiste en que el estudiante realice una experiencia de investigación sobre un problema de Enfermería que se integre a alguna línea de investigación de los Departamentos Docentes”
- El tipo de estudio podrá ser cuantitativo o cualitativo. El diseño será de tipo descriptivo.
- Los estudiantes deberán estar agrupados en un número mayor de cinco. Cada grupo recibirá el apoyo de un tutor (docente) asignado por la Institución, además del cual podrá optar por otros apoyos calificados, en conocimiento del tutor.
- Las tutorías se coordinarán con el tutor, de acuerdo al nivel de avance de los grupos. Previo al encuentro, el grupo de estudiantes, debe entregar el material a trabajar en la próxima sesión (en formato escrito y/o electrónico)
- Una vez el protocolo sea aprobado por el tutor, los estudiantes estarán en condiciones de implementar el estudio.
- Cuando el TFI llega a su fin, aprobado el Informe Final por el tutor, se deberá entregar este en el Departamento de Dirección del Programa Básico (DIBA):
 - Un original y cuatro copias del Informe Final de Investigación y soporte electrónico.
 - Nota: Dirigida al Departamento de Dirección del Programa Básico, solicitando la conformación del Tribunal de Defensa, explicitando: Cátedra donde se asentó el estudio, tutor/es, título completo del estudio, generación cursante de los estudiantes, nombre de la totalidad de los integrantes del grupo, con sus números de cédula de identidad. Se deberá explicitar en la nota en el caso de que el grupo renuncie a los 10 días hábiles con los que cuenta por reglamento para que no se fije antes de este plazo fecha de defensa, a partir del día en el cual ingresan el TFI en el DIBA.

**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERIA
 DEPARTAMENTO DE DIRECCION DEL PROGRAMA BASICO
 UNIDAD PEDAGOGICA**

GUIA DEL ESTUDIANTE N°2

ORIENTACION AL PROCESO DE TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION (TFI)

■ **MODELO DE NOTA:**

Montevideo, 3 de marzo de 2007

Departamento de Dirección del Programa Básico

Por intermedio de la presente, nos dirigimos a Uds. para solicitar conformación de Tribunal de Defensa para Trabajo Final de Investigación. El mismo fue desarrollado bajo la orbita de la Cátedra....., siendo el tutor el Prof.....

El título del estudio es.....

Somos estudiantes cursantes de Gen.....

| | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| Firma del estudiante | Firma del estudiante | Firma del estudiante |
| Aclaración de Firma | Aclaración de Firma | Aclaración de Firma |
| N° Cédula de Identidad | N° Cédula de Identidad | N° Cédula de Identidad |

- El DIBA coordinará la constitución del Tribunal de Defensa, que será precedido por un Docente G°5, no pudiendo oficiar como tal el tutor.
- El número de miembros del tribunal será de 3 integrantes más el tutor.
- Constituido el tribunal, será informado el tutor, quién coordinará con el resto de los integrantes la fecha y el horario de la defensa y se encargará de informar dichos datos a Sección Bedelía, donde se publicarán dichos datos con el nombre de los integrantes del grupo.
- El estudiante deberá coordinar a partir de la mencionada publicación, en Sección Bedelía el salón para la Defensa y apoyos multimedia en Sección Audiovisuales.

- El grupo de estudiantes tiene derecho a solicitar un día de ensayo previo a la Defensa en el salón que sea adjudicado, lo que deberá coordinarse con Sección Bedelía.

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERIA
 DEPARTAMENTO DE DIRECCION DEL PROGRAMA BASICO
 UNIDAD PEDAGOGICA

GUIA DEL ESTUDIANTE N°2

ORIENTACION AL PROCESO DE TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION (TFI)

GUIA PARA ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

El protocolo no podrá exceder las 20 páginas tamaño carta, a espacio simple y aproximadamente 62 caracteres por línea. Cuando se propongan estudios que requieran la aplicación de cuestionarios o guías para la recolección de la información, se deberá anexar una copia de los mismos indicando el nivel de elaboración en que se encuentran, por ejemplo: ensayo para prueba piloto, formulario definitivo, etc.

Esquema básico de un Protocolo de Investigación.

