

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Sección de Segunda Especialidad en Enfermería**

**FACTORES SOCIALES CONDICIONANTES A LA INTOXICACIÓN  
POR BENZODIAZEPINAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2010**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Lic. Susana Evelyn Huamán Melodías**

**Para optar el Título de Segunda Especialidad en:**

**CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**TACNA - PERÚ**

**2015**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

Facultad de Ciencias de Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

**FACTORES SOCIALES CONDICIONANTES A LA INTOXICACIÓN  
POR BENZODIAZEPINAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2010**

**TESIS**

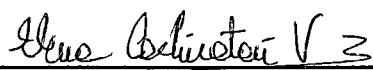
Presentada por:

**LIC. SUSANA EVELYN HUAMÁN MELODÍAS**

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Emergencia y Desastres

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado



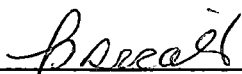
**Dra. Elena Cachicatari Vargas**  
Presidenta



**Mgr. Carla Patricia Mori Fuentes**  
Miembro



**Lic. Esp. Elide Tipacti Sotomayor**  
Miembro



**Lic. Esp. Gladys Arratia Torres**  
Docente Asesor

## DEDICATORIA

A **Dios** por dame la dicha de vivir, por ser mi guía espiritual, mi fortaleza y la luz en mi camino.

A mi asesora por sus enseñanzas, paciencia y orientación en el desarrollo de mi tesis.

Y en especial a mi hijo **Renato Daniel** quien es la motivación de mis logros y a mis padres, a quienes les debo todo lo que soy, cristalizando así una de mis grandes aspiraciones.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	ii
<b>RESUMEN</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1

## CAPÍTULO

### EL PROBLEMA

1.1. Fundamentos y Formulación del Problema .....	3
1.2. Objetivo .....	7
1.3. Justificación.....	8
1.4. Hipótesis.....	9

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes.....	13
2.2. Base Teórica.....	17
2.3. Definición conceptual de términos.....	76

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo y Diseño.....	77
3.2. Población de Investigación.....	78
3.3. Métodos, Técnicas e Instrumentos.....	79
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	80
3.5. Procesamiento de datos.....	81

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

4.1. Resultados.....	82
4.2. Discusión Y Análisis.....	104
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>113</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>114</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>115</b>
<b>ANEXOS</b>	

## **RESUMEN**

El presente estudio de investigación de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y correlacional; tuvo el objetivo “Determinar los factores sociales condicionantes a la intoxicación por benzodiazepinas en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010”. Con una población de 109 pacientes. Se aplicó 2 instrumentos. Obteniendo los siguientes resultados: Los factores sociales de los pacientes fueron; de edad de 20 a 35 años (adulto joven); de sexo femenino; grado de instrucción secundaria; religión católica; lugar de procedencia Tacna; de estado civil conviviente; proviene de familia nuclear; no tienen hijos; ocupación obrero; ingreso económico menor de 750 nuevos soles; se encuentra con un nivel de pobreza-pobre. La mayoría reportó presencia de intoxicación por benzodiazepinas. Se concluye que los factores sociales (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, religión, lugar de procedencia, ocupación, tipo de familia, número de hijos, ingreso económico, nivel de pobreza) son condicionantes con la intoxicación por benzodiazepinas.

