

Uso de psicofármacos en población internada en un hospital universitario de adultos

Dr. José Alberto Riva Fortunato¹,
Dra. Liliana Teresita Servente Luquetti²,
Lic. Horacio Armando Falcón de Vicente³, Dr. Ricardo E. Bernardi⁴

Resumen

Los objetivos de este estudio son: determinar la prevalencia del consumo hospitalario de psicofármacos; estudiar factores asociados al uso de los mismos; establecer el prescriptor de la medicación y conocer la opinión de la población hospitalaria acerca de estos fármacos. Se realizó un estudio transversal analítico-descriptivo. Se estudiaron 169 pacientes internados en el Hospital de Clínicas, mayores de 15 años, seleccionados aleatoriamente. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica y del propio paciente a través de dos cuestionarios, una encuesta sobre datos primarios y el SCL-90. Se encontró que: 31,4% consume psicofármacos durante la internación; los ansiolíticos se prescriben en 88,7% de los casos, los antidepresivos en 5,6%, el prescriptor de la medicación es el médico internista en 50,9% de los casos. Se encontró asociación significativa entre el consumo de psicofármacos y las personas que viven solas y además con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Se concluye: que el consumo de psicofármacos aumenta con la internación; está asociado con el vivir solo y con la presencia de síntomas psíquicos. Los psicofármacos más consumidos fueron las benzodiazepinas. El principal prescriptor es el médico internista. La opinión general acerca de los psicofármacos fue positiva.

Palabras clave: *Psicotrópicos - provisión y distribución
Psicotrópicos - administración y dosificación
Hospitales generales
Hospitales universitarios*

1. Médico Psiquiatra. Asistente Grado 2 del Departamento de Psicología Médica. Facultad de Medicina.
2. Médica. Asistente Grado 2 Métodos Cuantitativos. Ciclo Básico y Ayudante Grado 1 del Departamento de Biofísica. Facultad de Medicina.
3. Sociólogo. Ayudante Grado 1 Sociología Médica. Ciclo Básico. Facultad de Medicina.
4. Médico Psiquiatra. Profesor Grado 5 del Departamento de Psi-

cología Médica. Facultad de Medicina.
Departamento responsable: Psicología Médica y Ciclo Básico. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
Correspondencia: Dra. Liliana Servente.
Lauro Muller 1769 Apto. 1001 Montevideo, Uruguay.
E-mail: lservent@fmed.edu.uy
Recibido: 22/5/00.
Aceptado: 3/11/00.

Introducción

El manejo de psicofármacos en la práctica hospitalaria es frecuente ante diversas situaciones médico-quirúrgicas.

Por ello en este trabajo nos planteamos como objetivo general: determinar la prevalencia del uso de psicofármacos en la población hospitalaria y factores asociados a su consumo.

Como objetivos específicos:

- 1) Determinar la prevalencia y tipo de psicofármacos utilizados.
- 2) Determinar quién prescribe el psicofármaco.
- 3) Determinar las características socio-demográficas y de la enfermedad médica y psiquiátrica de la población y su posible asociación con el consumo de psicofármacos.
- 4) Conocer la opinión de la población acerca de los psicofármacos.

Antecedentes bibliográficos

En nuestro país los antecedentes de trabajos sobre el uso hospitalario de psicofármacos son nulos o indirectos. En población hospitalaria, un trabajo sobre trastornos sexuales y calidad de vida realizado en 33 pacientes hombres internados en salas de medicina y urología del Hospital de Clínicas⁽¹⁾ mostró que 33% de los internados tenían prescrito un psicofármaco, en todos los casos fueron benzodiazepinas. Un estudio realizado en el Hospital de Clínicas⁽²⁾ en 54 pacientes, mostró que había 29% de uso de estas sustancias.

Sobre el consumo en población ambulatoria, la tesis del doctor Bustelo⁽³⁾ sobre el uso de tranquilizantes menores en población general encontró en una muestra de 2.032 personas de la ciudad de Montevideo, 21,2% de consumo de tranquilizantes que fue mayor en mujeres que en hombres con una diferencia estadísticamente significativa. Los mayores de 40 años son los principales consumidores. Los tranquilizantes más utilizados son las benzodiazepinas y dentro de ellos el diacepam. El médico general fue el principal prescriptor (58,1%) seguido por el psiquiatra (12,8%). Con respecto al estrato socioeconómico, las personas de estrato medio y alto consumieron en porcentajes más significativos que las de bajo. En cuanto al nivel de instrucción, los que cursaron sólo primaria consumieron más que los de nivel universitario. Los consumidores en la mayoría usan el fármaco una vez por día (59,4%). El 68% consumía hace más de un año, dentro de este grupo 25,4% usaba el medicamento por diez años o más. Inmigrantes, divorciados, viudos y separados tomaron más tranquilizantes en forma estadísticamente significativa.

Se destaca en esta misma investigación que "Montevideo sea uno de los lugares en donde más se consumen tranquilizantes menores".

En otros países en cuanto al consumo hospitalario, un estudio realizado en un hospital universitario de Chile⁽⁴⁾ mostró que de 223 pacientes admitidos, 39% recibieron psicofármacos y 73% de ellos correspondían a benzodiazepinas. Insomnio y ansiedad fueron las causas más frecuentes del consumo. Los pacientes más afectados fueron los mayores de 50 años. El 61% consumía psicofármacos por más de seis meses. En la población general en Santiago de Chile, 31,4% consume psicofármacos. En Austria⁽⁵⁾, un estudio sobre uso de psicofármacos en dos hospitales generales en 728 pacientes mostró 67,6% de uso en los servicios de medicina, 59,3% en los de cirugía y, por último, 37,8% en ginecología. Los predictores del uso de psicofármacos fueron: edad avanzada, enfermedad psiquiátrica, consulta con psiquiatra y uso de psicofármacos previo a la internación.

