

Policlínico Universitario “Reinaldo Naranjo Leyva”

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN
DEL ABUSO DE PSICOFÁRMACOS. CONSULTORIO**

11. CARTAGENA. RODAS. 2020-2022.

**Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.**

AUTORA:

Dra. Mercedes Leydis Ramírez Sardina

Residente de tercer año en Medicina General Integral

TUTORA:

Dra. Dinorah Janet Torres Lugo

**MSc. Educación Médica. Especialista de II Grado en
Psiquiatría Adulto. Especialista de I Grado en Medicina
General Integral. Profesor Auxiliar.**

Cienfuegos, 2023

Agradecimientos

Agradezco a nuestro grupo de profesores por su dedicación, a mi tutora por su suministro de ideas. Estoy muy agradecida con los pacientes que contribuyeron en el estudio, que me dieron su tiempo y su cooperación para ayudarme en la investigación. Finalmente, a mi familia por su apoyo incondicional. A todos los mencionados mis más sinceros agradecimientos.

Dedicatoria

Le dedico el resultado de este trabajo a mi pequeña Camila que me impulsa a seguir adelante, sin duda ella es lo mejor que me ha pasado.

También, quiero dedicarle este trabajo a mi familia, principalmente, a mis padres que me apoyaron y contuvieron los momentos malos y no tan malos. Gracias por estar siempre para mí.

"Sólo se es dignamente médico con la idea clavada en el corazón, de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con medios de utilidad insegura pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega siempre el amor."

Gregorio Marañón y Posadillo

RESUMEN

Los psicofármacos son un grupo de medicamentos utilizados ampliamente en la práctica médica para ejercer su función en el sistema nervioso central, pero su uso de manera indiscriminada llega al abuso. **Objetivo:** Implementar una intervención educativa. Consultorio Médico Familiar # 11. Policlínico Universitario “Reinaldo Naranjo Leyva”. Cartagena. 2020-2022. **Material y método:** Se efectuó un estudio de intervención educativa. El universo y la muestra estuvieron conformado por 193 pacientes de 25 a 59 años que consumen psicofármacos. Se empleó variables sociodemográfica: sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil y sobre el consumo y conocimientos del psicofármaco. La intervención educativa se efectuó en tres etapas: de diagnóstico, de intervención y de evaluación. **Resultados:** Frecuentó el grupo de edad de 30-39 años (33,7%) y el sexo femenino (53,9%). Los ansiolíticos (51,8%) constituyeron el grupo de psicofármacos más consumido, de los cuales consumieron de manera terapéutica (60,6%). Predominaron los conocimientos no satisfactorios en las preguntas relacionadas con los síntomas al abandonar el consumo de psicofármacos (82,9 %) previo a la intervención. Luego de la intervención, el 82,4 % de los pacientes tenían conocimientos satisfactorios respecto a los factores de riesgo que favorecen el consumo de psicofármaco. **Conclusiones:** El fortalecimiento del conocimiento y la generación de este a través de la intervención educativa generan nuevas y más herramientas destinadas a mejorar la prevención en salud.

Palabras clave: Intervención educativa, prevención, abuso, psicofármacos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Error! Bookmark not defined.
OBJETIVOS	Error! Bookmark not defined.
MARCO TEÓRICO.....	Error! Bookmark not defined.
MATERIAL Y MÉTODO	17
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	26
RESULTADOS FUNDAMENTALES.....	55
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Los psicofármacos son un grupo de medicamentos utilizados ampliamente en la práctica médica para ejercer su función en el sistema nervioso central (SNC), tratando así las funciones psíquicas como los estados mentales. Estos son derivados de los psicoactivos, utilizados para aliviar las distintas enfermedades mentales, pero, se conoce que existe un uso inapropiado con fines placenteros en la sociedad, por lo tanto, se debe promover el buen uso de estos mediante los profesionales de la salud. En ellos se encuentran varios subgrupos farmacológicos los cuales son: Los ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivantes, anticolinérgicos, antipsicóticos y antimaníacos^{1, 2,3}.

En todas las civilizaciones, las sustancias naturales fueron utilizadas por el hombre para afectar su exclusión. Fueron juzgados estimulantes, sedantes, extasivos o intoxicantes. Platón describió el *phármakon*, una sustancia capaz de alterar la identidad del sujeto hasta el punto de hacerla ajena a lo que le es más familiar, su propia memoria. Paracelso, en el siglo 16, usó alcanfor para curar las personas "lunáticas". Innumerables sustancias han sido utilizadas para aplacar el hambre, retrasar la fatiga, aliviar la angustia moral y, sobre todo, para lograr el placer. El uso de estas drogas se intensificó en el siglo XX, después de la fundación de la psicofarmacología moderna, con los trabajos de Emil Kraepelin⁴.

Existen registros muy antiguos sobre la utilización de Opio, en principio, fue utilizado por Hipócrates en la antigua Grecia, el cual brindaba somnolencia y placidez. En el siglo XIX el opio y el alcohol eran utilizados por separado para tratar los problemas nerviosos. En 1805 aparece la morfina, en homenaje al Dios Morfeus (dios del sueño) sustancia extraída del opio y empleada en la medicina como analgésico. Posteriormente, el opio fue reemplazado por el hidrato de cloral, y finalmente a principios del siglo XX por barbitúricos. En 1960 la medicina logra sintetizar los barbitúricos, obteniendo tranquilizantes modernos e introduce las

benzodiazepinas (BZD) como unos de los psicofármacos más utilizados como depresoras del sistema nervioso central^{5,6}.

La psicofarmacología moderna comenzó después de la Segunda Guerra Mundial, a fines de la década de 1940, cuando se introdujeron las primeras drogas con el propósito específico de tratar trastornos psiquiátricos. En 1949, se informó del primer informe de manía del litio de Cade. En 1952, se describieron los efectos antipsicóticos de la clorpromazina de Delay y Deniker. Los primeros ansiolíticos fueron el meprobamato y el clordiazepóxido. La iproniazida, un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO), se introdujo en el tratamiento de la depresión después de los estudios iniciales de Crane y Kline en 1956 y 1958, respectivamente⁷.

En 1958 llegó la imipramina, que fue la primera de una serie de antidepresivos tricíclicos. Así, a finales de la decena de 50, ya se habían descubierto cinco grupos de fármacos capaces de promover efectos clínicos en trastornos psiquiátricos: antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol), antidepresivos tricíclicos (imipramina), antidepresivos IMAO (iproniazida), ansiolíticos (meprobamato y clordiazepóxido) y antimaníacos (litio). Desde entonces, se ha producido una considerable expansión del arsenal terapéutico, tanto con la expansión del número de compuestos dentro del mismo grupo farmacológico, como con la aparición de fármacos con un perfil de acción diferente a los originales⁷.

Las estadísticas señalan que, al año, entre el 10 y el 20% de la población adulta occidental consume psicofármacos y que entre el uno y el 3% los utilizan de forma regular durante períodos superiores a un año. Los datos en la atención primaria de salud indican que en el 5% de las consultas que atiende un médico de familia se prescribe una Benzodiazepina⁸.

En España, el gasto farmacéutico en 2018 experimentó un aumento del 1,7% respecto al gasto registrado en el año 2017. Los psicofármacos tienen un gran peso en este gasto y se encuentran entre los medicamentos más consumidos en la población general. En cuanto al consumo de ansiolíticos, España ocupa el

tercer puesto de mayor consumo, un 78% superior al consumo medio europeo. En consumo de hipnóticos y sedantes, España ocupa el séptimo lugar de mayor consumo y se sitúa en el consumo medio europeo. Respecto al consumo de antidepresivos, ocupa el décimo puesto de mayor consumo, algo por encima del consumo medio europeo^{9, 10, 11}.

En el 2019 la Organización de los Estados Americanos (OEA), a través del Observatorio Interamericano sobre Drogas (en adelante OID), presentó un Informe sobre el consumo de Drogas en las Américas, en el cual se observa que Uruguay es el país de América latina con mayor consumo de psicofármacos tranquilizantes sin prescripción médica¹².

De acuerdo a la VII encuesta de la Junta Nacional de Drogas sobre consumo de drogas en población uruguaya, publicada en 2019, los psicofármacos constituyen la tercera droga más consumida en Uruguay luego del alcohol y el tabaco. Dentro de estos, se visualiza un elevado consumo de psicofármacos tranquilizantes; en este sentido, el 28,2 % de la población estudiada declara haber consumido tranquilizantes alguna vez en su vida, de los cuales 79 % lo hizo bajo prescripción médica y el 21 % sin prescripción¹³.

Entre 1999 y 2014, el consumo de antidepresivos en Estados Unidos aumentó un 65%, según datos del Centro de Control y Prevención de Enfermedades. El 11% de los estadounidenses toma medicamentos contra la depresión, frente al 6,5% de los españoles, por ejemplo, o el 1,3% de los surcoreanos. La proporción es mayor entre las personas de raza blanca y entre mujeres: el 16,5% de ellas reconoció haberse medicado en el mes anterior al sondeo¹⁴.

Argentina es el país de Latinoamérica donde se registra mayor utilización per cápita de psicofármacos¹⁵. En Buenos Aires, Argentina, de acuerdo a un estudio realizado, el 15,5% de la población consumía algún tipo de psicofármaco y el 29,4% lo consumió alguna vez en la vida, siendo el uso mayor en las mujeres y población anciana¹⁵.

En México, un estudio reportó que más del 20% de las mujeres mayores consumían drogas médicas, mientras que solo el 4,4% de hombres mayores lo hacía. Los ansiolíticos fueron los psicofármacos más utilizados con un 83,5% de prevalencia y los antidepresivos con un 16,5 %¹⁵.

En los últimos años, ha habido un aumento en el consumo de estos medicamentos, lo que podría evidenciarse en la Encuesta Nacional sobre Acceso, Uso y Promoción del Uso Racional de los Medicamentos en Brasil (PNAUM), que demostró que entre los 20 subgrupos farmacológicos más utilizados por los usuarios de atención primaria se encuentran los antidepresivos (fluoxetina), los antiepilépticos y los ansiolíticos (clonazepam), solo detrás de los medicamentos de las clases de antiinflamatorios no esteroideos, antihipertensivos y antidiabéticos¹⁷.

En los últimos años se han realizado diversas investigaciones en Cuba que alertan sobre el uso indiscriminado de fármacos en la población, y se sitúan los psicofármacos entre los tres primeros grupos de medicamentos consumidos y sin prescripción facultativa en muchos casos. El consumo por automedicación es una práctica que se observa en más de la tercera parte de la población cubana y el incumplimiento terapéutico es reportado en 50 % de los pacientes que se le indica algún tratamiento¹⁸. Según estudio realizado en trabajadores de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos plantearon que la mayoría de los psicofármacos se obtuvieron por prescripción facultativa, y el resto, de manera no legal¹⁶.

Según los datos estadísticos del Departamento de Salud Mental del municipio de Rodas, en el año 2021 el mayor porcentaje de consultas lo alcanzó los pacientes con trastornos neuróticos con 48.2%, seguido de trastornos de la personalidad con un 20 %; en el año 2022 aumentó el número de consultas por dichos trastornos en un 48.8 % y 24.8% respectivamente con el consiguiente aumento de la prescripción de psicofármacos¹⁷.

Los estudios sobre psicofármacos formulados y su automedicación en las poblaciones adultas son un tema de interés para muchos investigadores, debido a

las complicaciones e interacciones que pueden presentarse en las personas que las consumen. También diversas investigaciones han mostrado que los fármacos antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos y sedantes, son frecuentemente utilizados fuera de las indicaciones para la cual fueron aprobadas y existe un uso indiscriminado de los mismos¹⁹.

La autora durante el tiempo que ha laborado como médico de familia en la población de Turquino ha percibido que existe un gran número de personas que abusan del uso de psicofármacos, reflejado además en el Análisis de la Situación de Salud del Consultorio # 11, donde por cada 100 habitantes 13.02 presentan riesgo de consumo de psicofármacos, predominando el sexo femenino con una tasa de 16.53.

El mal uso de los medicamentos es una preocupación del área de salud, enmarcar la problemática para establecer estrategias de intervención que colaboren en su solución y reduzca este proceder, es una parte prioritaria de las líneas de trabajo del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) por las razones antes señaladas.

Por todo lo antes expuesto es necesario crear estrategias preventivas para evitar el abuso de psicofármacos.

Problema Científico

¿Cómo elevar el conocimiento para la prevención del abuso de psicofármacos en el Consultorio Médico Familiar # 11 del Policlínico Universitario “Reinaldo Naranjo Leyva” durante el periodo 2020-2022?

OBJETIVOS

General

- Implementar una intervención educativa para la prevención del abuso de psicofármacos. Consultorio Médico Familiar # 11.Policlínico Universitario “Reinaldo Naranjo Leyva”. Cartagena. 2020-2022.

Específicos.

1. Caracterizar la muestra según variables socio-demográficas, variables de consumo y conocimientos sobre su consumo.
2. Aplicar una intervención educativa para medir el conocimiento sobre el consumo de psicofármacos.
3. Determinar el conocimiento antes y después de ejecutada la intervención.
4. Valorar el comportamiento en cuanto al consumo de psicofármacos, de los pacientes intervenidos ,6 meses después de haber comprobado el conocimiento.

MARCO TEÓRICO

Psicofármaco: Concepto. Clasificación. Principales indicaciones.

Conceptualmente, los psicofármacos son fármacos que interfieren en la conducta, la conciencia, el estado de ánimo y la cognición, actuando sobre el Sistema Nervioso Central. Se utilizan en el tratamiento de psicopatologías, con mayor frecuencia en el tratamiento de la presión arterial, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos mentales y discapacidades físicas, o incluso para el tratamiento de epilepsias. La droga psicotrópica es una sustancia química que ejerce cierta influencia sobre los procesos de la mente. Estos agentes afectan al SNC y pueden cambiar de la conciencia a la conducta, pasando por la percepción de la conciencia¹⁹.

Los psicofármacos se utilizan como medicamentos, por sus características son capaces de cambiar el estado de ánimo de un paciente o aliviar el dolor que le provoca una enfermedad, un trastorno o algún tipo de dolencia. Es importante señalar que, en algunos casos, el abuso de psicofármacos puede causar adicción. Cuando el sujeto utiliza un potencial con intención de recreación y no lo consume por necesidad de esta sustancia en su organismo, se convierte en un individuo dependiente del potencial en cuestión^{19,20}.