**Palabras clave:** Factores sociales, intoxicación por benzodiazepinas, Emergencia.

## ABSTRACT

The presentsurvey of research of type descriptive, prospectus transversal and correlate tuvo theobjective "Determiner thefactorssocialism condicionantes at the intoxicación around benzodiacepinas at forbearing of theservicing of incident of the Hospital Hipólito Unanue of Tacna, 2010".Con onepopulation of 109 forbearing. Itselfsheapplied 2 instruments. Obtainingthenextaftermath : Thefactorssocialism of theforbearingyouwere ; has one era of 20 to 35 years ( grownyouthful ); of sex womanly ; grade of training subordinate ; religioncatholic ; venue of antecedence Tacna ; of status civil conviviente proviene of kinfolk nuclear ; haven'toffspring ; occupationworkman ; receiptthriftylesser of 750 unwornsunny ; itselfshefindswithone standing of poverty - poor. Hermajoritynewspaperreportpresence of intoxicación around benzodiacepinas and at lesserpercentageothertypes of intoxicación. Sheexistsrelationship in-betweenher intoxicación around benzodiacepinas and thefactorssocialism ( era , sex , grade of training , status civil , religion , venue of antecedence , occupation , type of kinfolk , numeral of offspring , receiptthrifty , standing of poverty ). **Wordskeys:** Factorssocialism intoxicación around benzodiacepinas, Incident.

## INTRODUCCION

En el estudio Epidemiológico de salud Mental realizado en la Sierra peruana en el año 2003 por el IESM "H.D-HN", encontramos que la prevalencia anual de deseos de morir está en 34,2%, y la prevalencia de vida del intento suicida esta en 2,9%(2).

El MINSA en el año 2013 reporta 228 intoxicaciones con víctimas consumadas, de los cuales el 63% eran varones. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002 realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en lo referente a la prevalencia de vida de pensamiento suicida es de 30,3% con predominio del sexo femenino. La prevalencia de vida de conductas suicidas con referencia al intento es 5,2% con predominio del sexo femenino (2).

En el Perú en la última década (2002-2012), las intoxicaciones son causadas por medicamentos. El primer lugar lo ocupan las benzodiazepinas, anticonvulsivantes, los anticolinérgicos, los antihistamínicos y otros más. Este tipo de intoxicación se produce con cierta facilidad, debido a que la vía de administración es la oral en su mayoría, además de ser muy prescrito por los médicos, por la facilidad de

absorción en los casos de insomnio, trastornos de ansiedad, fobias, pánico, trastornos convulsivos, musculares y pre anestesia.

Ante este contexto se realizó el presente trabajo de investigación que tuvo el objetivo de “Determinar los factores sociales condicionantes a la intoxicación por benzodiacepinas en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010”.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Fundamentos y formulación del problema**

Se estima que la tasa de intoxicación mundial es aproximadamente de 15 por 100000 habitantes según La Organización Mundial de la salud OMS del año 2012. Los países de América latina con mayor prevalencia son Cuba con 11 por 100 000 y Puerto Rico con 10 por 100 000 habitantes (1).

Por su parte, el intento autodestructivo o también denominado tentativa o intento de suicidio o intoxicación es un comportamiento que significa una intención deliberada de provocarse la muerte. No obstante, aunque el suicidio parece dirigido la destrucción de sí, es también un acto de agresión contra los otros. Esto es, en muchos casos, los actos dirigidos a quitarse la vida constituyen atentados que no concluyen en la muerte y se refiere que son provocados voluntariamente por el propio sujeto y con la

firme intención de acabar con su vida y que no produce la muerte de la persona (1).

Así el frustrado intento suicida implica diversos motivos: el acto puede haberse llevado a cabo sin decisión, el individuo desconocía las limitaciones del medio-instrumento, por sentimientos de ambivalencia frente al acto suicida o por temores asociados con el acto o con las consecuencias que éste puede traer.

En el estudio Epidemiológico de salud Mental realizado en la Sierra peruana en el año 2003 por el IESM "H.D-HN", encontramos que la prevalencia anual de deseos de morir está en 34,2%, y la prevalencia de vida del intento suicida esta en 2,9%(2).

El MINSA en el año 2013 reporta 228 intoxicaciones con víctimas consumadas, de los cuales el 63% eran varones. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002 realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en lo referente a la

prevalencia de vida de pensamiento suicida es de 30,3% con predominio del sexo femenino. La prevalencia de vida de conductas suicidas con referencia al intento es 5,2% con predominio del sexo femenino (2).