En países desarrollados, diversos estudios han demostrado la alta prevalencia de consumo de psicofármacos en población ambulatoria. En Francia⁽⁶⁾ se encontró en población general, 25% a 30% de consumo ocasional y 5% a 7% de consumo crónico siendo uno de los países europeos con mayor consumo. En este mismo estudio los factores de riesgo para el consumo fueron: mujeres, ancianos, con síntomas psíquicos o médicos. En Gran Bretaña⁽⁷⁾, en población mayor de 15 años, se encontró 3,5% de consumo crónico, dentro de ellos: primero los hipnóticos, luego antidepresivos y por último ansiolíticos. Los factores de riesgo: mujeres, mayores de 65 años. Los prescriptores de la medicación: 80% de médicos generales. En España⁽⁸⁾, en población mayor de 14 años, se encontró una prevalencia de 21%. Los más consumidos: benzodiazepinas (74%) y antidepresivos (34%). Los factores de riesgo encontrados fueron: mujeres, población añosa, enfermedad crónica o con sintomatología psíquica y personas que viven solas.

En cuanto a la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, en España, en el estudio de Lobo⁽⁹⁾ se encontró en atención primaria 33,8% de trastornos por ansiedad y 23% de trastornos depresivos, concluyendo que el médico general debe estar bien preparado para detectar estos trastornos. Estas cifras son similares a los resultados del estudio DEPRES (Depression Research in European Society)⁽¹⁰⁾ que mostró una prevalencia de depresión de 17% en un total de 13.359 habitantes de seis países de Europa, incluyendo depresión mayor, menor y síntomas de depresión. El 43% consultó por estos síntomas, de ellos, 57% consultó en primera instancia al médico de atención primaria. El 69% no recibió tratamiento y en 31% de los casos en que se prescribió un fármaco, sólo 25% recibió antidepresivos. En el consenso sobre el subtratamiento de la depresión de National Depressive and Manic-depressive Association⁽¹¹⁾ se llegó a la conclusión de que la depresión está seriamente subtratada y los factores que

intervienen son por el propio paciente, el médico y los sistemas de salud.

Algunas consideraciones sobre el tema

Una institución hospitalaria se puede entender como un “establecimiento social”, a la manera en que lo define Goffman⁽¹²⁾, es decir como un espacio donde se desarrolla regularmente determinada actividad parcial o totalmente cerrada a la percepción externa, donde un conjunto de personas realizan una tarea o mantienen una relación en forma cotidiana. Si se piensa desde esta perspectiva, en esta institución habrá requerimientos de control para asegurar que las diferentes actuaciones se ajusten a un patrón aceptado como normal.

Se pueden discriminar varios grupos típicos que interactúan entre sí (figura 1):

- a) Los médicos, este grupo en general está un espacio de tiempo más bien breve en contacto directo con el paciente.
- b) Personal de enfermería, que en general es el grupo que permanece con el paciente la mayor parte del tiempo que éste está internado.
- c) Acompañantes, que actúan como intermediarios entre el paciente y el personal del hospital.
- d) Los pacientes, que en esta situación tienen disminuida su autonomía.

Trataremos de señalar algunos factores que son necesarios para entender el contexto social en que se produce el acto de prescripción de este tipo de medicamentos.

1) Como es obvio, estos grupos tienen diferente poder e interactúan entre sí en una forma relativamente ritualizada, con fines de mantener ciertas definiciones de la situación y preservar la autoimagen, especialmente cuando se ocupan estatus de privilegio. Lo específico de los hospitales es la disponibilidad, por parte de los grupos con mayor poder, de ciertos recursos técnicos que pueden ser

utilizados con fines de control, o, al menos, con fines de disminuir situaciones de tensión que en otros ambientes tendrían una resolución diferente. Concretamente este es el caso de los psicofármacos. No se descarta que los psicofármacos se receten con criterios técnicos/terapéuticos, pero es de prever que eventualmente se utilizarán en algunos casos como mecanismo de control, como forma de aliviar situaciones difíciles tanto para el paciente como para los acompañantes o el propio personal.

Este tipo de dinámica ha sido ampliamente estudiada por el interaccionismo simbólico, en particular Goffman, y puede tener alguna influencia en el consumo hospitalario de estos fármacos⁽¹²⁾.

2) Por otra parte este tipo de fármacos tiene una imagen especial, habitualmente se tiende a asociarlos con drogas y éstas con el problema de la dependencia y la pérdida del autocontrol. La pérdida del control personal es, probablemente, una de las amenazas a la salud que más angustia genera. La autoestima de una persona depende de la capacidad de autoconducirse, con lo que la necesidad de tomar este tipo de sustancia se vincula con el miedo a la locura.

Podríamos plantearnos algunas hipótesis respecto a la administración de los psicofármacos teniendo en cuenta los grupos y factores anteriormente mencionados, así como las características de sus interacciones.

- A) Razones puramente técnicas, entendiendo por tales la existencia de un diagnóstico especializado.
- B) Por puras razones de control frente a situaciones francamente disruptivas (violencia, agresión).
- C) Por demanda de los acompañantes; aquí se puede suponer que las situaciones de angustia también alcanzan a este grupo.
- D) Por solicitud del personal subalterno que puede interpretar determinadas demandas de los pacientes como exceso de tensión, ansiedad, etcétera.