- Título del proyecto.
- Resumen del proyecto.
- Planteamiento del problema (justificación científica)
- Justificación de los resultados (objetivos últimos, aplicabilidad)
- Fundamento teórico (argumentación, respuestas posibles, hipótesis)
- Objetivos de investigación (general y específicos)
- Metodología.
 - Tipo y diseño general del estudio.
 - Definiciones operacionales (operacionalización)
 - Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión
 - Intervención propuesta (si aplica)
 - Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar, métodos para el control de calidad de los datos y para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.
- Plan de análisis de los resultados

- Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables
- Referencias bibliográficas
- Cronograma
- Presupuesto
- Anexos (Instrumentos de recolección de información, ampliación de métodos y procedimientos a utilizar, y otros)

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERIA
 DEPARTAMENTO DE DIRECCION DEL PROGRAMA BASICO
 UNIDAD PEDAGOGICA

GUIA DEL ESTUDIANTE N°2

ORIENTACION AL PROCESO DE TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION (TFI)

GUIA PARA ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

El cuerpo del Informe Final no podrá exceder las 20 páginas tamaño carta, a doble espacio, no teniendo cada página más de 25 líneas bien espaciadas, con margen superior e inferior de 4cm. Cada línea tendrá un máximo de 70 caracteres y los márgenes derecho e izquierdo medirán 3cm.

• **Resumen.**

No debe exceder las 250 palabras.

Indicar claramente:

- Objetivos y propósitos del estudio.
- Lugar y fecha de realización.
- Metodología y procedimientos básicos.
- Resultados principales.
- Conclusiones principales.

Se deberá hacer hincapié en los aspectos nuevos y relevantes. No se debe incluir ninguna información o conclusión que no aparezca en el resto del Informe. Redactarlo en modo impersonal y no incluir abreviaturas, remisiones al texto principal o referencias bibliográficas.

• **Cuerpo del manuscrito.**

Debe estar compuesto por:

- Introducción.
- Métodos.
- Resultados.
- Discusión.

• **Introducción.**

Debe suministrar suficientes antecedentes para que el lector pueda comprender y evaluar los resultados del estudio.

Reglas que debe contener:

- Exponer con claridad naturaleza y alcance del problema investigado.
- Revisar publicaciones pertinentes para orientar al lector.

Pueden describirse tanto el planteamiento del problema, objetivos y propósitos de la investigación.

• **Metodología.**

Se deben ampliar los aspectos claves del diseño que fueron esbozados en la Introducción.

Se deben detallar los aspectos metodológicos relativos al cuerpo de hipótesis o preguntas claves que orientaron a la investigación.

Se deben describir los procedimientos técnicos utilizados:

- Selección del universo.
- Muestra.
- Unidad de análisis y de observación.
- Fuentes de datos.
- Tipos de instrumentos de recolección de información.

• **Resultados.**

Se deben presentar los datos, expresándose clara y sencillamente, porque representan los nuevos conocimientos que se están aportando.

En esta sección se presentan:

- Tablas.
- Cuadros.
- Gráficos

• **Discusión.**

Se deben expresar las relaciones existentes entre los hechos investigados y las referencias, o supuestos formulados.

Se deben discutir los hallazgos y relacionar con los objetivos propuestos, interrogantes planteadas, hipótesis formuladas.

Se debe:

- Presentar los principios, relaciones y generalizaciones que los resultados indican.
- Señalar excepciones o faltas de correlación y delimitar los aspectos no resueltos.
- Mostrar como concuerdan o no los resultados e interpretaciones de anteriormente publicados.
- Exponer las consecuencias teóricas del estudio y sus posibles aplicaciones prácticas.
- Resumir las pruebas y evidencias que respaldan cada conclusión.

La discusión debe terminar haciendo un breve resumen de las conclusiones sobre la significación del trabajo.

• **Normas Éticas.**

- Se debe efectuar una descripción detallada de los procedimientos que se van a seguir para proteger a los sujetos humanos que participen en el estudio (como parte del protocolo)
- Presentar una copia del formulario de consentimiento informado que se va a usar con los sujetos humanos que participen en el estudio.
- Incluir autorización institucional para la realización del estudio , especificando si se autoriza para: búsqueda de información, publicación y/o presentación pública.

• **Referencias Bibliográficas.**

Son esenciales para identificar las fuentes originales de conceptos, métodos y técnicas provenientes de investigaciones, estudios y experiencias anteriores; apoyar los hechos y opiniones expresados por el autor, y orientar al lector interesado a informarse con mayor detalle sobre aspectos del contenido del documento.

Todas las referencias deben citarse en el texto con números consecutivos al pie de la página o al fin del informe. La lista de referencias se enumerará consecutivamente según el orden de aparición de las citas en el texto.

En cambio, las fuentes bibliográficas consultadas, pero no citadas en el texto, se denominarán "Bibliografía" y se ordenarán alfabéticamente según el apellido de los actores. La lista de referencias o bibliografía se agregará en hojas separadas al final del artículo, y se deberá ajustar a las normas de Vancouver.