En el Perú en la última década (2002-2012), las intoxicaciones son causadas por medicamentos. El primer lugar lo ocupan las benzodiacepinas, anticonvulsivantes, los anticolinérgicos, los antihistamínicos y otros más. Este tipo de intoxicación se produce con cierta facilidad, debido a que la vía de administración es la oral en su mayoría, además de ser muy prescrito por los médicos, por la facilidad de absorción en los casos de insomnio, trastornos de ansiedad, fobias, pánico, trastornos convulsivos, musculares y pre anestesia.

Ahora bien, en nuestra ciudad según el INEI, los casos se han venido reportando al año 2009, han sido personas provenientes de otras ciudades, que vienen a Tacna, por ser una zona comercial y de frontera, sin contar con datos exactos acerca de los factores sociales que se asocian a dichos problemas de salud. Además de

ello, no escapa el aumento de usuarios de benzodiacepinas, ahora que nos encontramos en un mundo estresante, donde la ansiedad es el primer problema de salud mental, que debe frenarse, conociendo los factores que se asocian a ello.

En el reporte del Servicio de Emergencia del hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los últimos 5 años. La intoxicación ha aumentado, alcanzando 12,5% del total de casos de intoxicación. Esto hace que se vuelva un problema de salud pública, ya que los estándares de medida para su consideración, han sido sobrepasados (3).

La enfermera en su rol preventivo promocional y de recuperación, se involucra a investigar los factores condicionantes, ya así tomar las medidas necesarias para mejorar su calidad de atención.

Ante esto se formula siguiente interrogante:

**¿Cuáles son los factores sociales condicionantes a la intoxicación por benzodiacepinas en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010?**

## **1.2. Objetivos**

### **Objetivos General:**

Determinar los factores sociales condicionantes a la intoxicación por benzodiazepinas en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar los factores sociales como: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, tipo de familia, número de hijos, religión, ocupación, procedencia, ingreso económico; en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010.
- Identificar los casos de intoxicación por benzodiazepinas en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010.
- Establecer cuáles son los factores sociales condicionantes a la intoxicación por benzodiazepinas en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010.

### **1.3. Justificación**

La intoxicación por benzodiazepinas es un fenómeno que se ha encontrado presente, según las revisiones históricas al respecto, que desafortunadamente se ha mantenido y aumentado en la actualidad. La actitud y las creencias en torno a este hecho, varían de un grupo a otro, dependiendo de las condiciones históricas y socioculturales, filosóficas y hasta religiosas que imperen en cada época (Bobes, González y Sáiz, 2007) (1).

El estudio y abordaje de este fenómeno se han visto incrementados en virtud del aumento en las tasas de suicidio y de los intentos de suicidio que a nivel mundial en general y en particular en Perú, se han reportado y que en muchos casos incluyen no solo las cifras, sino las variables asociadas con el suicidio (2).

Es por ello que se ve necesario realizar el presente estudio sobre los factores sociales condicionantes para la intoxicación por benzodiazepinas en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010, para así hacer llegar los resultados a

la institución y tome las acciones pertinentes como preventivo promocionales en pro de esta población.

#### 1.4. Hipótesis

Los factores sociales son condicionantes a la intoxicación por benzodiazepinas en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue Tacna 2010.

#### 1.5. Operacionalización de la variable

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  <b>Factores sociales</b>	Características o circunstancias socioeconómicas detectables en la persona, que pueden ser no modificables (4).	Edad	Adulto joven (De 20 1 35 años)  Adulto medio (De 20 1 35 años)  Adulto tardío (De 20 1 35 años)	Ordinal

		<b>Sexo</b>	Femenino Masculino	
		<b>Grado de instrucción</b>	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	
		<b>Estado civil</b>	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	
		<b>Tipo de familia</b>	Familia Nuclear Familia de un solo progenitor Familia extensa Otro	
		<b>Número de hijos</b>	Menos de 3 De 3 a 5 Más de 5	
		<b>Religión</b>		

			Católica	
			Otras	
		Ocupación	Obrero	
			Empleado	
			Ama de casa	
			Estudiante	
			Independiente	
			Otros	
		Procedencia	Tacna	
			Moquegua	
			Puno	
			Otro	
		Ingreso económico	Menor de 750 nuevos soles	
			= o mayor de 750 nuevos soles	
		Nivel de pobreza	Pobreza extrema	
			Pobre	
			No pobre	