Clasificación de los psicofármacos

Moncrieff²¹ clasifica a los psicofármacos según las incidencias en el sistema nervioso central, de esta manera se agrupan en: neurolépticos, antidepresivos, estimulantes y las benzodiazepinas.

En relación a los psicofármacos neurolépticos, fueron introducidos entre 1950 y 1960, se asocian con el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia, aunque

también son efectivos contra la agresividad y la agitación nerviosa. Revierten los efectos de la dopamina como sustancia química cerebral, corrigen su funcionamiento al actuar sobre la actividad psicótica, disminuyendo la agitación nerviosa, reduciendo la actividad física y mental. Producen efectos de sedación, adormecimiento e influyen directamente en el sistema emocional, reduciendo la intensidad de la tristeza y la felicidad²¹.

Por otro lado, los psicofármacos antidepresivos, comenzaron a utilizarse en 1950 ante los síntomas de depresión recetados por psiquiatras y médicos generales. Actúan sobre los síntomas relacionados a la angustia, depresión, tristeza, ataques de pánico, ansiedad, pesimismo y trastornos alimenticios^{22,23}.

En lo referente a los psicofármacos estimulantes, se caracterizan por los efectos producidos más que por las condiciones para las que son prescritos. Se recetan ante problemas de comportamiento hiperactivo en niños(o Trastorno del Déficit de Hiperactividad TDH). “En los niños es bien conocido que los estimulantes pueden suprimir el interés, la espontaneidad y la respuesta emocional. Este efecto se describe a veces como un estado parecido al de un zombi”²⁴.

Por último, Moncrieff señala a las benzodiazepinas como otro tipo de psicofármacos. Se trata de un grupo de fármacos descubiertos en 1960 las cuales son más conocidas por su nombre comercial, entre las cuales se destaca el Diazepam(Valium), Clonazepam(Rivotril) y Alprazolam²⁵.

Aspectos sobre el uso, abuso, adicción y dependencia a psicofármacos.

Se entiende como uso de sustancias, cuando el consumo no tiene consecuencias inmediatas sobre el individuo ni sobre su entorno. Los psicofármacos son sustancias químicas que actúan sobre el Sistema Nervioso Central y que se usan para el tratamiento de los trastornos de la salud mental. Son recetados para tratamientos médicos y bajo supervisión profesional por tiempo limitado sin que traigan mayores consecuencias¹⁵.

El abuso o uso indebido de los medicamentos recetados ocurre cuando una persona toma un medicamento en formas o dosis diferentes a las recetadas. El uso compulsivo o abuso, es un patrón de consumo, que bien por su cantidad, frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, genera consecuencias negativas en el propio consumidor y/o en su entorno. Se trata de abuso de una sustancia cuando el tiempo de uso es mayor o igual a 12 meses.^{15, 26, 27, 28,29.}

La dependencia implica la necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse bien o no sentirse mal. El individuo presenta una serie de síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales que indican que presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas^{29, 30.}

Existen dos tipos de dependencia: la psicológica, y la física. La psicológica es el fuerte deseo de continuar el consumo para experimentar el placer o el sentimiento de bienestar. La dependencia física, es el estado de adaptación del organismo a la sustancia, seguido normalmente de la aparición de tolerancia, y tras la privación, de un síndrome de abstinencia^{26.}

La tolerancia se produce al necesitar dosis más altas de una determinada sustancia para conseguir el efecto que se conseguía al principio con dosis más bajas. La tolerancia puede ser física, psicológica o conductual en función de unos factores fisiológicos y psicosociales^{27.}

Teniendo en cuenta los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. En la metabólica, el organismo es capaz de eliminar la sustancia con mayor rapidez, mientras que en la funcional se produce una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno, es

decir, la persona aumenta la dosis para obtener efectos más intensos. La tolerancia aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia inversa, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido⁹.

En la adicción, la persona adicta, realiza un uso repetido. Tiene enorme dificultad para interrumpir o modificar dicho consumo y se muestra decidido a la obtención de la sustancia de cualquier manera. Por lo general, se manifiesta por la aparición de tolerancia y de síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo. La adicción también supone una repercusión perjudicial para la persona y la sociedad³⁰.

El uso de benzodiazepinas para el trastorno de la ansiedad es una herramienta indiscutiblemente valiosa, encontrándose el diazepam en la lista de los medicamentos esenciales de la OMS. Sin embargo, un uso prolongado genera una gran dependencia. En las guías de tratamiento para el insomnio, se recomienda la terapia cognitivo conductual como primera opción. En el caso de optar por una benzodiacepina, las de vida corta o intermedia sería la opción más adecuada, no prolongando su uso a más de cuatro semanas²³.

De igual modo sucede con el tratamiento de la ansiedad generalizada y del trastorno de angustia, quedando las benzodiacepinas en un segundo plano, y solo están indicadas cuando sea crucial el control rápido de los síntomas, o bien mientras se espera al tratamiento bien sea este farmacológico, psicoterapéutico o combinado^{31, 32,33}.

Abuso y cronificación de tratamientos. Consecuencias a largo plazo.

Los antidepresivos, a pesar de no originar trastornos en el consumo, no están exentos de producir efectos secundarios. La opinión general es que los antidepresivos son fármacos seguros y eficaces, sin embargo, estudios señalan que la mayor eficacia se produce en depresiones graves. No se deben aplicar en

casos de depresión leve, ni tienen utilidad para confortar una ruptura o una pérdida aunque la industria luche para tener una solución química contra cualquier tristeza³⁴.

Entre las consecuencias de la toma de antidepresivos se encuentra el deterioro cognitivo. Su uso prolongado se asocia a un mayor riesgo de deterioro cognitivo leve y a una mayor probabilidad de padecer demencia. También perjudica el rendimiento al volante, aumentando el riesgo de accidentes de tráfico³⁵.

Su consumo puede causar muerte neuronal, contrario a la creencia de que los antidepresivos facilitaban el desarrollo de nuevas neuronas. Esta muerte neuronal está provocada por un daño estructural que explicaría por qué algunas personas que consumen estos psicofármacos pueden desarrollar síntomas parkinsonianos y discinesia tardía²⁵.

Relacionado con la muerte celular, es preciso mencionar, aunque no sea un efecto adverso, que pueden resultar potencialmente útiles en el tratamiento del cáncer cerebral. Se ha realizado un estudio con ratones en el que se combinan fármacos anticoagulantes con antidepresivos comunes donde se ha evidenciado el poder sinérgico de ambos fármacos para reducir la progresión de ciertos tumores cerebrales agresivos como el glioblastoma¹⁴.

Sin embargo, otros estudios los relacionan con un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama. Algunos antidepresivos se han diseñado para modificar los mecanismos que regulan la serotonina. Esto puede dar lugar a una mayor concentración de este neurotransmisor en la mucosa intestinal y provocar diarrea, malas digestiones o síndrome de color irritable también pueden originar problemas en el funcionamiento sexual. Se reduce el deseo sexual, el orgasmo y la excitación. Pueden interferir en el apego y el amor romántico, ya que la función de los antidepresivos es elevar los niveles de serotonina, sustancia que suprime a la dopamina, neurotransmisor relacionado con la expresión de las emociones³⁶.

El uso de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina está asociado con el incremento de riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico, ya que la serotonina facilita la coagulación de la sangre. Este riesgo aumenta si se combina con medicamentos que alteran el proceso de la coagulación como la aspirina, el ibuprofeno o la Warfarina³⁶.

Como se ha mencionado previamente, el consumo de benzodiazepinas, al contrario que ocurre con el alcohol y otras drogas, no es percibida como una conducta de riesgo por parte de la población. Existe falta de conciencia sobre los efectos adversos de su consumo³⁵.

Los inconvenientes a largo plazo, además de su capacidad para producir tolerancia y dependencia incluyen:

- Sedación y alteraciones psicomotoras que incrementan las posibilidades de caídas y otros accidentes tanto en el hogar como en el trabajo, e incluso riesgo de accidentes de tráfico. Cabe mencionar a los ancianos como el grupo de riesgo más sensible a sufrir los efectos adversos de las benzodiazepinas. Diversos estudios señalan la relación entre el consumo de estas y el aumento de riesgo de caídas.
- Riesgo de deterioro cognitivo. Los efectos sobre la cognición son relevantes en la medida que afectan al rendimiento durante el día, pero la tolerancia puede disminuir este efecto con el tiempo. Existen estudios que demuestran una mejora del rendimiento una vez suspendido el uso crónico de las benzodiazepinas
- Anestesia emotiva, embotamiento de las emociones. Con el consumo habitual y a largo plazo puede aparecer incapacidad de sentir placer o dolor. También incluso puede causar o agravar la depresión. Las benzodiazepinas frecuentemente se prescriben para casos mixtos de ansiedad, trastornos del sueño y depresión, pudiendo precipitar al suicidio.

- Efectos paradójicos estimulantes. En ciertas ocasiones, paradójicamente, las benzodiazepinas pueden provocar un aumento del nivel de ansiedad, insomnio, irritabilidad o conductas agresivas. Estas conductas son más frecuentes en niños y ancianos³⁵.

El abuso del consumo de psicofármacos, de manera general, puede provocar dependencia física y/o psíquica, intoxicación por sobredosis, reacciones alérgicas; alteraciones cardiovasculares, nerviosas, gastrointestinales, dermatológicas, disminución de la presión arterial, alteraciones en la memoria, daño fetal y riesgo de interacciones medicamentosas. Incrementa el riesgo de accidentes de tráfico o laborales y en los peores casos ocasionan muerte³⁵.

Variables que influyen en el conocimiento del paciente sobre su medicamento.

- Características intrínsecas al conocimiento del paciente sobre su medicamento.

El conocimiento no es una cualidad general del paciente que varía de uno a otro, como el género, el nivel educativo o la profesión, sino que es una característica de la relación del paciente con su medicamento, es decir, un paciente puede tener un conocimiento óptimo de uno de los medicamentos que está tomando, y sin embargo desconocer totalmente otro. Por ello no se debe hablar de pacientes con un conocimiento excelente de manera general, sino particularizando este nivel de conocimiento a cada medicamento concreto³⁸.

El conocimiento que tiene un paciente sobre su medicamento se ve afectado por una serie de características propias del paciente y del medicamento en sí, que varía de un paciente a otro y de un medicamento a otro. Estas variables que pueden influir en el grado de conocimiento del paciente, están recogidas en los artículos en los que se mide el conocimiento del medicamento. Sin embargo, en la mayoría de ellos, no se establece el grado de asociación³⁸.

- Características del paciente.

La variable que más se ha correlacionado con el conocimiento del medicamento es la edad y los resultados apuntan a que el conocimiento es inferior cuanto mayor es la edad del paciente. En algunos estudios se señala que el grupo de edad con mejor puntuación en el conocimiento es el comprendido entre 18 y 30 años, y los de conocimiento peor, los mayores de 61 años³⁸.

Otras variables socio-demográficas que se han estudiado sobre el conocimiento han sido: el nivel de educación, la profesión, el género, la nacionalidad, el estado civil, el nivel socioeconómico. También se ha relacionado con el conocimiento del medicamento otras características propias del paciente como son la patología principal, el diagnóstico, el estado mental, el número de medicamentos que toma el paciente³⁹.

Con respecto al nivel de educación hay consenso, a menor nivel de educación menor grado de conocimiento.

Número de medicamentos

La mayoría de los estudios asocian el grado de conocimiento del medicamento con el número de medicamentos que toma el paciente y todos ellos coinciden en la dirección de la asociación; cuanto mayor es el número de medicamentos que conforma el tratamiento del paciente menor es el grado de conocimiento³⁹.

Características del medicamento.

La “naturaleza del medicamento” parece que influye de manera importante sobre el conocimiento del paciente. Varios estudios exponen que la forma farmacéutica, la vía de administración del medicamento y el tiempo de utilización del medicamento están relacionadas con el conocimiento del medicamento⁴⁰.

Cada vez es mayor la demanda de información por parte de la población sobre asuntos relacionados con la salud y los medicamentos. La elevada carga asistencial hace que el tiempo disponible para tal fin sea reducido. En

contraposición existe un exceso de información de dudosa calidad y de fácil acceso para el ciudadano disponible a través de internet y diferentes medios audiovisuales. Lo que puede suponer que el usuario base su información del medicamento en otras fuentes diferentes a los agentes de salud, con el consiguiente riesgo de déficit en el conocimiento del medicamento pudiendo originar un erróneo proceso de uso y un posible resultado negativo asociado a la medicación⁴⁰.

Intervención educativa.

Es toda ejecución de acciones que lleva a lograr el desarrollo integral del educando. Es de carácter teleológico: consta de un sujeto agente (educando – educador), la lengua es propositiva (acción de lograr algo), se interviene con el fin de obtener hecho a futuro (meta). Es ejecutada mediante un proceso de autoeducación y heteroeducación, siendo formales, no formales o informales”⁴¹.

Su importancia radica en que van dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida, se consideran un pilar fundamental para la atención de la salud⁴¹.

Características de una intervención educativa.

- Es un mecanismo de trabajo con grupos de personas.
- Es limitado en el tiempo
- Los objetivos son específicos⁴¹.

Etapas de una intervención educativa.

- Motivación: Se da durante toda la sesión de aprendizaje. Se debe promover un ambiente apropiado, donde exista “ganas” de aprender. Los encargados de las dinámicas comunican sobre el plan que se realizara y las diversas

tareas o metas de aprendizaje a los asistentes, exigiendo aportaciones y de ser necesario que se envíen los materiales para su elaboración.

- Transmisión básica: Intercede el docente en la aplicación del nuevo conocimiento. Se enseña a los participantes el diseño de las problemáticas que enfrentan y los productos que se trabajarán. Se establece grupos de trabajo y se asignan recursos necesarios.
- Aplicación: El docente indaga los conocimientos que el estudiante trae consigo.
- Evaluación: Es el tiempo en el que se utilizarán estrategias formales y específicas (instrumentos de evaluación) para determinar el logro del aprendizaje esperado.
- Extensión: Es la aplicación de lo aprendido en situaciones nuevas de su vida cotidiana. Los asistentes trabajan en la formulación de soluciones, se realiza la consulta a expertos sobre la información disponible⁴².