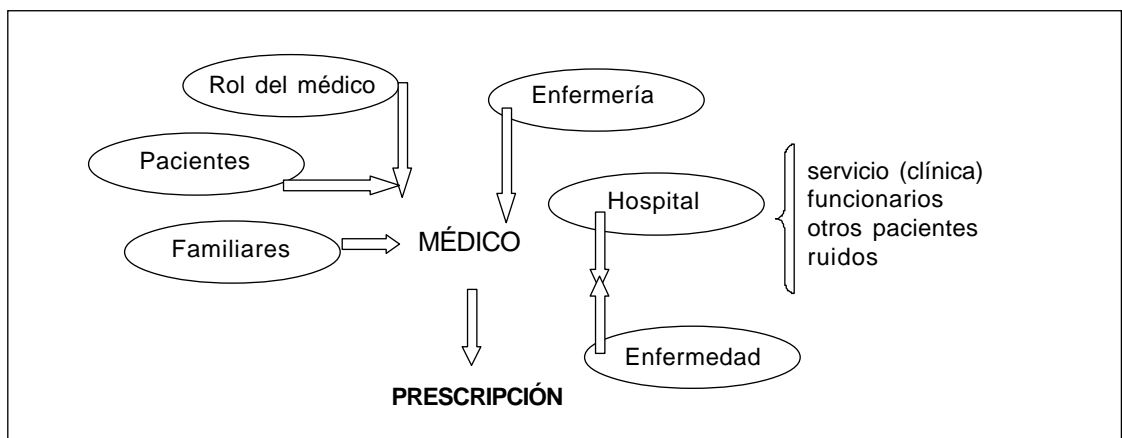


Figura 1. Factores que influyen en la prescripción de un psicofármaco

E) Por demanda del propio paciente, al encontrarse en un ambiente extraño.

Cabe acotar que casi ninguna prescripción obedece exclusivamente a una razón. En la vida cotidiana de un hospital seguramente se entrelazan diversos tipos de motivaciones que se traducen en un acto médico determinado.

Diseño metodológico

Se trató de un estudio transversal con una vertiente descriptiva y otra analítica.

Población y muestra

La población correspondió a todos los pacientes mayores de 15 años internados en el Hospital de Clínicas en el día de la aplicación del cuestionario. Se excluyeron del estudio los pacientes internados en los sectores de: emergencia, centro de tratamiento intensivo, centro nacional de quemados, block quirúrgico y recuperación, hemodiálisis y hematología, dadas las características especiales de este tipo de pacientes y el acceso restringido a alguna de estas áreas.

Se escogió una muestra aleatoria utilizando como criterio de selección que el número de la cama del paciente fuera impar, si alguna de las camas estaba desocupada, se entrevistaba al paciente que ocupaba la cama de número par a su derecha.

Recolección de datos

Los datos secundarios se obtuvieron de la historia clínica del paciente. Se consignaron: edad, sexo, procedencia, ocupación, si vive solo o no, diagnóstico médico, uso y tipo de psicofármaco, dosis, horario, prescripción y servicio en el que se encuentra internado.

En nuestro estudio consideramos sólo los psicofármacos controlados pertenecientes a los siguientes grupos: antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del humor e hipnóticos. No se incluyen los psicofármacos de venta libre.

Los datos primarios se obtuvieron de la encuesta con preguntas cerradas y abiertas (figura 2). Se consignaron: prescripción, opinión acerca de los psicofármacos y percepción acerca de su estado anímico.

Por otro lado se utilizó la escala SCL-90 (Symptom Check List, Leonard Derogatis, 1975) para detección de síntomas psíquicos que consiste en una escala de 90 ítems, que puede aplicarse en personas mayores de 13 años y con primaria completa, autoadministrada, y en la que el paciente marca los síntomas por grado de intensidad. Varios estudios han demostrado su validez y consistencia interna⁽¹³⁾. Tiene nueve dimensiones de síntomas: somatización, obsesivos-compulsivos, sensibilidad interperso-

nal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicóticos. En nuestra investigación, los síntomas que más nos interesan son los de depresión y ansiedad. Como en nuestro medio el instrumento no está validado, se tomó la decisión metodológica de establecer un punto de corte mayor o igual a 1, en la escala 0 corresponde a ausencia de síntomas y 4 a la presencia del máximo de síntomas.

Ambos tipos de datos fueron obtenidos, previo consentimiento del paciente, en encuestas administradas por estudiantes de medicina bajo nuestra supervisión. Los estudiantes eran aproximadamente 15 voluntarios que recibieron un entrenamiento previo consistente en dos reuniones en que se explicaron los objetivos, el marco teórico y la metodología a emplear y un estudio piloto con aplicación de cuatro cuestionarios por cada estudiante en una sala del hospital.

Se realizó un grupo de discusión con 10 participantes entre médicos, docentes y practicantes internos integrantes de una clínica médica del hospital, de aproximadamente dos horas de duración, coordinado por los autores. Se aplicó la metodología del grupo focal que consiste en una entrevista grupal a manera de una conversación, coordinada y estructurada con el propósito de escuchar el rango de percepciones y puntos de vista de un grupo de personas. Tiene como características que involucra un determinado número de personas entre cinco y diez (suficiente para que puedan participar todos y obtenerse la diversidad de opinión); se procura que el grupo sea homogéneo; provee datos de naturaleza cualitativa; la discusión es focalizada y se buscan datos como: percepciones, sentimientos y pensamientos con respecto a un producto, servicio u oportunidad.

También se consultó en la farmacia del hospital acerca de los psicofármacos disponibles.

Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo de las variables seleccionadas y se hicieron tablas de contingencia con el fin de establecer asociaciones entre estas. Para ello, se utilizó el test chi cuadrado o de Fisher con un nivel de significación $p < 0,05$. El procesamiento y análisis estadístico se realizaron con el programa SPSS versión 5.0.2. Las gráficas se realizaron con Excel 5.0. Se realizó un análisis cualitativo de la variable opinión.

Aspectos éticos

Este estudio no incidió, durante su ejecución, en la situación clínica, tratamiento ni evolución del paciente, remitiéndose a recabar datos, en actitud de observador. Se informó de las características del estudio al paciente y a

sus familiares y se aseguró la confidencialidad de los datos.

Resultados

Se recabaron datos de 169 pacientes internados el día 28 de noviembre de 1998 en el Hospital de Clínicas. Globalmente se encontró 65,7% (111 pacientes) que respondió al cuestionario en su totalidad; 34,3% restante (58 pacientes) no completó el formulario por los siguientes motivos: alta provisoria, pacientes que no colaboran, con trastornos sensoriales o cognitivos, o ambos, o no se encontra-

ban en la sala. Comparando estos dos grupos no encontramos diferencias significativas en cuanto al uso de psicofármacos, sexo y edad. Por lo tanto, el análisis de las variables se realizará sobre la base de los datos disponibles que en algunos casos, como se especifica, se refiere a los 169 pacientes iniciales o a los 111 que respondieron al cuestionario.

El 59,2% (100 pacientes) de la población no contestó al SCL-90 mientras que 40,8% (69 pacientes) sí lo hizo, no habiendo diferencias significativas entre estos grupos en cuanto al uso de psicofármacos.

CUESTIONARIO Nº _____ PISO _____ SALA _____ CAMA _____
 Encuestador: _____ Nº reg. HC _____

1) EDAD: _____
 2) SEXO: M _____ S _____
 3) PROCEDENCIA: Montevideo _____ Interior _____ S/D _____
 4) OCUPACIÓN: SÍ _____ NO _____ S/D _____
 5) VIVE SOLO: SÍ _____ NO _____ S/D _____
 6) PSICOFÁRMACOS EN USO: SÍ _____ NO _____ (ver historia clínica)
 7) HACE 6 MESES, ¿USABA PSICOFÁRMACOS?: SÍ _____ NO _____ S/D _____
 8) TIPO DE PSICOFÁRMACO EN USO

Tipo	Sí	No	Dosis actual	Dosis 6 meses antes de ingresar
Ansiolíticos				
Antipsicóticos				
Hipnóticos				
Antidepresivos				
Estabilizadores del humor				

9) HORA QUE RECIBE EL PSICOFÁRMACO: DE MAÑANA _____
 DE TARDE _____
 DE NOCHE _____

10) FUE PRESCRIPTO POR:

	Paciente	Historia clínica
Médico general		
Psiquiatra		
Otros		
No sabe		

11) DIAGNÓSTICO MÉDICO O QUIRÚRGICO _____
 12) ¿QUÉ PIENSA DE LOS PSICOFÁRMACOS EN GENERAL?

 13) ¿CÓMO SE SIENTE AHORA? _____

Figura 2. Cuestionario general

Descripción de las variables de base (tabla 1):

Sexo: del total de la población (n=169), 58,6% eran hombres y 41,4% mujeres.

Edad: la media 53,8 años con un desvío estándar de 19,5 (n=169).

Procedencia: de un total de 111 pacientes, 51,3% de Montevideo, 45,9% eran del interior del país, con 2,8% sin datos.

Ocupación: de 111 personas que respondieron al cuestionario en su totalidad, 66,6% no tenían actividad remunerada, 31,5% sí la tenían al momento de la encuesta y 1,9% sin datos.

Dentro de los que no tenían actividad remunerada, 58,1% eran jubilados o pensionistas, 10,8% amas de casa, 10,8% desocupados, 1,3% estudiantes y 19% sin datos.

Convivencia: de 111 pacientes, 76,5% no vivían solos y 19,8% vivían solos con 3,7% sin datos.

Diagnóstico médico: del total de la población (n=169) los diagnósticos médicos por orden de frecuencia fueron: 14,8% oncológicos, 11,8% cardiovascular, 9,5% neurológicos, 7,7% metabólico y endocrino, 6,5% cuadro agudo

de abdomen, 6,5% patología infecciosa, 5,9% ginecológico, 5,3% urológica y 32% otros.

Síntomas de ansiedad-depresión: en los 69 pacientes que se aplicó el SCL-90 el porcentaje de síntomas de ansiedad fue de 24,6% (17 pacientes) y el de depresión de 37,7% (26 pacientes).

Descripción del consumo de psicofármacos (tabla 2):

Consumo durante la internación: del total de la población (n=169), 31,4% usaban psicofármacos (53 pacientes) mientras que 68,6% restante (116 pacientes) no lo hacían (figura 3).

Tipo de psicofármaco actual: dentro de los que consumen psicofármacos (n=53) 88,7% (47 pacientes) usaban ansiolíticos, 5,6% antidepresivos (3 pacientes), 3,8% antipsicóticos (2 pacientes) y 1,9% estabilizadores del humor (1 paciente) (figura 4).

El fármaco más usado fue el diazepam (44 pacientes).

Uso de más de un psicofármaco: dentro de los que consumen psicofármacos, 17% usaban más de un psicofármaco (9 pacientes).

Tabla 1. Resumen de las variables de base						
Sexo	n=169	Masculino= 58,6%	Femenino= 41,4%			
Edad	n=169	Media= 53,8 años	Desvío estándar= 19,5 años			
Procedencia	n=111	Montevideo= 51,3%	Interior= 45,9%	SD=2,8%		
Actividad remunerada	n=111	No= 66,6%	Sí=31,5%	SD=1,9%		
Sin actividad remunerada	n=74	Jubilado o pensionista= 58,1%	Ama de casa= 10,8%	Desocupado= 10,8%	Estudiante= 1,3% SD=19%	
Convivencia	n=111	Vive solo= 76,5%	No vive solo= 19,8%	SD=3,7%		
Síntomas de ansiedad-depresión*	n=69	Ansiedad= 24,6%	Depresión= 37,7%			
Diagnóstico médico**	n=169	Oncológico= 14,8%	Cardiovascular= 11,8%	Neurológico= 9,5%	Metabólico y endocrino= 7,7%	Infeccioso= 6,5%
		Cuadro agudo de abdomen= 6,5%	Gineco obstétrico= 5,9%	Urológico= 5,3%	Otros= 32%	

n: número de pacientes; SD: sin datos.