Sesiones de una intervención educativa.

1° sesión de inicio, se hace la presentación de los objetivos y se establece acuerdo para su desarrollo.

2° conociéndome, comprende elementos para el autoconocimiento de los participantes, desarrollando temas de autoestima, motivación y actitudes productivas.

3° abriendo canales para la prevención, se desarrolla temas de relaciones humanas y la comunicación para conformar un trabajo en equipo.

4° sesión de cierre, el objetivo es integrar todos los temas desarrollados en las sesiones, a través de una reflexión grupal donde los participantes identifiquen el objetivo de la experiencia y como va repercutir en su vida personal y laboral⁴².

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación que asumió un diseño de intervención educativa con un antes y un después en el periodo de noviembre del 2020 a julio 2022.

Universo y muestra: Conformado por 193 pacientes de 25 a 59 años que consumen psicofármacos, pertenecientes al CMF # 11.

Operacionalización de las variables:

Variable	Definición	Escala	Clasificación
Variables sociodemográficas			
Sexo	Según sexo biológico	Masculino Femenino	Cualitativa nominal dicotómica
Grupos de edad	Edad en años desde el nacimiento	20-29 30-39 40-49 50-59	Cuantitativa continua
Escolaridad	Último año académico aprobado	Primaria Secundaria Preuniversitario Técnico medio Universitario	Cualitativa ordinal
Ocupación	Labor que realiza por la que recibe o no un salario	Ama de casa Trabajador por cuenta propia Trabajador Estudiante Desocupado	Cualitativa nominal politómica
Estado civil	Condición respecto a	Soltero	Cualitativa

	su situación de pareja	Viudo Separado/divorciado Casado/Con pareja	nominal politómica
Variables sobre el consumo del fármaco			
Tipo de psicofármaco consumido actualmente	Tipo de psicofármaco según la clasificación	Ansiolítico Antidepresivo Hipnóticos y sedantes	Cualitativa nominal politómica
Concomitancia del uso de psicofármacos con otras drogas estimulantes.	Consumo de otras drogas en el mismo tiempo del consumo del medicamento	Alcohol Café Tabaco	Cualitativa nominal politómica
Estimación del tiempo de consumo de psicofármacos.	Tiempo que lleva consumiendo el medicamento	Consumo terapéutico (menor de 12 meses). Consumo abusivo (mayor o igual a 12 meses).	Cualitativa nominal dicotómica
Pauta de deshabituación.	Si fue indicado retirar medicamento, como hacerlo y si lo hizo	Pauta descendente Nadie indicó cómo retirarlo Nunca intentó retirarlo	Cualitativa nominal politómica
Grado de prescripción médica especializada o no de los	Si fue indicado por el personal correcto	Médico Especialista Psiquiatría. Médico de familia Médico de cualquier otra especialidad.	Cualitativa nominal politómica

psicofármacos.		Un médico que ya se lo había recetado anteriormente. Automedicación	
Causas de consumo	Síntomas por lo que necesito tomarlo	Ansiedad Depresión Insomnio Trastorno alimenticio Tratamiento del dolor Desconoce por qué lo toma	Cualitativa nominal politémica
Fuentes de información más frecuentes para decidir psicofármaco a utilizar	Lugar o persona que influyeron en la decisión del consumo	Un médico que ya se lo había recetado anteriormente. Consejo o recomendación de otro profesional. Consejo o recomendación de un familiar, amigo o compañero. Información leída en el prospecto. Consejo o recomendación de un profesional farmacéutico. Otra fuente.	Cualitativa nominal politémica
Facilidad para	Formas de	Médico	Cualitativa nominal

acceder a los psicofármacos	adquirir el medicamento	Vecino Familiar Compañero de trabajo Farmacéutico	politómica
Lugar donde se adquirieron los psicofármacos sin prescripción médica	Lugar donde obtuvo el o los medicamentos	Utilizó los que tenía. Lugares no relacionados con Sistema de Salud, vía no legal. Farmacia.	Cualitativa nominal politómica
Conocimientos sobre el consumo			
Concepto de psicofármacos y los tipos.	Si conoce qué es un psicofármaco y cuáles son.	Satisfactorio No satisfactorio	Cualitativa nominal dicotómica
Factores de riesgo	Si conoce los factores de riesgo que favorecen el consumo de psicofármaco	Satisfactorio No satisfactorio	Cualitativa nominal dicotómica
Síntomas al abandonar el consumo de psicofármacos	Conocimientos sobre los síntomas al abandonar el consumo de psicofármacos	Satisfactorio No satisfactorio	Cualitativa nominal dicotómica
Prevención del consumo de psicofármacos	Conocimientos sobre la prevención del consumo de	Satisfactorio No satisfactorio	Cualitativa nominal dicotómica

	psicofármacos		
--	---------------	--	--

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 20 a 59 años de edad que consumen psicofármacos, de ambos sexos, pertenecientes al CMF No 11 del Policlínico Universitario “Reinaldo Naranjo Leyva” pertenecientes al municipio de Rodas, que de forma voluntaria y consciente firmen su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes de 20 a 59 años de edad con discapacidad mental.

Criterios de salida:

- Pacientes que durante la recolección y procesamiento de la información deseen retirarse del estudio, se trasladen de consultorio, cambien de domicilio o fallezcan.
- No asistan al 40% de la intervención.

Métodos que se emplearon.

Se emplearon métodos científicos del nivel teóricos y empíricos.

Métodos empíricos: se aplicaron encuestas.

Métodos teóricos: se aplicaron los métodos:

- Inductivo-deductivo para combinar el movimiento de lo particular a lo general y permitir establecer generalizaciones y razonamientos lógicos acerca del objetivo de estudio, y llegar a conclusiones parciales y generales.
- Analítico-sintético: facilitó fundamentar toda la información recopilada sobre el tema objeto de estudio, durante la revisión bibliográfica, así como el

procesamiento e interpretación de los datos obtenidos como resultado de la aplicación de los instrumentos

-Histórico-lógico para a partir de determinados principios, teorías o leyes derivar respuestas que explican fenómenos y que pueden ser confirmadas con la práctica. Con vistas a conocer la esencia del problema, su evolución histórica, la tendencia y su estado actual.

La realización de la intervención, se dividió en tres etapas:

- De diagnóstico
- De intervención
- De evaluación

I. Etapa de Diagnóstico.

Para la ejecución del estudio en una primera etapa se estableció la comunicación con la dirección de área de salud a la cual se pidió el consentimiento informado de la dirección de la institución (Anexo 1).

Se aplicó una encuesta (Anexo 2) a través de la cual se obtuvieron los datos generales de cada paciente, datos acerca del uso del fármaco y el conocimiento acerca del consumo de psicofármacos. La misma fue tomada de la Tesis de Dra. Yaylín Díaz Leyva⁴³. La encuesta se aplicó en horarios de terreno, se les puso al corriente de la investigación y se firmó el consentimiento informado.

Antes de aplicada la intervención se evaluó las diferentes esferas del conocimiento y conocimiento general de los pacientes en satisfactorio y no satisfactorio (Anexo 3.1).

Luego de haber evaluado el conocimiento y conocer las diferencias en las distintas esferas del mismo aplicamos la intervención.

II. Etapa de Intervención.

En esta etapa se desarrolló el programa de intervención educativa de acuerdo a las deficiencias de conocimientos encontradas en la etapa de diagnóstico. Para ello se empleó un programa educativo creado por la Dra. Yaylín Díaz Leyva⁴³avalado por un Comité de expertos (Anexo 4). Para realizar estas dinámicas se crearon 6 subgrupos, cinco de 32 integrantes y uno de 33, los cuales recibieron 4 sesiones de docencia con una duración de 1 hora cada clase con una frecuencia semanal. Estas sesiones fueron aplicadas en el aula del Policlínico Universitario “Reinaldo Naranjo Leyva”. Se utilizaron diferentes técnicas participativas como dinámica de grupo, lluvia de ideas, conferencia y clase taller.

La intervención se llevó a cabo en tres meses. Se escogieron horarios de tres a cuatro de la tarde, en coordinación con el consultorio # 11 y el resto de las locaciones aulas y policlínico, estando plasmado en el diseño del programa educativo.

III. Etapa de evaluación.

A los 3 meses de realizada la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario inicial. Esta vez, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención en satisfactorios y no satisfactorios, empleando la misma clave de clasificación de la antes de haber realizado la intervención. Los pacientes marcaron con una X solamente la opción que consideran correcta en cada pregunta.

Pasados 6 meses de evaluado el conocimiento general de los pacientes estudiados, se evaluó su comportamiento en cuanto al consumo de psicofármacos (Anexo 3.2).

Métodos y procedimientos estadísticos

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos, en todos los casos la fuente de estos se correspondió con la información obtenida a partir del instrumento aplicado.

Para la elaboración de este estudio se empleó una computadora personal Intel Core I3 8va Gen con ambiente de Windows 10 y el paquete computacional MS Word 2019 como procesador de texto. Las tablas y gráficos se realizaron en una hoja de cálculo de MS Excel, programa de aplicación MS Office 2019 y Windows 10 profesional como sistema operativo. Para la confección de la base de datos y el procesamiento de la información, se utilizó el paquete de programas estadísticos SPSS (Statistic Package for Social Science), versión 26.0.

Principios éticos

Como en toda investigación acerca del proceso salud-enfermedad fueron respetados varios aspectos como la selección no discriminada de la muestra, donde los datos se usaron sólo con fines científicos.

Las personas que participaron en esta investigación fueron informadas de los objetivos, procedimientos y posibles resultados y el beneficio que esto traería para ellos en particular y para el resto de la comunidad en general. Se les dio a conocer el carácter voluntario de su participación en el estudio, así como el hecho de no aceptar, no repercutiría negativamente en su interrelación médico-paciente.

Para que su voluntariedad en participar conste se les dio a firmar un documento elaborado con ese propósito (Consentimiento informado), el cual estuvo firmado por el autor y el tutor, se les manifestó la privacidad en el manejo de los datos y que solo serían divulgados los resultados imprescindibles (Anexo 5). Además, se contó con el Dictamen del Comité de Ética (Anexo 6).

El protocolo fue sometido y evaluado desde el punto de vista metodológico, científico y ético, por un comité de especialistas de dicho municipio, que dictaminó estar acorde con los principios éticos y metodológicos para poder continuar con el mismo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de pacientes según grupos de edad, nivel de escolaridad, ocupación y estado civil. Consultorio Médico Familiar # 11. Policlínico Universitario “Reinaldo Naranjo Leyva”. Cartagena. 2020-2022.

		Grupos de edad								Total	
		20-29 (n=51; 26,4%)		30-39 (n=65; 33,7%)		40-49 (n=42; 21,8%)		50-59 (n=35; 18,1%)		193	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sexo	Masculino	24	47,1	30	46,2	21	50,0	14	40,0	89	46,1
	Femenino	27	52,9	35	53,8	21	50,0	21	60,0	104	53,9
Escolaridad	Primaria	-	-	1	1,5	1	2,4	3	8,6	5	2,6
	Secundaria	11	21,6	15	23,1	9	21,4	10	28,6	45	23,3
	Preuniversitario	14	27,5	24	36,9	12	28,6	7	20,0	57	29,5
	Técnico Medio	19	37,3	17	26,2	15	35,7	11	31,4	62	32,1
	Universitario	7	13,7	8	12,3	5	11,9	4	11,4	24	12,4
Ocupación	Ama de casa	-	-	3	4,6	2	4,8	5	14,3	10	5,2
	Trabajador por cuenta propia	12	23,5	18	27,7	12	28,6	8	22,9	50	25,9
	Trabajador	21	41,2	34	52,3	24	57,1	15	42,9	94	48,7
	Estudiante	15	29,4	5	7,7	-	-	-	-	20	10,4
	Desocupado	3	5,9	5	7,7	4	9,5	7	20,0	19	9,8
Estado Civil	Soltero	20	39,2	21	32,3	12	28,6	6	17,1	59	30,6
	Viudo	-	-	1	1,5	3	7,1	7	20,0	11	5,7
	Separado/Divorciado	4	7,8	9	13,8	12	28,6	10	28,6	35	18,1
	Casado/Con pareja	27	52,9	34	52,3	15	35,7	12	34,3	88	45,6

Fuente: Encuesta.

La tabla 1 muestra la distribución de paciente según grupos de edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación y estado civil, donde se pudo apreciar que predominó el grupo de edad de 30-39 años en el 33,7% de la población. El 53,9% de los pacientes eran de sexo femenino y el 32,1% tenían nivel escolar técnico medio. Por otro lado, frecuentaron los pacientes trabajadores, representando el 48,7% de la muestra, y con estado civil Casado/Con pareja en el 45,6% del total.

Resultados similares en cuanto al grupo de edad predominante, fueron expuestos por Fajardo Zapata¹⁶, donde el 26% de los participantes en el estudio tenía edades comprendidas entre 26 a 33 años y en los estudios de Laraqui⁴⁴ frecuentaron en el 30 % de la población, el grupo de 30-39 años.

En cuanto al sexo con mayor consumo de psicofármacos, el sexo femenino prevaleció sobre el masculino, lo cual coincide con varias investigaciones^{4,7,8,10,11,16,17,45,46,47,48}.

Existen ciertos sesgos de género en el diagnóstico médico y en la elección de la medicación, es posible que, todavía, los profesionales de la medicina en general tengan la necesidad de asumir un rol paternalista que caracteriza a las mujeres como débiles, vulnerables y emocionales. Parece cierto que médicos y médicas perciben la enfermedad en la mujer con una base psicológica más que física y esta percepción los lleva a prescribir más psicofármacos⁴⁶.

Por otro lado, LópezGómez et al⁴⁹ su estudio encontraron que en las intoxicaciones agudas medicamentosas por benzodiazepinas, así como por antidepresivos tricíclicos, fue el sexo femenino el predominante, resultando estadísticamente significativo en ambos casos.

A diferencia de los datos obtenidos en el presente estudio, la investigación trazada por Espinosa Galeano et al¹ en la cual analizaron el consumo de psicofármacos en la ciudad de Córdoba, encontraron que el 70 % correspondía a la población

masculina y un 30% a la población femenina, resultados que no coinciden con los obtenidos por la autora del trabajo.

Al estudiar a los pacientes según la escolaridad, se pudo apreciar que el mayor porcentaje de los pacientes tenían nivel educacional técnico medio con un 32.1% y preuniversitario con 29.5%, lo cual se relaciona con los datos aportados por Aroca Martínez et al⁵³, Fajardo Zapata¹⁶ y Verdaguer Pérez et al⁸. Otro gran número de estudios hallaron mayor frecuencia de pacientes con estudios de secundaria básica, como los de Alfonso Loret de Mola et al⁴⁵ y Noguera Marín⁴⁶. A diferencia de las investigaciones consultadas, los estudios de Gil García¹¹ y Laraqui⁴⁴ revelaron mayor cantidad de pacientes con estudios primarios.

Al estudiar la muestra, según ocupación, se pudo apreciar que frecuentaron los pacientes trabajadores en un 48.7%, lo cual coincidió con los resultados de varios autores como Noguera Marín⁴⁶ y Gil García¹¹, sin embargo, no se encontraron estudios donde prevalecieran otras ocupaciones.

Referente al estado civil, en el actual estudio preponderaron los pacientes casado o con pareja con un total de 88, representando el 45,6%. Resultados similares fueron expuestos por Verdaguer Pérez et al⁸ donde el 47,5 % de los estudiados mantenían una relación de pareja estable.

Al respecto, Noguera Marín⁴⁶ halló que el 60,8% de las personas estudiadas se encontraban casados o con pareja, porcentaje ligeramente superior a las del actual estudio. Por otro lado, Alfonso Loret de Mola et al⁴⁵ encontraron que los casados y acompañados exhibieron los mayores porcentajes con un 42,9% y 30,9%, respectivamente.

Numerosos estudios han analizado la relación entre el estado civil y la salud. A diferencia de las publicaciones iniciales que observaban un efecto protector del matrimonio para los hombres, pero no para las mujeres, la mayor parte de los estudios recientes documentan un efecto protector para los dos sexos. Se han propuesto dos hipótesis, que no son mutuamente excluyentes, para explicar estos

hallazgos. La «hipótesis de protección» sugiere que el estado civil tiene un impacto causal sobre la salud debido a una variedad de factores ambientales, sociales y psicológicos. Por ejemplo, el matrimonio podría aumentar el apoyo social y los ingresos y reducir las conductas de riesgo. Por el contrario, la «hipótesis de selección» sostiene que la salud y las conductas relacionadas con la salud determinan el estado civil o de convivencia en primer lugar¹⁸.

La autora considera que el predominio de edad en adulto joven en este estudio está relacionado a que en esta etapa de la vida, aparecen los conflictos de trabajo, de pareja, de familia, frustraciones de sueños, falta de perspectiva ante las situaciones. En cuanto al sexo las mujeres son más proclives al diagnóstico de depresión, ansiedad o insomnio, muy aparejado además a los trastornos hormonales. Se da mucho en trabajadores debido a la exigencia a las que se encuentran en sus centros de trabajos.

Tabla 2: Distribución de pacientes según grupos de edad y tipo de psicofármaco consumido actualmente.

Tipo de psicofármaco consumido actualmente	Grupos de edad								Total (N=193)	
	20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ansiolítico	26	51,0	32	49,2	24	57,1	18	51,4	100	51,8
Antidepresivo	19	37,3	25	38,5	14	33,3	12	34,3	70	36,3
Hipnóticos y sedantes	6	11,8	8	12,3	4	9,5	5	14,3	23	11,9

Fuente: Encuesta.

La distribución de pacientes según grupos de edad y tipo de psicofármaco consumido en la actualidad, presentada en la tabla 2, dio a conocer que el 51,8 % de los pacientes consumían ansiolíticos. Cabe destacar, que en el grupo de edad de 40-49 años, el 57,1% de ellos consumían ansiolíticos.

Resultados similares fueron expuestos por Sánchez Figueredo y Cardosa Aguilar¹⁸, Noguera Marín⁴⁶, Droguett et al⁵⁰, Aroca Martínez et al⁵³ y Laguna Salguero et al⁵⁵. Recíprocamente, los resultados de Moreno Martínez et al⁶² en su estudio acerca del consumo de antidepresivos en la provincia de Artemisa, se observó un mayor consumo de antidepresivos.

La autora concluye que el tipo de psicofármaco que más se consume son los ansiolíticos, teniendo en cuenta que el ser humano vive inmerso en situaciones estresantes, estas hacen que el hombre sea afectado por síntomas comunes y frecuentes como ansiedad e insomnio, que lo llevan a consultar su médico en busca de ayuda y es entonces cuando debemos valorar la necesidad o no del uso de un psicofármaco. Además la ansiedad es el síntoma predominante en situaciones de conflicto.

Tabla 3: Distribución de pacientes según grupos de edad concomitancia del uso de psicofármacos con otras drogas estimulantes.

Concomitancia del uso de psicofármacos con otras drogas estimulantes	Grupos de edad								Total (N=193)	
	20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Alcohol	5	9,8	8	12,3	4	9,5	5	14,3	22	11,4

Café	39	76,5	49	75,4	31	73,8	20	57,1	139	72,0
Tabaco	28	54,9	37	56,9	27	64,3	21	60,0	113	58,5

Fuente: Encuesta.

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según grupos de edad y concomitancia del uso de psicofármacos con otras drogas estimulantes, donde se pudo apreciar que el 72,0 % del total de pacientes estudiados, consumían café, y el 58,5 % fumaban. Cabe mencionar que el 76,5% de los pacientes entre 20-29 años de edad ingerían café.

En el estudio trazado por Gómez Mendoza et al⁵⁸ reflejaron que la mayoría de los individuos que toman psicofármacos habitualmente, toman café, fuman o beben alcohol; resultados similares a los del actual estudio.

Por su parte, Sánchez Figueredo y Cardosa Aguilar¹⁸ encontraron un predominio del consumo de café, representado por el 82 % de la población estudiada, seguido del tabaquismo con un 32 % y solo 3 pacientes consumían alcohol de manera regular, resultados también similares a los del presente estudio.

El riesgo de adicción a los medicamentos recetados aumenta cuando se usan de manera diferente a la recetada por su proveedor de atención médica (por ejemplo, en dosis más altas, usando una vía de administración diferente) o en combinación con alcohol u otras drogas.¹⁹

Autores^{2,65} han señalado que el consumo de ciertos fármacos junto al alcohol produce un sinergismo de los efectos depresores y por tanto disminuye la habilidad motora. Entre ellos los analgésicos, tranquilizantes e hipnóticos. Así mismo, se demostró en un estudio realizado sobre la influencia del sueño en la población senescente, en Camagüey, que los pacientes adultos mayores que usan

sustancias estimulantes como el café, tabaco y alcohol pueden presentar mayores dificultades para lograr un sueño de calidad.

El alto consumo de cafeína (café, chocolate, té, sodas), alcohol y tabaco son factores agravantes y/o predisponentes de los trastornos del sueño, lo que reafirma que el consumo de estos tóxicos tiene una alta incidencia y guarda relación con la aparición de estos trastornos, principalmente el café, ya que el alto contenido de cafeína produce una estimulación a nivel de los diferentes órganos y sistemas, fundamentalmente en el sistema nervioso central, este produce excitación, tensión emocional, nerviosismo e irritabilidad, entre otras. Por este mecanismo aumenta el estado de vigilia y favorece la aparición y profundización de estos trastornos, dentro de ellos el insomnio es el más frecuente.⁶⁶

La autora considera a partir de la sistematización realizada que las personas que consumen psicofármacos y a la vez consumen tabaco y café tienen mayor predisposición al abuso de psicofármacos.

Tabla 4: Distribución de pacientes según grupos de edad y estimación del tiempo de consumo de psicofármacos

Estimación del tiempo de consumo de psicofármacos	Grupos de edad								Total 193	
	20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Consumo terapéutico.	35	68,6	40	61,5	25	59,5	17	48,6	117	60,6
Consumo abusivo.	16	31,4	25	38,5	17	40,5	18	51,4	76	39,4

Fuente: Encuesta.

La distribución de pacientes según grupos de edad y estimación del tiempo de consumo de psicofármacos, dio a conocer que el 60,6 % de los pacientes mostraron un consumo terapéutico, mientras que el 39,4 % mantenían un consumo abusivo. Cabe destacar que en los pacientes entre 50-59 años de edad, el 51,4 % mostraron un consumo abusivo de psicofármacos (Tabla 4).

En el estudio de Verdaguer Pérez et al⁸ obtuvieron que el 38,5 % de los pacientes presentaron dependencia al uso del medicamento, lo que está asociado con el tiempo de consumo y el 32,2% tenían más de 3 años de consumo, datos que difieren de los obtenidos por la autora del presente estudio.

La utilización excesiva de medicamentos (a veces por complacencia) contribuye a perpetuar o acentuar las expectativas erróneas del paciente, y en ocasiones del propio prescriptor. Estos pueden llegar a pensar que los problemas de salud se solucionan siempre con medicamentos, y que cada síntoma o signo debe conducir a una intervención farmacéutica.⁶⁴

El perfil de seguridad de un fármaco depende no solo de su perfil farmacológico (entiéndase mecanismo de acción, acciones farmacológicas, interacciones y farmacocinética), sino especialmente de su uso adecuado. El daño o el riesgo de daño por cualquier fármaco es obviamente mayor cuando se le utiliza en forma irracional. Con las benzodiazepinas se da la particularidad de que dos de sus efectos adversos frecuentes, la tolerancia y la dependencia, son el sustrato básico para la perpetuación de una prescripción inadecuada y un consumo creciente, de causa multifactorial. Su rápida acción, su fácil acceso y la errónea percepción de inocuidad con infravaloración de riesgos por parte de prescriptores y usuarios forman parte del problema.⁸

La autora considera que el consumo de psicofármacos se incrementa con la edad, aparejado al aumento de enfermedades crónicas e incapacidades que

predisponen a los trastornos de depresión y ansiedad. No solo los cambios psíquicos, físicos y socio-familiares pueden llevar a la cronicidad de un síntoma, como es el caso de la depresión y, por ende, a la cronicidad de un tratamiento, sino lo que es peor, la falta de un seguimiento adecuado provoca en la mayoría de los casos que los tratamientos con psicofármacos se prolonguen más allá del tiempo prudencial y lleven a un estado de dependencia.

Tabla 5: Distribución de pacientes según grupos de edad y pautas de deshabituación.

Pauta de deshabituación	Grupos de edad								Total (N=193)	
	20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pauta descendente	39	76,5	41	63,1	25	59,5	20	57,1	125	64,8
Nadie indicó cómo retirarlo	5	9,8	15	23,1	9	21,4	7	20,0	36	18,7
Nunca intentó retirarlo	7	13,7	9	13,8	8	19,0	8	22,9	32	16,6

Fuente: Encuesta.

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según grupos de edad y pautas de deshabituación. En la misma se pudo apreciar que el 64,8 % de los pacientes conocía la pauta descendente. Cabe mencionar que el 16,6% de los pacientes nunca intentó retirarlo.

En el estudio de Noguera Marín⁴⁶ al preguntar a los consumidores de psicofármacos si alguien les había informado de cómo retirar el fármaco y si les habían pautado una forma de retirada estructurada, programada y progresiva, sólo un 22% tenían una programación de pauta descendente, el 70% intentó

deshabituar por sus propios medios sin éxito y el 7,5% ni siquiera se planteaba el hecho de dejar de tomar este tipo de medicación; datos que difieren de los de la autora del estudio.

Lejos de los resultados obtenidos, los datos aportados por Verdaguer Pérez et al⁸ arrojaron que el 69,9% de los pacientes no se les especificó el tiempo por el que debía ser consumido los psicofármacos.

El desarrollo de tolerancia y de dependencia es diferente para cada psicofármaco y para cada persona, y se incrementa, sobre todo, con el uso de dosis elevadas, por los tratamientos prolongados y cuanto menor sea la vida media de ella. Se recomienda no superar las cuatro semanas de tratamiento para el insomnio y de las ocho hasta las 12 semanas para los trastornos de ansiedad. A su vez, es recomendable que la pauta de retirada quede registrada por escrito. Para los que ya reciben tratamiento por un tiempo mayor de cuatro a seis semanas se debe intentar iniciar la deshabitación en forma lenta y gradual, con una reducción de la dosis de entre 10 a 25% cada dos o tres semanas.⁶⁷

La dependencia está causada por alteraciones en su receptor tras su empleo prolongado. La sensibilidad del receptor cambia y pasa de una posición agonista a una posición agonista inverso. En este nuevo estado de sensibilidad del receptor la interrupción brusca de la administración del fármaco produce síntomas de un agonista inverso benzodiazepínico, con aumento de la ansiedad, el insomnio, la agitación, etc. La dependencia a las benzodiazepinas puede considerarse una adaptación fisiológica a su empleo crónico.⁶⁷

Tabla 6: Distribución de pacientes según grupos de edad y grado de prescripción médica especializada o no de los psicofármacos.

Grado de prescripción médica especializada o no de los psicofármacos	Grupos de edad								Total (N=193)	
	20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médico Especialista Psiquiatría	18	35,2	15	23,1	10	23,8	8	22,9	51	26,4
Médico de familia	15	29,4	22	33,8	12	28,6	13	37,1	62	32,1
Médico de cualquier otra especialidad.	6	11,8	8	12,3	5	11,9	5	14,2	24	11,4
Un médico que ya se lo había recetado anteriormente	5	9,8	2	3,1	2	4,8	3	8,5	12	6,2
Automedicación	7	13,7	18	27,6	13	30,9	6	17,1	44	22,7

Fuente: Encuesta.

En la tabla 6, se muestra la distribución de pacientes según grupos de edad y grado de prescripción médica especializada o no de los psicofármacos. Se observó que el 32,1 % de los psicofármacos fueron prescritos por el Médico de la familia, seguido de los que fueron prescritos por el Psiquiatra, para un 26,4 % del total.

De manera similar, los resultados de Noguera Marín⁴⁶ revelaron que el 60% de los pacientes recibió los psicofármacos por parte del médico de atención primaria y casi el 20% por el psiquiatra. El 18% de las prescripciones fueron pautadas por médicos especialistas de otras especialidades diferentes a la psiquiatría y la medicina de familia. Es decir, más de 98% de los consumidores de psicofármacos

lo hacían bajo la recomendación de un médico especialista, frente al 2% que se automedicaron o siguieron las recomendaciones de personas no cualificadas.