* Se refiere a los pacientes que tenían en el SCL-90 un puntaje mayor o igual a 1 en las dimensiones de ansiedad y depresión respectivamente.

*** Se refiere al diagnóstico primario según la historia clínica.

Tabla 2. Resumen del consumo de psicofármacos						
Consumo durante la internación	n=169	Consumo de psicofármacos= 31,4%	No consumo de psicofármacos= 68,6%			
Tipo de psicofármaco actual	n=53	Ansiolíticos= 88,7%	Antidepresivos= 5,6%	Antipsicóticos= 3,8%	Estabilizadores del humor= 1,9%	
Uso de más de un psicofármaco	n=53	Uso de un psicofármaco= 83%	Uso de más de un psicofármaco= 17%			
Uso por más de seis meses	n=111	Sí=18%	No=80,2%	SD=1,8%		
Tipo de psicofármaco usado por más de seis meses	n=20	Ansiolíticos= 70%	Antidepresivos= 10%	Hipnóticos= 10%	No recuerda= 10%	
Prescriptor de la medicación	n=53	Médico internista= 50,9%	Cirujano= 17%	Neurólogo= 13,2%	Psiquiatra= 7,5%	Ginecólogo= 5,6%
		Automedicado= 3,8%	SD=2%			
Prescripción por servicio	n=53	Neurología y neurocirugía= 70,0%	Medicina= 40,8%	Urología= 30,7%	Gineco-obstetricia= 30%	Cirugía= 18,2%

SD: sin datos.

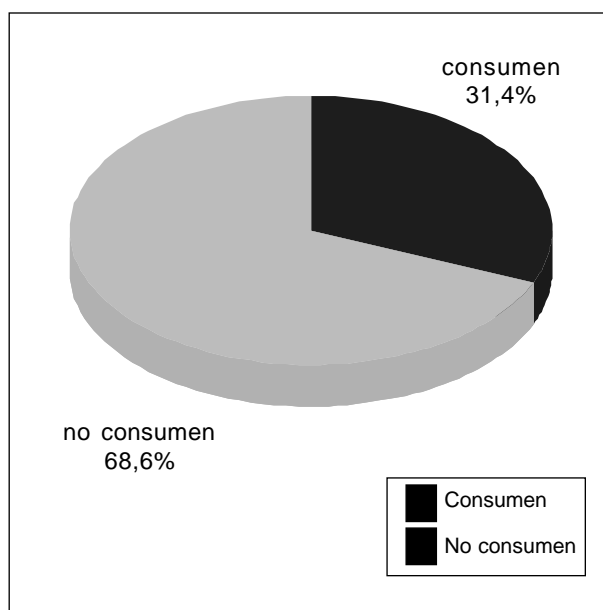


Figura 3. Gráfico de frecuencias relativas porcentuadas según el consumo actual de psicofármacos (n=169)

Los psicofármacos utilizados en segundo lugar fueron los antidepresivos y estabilizadores del humor.

Uso por más de seis meses: de 111 pacientes, 18% (20 pacientes) los utilizaba 80,2% no y 1,8% no tenemos datos.

Tipo de psicofármaco usado por más de seis meses: dentro de los 20 pacientes que consumían psicofármacos por más de seis meses, 70% consumían ansiolíticos (14 pacientes), 10% antidepresivos (2 pacientes), 10% hipnóticos (2 pacientes) y 10% no recuerda el tipo de psicofármaco (2 pacientes).

Prescripción: dentro de los que consumen psicofármacos (53 pacientes), el médico internista lo prescribe en 50,9% de los casos, el cirujano en 17%, el neurólogo 13,2%, el psiquiatra 7,5%, el ginecólogo 5,6%, automedicado 3,8% y 2% sin datos.

Prescripción por servicio: en primer lugar en los servicios de neurología y neurocirugía de diez pacientes internados encontramos un consumo de 70%; le sigue medicina, de 71 pacientes 40,8% consumían psicofármacos; urología, de 13 pacientes 30,7% consumían; ginecoobste-

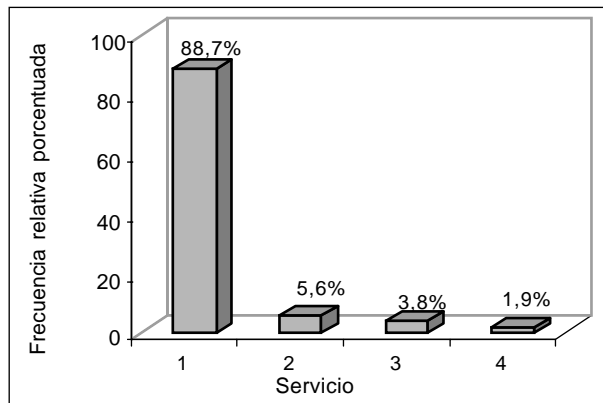


Figura 4. Frecuencias relativas porcentuadas según el tipo de psicofármaco utilizado (n=53).
1. Ansiolíticos. 2. Antidepresivos. 3. Antipsicóticos. 4. Estabilizadores del humor.