En un estudio realizado por Quirós Enríquez M et al¹⁶ en trabajadores de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, plantearon que la mayoría de los psicofármacos se obtuvieron por prescripción facultativa, y el resto, de manera no legal, a pesar de que el 58,5% de los psicofármacos fueron prescritos por Psiquiatra o Médico de familia, es preocupante que el 22,7% lo toma de manera automedicada, lo que alerta sobre la necesidad de intervenciones educativas dirigidas al personal de salud y a la población en general, para que conozcan los riesgos y la repercusión de esta conducta sobre la salud y la calidad de vida de los consumidores.

En la investigación de Gómez Mendoza et al⁵⁸ comprobaron que el 36 % de los pacientes que consumían psicofármacos, se lo indicó el médico de la familia, al 27 % se lo prescribió el psiquiatra, y el 13 % fue automedicado. Existió un alto porcentaje de consumo de psicofármacos automedicados que accedían a ellos a través de vías no convencionales, no relacionadas con el sistema de salud, coincidiendo con la investigación; todo lo anterior alertó sobre la necesidad de intervenciones educativas, dirigidas al personal de salud y a la población en general, para que conozcan los riesgos y la repercusión de esta conducta sobre la salud y la calidad de vida de los consumidores.

El mal uso y abuso de los psicofármacos puede llevar a serios problemas de salud, no solo por alterar la actividad cerebral, sino por ser responsables de fármaco-dependencia, con sus consecuentes reacciones somáticas, psíquicas y sociales, lo que cobra un interés particular en la población adulta.⁶⁴

Pese a que todos estos medicamentos requieren una prescripción médica obligada, frecuentemente se toman por automedicación o son prescritos por complacencia. Se conoce que, pese a la indicación médica precisa, en no pocas ocasiones, los pacientes no cumplen las normas establecidas para su uso correcto. Se deben tener en cuenta: el diagnóstico apropiado para su indicación, la

duración del tratamiento, la vigilancia farmacológica y el riesgo de fármaco dependencia; esto último cobra un interés especial en el caso de los psicofármacos, pues su uso irracional atenta contra la calidad de vida de los pacientes que los toman regularmente sin supervisión médica⁴⁵.

La automedicación constituye la solución mágica a todo tipo de problemas, y genera así un hábito farmacológico con uso abusivo de diversos medicamentos. Los niños están acostumbrados a observar cómo sus padres acuden a los fármacos como solución a cualquier desajuste personal⁴⁶, así como al consumo de drogas legales como el tabaco y el alcohol, facilitando su iniciación en el consumo por imitación. Muy pocas veces se consume drogas de manera consciente y voluntaria, más bien se es víctima de un entorno social donde las actitudes son aprendidas, para luego marcar la relación con las drogas, sean éstas legales o ilegales⁴⁷.

La literatura revisada explica que, en el caso de las benzodiacepinas, estas se consumen por dos motivos principales: por prescripción médica o por automedicación^{16, 59,60}. Este planteamiento corrobora una situación encontrada durante la investigación relacionada con el hábito de autoprescripción. Como es conocido, este acto está muy arraigado en la población cubana, con predominio en el adulto mayor por lo que se hace extensivo a los pacientes de la muestra investigada, en los que se pudo constatar que obtienen los fármacos que consumen, muchas veces de parte de familiares y vecinos. En nuestro medio, los médicos suelen ser los que inician la prescripción de psicofármacos y luego el paciente continúa con patrones de uso y automedicación, olvidando o desconociendo que estos medicamentos poseen el riesgo de crear dependencia, tolerancia y posibilidad de inducir síntomas de abstinencia.

Tabla 7: Distribución de pacientes según grupos de edad y causas del consumo de los psicofármacos.

Causas de consumo	Grupos de edad								Total (N=193)	
	20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ansiedad	15	29,4	21	32,3	13	31,0	12	34,3	61	31,6
Depresión	14	27,5	17	26,2	10	23,8	8	22,9	49	25,4
Insomnio	9	17,6	12	18,5	9	21,4	10	28,6	40	20,7
Trastorno alimenticio	1	2,0	4	6,2	2	4,8	-	-	7	3,6
Tratamiento del dolor	5	9,8	8	12,3	7	16,7	4	11,4	24	12,4
Desconoce por qué lo toma	2	3,9	3	4,6	1	2,4	1	2,9	7	3,6

Fuente: Encuesta.

Entre las causas de del consumo de psicofármacos, se encontró que el 31,6 % de los pacientes consumían psicofármacos debido a ansiedad y el 3,6 % refirió desconocimiento del motivo del uso de estos fármacos. Cabe destacar que el 34,3 % de los pacientes entre 50-59 años consumía psicofármacos a causa de ansiedad.

Al analizar el diagnóstico de manera individual, en el estudio de Giraudo et al⁷, el más recurrente fue el trastorno de ansiedad con 19%, seguido por episodio depresivo con 10%, epilepsia con 9%, trastornos específicos de la personalidad con 8%, psicosis con 6% y esquizofrenia con 5%, entre otros (diabetes, hipertensión arterial, trastorno de los tejidos blandos y dolor), resultados inferiores a los obtenidos en el estudio.

Recíprocamente a los datos obtenidos, en los estudios de Fajardo Zapata¹⁶ y Noguera Marín⁴⁶ predominaron los pacientes con trastorno del sueño, seguido de ansiedad; y en el estudio de Verdaguer Pérez et al⁸ predominó la depresión como síntoma para la indicación del uso de psicofármacos.

En la consulta diaria de atención primaria, los síntomas de mayor prevalencia son la ansiedad y el insomnio, que suelen corresponder a situaciones de estrés y requieren tratamiento con terapia de apoyo y conductual, y medidas higiénicas que suelen ser suficientes. Una vez necesitado el fármaco hay que seguir un plan terapéutico por períodos cortos, a dosis mínima efectiva. ⁸

Tabla 8: Distribución de pacientes según grupos de edad y fuentes de información más frecuentes para decidir psicofármaco a utilizar.

Fuentes de información más frecuentes para decidir psicofármaco a utilizar	Grupos de edad								Total (N=193)	
	20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Un médico que ya se lo había recetado anteriormente	21	41,2	27	41,5	19	45,2	15	42,9	82	42,5
Consejo o recomendación de	12	23,5	13	20,0	4	9,5	7	20,0	36	18,7

otro profesional										
Consejo o recomendación de un familiar, amigo o compañero	5	9,8	7	10,8	7	16,7	2	5,7	21	10,9
Información leída en el prospecto	4	7,8	6	9,2	4	9,5	3	8,6	17	8,8
Consejo o recomendación de un profesional farmacéutico	2	3,9	3	4,6	1	2,4	2	5,7	8	4,1
Otra fuente	7	13,7	9	13,8	7	16,7	6	17,1	29	15,0

Fuente: Encuesta.

La tabla 8, muestra la distribución de pacientes según grupos de edad y fuentes de información más frecuentes para decidir psicofármaco a utilizar, en la misma, se pudo apreciar que el 42,5 %obtuvo la información acerca del consumo a través de un médico que ya se lo había recetado anteriormente. Cabe señalar que el 15,0% recibió información a través de otras vías entre las que mencionaron la obtenida a través de blogs, videos de internet y publicaciones periódicas.

Por su parte, Fajardo Zapata¹⁶y Brunet¹⁵hallaron que el mayor porcentaje de los pacientes estudiados manifestaron que la información sobre el producto se la brindó el médico seguido de los que refirieron que fue un familiar o amigo, datos similares a los obtenidos en el presente estudio.

Para O'Neil et al⁶⁹ la información mínima sobre el conocimiento del medicamento tiene que incluir para qué es, cómo tomarlo, precauciones del medicamento y posibles efectos adversos.

Otra manera de buscar cuál es la información del medicamento que se considera necesaria para el paciente es lo recogido en la legislación de los prospectos, dado que la fuente de información sobre el medicamento para el paciente de manera estricta ha de ser, en primer lugar, los profesionales de salud que intervengan en el proceso general de atención al paciente y en segundo lugar la información escrita que acompaña al medicamento, es decir, el prospecto del medicamento. Estos prospectos han de recoger la información básica del medicamento para el paciente. De ahí que las leyes que regulan el contenido de los prospectos permitan una aproximación a la información mínima que ha de conocer el paciente para utilizar correctamente su medicamento⁴⁰.

En el estudio desarrollado por Suárez Hernández⁴⁰, se planteó que existen diferencias en cuanto a las fuentes a las que se recurre en caso de duda sobre el medicamento, agregó que en Portugal y España hay un elevado porcentaje de pacientes que recurre al médico de familia, e igualmente al psiquiatra. También recurren mucho más al prospecto del medicamento e internet en España que en Portugal. Los pacientes que no poseen estudios buscan resolver las dudas sobre el medicamento fundamentalmente en el médico de familia y psiquiatra, mientras que quienes poseen estudios medios prefieren internet y el prospecto del medicamento. Los Jubilados y amas de casa acuden al médico de familia para la resolución de las dudas sobre el medicamento, mientras que a internet recurren “otros” y los administrativos. Al prospecto recurren también “otros”, administrativos y amas de casa.

La autora considera que a pesar de que en el estudio predominaron los pacientes que obtuvieron la información acerca del consumo a través de un médico que ya se lo había recetado anteriormente, lo volvieron a consumir por autoprescripción, lo que es muy frecuente en la población, porque en muchas ocasiones quieren aliviar sus síntomas de manera inmediata y tiene el medicamento en casa, un vecino o familiar lo brinda por lo que no sienten la necesidad de esperar por una consulta médica.

Tabla 9: Distribución de pacientes según grupos de edad y la facilidad para acceder a los psicofármacos.

Facilidad para acceder a los psicofármacos	Grupos de edad								Total (N=193)	
	20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médico	33	64,7	47	72,3	29	69,0	23	65,7	132	68,4
Vecino	8	15,7	5	7,7	7	16,7	5	14,3	25	13,0
Familiar	5	9,8	7	10,8	4	9,5	4	11,4	20	10,4
Compañero de trabajo	3	5,9	5	7,7	2	4,8	2	5,7	12	6,2
Farmacéutico	2	3,9	1	1,5	-	-	1	2,9	4	2,1

Fuente: Encuesta.

La facilidad para la obtención de psicofármacos según grupos de edad, mostrada en la tabla 9, evidenció que el 68,4 % de los pacientes lo hicieron a través del médico. El 72,3 % de los pacientes entre 30-39 años obtuvieron los psicofármacos a través de un médico.

En el estudio realizado por Quirós EM et al ¹⁶ en trabajadores de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, plantearon que la mayoría de los psicofármacos se obtuvieron por prescripción facultativa, y el resto, de manera no legal. Esto resulta muy preocupante, ya que un gran porcentaje de los medicamentos fueron conseguidos a través de vías no convencionales. Se infiere que en ello subyace la compra ilícita por parte de los individuos que los toman, lo que alerta sobre la necesidad de intervenciones educativas dirigidas al personal de salud y a la

población en general, para que conozcan los riesgos y la repercusión de esta conducta sobre la salud y la calidad de vida de los consumidores.

Por otro lado, Brunet¹⁵ halló que el 58,8 % de los pacientes estudiados accedieron a los medicamentos a través de un familiar y amigo y el 23,5 % en farmacia, datos que difieren de los obtenidos por la autora del actual estudio.

La compra de psicofármacos por parte del Estado garantiza su distribución y consumo en el sistema público de salud, legitima el acceso a estos productos farmacéuticos por parte de la ciudadanía y facilita que las personas que reciben atención de salud mental se conviertan en consumidores de estos medicamentos. Al respecto, es relevante analizar críticamente la articulación del mercado farmacéutico y la promoción de psicofármacos, así como el rol del Estado respecto a la alianza del gremio psiquiátrico y la industria farmacéutica, en particular, las estrategias políticas e institucionales bajo las cuales han distorsionado la evidencia científica, exagerando sistemáticamente los beneficios de los psicofármacos y oscureciendo sus efectos adversos⁶¹.

La autora considera que esto se debe al control que existe en la actualidad sobre la prescripción de psicofármacos que solo pueden ser expedidos en farmacia por receta médica.

Tabla 10: Distribución de pacientes según grupos de edad y el lugar donde se adquirieron los psicofármacos sin prescripción médica.

Lugar donde se adquirieron los psicofármacos sin prescripción médica	Grupos de edad								Total (N=60)	
	20-29 (n=18)		30-39 (n=18)		40-49 (n=13)		50-59 (n=12)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Utilizó los que tenía	7	38,9	11	61,1	10	76,9	8	66,7	36	60,0
Lugares no relacionados con Sistema de Salud, vía no legal.	10	55,6	5	27,8	1	7,7	4	33,3	20	33,3
Farmacia	1	5,6	2	11,1	1	7,7	-	-	4	6,7

Fuente: Encuesta.

La tabla 10, presenta la distribución de pacientes según grupos de edad y el lugar donde se adquirieron los psicofármacos sin prescripción médica, en la misma, se pudo apreciar que el 60,0 % utilizó los que ya tenía. El 6,7 % de los pacientes refirieron haberlos obtenido a través de una farmacia.

Por su parte, Fajardo Zapata¹⁶ halló que el 35% de las personas que consumieron psicofármacos manifestaron que a la hora de obtenerlos siempre les exigieron la fórmula médica; un 35% manifestó que nunca se la exigieron y un 30%(n=39) manifestó que algunas veces le exigieron la fórmula para dispensarle el medicamento.

Una farmacoterapia apropiada y el uso racional de medicamentos permiten obtener una atención sanitaria segura y económica, ya que el uso inadecuado de los fármacos tiene importantes consecuencias tanto para los usuarios como para la sociedad en general.

En la relación médico-paciente está presente la demanda de farmacologización, la cual hace referencia a la acción del paciente orientada a obtener recetas médicas para continuar consumiendo la medicación que éste considera pertinente, dejando en un segundo plano la atención médica, por lo tanto, también al criterio médico que resuelve la conveniencia y los beneficios que acarrea consumir o no determinada medicación⁶².

La autora considera como mencionó anteriormente, que a pesar de que en el estudio predominaron los pacientes que obtuvieron la información acerca del consumo a través de un médico que ya se lo había recetado anteriormente, lo volvieron a consumir por autoprescripción, lo que es muy frecuente en la población, porque en muchas ocasiones quieren aliviar sus síntomas de manera inmediata y tiene el medicamento en casa, un vecino o familiar lo brinda por lo que no sienten la necesidad de esperar por una consulta médica.