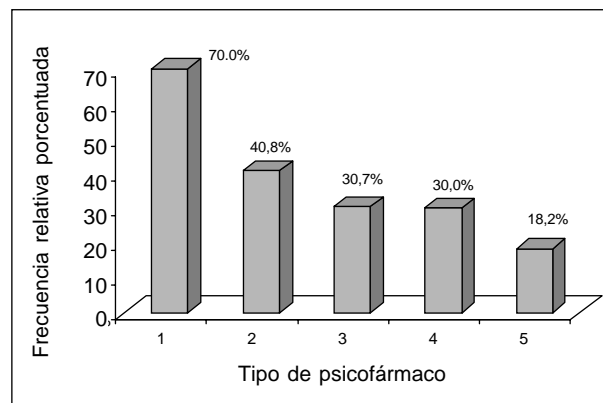


Figura 5. Frecuencias relativas porcentuadas según el servicio que prescribe el psicofármaco (n=53).
1. Neurología y neurocirugía. 2. Medicina. 3. Urología. 4. Ginecología. 5. Cirugía.

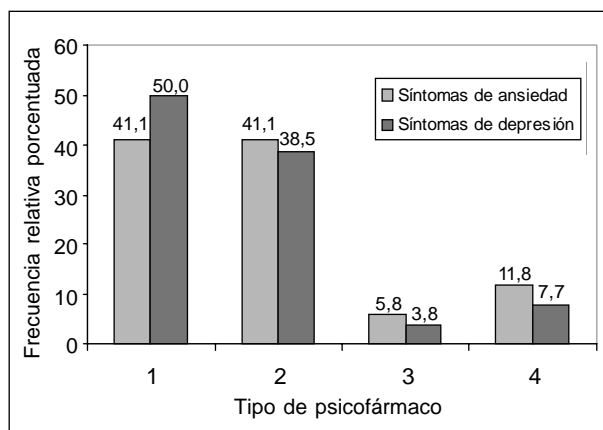


Figura 6. Frecuencias relativas porcentuadas del tipo de psicofármaco utilizado en los pacientes que tenían síntomas de ansiedad (n=17) y síntomas de depresión (n=26) según el SCL-90.
1. No consumen psicofármacos. 2. Ansiolíticos. 3. Antidepresivos. 4. Otros.

tricia, 30% de diez pacientes, y, por último, cirugía, de 44 pacientes 18,2% consumían (figura 5).

Consumo de psicofármacos en los pacientes que presentaban síntomas de ansiedad y síntomas de depresión (según el SCL-90): de los 17 pacientes con síntomas de ansiedad el 41,1 % no consumen psicofármacos, el mismo porcentaje recibe ansiolíticos, 11,8% otros psicofármacos y 5,8% antidepresivos. De los 26 pacientes con síntomas de depresión, un 50% no reciben psicofármacos, 38,5% ansiolíticos, otros psicofármacos 7,7% y antidepresivos un 3,8% (figura 6).

Comparación entre grupos (consumo o no de psicofármacos) según distintas variables (tabla 3):

Para la edad se hizo un test de comparación de medias entre los grupos que consumían y no consumían psicofármacos encontrando que no existen diferencias significativas entre las medias de edades de ambos grupos.

En cuanto al sexo encontramos que 31,4% de los hombres y 31,3% de las mujeres consumen psicofármacos, pero estas diferencias no son significativas.

Por la procedencia, 31,6% de los montevideanos y 31,4% de los que viven en el interior consumen psicofármacos, estas diferencias no son significativas.

Por la ocupación, 28,6% de los que tienen trabajo y 33,8% de los que no tienen trabajo consumen psicofármacos, estas diferencias no son significativas.

En cuanto a la convivencia, 50% de los que viven solos y 25,5% de los que no viven solos consumen psicofármacos, encontrando diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al consumo crónico (por más de seis meses), 55% de los que consumían hace seis meses y 25,8% de los que no tenían consumo crónico, reciben psicofármacos actualmente, encontrando diferencias significativas.

Tampoco encontramos asociación con el tipo de patología orgánica y el consumo de psicofármacos tomando en cuenta sólo las enfermedades más frecuentes. Además categorizamos la patología orgánica en aguda y crónica no encontrando asociación con el uso de psicofármacos.

En cambio, sí se encontró una asociación con la aparición de síntomas de ansiedad y depresión detectados por el SCL-90. En los 69 pacientes en los que se aplicó el instrumento, encontramos un consumo de psicofármacos de 33,3% con 58,8% de consumo dentro de los que presentaban síntomas de ansiedad y 50% en los que tenían síntomas de depresión.

Análisis cualitativo

Opinión: en cuanto a la pregunta de opinión acerca de los psicofármacos contestaron 104 pacientes, para el análisis

Tabla 3. Comparación de grupos (consumo o no de psicofármacos) según distintas variables

Variable	n	Test utilizado	Resultado	Significación
Sexo	169	Test de χ^2	$\chi^2 = 0,0003$ g.l. = 1	N.S.
Edad	169	Test de t de comparación de medias	t = -0,97 g.l. = 167	N.S.
Procedencia (Montevideo-interior)	111	Test de χ^2	$\chi^2 = 0,005$ g.l. = 1	N.S.
Ocupación (actividad remunerada o no)	111	Test de χ^2	$\chi^2 = 0,3$ g.l. = 1	N.S.
Convivencia (viven solos o no)	111	Test de χ^2	$\chi^2 = 6,7$ g.l. = 1	S., p < 0,01
Consumo de psicofármacos hace seis meses	111	Test de χ^2	$\chi^2 = 6,5$ g.l. = 1	S., p < 0,01
Síntomas de ansiedad (*)	69	Test de χ^2	$\chi^2 = 6,6$ g.l. = 1	S., p < 0,01
Síntomas de depresión (*)	69	Test de χ^2	$\chi^2 = 5,2$ g.l. = 1	S., p < 0,02

* En los pacientes en que se aplicó el SCL-90.

N.S.: No significativo, S: significativo, g.l.: grados de libertad, p: valor p.

se tomó una muestra de las respuestas y se buscaron las imágenes recurrentes, quedando tres asociaciones con este fármaco:

- asociación con imagen de autoridad médica (“son buenos si el médico los receta”) o del estado de salud en general (“son buenos si el cuerpo los necesita”), 16% corresponde a esta imagen,
- asociación con imágenes de dependencia, adicción, pérdida del dominio de sí que son típicas en la descripción de la drogadicción, 26%.
- imágenes que asocian al fármaco con un efecto positivo, 10%.

El 48% no aportan imágenes o explicación sobre el efecto positivo o negativo.

Resultados del grupo de discusión: los puntos en que existe consenso son:

- * En el hospital el uso de psicofármacos para inducir el sueño se debe, entre otras razones, al funcionamiento ruidoso de las salas y al cambio de ambiente.
- * Es diferente la realidad mutua de la hospitalaria en

cuanto al tipo de psicofármaco prescripto, en el mutualismo existe mayor variedad: “No damos en el hospital los que quisiéramos dar porque no los tenemos”.

- * Consideran que hay un alto porcentaje de depresión y que el consumo actual de antidepresivos es alto.
- * Un problema importante en pacientes ambulatorios es la repetición de psicofármacos en aquellos que no son conocidos por el médico o tratados por psiquiatra.
- * Los psicofármacos no son de resorte exclusivo de los psiquiatras.

Datos de la farmacia del hospital: se destaca que el psicofármaco con mayor salida en la farmacia del hospital es el diazepam seguido del bromazepam y luego la tioridazina.

Discusión y conclusiones

En cuanto al primer objetivo (prevalencia y consumo de psicofármacos en población hospitalaria) se confirman los resultados de los estudios realizados en el Hospital de Clínicas^(1,2) encontrándose un consumo global de psico-

fármacos cercano a 30% de los pacientes internados. Esta cifra, sin embargo, es algo inferior a la encontrada en otros países, como Chile, con 39% de consumo hospitalario de psicofármacos⁽⁴⁾ y en Austria con un consumo en los departamentos de medicina de 67,6%⁽⁵⁾, aunque pueden haber diferencias metodológicas que expliquen estos resultados (psicofármacos de venta libre no consignados, alta prevalencia de enfermedad psiquiátrica en la muestra, etcétera).

También existen diferencias en cuanto a la cronicidad del uso, en nuestro estudio 14% de pacientes consumían por más de seis meses, en cambio, en Chile⁽⁴⁾, 61% consumían por más de seis meses lo que podría explicar también la diferencia en cuanto al consumo actual.

La prevalencia del consumo de psicofármacos en nuestro estudio es mayor a la registrada en población ambulatoria por Bustelo⁽³⁾, que fue de 21%. Esto podría deberse a la mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos reactivos o agudizados por la internación y a los mecanismos que entran en juego cuando se ingresa al hospital (figura 1). Los resultados del grupo de discusión refuerzan los mecanismos planteados en la figura 1. Podemos extraer la conclusión de que la prescripción de psicofármacos debe analizarse no sólo teniendo en cuenta la enfermedad de los pacientes sino también por el contexto en que se hace la prescripción.

En cuanto al tipo de psicofármacos, existe un alto consumo de ansiolíticos respecto al resto de psicofármacos. Esto se ve corroborado por los datos obtenidos en la farmacia del hospital de que el fármaco más utilizado es el diazepam, seguido por el bromazepam y la tioridazina. Este resultado se repite con similares características en estudios en el Hospital de Clínicas y en Chile^(1,4).

Es interesante observar que en esta población en la que con la metodología empleada es posible señalar una presencia de síntomas de depresión elevados, incluso superior a la presencia de síntomas de ansiedad, existe un muy bajo consumo de antidepresivos. Estos resultados también se obtuvieron en el estudio DEPRES en comunidad⁽¹⁰⁾. Esto se podría deber a varios factores entre los cuales se encuentran: dificultad por parte de los médicos para realizar un correcto diagnóstico diferencial entre trastornos de ansiedad y depresión o a limitaciones en el “vademecum” que cuenta con antidepresivos que tienen efectos colaterales (maprotilina e imipramina) y no cuenta con los antidepresivos de última generación. Este es un punto que merece ulterior estudio por sus consecuencias prácticas considerando que no es correcto el uso exclusivo de ansiolíticos cuando se presenta un trastorno depresivo.

Con respecto al segundo objetivo, se constata que el internista es el prescriptor de la medicación lo que coincide con el hecho de que en pacientes ambulatorios el prescriptor es el médico general^(3,7). Esto refuerza la necesidad

de un diagnóstico correcto por parte del médico y en los casos en que se presenta duda diagnóstica, realizar la interconsulta correspondiente que en el presente estudio fue de 7,5%.

Cuando se analiza la prescripción por servicio, neurología y neurocirugía es el que tiene mayor prescripción de psicofármacos (70% de los pacientes internados), esto podría explicarse por el tipo de enfermedad. Sin embargo, no fue posible establecer una asociación significativa debido al bajo número de pacientes en este servicio. En segundo lugar se encuentran los servicios de medicina con 37,2% de prescripciones frente a los servicios de cirugía en que se registró la menor prescripción (19%). Las causas que explican estas diferencias podrían ser objeto de otra investigación.

Con respecto a las características sociodemográficas, como es bien sabido la población que ingresa al Hospital de Clínicas es de nivel socioeconómico bajo. Nosotros encontramos una población añosa (media de 53 años), cuya procedencia está igualada, Montevideo-Interior, sin predominio por sexo, y en cuanto a la convivencia, 19% viven solos.

De los factores de riesgo para el consumo de psicofármacos mencionados en los antecedentes, en el análisis univariado encontramos asociación con el hecho de vivir solo y con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Esto coincide con la relación entre falta de soporte social y la presencia de síntomas de ansiedad-depresión aunque también podría explicarse porque los pacientes sin familia pueden requerir mayor atención del equipo tratante.

En los datos relevados en nuestra investigación no existe asociación entre el consumo de psicofármacos con el sexo, edad o procedencia.