Tabla 11: Distribución de pacientes según grupos de edad y conocimiento durante e pretest.

Conocimiento pretest		Grupos de edad								Total (N=193)	
		20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Concepto de psicofármacos y los tipos.	Satisfactorio	10	19,6	16	24,6	9	21,4	11	31,4	46	23,8
	No satisfactorio	41	80,4	49	75,4	33	78,6	24	68,6	147	76,2
Factores de riesgo	Satisfactorio	9	17,6	12	18,5	6	14,3	8	22,9	35	18,1
	No satisfactorio	42	82,4	53	81,5	36	85,7	27	77,1	158	81,9
Síntomas al abandonar el consumo de psicofármacos	Satisfactorio	5	9,8	9	13,8	10	23,8	9	25,7	33	17,1
	No satisfactorio	46	90,2	56	86,2	32	76,2	26	74,3	160	82,9
Prevención del consumo de Psicofármacos	Satisfactorio	6	11,8	11	16,9	9	21,4	10	28,6	36	18,7
	No satisfactorio	45	88,2	54	83,1	33	78,6	25	71,4	157	81,3

Fuente: Encuesta.

Al evaluar los conocimientos durante el pretest, se pudo apreciar que el mayor déficit de conocimientos estuvo en las preguntas relacionadas con los síntomas al abandonar el consumo de psicofármacos, donde el 82,9% de los pacientes tenían conocimientos no satisfactorios. Ocurrió de manera similar en las preguntas acerca de los factores de riesgo que favorecen el consumo de psicofármaco y la prevención del consumo de psicofármacos, donde predominaron los conocimientos no satisfactorios en el 81,9 % y 81,3 % respectivamente.

Por otro lado, Borawski Chanes⁶⁸ respecto a la información sobre psicofármacos, encontró que el 66% de la muestra dio una respuesta afirmativa, si bien hubo variaciones en el contenido de sus respuestas. Al comparar estos resultados con los obtenidos en el estudio, respecto al concepto de psicofármacos, el 80,6% tenían conocimientos correctos respecto al tema, lo que difiere de la investigación, sin embargo, al estudiar el conocimiento referente a los daños o consecuencias de la asociación de psicofármacos con otras drogas, existió un menor predominio de pacientes con conocimientos correctos, respecto a los resultados del presente estudio.

Respecto a los resultados de Díaz Leyva⁴³ en su estudio de intervención acerca del consumo de psicofármacos en pacientes del Yayal, en el pretest obtuvo que el 81,7 %no tenían conocimientos satisfactorios, resultados que coinciden con la investigación.

La autora concluyó que existe un bajo conocimiento del consumo de psicofármacos y esto está relacionado con las pocas acciones de promoción de salud .Es necesario el incremento de medios de comunicación dirigidos a proporcionar información del consumo de psicofármacos .Realización de pancartas, murales, spot de televisión, acciones de salud que lleguen de una forma u otra a cada individuo.

Tabla 12: Distribución de pacientes según grupos de edad y conocimiento durante el postest.

Conocimiento postest		Grupos de edad								Total (N=193)	
		20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Concepto de psicofármacos y los tipos.	Satisfactorio	42	82,4	51	78,5	34	81,0	25	71,4	152	78,8
	No satisfactorio	9	17,6	14	21,5	8	19,0	10	28,6	41	21,2
Factores de riesgo	Satisfactorio	43	84,3	54	83,1	35	83,3	27	77,1	159	82,4
	No satisfactorio	8	15,7	11	16,9	7	16,7	8	22,9	34	17,6
Síntomas al abandonar el consumo de psicofármacos	Satisfactorio	42	82,4	56	86,2	32	76,2	25	71,4	155	80,3
	No satisfactorio	9	17,6	9	13,8	10	23,8	10	28,6	38	19,7
Prevención del consumo de Psicofármacos	Satisfactorio	43	84,3	55	84,6	31	73,8	26	74,3	155	80,3
	No satisfactorio	8	15,7	10	15,4	11	26,2	9	25,7	38	19,7

Fuente: Encuesta.

Al evaluar los conocimientos en el postest, se pudo apreciar que el 82,4% de los pacientes tenían conocimientos satisfactorios respecto a los factores de riesgo que favorecen el consumo de psicofármaco. El 80,3 % de los pacientes mostraron conocimientos satisfactorios referentes a los síntomas al abandonar el consumo de psicofármacos y la prevención del consumo de psicofármacos.

Luego de la intervención desarrollada por Escalona Cruz⁵⁹ observaron que el 44,7 % de los pacientes adquirieron conocimientos positivos respecto al uso de psicofármacos. Por su parte, Alfonso Loret de Mola et al⁵⁸ encontraron que los porcentajes de conocimientos positivos luego de haber aplicado la intervención, superaban el 60.0 %, resultados que difieren de la investigación.

Vicens et al⁶⁰ estudiaron la eficacia comparativa de dos intervenciones para interrumpir el uso prolongado de benzodiazepinas mediante un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados en atención primaria, donde encontraron que una intervención estructurada por un médico de cabecera junto con una reducción escalonada de la dosis, con o sin visitas de seguimiento, fue hasta tres veces más efectiva que la atención habitual para interrumpir el uso prolongado de benzodiazepinas en pacientes sin comorbilidad grave en los que esta intervención fue apuntado. Por lo tanto, en este subgrupo, una mayor participación del médico de cabecera resultó en tasas más altas de abstinencia exitosa de benzodiazepinas. Aunque al inicio los porcentajes de pacientes con depresión eran equivalentes en los tres grupos. El contacto regular con un médico de cabecera puede haber aumentado la posibilidad de un tratamiento farmacológico adicional.

La población cubana tiene, en general, un nivel aceptable de información en los elementos básicos de salud, pero en el caso de las drogas el conocimiento versa fundamentalmente sobre las drogas ilícitas, no así respecto a la definición droga, que desconocen los efectos y consecuencias de drogas calificadas con lícitas, de forma general la definición de droga, “Una droga es, en el sentido amplio del término, una sustancia química que tiene efectos biológicos conocidos en humanos o animales. Los alimentos se excluyen de esta definición a pesar de sus efectos fisiológicos conocidos en la mayoría de las especies animales” como aparece en la fuente consultada.⁴⁵

La autora considera que aunque la mayoría de los pacientes con síntomas o trastornos psiquiátricos ha sido medicado por un personal médico deben ser capaces de entender el alto riesgo que trae para su calidad de vida el uso y abuso de psicofármacos. Existen otras alternativas que pueden sustituir su uso y no tienen repercusión negativa en la salud, tal es el caso de la Acupuntura, la Homeopatía, la Terapia Florar, la práctica sistemática de ejercicio físico o actividades recreativas en tiempos libres.

Tabla 13: Evaluación final del conocimiento pre y postest.

Evaluación	Pretest		Postest	
	No	%	No	%
Satisfactorio	33	17.0	136	70.4
No satisfactorio	160	82.9	57	29.5
Total	193	100	193	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 13 se muestra la evaluación del conocimiento pre y post test, luego de evaluado el conocimiento, se pudo apreciar que en el pretest se evaluó de no satisfactorio (160, 82.9%) y, en los postest (136, 70.4%) fue evaluado de satisfactorio. De esta manera se evidencia el incremento de conocimientos adquiridos luego de aplicada la intervención.

Este estudio coincide con el realizado por Patricia Fernández Bustos⁶⁷, donde un 80% de la población tenía conocimiento generales luego de aplicada el programa de intervención educativa.

Tabla 14: Distribución de pacientes según grupos de edad y comportamiento en cuanto a consumo actual de psicofármacos.

Comportamiento en cuanto a consumo actual de psicofármacos	Grupos de edad								Total (N=193)	
	20-29 (n=51)		30-39 (n=65)		40-49 (n=42)		50-59 (n=35)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mantienen de igual manera	10	19.6	20	30.7	19	45.2	12	34.2	61	31.6
Aumentaron su consumo	3	5.8	4	6.1	-	-	1	2..8	8	4.1
Disminuyeron el consumo	26	50.9	28	43.0	15	35.7	10	28.5	79	40.9
Abandono del consumo de psicofármacos	12	23.5	13	20	8	19.0	12	34.2	45	23.3

Fuente: Encuesta.

En la tabla 14 se muestra que 40.9% de los pacientes disminuyeron el consumo de psicofármaco, luego de 9 meses de aplicada la intervención.

La autora ha llegado a la conclusión que el desconocimiento conlleva a la baja percepción de riesgo, por lo que es necesario aplicar alternativas que ayuden a elevar el conocimiento sobre las ventajas y desventajas del consumo de psicofármacos.

Es muy satisfactorio ver el resultado positivo del impacto de la aplicación de la intervención educativa, demostrado en la disminución de pacientes consumidores de psicofármacos y el incremento en los conocimientos sobre los mismos. Es nuestro deber como principales representantes de salud de continuar proponiendo alternativas encaminadas a disminuir el abuso de psicofármacos, incluyendo la Medicina Natural Tradicional, así como la práctica de ejercicio físico, emplear el tiempo libre en leer, estudiar o superarse escolarmente y la asistencia a consultas de seguimiento por Psiquiatría y/o Psicología pueden contribuir a la disminución del abuso y consumo de psicofármacos.

Resultados fundamentales

Al caracterizar la población, se pudo apreciar que preponderaron los pacientes en el grupo de edad de 30-39 años, de sexo femenino, nivel escolar técnico medio y casi la mitad de los pacientes estaban casados o en relación.

En cuanto al tipo de psicofármaco consumido en la actualidad, se determinó que más de la mitad de los pacientes consumían ansiolíticos y casi tres cuartas partes lo usaban en concomitancia con el café. Entre las causas de consumo, predominó la ansiedad y la depresión.

El acceso a los psicofármacos ocurrió a través del médico. Por otro lado, el 60,0 % de los pacientes que accedieron a los medicamentos sin prescripción médica, refirieron haber usado los que ya tenían.

Al evaluar los conocimientos durante el pretest, se pudo apreciar que el mayor déficit de conocimientos estuvo en las preguntas relacionadas con síntomas al abandonar el consumo de psicofármacos con un 82,9%. Sin embargo, luego de aplicar la intervención educativa, todos los pacientes obtuvieron mayor porcentaje de conocimientos positivos, fundamentalmente en las preguntas relacionadas con los factores de riesgo con un 82,4%.

En cuanto al comportamiento del consumo de psicofármacos luego de 6 meses de evaluado el conocimiento se logró que 40.9% de los pacientes disminuyeran el consumo.

CONCLUSIONES

El fortalecimiento del conocimiento y la generación de este a través de las intervenciones educativas generan nuevas y más herramientas destinadas a mejorar la prevención en salud. Es de suma importancia favorecer este tipo de intervenciones en las instituciones de salud con el objetivo de brindar atención oportuna, eficaz y de calidad, incluso con un impacto positivo en la reducción de costos de atención especializada.

RECOMENDACIÓN

- Implementar esta intervención educativa en los consultorios de la Atención Primaria de Salud (APS), generalizando así esta experiencia de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa Galeano A, Mestra Almanza I, Ospino Ruiz WY, Puche Morillo SA, Villalba Estrada LJ. Análisis de estudios de psicofármacos en una IPS del departamento de Córdoba 2012-2020 [Tesis]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 20 de septiembre de 2021 [citado 23 Ene 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4528>
2. Soler YN. Projeto de intervenção educativa para diminuir o consumo de psicofármacos em pacientes na Unidade Básica de Saúde Frei Narciso Pollmeier, Curitiba, SC [Internet]. Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018 [citado 23 Ene 2022]. Disponible en: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13302>
3. Bielli A, Bacci P. Monográfico “Psicofármacos y saberes psicológicos: tensiones y debates”. Psicología, Conocimiento y Sociedad [Internet]. 2018 [citado 22 Ene 2022]; 8 (2): 1-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4758/475857330001/html/>
4. Shirama FH. Estudo de prevalência e caracterização do consumo de psicofármacos por pacientes internados em clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral [Tesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012 [citado 23 Ene 2022]. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-05112012-163834/>
5. Morales García XM. Consumo de psicofármacos en adolescentes y jóvenes en Uruguay. Problematización de una práctica recurrente [Tesis]. Montevideo: Universidad de la República; 2021 [citado 23 Ene 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/30342>
6. Muñoz Salinas DA. Incidencia y prevalencia del consumo de alprazolam y clonazepam en IESS La Libertad [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Químicas; 2021 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56713>

7. Giraudo E, Arias NR, Peruzzi R, Barbeito AL, Chacón MG, Calderón CP, et al. Consumo de psicofármacos en pacientes ambulatorios en un Hospital de Mendoza, Argentina. Revista de la OFIL [Internet]. 2021 [citado 23 Ene 2022]; 31 (2): 149-53. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-714X2021000200149&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Verdaguer Pérez L, Machín Rodríguez VT, Montoya Deler MÁ, Borrero Gorgas L. Consumo de psicofármacos en adultos mayores de un área de salud. Acta Médica del Centro [Internet]. diciembre de 2021 [citado 23 Ene 2022]; 15 (4): 521-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2709-79272021000400521&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Gómez Escalante B. El cuidado de enfermería en los pacientes con consumo de psicofármacos [Tesis]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 5 de junio de 2019 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/16486>
10. Belarre JCA, Belarre SA, García BP, Usán PB, Labena SA, Iguaz AG. Prevalencia de consumo de psicofármacos en población anciana y efectos secundarios observados: Estudio piloto. Nuberos científica [Internet]. 2017 [citado 23 Ene 2022]; 3 (22): 22-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7491283>
11. Gil García E, Matos RC, Claudel BN, Zambrano AG, Vázquez Santiago S, León AC, et al. Consumo de psicofármacos en Andalucía. Un análisis de la Encuesta Andaluza de Salud desde la perspectiva de género. Revista española de drogodependencias [Internet]. 2020 [citado 23 Ene 2022]; (45): 52-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7350864>
12. ODA. Informe sobre consumo de drogas en las Américas 2019 [Internet]. 2019 [citado 23 Ene 2022]. Disponible en:

<http://cicad.oas.org/Main/ssMain/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/mobile/index.html>.