En cuanto a la opinión, dadas las características de esta población, llama la atención que solamente 16% asocia los psicofármacos con la imagen de autoridad médica, siendo que la distancia social que lo separa del médico hace que las decisiones de éste estén fuertemente legitimadas. El 48% no asocia al fármaco con ninguna imagen, se podría suponer que esto responde al hecho de falta de información de este tipo de fármacos. El hecho de que 26% lo asocia con drogadicción puede explicarse por un prejuicio característico de población añosa y con bajo nivel de información como es la nuestra. De todos modos estos dos últimos grupos exigirían, junto con una correcta evaluación diagnóstica, una mayor comunicación médico-paciente y una acción educativa relacionada con este consumo.

De los datos de este estudio se destaca la necesidad de homogeneizar criterios en la prescripción de psicofármacos a los pacientes internados. Debe también prestarse atención a una posible sobreindicación de ansiolíticos y

subindicación de antidepresivos.

Dentro de las interrogantes que este trabajo no aborda destacamos la pregunta sobre qué ocurre al alta del paciente que recibió psicofármacos, si se le indica o no el control de los mismos. Estas interrogantes deberían ser contempladas en futuros estudios.

Agradecimientos

A los estudiantes del ciclo básico, Ciclo de Introducción a la Medicina Integral (CIMI) y Ciclo Clínico Patológico (CICLIPA) que colaboraron en la aplicación del cuestionario.

Summary

This transversal, analytical-descriptive study aims to determine prevalence of in-hospital consumption of psychotropic drugs, examine associated risks, establish who prescribes its use, and know in-hospital population opinions on psychotropic drugs. One hundred and sixty nine 15-year old inpatients or older, were randomly selected from the Hospital de Clínicas. Data were collected from medical records through two questionnaires: a primary data collection questionnaire and SCL-90.

Findings were as follow: 31,4% of patients consumed psychotropic drugs during in-hospital stay, anxiolytics were prescribed in 88,7% of cases, antidepressive agents in 5,6%, internists prescribed them in 50,9% of patients. There was a statistically significant association between psychotropic drug ingestion and patients with anxiety and depressive symptomatology who live by themselves.

In conclusion, psychotropic drug use increased during stay, was associated with single living, and presence of psychological symptoms. Benzodiazepine was the most consumed. Internists were the main source of prescription. Overall opinion was favorable.

Résumé

Le but de cette étude est de : déterminer la prévalence de la consommation hospitalière de psychotropes, étudier les facteurs associés à leur emploi, établir le critère pour médiquer et connaître l'opinion de la population hospitalière à propos de ces médicaments.

On a fait une étude transversale analytique et descriptive. On a étudié 169 patients de l'Hôpital de Clinicas, âgés de plus de 15 ans, choisis au hasard. Les données ont été fournies par deux questionnaires, une enquête sur les données primaires et le SCL-90.

On a constaté que: 31,4% consomme des psychotropes pendant l'hospitalisation; les anxiolytiques sont prescrits à 88,7% des cas, les antidépresseurs à 5,6%, celui qui prescrit le médicament est le médecin plein-temps à 50,9% des cas. On a trouvé une relation significative entre la consommation de psychotropes et les personnes qui vivent seules, avec des symptômes d'anxiété et de dépression.

On conclut que: la consommation de psychotropes augmente avec l'hospitalisation; elle est associée avec le fait de vivre seul et aussi avec les symptômes psychiques. Les psychotropes les plus consommés ont été les benzodiacépinés. Le médecin qui les prescrit est le médecin plein-temps. L'opinion générale sur ces médicaments a été positive.

Bibliografía

1. **Barrios F et al.** Prevalencia de trastornos sexuales y calidad de vida en pacientes hombres internados en salas de Medicina y Urología, Congreso Uruguayo de Psicología Médica, 1, Montevideo, 1998.
2. **Ceretti T, Ibañez A, Abreu MC, Francolino C, Dapuetto JJ, Bernardi R.** Prevalencia y diagnóstico de problemas psicosociales en población internada en hospital general, Rev Méd Uruguay, 1995; 11: 176-86.
3. **Bustelo P.** "Estudio de la prevalencia del consumo de tranquilizantes menores en la ciudad de Montevideo", Tesis de Doctorado, Universidad Federal de San Pablo, 1994, 219p.
4. **Varas Y, Ruiz T, Mascaro J.** A survey of the use of psychopharmaceuticals in patients admitted to a university hospital for adults. Rev Med Chile 1990; 118(11): 1225-9.
5. **Wancata J, Benda N, Meise U, Müller C.** Use of psychotropic drugs in gynecological, surgical, and medical wards of general hospitals. Int J Psychiatry Med 1998; 28(3): 303-14.
6. **P'elissolo A, Boyer P, L'epine JP, Bissierbe JC.** Epidemiology of the use of anxiolytic and hypnotic drugs in France and in the world. Encephale 1996; 22(3): 187-96.
7. **Ohayon MM, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C.** Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. J Clin Epidemiol 1998; 51(3): 273-83.
8. **Mateo R, Rupérez O, Hernando MA, Delgado MA, Sánchez R.** The consumption of psychoactive drugs in primary care. Aten Primaria 1997; 19(1): 47-50.
9. **Lobo A, Monton C, Campos R, García-Campayo J, Pérez M.** Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG. Zaragoza: Luzán, 1993: 22-30.
10. **Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A.** Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). Int Clin Psychopharmacol 1997; 12(1):19-29.
11. **Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F et al.** The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the under-treatment of depression. JAMA 1997; 277(4): 333-40.
12. **Goffman E.** La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrouto, 1985: 180 p.
13. **De Las Cuevas C, González De Rivera JL, Henry-Benítez M, Monterrey A.L, Rodríguez-Pulido F, García R.** Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R. An