13. OUD. VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en población general [Internet]. 2019 [citado 23 Ene 2022]. Disponible en: https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII_ENCUESTA_NACIONAL_DROGAS_POB_LACIoN_GENERAL_2019.pdf.

14. Barro A. Antidepresivos para todo en el país más medicado del mundo [Internet]. elconfidencial.com. 2019 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/mundo/2019-03-27/antidepresivos-todo-pais-mas-medicado-mundo_1904642/

15. Brunet C, Lago H. Consumo de psicofármacos en adultos de 20 a 50 años residentes en la ciudad de Mar del Plata [Tesis]. Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata; 2019 [citado 23 Ene 2022]. Disponible en: <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1098>

16. Quirós Enríquez M, Fernández Ruiz D, Cuevas Pérez O, Milián Vázquez P, Barrios Romero B, Martínez Barroso T. Automedicación en trabajadores de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Medisur [Internet]. dic. 2014 [citado 24 Ene 2022]; 10 (6): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n6/ms04610.pdf>.

17. Anuario Estadístico del Departamento de Salud Mental del municipio de Rodas. 2021-2022.

18. Sánchez FigueredoAM, Cardosa Aguilar E. Comportamiento del uso de psicofármacos en adultos mayores del Policlínico Mártires del 4 de agosto/2019. En: V Simposio académico sobre adicciones [Internet]. 2022 [citado 2 Ene 2022]. Disponible en: <https://cedro2022.sld.cu/index.php/cedro2022/2022/paper/view/37>

19. Pérez Reymont Y. Uso indiscriminado de psicofármacos: intervenções para sua redução [Tesis]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018

[citado 2 Ene 2022]. Disponible en:
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13291>

20. Vercellino M, Philippi R, Vercellino M, Philippi R. Sexualidad, Depresión y Antidepresivos. ¿Cómo enfrentar este dilema? Revisión comprensiva del uso de psicofármacos en Trastorno Depresivo Mayor y Sexualidad. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2020 [citado 31 Ene 2022]; 58 (4): 400-12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272020000400400&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

21. Moncrieff J. Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona, España: Herder Editorial; 2013 [citado 2 Ene 2022]. Disponible en: <https://dspacereva.conacyt.gov.py/xmlui-repo/handle/123456789/6579>

22. Rodríguez Rodríguez B. Terapéuticas psiquiátricas en los inicios de la psicofarmacología moderna : el caso del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) y de otros centros de Galicia [Tesis]. España: Universidade de Santiago de Compostela. Facultade de Medicina e Odontoloxía; 2020 [citado 31 Ene 2022]; Disponible en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/24836>

23. Navarro Denis SA. Psicología clínica y psicofármacos : benzodiacepinas y ansiedad en los saberes y prácticas psicológicas en los servicios de salud pública uruguayos [Tesis]. Uruguay: Universidad de la República. Facultad de Psicología; 2019 [citado 31 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/21898>

24. Rodríguez Vásquez CL, Acosta Then E. Consumo de sustancias psicoactivas para aumentar las funciones cognitivas en estudiantes de medicina del 5-11 cuatrimestre de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) febrero-diciembre 2017 [Tesis]. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2018 [citado 31 Ene 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/1014>.

25. Sierra MC. Síndrome de retirada tras el tratamiento continuado con antidepresivos. Revista Clínica Contemporánea [Internet]. 2021 [citado 31 Ene

2022]; 12 (7): 1-3 [Internet]. [citado 31 de julio de 2022];Artículo e7. Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org>

26. Villalva A, Cassini J, Heredia F, Gallardo L, Di Pascua C. Formación y capacitación de Agentes Comunitarios para el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias. Módulo 2 | Encuentro N° 5 [Internet]. 2019 [citado 31 Ene 2022]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/109177>

27. Cabrera Lopinta MJ. Intervención de enfermería en actividades físico recreativas para pacientes con adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Allin Kawsay, Curahuasi, Abancay - 2019 [Tesis]. Perú: Universidad Nacional del Callao;2020 [citado 31 Ene 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5942>

28. Castaño Castrillón JJ, Páez Cala ML, Castaño Castrillón JJ, Páez Cala ML. Funcionalidad familiar y tendencias adictivas a internet y a sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. Psicol. caribe [Internet]. agosto de 2019 [citado 31 Ene 2022]; 36 (2): 177-206. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-417X2019000200177&lng=en&nrm=iso&tlng=es

29. Peña JA, Bustos Saldaña R, González Ruelas M. Sustancias de abuso más frecuente en México: aspectos médico-legales. Gac. int. cienc.forens [Internet]. 2019 [citado 13 Nov 2023]; 32:9-28.Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7006706&orden=0&info=link>

30. Salazar Meza ET. El consumo de drogas y su incidencia en la delincuencia juvenil en la provincia de Satipo 2018 [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2019 [citado 31 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/5016>

31. Sasal R, Amanda L. Adicciones con y sin sustancia: diferencias neurológicas [Tesis]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales 2019 [citado 31 Ene 2022]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/31796>

32. Karila L, Coscas S, Hermand M, Lafaye G, Donnadieu-Rigole H, Benyamina A. Conductas adictivas (excluido el tabaco). EMC - Tratado de Medicina [Internet]. 2020 [citado 31 Ene 2022]; 24 (4): 1-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541020443053>
33. Escalante LE. Guía para el diseño e implementación del programa de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y cigarrillo [Tesis]. Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2022 [citado 31 Ene 2022]. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/14514>
34. Cuellar Chavez BY, Calvo Barbado DM. Caracterización del uso de benzodiazepinas en consulta externa del Seguro Social Universitario, de enero a diciembre del 2016 [Tesis]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2018 [citado 31 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/22715>
35. Decormis Baldiviezo BP. Utilización de BENZODIAZEPINAS orales en consulta externa del Policonsultorio La Paz-Caja Salud Banca Privada 2015-2017 [Tesis]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2020 [citado 31 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/25300>
36. Álvarez López LT. Farmacodinamia de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina en el trastorno depresivo mayor [Tesis]. Colombia: Universidad de los Andes; 2021 [citado 31 Ene 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/51249>
37. Lucena González MI. Información al paciente sobre medicamentos y su repercusión en el cumplimiento de la prescripción. Medicine (Madr). 1986; 40: 217-226.
38. Clavel Rojo A. Conocimiento del paciente acerca de la medicación prescrita : influencia de las fuentes de información y legibilidad de los prospectos [Tesis]. Murcia: Universidad de Murcia; 2013 [citado 16 Ene 2022]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/35466>

39. Sousa Moreno S. Conocimiento del uso de la medicación en los pacientes crónicos polimedicados [Tesis]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2019 [citado 16 Ene 2022]. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/91688>
40. Hernández S, Daniel J. Percepción de los efectos secundarios de los psicofármacos en una muestra de España, Portugal y Chequia y grado de satisfacción con la información recibida[Tesis]. Murcia: Universidad de Murcia; 2018 [citado 16 Ene 2022]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/64879>
41. Rodríguez MJM, Cordero MJA, Villar NM, Mur CS. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. Medisur [Internet]. 6 de marzo de 2017 [citado 2 Ene 2022];15(1):71-84. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70684>
42. Hernández JM. Nociones de Salud Publica. Ediciones Díaz de Santos; 2013 [citado 20 Ene 2022] 478 p. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=rf-ZAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR17&dq=intervenci%C3%B3n+educativa+en+salud+publica+libro&ots=RcpU3_4iH6&sig=A1Uwv2vK1A5D3EDQL90X6gOiXlk#v=onepage&q&f=false
43. Díaz Leyva Y. Intervención educativa sobre el consumo de psicofármacos en pacientes del Yayal. Abril 2018 - mayo 2019 [Tesis]. Holguín: Universidad de Ciencias médicas de Holguín; 2019 [citado 9 Ene 2022]. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1365>
44. Laraqui O, Manar N, Laraqui S, Hammouda R, Deschamps F, Laraqui CEH. Prevalence of consumption of psychoactive substances among construction workers. J Prev Med Hyg [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 4];62(1):E132-40. Available from: <https://www.jpmmh.org/index.php/jpmmh/article/view/1238>
45. Mola EH de, Torres MN, Pons RM, Fonseca YM, Castro JA. Estrategia de intervención educativa sobre drogas legales en el adulto mayor. Mul Med

[Internet]. 2017 [citado 22 Ene 2022]; 21 (5): 494-516. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76095>

46. Noguera Marin MJ. Consumo abusivo de psicofármacos entre la población que acude a un servicio de urgencias [Tesis]. España: Universidad de Alcalá; 2017 [citado 2 Ene 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=153756>

47. Nawaz H, Khan AA, Bukhari S. Use Of Psychoactive Drugs Among Medical Undergraduates In Abbottabad. J Ayub Med Coll Abbottabad [Internet]. 2017 [cited 2022 jan 4]; 29 (4): 599-603. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29330986>

48. Ribeiro ÍAP, Fernandes MA, Pillon SC. Prevalence and factors associated with the consumption of psychoactive substances by health care workers. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [cited 2022 jan 5]; 73 (suppl 1): e20200279. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GBXysDKHKcx3YJksmXdrw8G/?lang=en>

49. López Gómez V, Jiménez Feijoo S, Rodríguez Díaz MP, Martínez Reglero C, Moreno Martínez A. Análisis del patrón de consumo de psicotropos y drogas de abuso en el hospital de Pontevedra durante el año 2016. Revista de Toxicología [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 5]; 36 (2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91967023008>

50. Droguett N, Vida C, Hoffmeister L. Factores asociados al consumo de psicofármacos sin receta en Chile: estudio descriptivo basado en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General. Medwave [Internet]. 2019 [citado 23 Ene 2022]; 19 (6): e7670. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/7670?tab=ingles>

51. Salcedo Sarmiento YE, Gonçalves NN, Vaz C, Neiva GD, Rodrigues GC, Oliveira J da S, et al. Dependência química e gênero: um olhar sobre as mulheres. Caderno Espaço Feminino [Internet]. 2018 [citado 8 Ene 2022]; 31 (2). Disponible en: <https://seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/47366>

52. Medeiros KT, Maciel SC, Sousa PF de. A Mulher no Contexto das Drogas: Representações Sociais de Usuárias em Tratamento¹. Paidéia (Ribeirão Preto) [Internet]. diciembre de 2017 [citado 8 Ene 2022]; 27 (1): 439-47. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/paideia/a/cKXRQtBR3N7Sf6Wmp5TjPYQ/?lang=pt>
53. Aroca Martínez A, Ordoñana JR, González Javier F. Relación entre calidad de vida y edad, sexo, nivel de estudios, consumo de psicofármacos antidepresivos y tranquilizantes. En: II Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia [Tesis]. 2016 [citado 8 Ene 2022]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/92670/1/Relaci%C3%B3n%20entre%20calidad%20de%20vida%20y%20edad%2C%20sexo%2C%20nivel%20de%20estudios%2C%20....pdf>
54. Mucci N, Traversini¹ V, Giorgi G, Garzaro G, Fiz-Perez J, Campagna M, Rapisarda V, Tommasi E, Montalti M, Arcangeli G. Migrant workers and physical health: an umbrella review. Sustainability [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 4]; 11 (1): 232. Available from: <https://www.mdpi.com/2071-1050/11/1/232>
55. Laguna Salguero MC Cid Sánchez AB, Ruiz Morales MA, Vílchez Pimentel E. Médicos de Familia del Centro de Salud de Pinos Puente. Consumo de psicofármacos en un grupo de pacientes con fibromialgia. Interpsiquis [Internet]. 2017 [citado 3 Ene 2022]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/3POST4CVP2017.pdf>
56. Moreno Martínez S, Hernández DG, Pizarro MH, Perdomo LMC. Consumo de antidepresivos en la provincia de Artemisa en el periodo 2011-2017. Revista Cubana de Farmacia [Internet]. 14 de mayo de 2020 [citado 23 Ene 2022]; 52 (4). Disponible en: <http://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/364>
57. Danborg P.B.El, Valdersdorf, M, Gøtzsche, P.C. Daños a largo plazo por el uso previo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: una revisión sistemática. Revista Internacional de Riesgo y Seguridad en Medicina [Internet]. 2019 [citado 23 Ene 2022]; 30 (2): 59-71. Disponible en: <http://bit.ly/33xgFkt>.

58. Gómez Mendoza C, León Martínez CA, Troya Gutiérrez AG, Gómez Mendoza C, León Martínez CA, Troya Gutiérrez AG. Consumo de psicofármacos: una problemática de salud actual. *Medicentro Electrónica* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 22 Ene 2022]; 24 (4): 826-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30432020000400826&lng=es&nrm=iso&tlng=es
59. Escalona Cruz LJ, Estrada Martínez A, Santiesteban Cobiella Y. Intervención educativa para elevar los conocimientos sobre las drogas. *Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica* [Internet]. 2021 [citado 5 Ene 2022]; 2 (7). Disponible en: <https://www.eumed.net/es/revistas/observatorio-de-las-ciencias-sociales-en-iberoamerica/ocsifebrero21/intervencion-educativa-drogas>
60. Vicens C, Bejarano F, Sempere E, Mateu C, Fiol F, Socías I, et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 5]; 204 (6): 471-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24526745/>
61. Artagaveytia P, Goyret A, Tamosiunas G. Desafío terapéutico: descripción de Benzodiazepinas. *Boletín Farmacológico* [Internet]. 2018 [citado 26 Ene 2022]; 9 (1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18378/1/desafio_terapeutico.pdf.
62. Donoso Ríos M, Escribá García KG, Guzmán MF, Tejada DG. MEDICALIZACIÓN Y FARMACOLOGIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE SAN JUAN. *Revista Del Gabinete De Estudios E Investigación En Sociología* [Internet]; 2019 [citado 20 Ene 2022]; 1(1): 73-91. Disponible en: <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/tramassociales/article/view/417>
63. Quintero Soto ML, Velázquez EB, Padilla S. Adicciones y género en la sociedad moderna. Primera edición, Universidad Autónoma del Estado de México,

México [Internet]. 2017 [citado 30 Ene 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/329658779_Adicciones_y_genero_en_la_sociedadmoderna/link/5c13e962299bf139c75937

64. Cañas M. Uso de medicamentos en ancianos. El Desafío de la polimedicación y la prescripción potencialmente inapropiada. Technical Report [Internet]. 2019 [citado 30 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/331132630>.

65. Morón Rodríguez F. Elementos para la prescripción racional de los medicamentos. Farmacología General. Editorial Ciencias Médicas, 2002, 3ra reimpresión 2016. Pp. 169.

66. Ávila Peña Y, Cano HM, Pérez LNP, Pérez TRP. Automedicación en el adulto mayor. Consultorio Médico de la Familia # 15, Jesús Menéndez, Cuba. 2018: Self-medication in the Elderly. Consultorio Médico de La Familia # 15, Jesús Menéndez, Cuba. 2018. Más Vita [Internet]. 2020 [citado 2 Ene 2022];2(2):60-7. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/86>

67. Fernández Bustos P. Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes [Tesis]. Alcalá: Universidad de Alcalá, Departamento de Psicopedagogía y Educación física, 2010 [citado 9 Ene 2022]

68. Borawski Chanes VF, Martinez MV, Morzone MLP. Conocimientos, actitudes y comportamientos acerca de la Psicofarmacología en población general: El fenómeno de la medicalización de los estados emocionales [Tesis]. Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología; 2014 [citado 9 Ene 2022]. Disponible en: <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/108>

69. O'Neil CK, Poirer TI. Impact of patient knowledge, patient-pharmacist relationship, and drug perceptions on adverse drug therapy outcomes. Pharmacotherapy [Internet]. 1998 [cited 2022 Jan 4]; 18 (2): 333-40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9545152/>

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

El que suscribe: _____

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado: INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE PSICOFÁRMACOS. CONSULTORIO 11. CARTAGENA. RODAS. 2019-2022. Previa explicación recibida por parte de la Dra. Mercedes Leydis Ramírez Sardina autora del mismo.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los ____ días del mes de _____ del -----

Firma del Director de la Institución

Firma Jefe del proyecto

ANEXO 2: ENCUESTA

Consumo de Psicofármacos.

El presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se exploran diversos aspectos relacionados con el consumo de psicofármacos. Necesitamos su colaboración con el propósito de conocer el nivel de conocimiento respecto a la temática. Gracias por su cooperación.

Datos generales

- Sexo: ☐ masculino ☐ femenino
- Edad:
- Escolaridad: ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preuniversitario
☐ Técnico medio ☐ Universitario
- Ocupación: ☐ Ama de casa ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Estudiante
☐ Dirigente ☐ Administrativo
☐ Jubilado o pensionado ☐ Desocupado
- Estado civil: ☐ Soltero ☐ Viudo
☐ Separado/divorciado ☐ Casado/Con pareja

Datos sobre el consumo del fármaco

- Tipo de psicofármacos que consume:
☐ Ansiolítico ☐ Antidepresivo ☐ Hipnóticos y sedantes
- Consume de alcohol ☐ si ☐ no
- Consume de tabaco ☐ si ☐ no
- Consumo café ☐ si ☐ no
- Tiempo de inicio del tratamiento
☐ Menos 15 meses ☐ Mas de 15 meses
- Pauta de deshabitación
☐ Pauta descendente ☐ Nadie indicó cómo retirarlo

___ Nunca intentó retirarlo

- Recomendación para la utilización del psicofármaco

___ Médico Especialista Psiquiatría.

___ Médico de familia

___ Médico de cualquier otra especialidad.

___ Un médico que ya se lo había recetado anteriormente.

___ Consejo o recomendación de un profesional farmacéutico.

___ Consejo o recomendación de un familiar, amigo o compañero.

___ Consejo o recomendación de otro profesional.

___ Información leída en el prospecto.

___ Automedicación.

___ Otra fuente.

- Síntomas por los que necesitó el Psicofármaco

___ Ansiedad ___ Depresión ___ Insomnio

___ Trastorno alimenticio ___ Desconoce por qué lo toma

___ Tratamiento del dolor ___ Otras

- Motivos por los cuales decidió iniciar tratamiento con psicofármacos sin indicación médica

___ Porque los síntomas no eran tan serios para acudir al médico.

___ Por el tiempo que demanda esperar un turno médico para ser atendido.

___ Por presentar dificultades económicas y no poseer obra social.

___ Por confiar que el medicamento que consume no provocará daño.

___ Por creer tener suficiente conocimiento para hacerlo.

___ Por vergüenza a asistir a la consulta médica.

___Otros.

- Fuentes de información más frecuentes para decidir psicofármaco a utilizar

___Un médico que ya se lo había recetado anteriormente.

___Consejo o recomendación de un profesional farmacéutico.

___Consejo o recomendación de un familiar, amigo o compañero.

___Consejo o recomendación de otro profesional.

___Información leída en el prospecto.

___Otra fuente.

- Persona que le facilitó la obtención del psicofármaco

___Médico ___Familiar ___ Vecino ___compañero de trabajo

- Lugar donde obtuvo el psicofármaco

___Farmacia. ___Utilizó los que tenía. ___Tienda.

Datos acerca del conocimiento acerca de los psicofármacos.

1. Marca con una x el grupo farmacológico que usted considere que pertenece

a los psicofármacos.

a) ___Antidepresivos (Amitriptilina)

f) ___Anticonvulsivantes. (Fenobarbital.)

b) ___Hipnóticos (Diazepám)

g) ___Antidiarreicos. (Sulfato de zinc)

c) ___Antinflamatorio (Ibuprofeno)

h) ___Neurolépticos. (Haloperidol.)

d) ___Analgésicos. (Dipirona)

i) ___Antihipertensivos.
(Hidroclorotiazida.)

e) ___Ansiolíticos. (Alprazolam.)

2. A continuación te damos una relación de factores de riesgo solo marque con una x los que considere correctos.

- a. ___ Jóvenes y adultos desvinculados del estudio o trabajo con conductas antisociales.
- b. ___ Familias o miembros de grupos donde se haya detectado consumo o tráfico de drogas.
- c. ___ Conseguir un trabajo bien remunerado.
- d. ___ Enfrentarse al divorcio.
- e. ___ Recibir la libertad.
- f. ___ Pacientes con cuadros psicológicos u otros que reciben tratamiento prolongado con sustancias psicoactivas.
- g. ___ Tener tiempo para una recreación sana.
- h. ___ Ser heterosexual
- i. ___ Por la ausencia de visita familiar en el internamiento.
- j. ___ Graduarse de la universidad.

3- Marque con una x los síntomas que usted presenta cuando no consumes el psicofármaco.

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| a) ___ Intranquilidad | f) ___ Vómitos. |
| b) ___ Sedación. | g) ___ Alegría. |
| c) ___ Sueño. | h) ___ Calambres. |
| d) ___ Pérdida del apetito. | i) ___ Tranquilidad. |
| e) ___ Depresión | j) ___ Nauseas. |

k) ___ Ansiedad.

m) ___ Temblor.

l) ___ Cansancio.

n) ___ Convulsiones.

4- El consumo de Psicofármaco se puede prevenir. Selecciona las opciones que considere adecuada.

a) ___ Practicar de artes marciales como el Taichí y el Yoga

b) ___ Práctica sistemática de ejercicio físico.

c) ___ El uso de la Medicina Natural y Tradicional.

d) ___ Ingerir abundante agua y alimentos.

e) ___ Participar en las consultas planificadas por Psiquiatría y Psicología.

f) ___ No ingerir medicamento.

g) ___ Encontrar nuevas y variadas maneras de emplear el tiempo libre como leer, estudiar o superarse escolarmente, escuchar música.

h) ___ Tomar el sol diariamente.

i) ___ Contraer algún virus como el catarro, el cólera o dengue.

ANEXO 3.1: ESCALA DE CALIFICACIÓN

Pregunta	Evaluación	Escala
1	Satisfactorio.	Si marca 4 o más incisos correctos.
	No satisfactorio	Si marca menos de 4 o los incorrectos
2	Satisfactorio.	Si marca 4 o más incisos correctos.
	No satisfactorio	Si marca menos de 4 o los incorrectos
3	Satisfactorio.	Si marca 5 o más incisos correctos.
	No satisfactorio	Si marca menos de 5 o los Incorrectos
4	Satisfactorio.	Si marca 4 o más incisos correctos.
	No satisfactorio	Si marca menos de 4 o los incorrectos.

ANEXO 3.2: ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PRE Y POSTEST.

PUNTUACIÓN	EVALUACIÓN
14–20 incisos de la encuesta aprobados (más del 70% del conocimiento)	Satisfactorio
Menos de 14 incisos de la encuesta aprobados (menos del 70% del conocimiento)	No satisfactorio

ANEXO 4: PROGRAMA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Temáticas a tratar en el programa.

Primer encuentro.

Título: Presentación de la intervención educativa.

Objetivo: Explicar la intervención educativa.

Desarrollo: Se inicia el tema con la presentación del moderador y de cada uno de las participantes. Luego se les explicó a los participantes en qué consiste dicha intervención, el tiempo de duración, los propósitos y lo que se pretende lograr al finalizar el mismo.

Responsable: Dra. Mercedes Leydis Ramírez Sardina.

Duración: 1 hora.

Segundo encuentro. Tema: I

Título: Aspectos generales sobre el consumo de psicofármacos. Tipos de psicofármacos. Clasificación.

Objetivos:

1. Explicar el concepto de que es un psicofármaco. Tipos y clasificación.
2. Explicar los tipos de psicofármacos q existen y su forma de presentación.

Desarrollo: Para el desarrollo de esta sesión se sugirió aplicar una técnica participativa, la cual consiste en dividir el grupo en equipos. Se le entregó un papel con una pregunta a cada equipo. ¿Qué entiende por psicofármaco? Se le dio un tiempo de aproximadamente 10 min para que en equipo socialicen sus criterios, y luego un representante expresó las consideraciones analizadas, así hasta que

cada equipo expuso, esto le permitió al coordinador comprobar lo que ellos entienden por psicofármaco. Posteriormente se hizo alusión al concepto de psicofármaco abalado por el sistema de salud cubano y a su clasificación en grupos farmacológicos. Se amplió sobre cómo se comporta a nivel mundial, en Cuba y en el área de salud el consumo de psicofármacos. Se utilizó como medio de enseñanza dos láminas, se les explicó los tipos de psicofármacos y su presentación medica en Cuba. Se motivó a los pacientes a participar en la próxima actividad.

Responsable: Dra. Mercedes Leydis Ramírez Sardina.

Duración: 1 hora.

Tercer encuentro. Tema: II

Título: Aspectos generales sobre los factores de riesgo.

Objetivos:

1. Explicar los factores de riesgo que favorecen el consumo de psicofármaco.

Desarrollo: Para el desarrollo de esta sesión se dividió el grupo en dos y se elaboró un medio de enseñanza interactivo dándoles la oportunidad a los participantes de cada equipo el poder clasificar un grupo de cartulinas con factores verdaderos y falsos. Esto le permitió al facilitador comprobar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo que tienen los internos. Teniendo en cuenta esto el facilitador abundó en ellos y proporcionó a los participantes algunos datos curiosos sobre el riesgo de consumir psicofármacos.

Responsable: Dra. Mercedes Leydis Ramírez Sardina.

Duración: 1 hora.

Cuarto encuentro. Tema III

Título: Síntomas más frecuentes en la abstinencia a los psicofármacos y algunas de sus complicaciones.

Objetivo: Promover a los participantes de conocimientos sobre los síntomas más frecuentes en la abstinencia a los psicofármacos.

Desarrollo: Se inicia el tema con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Luego se procede a realizar una lluvia de ideas donde los participantes aportaron el conocimiento de los síntomas padecidos por ellos en la abstinencia del consumo. El coordinador informa a los participantes los aspectos relacionados con la temática. Se abordaron algunas de las posibles complicaciones por el uso y abuso en la ingestión de los psicofármacos.

Responsable: Dra. Mercedes Leydis Ramírez Sardina.

Duración: 1 hora.

Quinto encuentro. Tema IV

Título: Medidas de prevención para evitar el consumo de psicofármacos.

Objetivo: Proveer a los participantes de conocimientos sobre las medidas de prevención.

Desarrollo: Se efectuó una charla educativa donde se abordaron elementos concretos de las medidas de prevención en las diferentes enfermedades para poder indicar un tratamiento adecuado. Se sugirió que algunos pacientes expongan al inicio de la actividad ejemplos de que enfermedad padece y que fármaco consume, sobre esa base se fue analizando los aspectos correctos e incorrectos de cada caso en particular teniendo en cuenta que algunos de los factores son modificables y se culminó la actividad dividiendo a los participantes en dúos para que cada uno le diera una charla educativa a sus compañeros.

Responsable: Dra. Mercedes Leydis Ramírez Sardina.

Duración: 1 hora.

Sexto encuentro.

Título: Conclusiones.

Objetivos: Realizar un resumen de la actividad y luego evaluar la efectividad de la intervención educativa implementada con la aplicación nuevamente de la encuesta.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas.

Desarrollo: Se inicia el tema con un breve recordatorio de todos los temas anteriores y se aplica la técnica “Lluvia de Ideas”, a través de la cual se recogieron las opiniones sobre la capacitación recibida, posteriormente se aplicó el cuestionario confeccionado por el autor que recoge todos los temas abordados y por supuesto con la clave que se confeccionó nos permitió hacer una valoración de la efectividad de la intervención propuesta.

Responsable: Dra. Mercedes Leydis Ramírez Sardina.

Duración: 1 hora.

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Título: INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE PSICOFÁRMACOS. CONSULTORIO 11. CARTAGENA. RODAS. 2020-2022.

Después de haberseme explicado por parte del jefe del proyecto los objetivos que se persiguen con el estudio, y ser aclarada las dudas que he tenido; de que mi participación en el estudio es voluntaria, que todo lo informado por mí será confidencial y debidamente custodiada, donde lo que yo informe no será de conocimiento por mis familiares ni otras personas, decido firmar el presente documento.

Por tanto: por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad, firmo el presente documento de participación en el estudio.

ANEXO 6: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA

Nombre de la Institución:

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____, hemos revisado el proyecto de investigación:

De los
autores _____

_____ y encontrado que el mismo cumple con:

Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐

Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐

La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐

La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos.
S ☐ N ☐ NP ☐

Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐

El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐

La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐
N ☐ NP ☐

El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐

Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tratamiento. y salida. S ☐ N ☐ NP ☐

La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐
NP ☐

La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐

La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐

La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐

Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐

El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐

La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐

La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____
de 20__.

[illegible]