<b>VARIABLE DEPENDIENTE Intoxicación por benzodiazepinas</b>	Evento que se produce en el transcurso de un asunto, un relato, etc., y que repercute en él alterándolo o interrumpiéndolo, es el número de casos de consumo en exceso de las sedantes (4).	Incidencia	Presencia Ausencia	De razón
--	---	------------	-----------------------	----------

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

Durante la revisión bibliográfica realizada se encontró trabajos de investigación referente a las variables de estudio.

##### **A nivel internacional**

**Villalfa L. (5), Factores psicosociales y predisponentes en el intento de suicidio con paciente hospitalizados en Hospital de México 2010.** Estudio descriptivo, con una muestra de 25 pacientes. El objetivo del presente estudio es describir algunos factores psicosociales presentes en pacientes con intento suicida. Así mismo, se ubican algunos de los factores predisponentes recabados a partir de entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo con 25 pacientes, derivados a consulta psicológica, luego de haber permanecido hospitalizados por intento de suicidio en hospitales de

la ciudad de Toluca. Los hallazgos indican que el 76% de los intentos de suicidio ocurren a partir de la ingesta de fármacos y el excesivo consumo de alcohol. En cuanto al motivo reportado, el 72% indica problemas o abandono de parejas amorosas, el resto por conflictos familiares o bien pérdida de los padres. En el 60% de los casos se citó como antecedente el alcoholismo en los padres; con una condición familiar desintegrada en el 56% de los casos, así como maltrato físico y emocional en la infancia. Finalmente, se encontró que una gran parte de los sujetos estudiados reportan una concepción negativa de sí mismos, sentimientos de culpa asociados a la religión y una mala relación con el padre.

**Vargas H. (6), Factores asociados con la conducta suicida en adultos del Hospital de Cuba 2009.** Estudio descriptivo, con una muestra de 60 pacientes. Concluyendo: La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. El suicidio se ha convertido en un importante problema de salud pública. Según las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los

jóvenes y adultos, que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. Un gran número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales. El modelo diátesis-estrés ha sido propuesto para dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen con la conducta suicida. La diátesis refleja un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida, por ejemplo, ser más impulsivo o agresivo y por lo tanto más posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas. El estrés puede incluir factores, tales como, un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales. Se pueden identificar varios factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y otros que actuarían como factores estresantes. En adición, hay varios factores que podrían actuar en ambas vías, dependiendo de su asociación temporal con fenómenos suicidas.

## **A nivel nacional**

**Aguilar H. (7), Intoxicación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima 2010.** Estudio descriptivo, con una muestra de 106 pacientes. El objetivo fue identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a intento de suicidio para determinar si existen diferencias entre los factores de riesgo presentes en pacientes con tentativa de baja letalidad y los de alta letalidad. Método Se entrevistaron 106 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de intento de suicidio, hospitalizados en una unidad psiquiátrica, divididos en dos grupos: uno pacientes con tentativa suicida de baja letalidad y otro con tentativa de alta letalidad. Resultados Del total de 106 pacientes, 58,5 % pertenecían al grupo de baja letalidad y 41,5 % al grupo de alta letalidad. Los porcentajes más elevados se presentaron, en la mayoría de los casos en el grupo de tentativa de alta letalidad pero sólo en dos factores se encontró diferencia estadística significativa: "vivir solo" e "intoxicación etílica previa". Del total de ambos grupos, el 77,4 % eran menores de 39 años, 69 % eran femeninos y 31 % masculinos, los factores de riesgo asociados a intento de suicidio que presentaron los porcentajes más elevados en ambos grupos fueron: antecedente familiar de alcoholismo,

tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distinta.

**Gómez M. (8), Intoxicación por benzodiazepinas en el Hospital Honorio Delgado Arequipa en el servicio de emergencia 2010.** Estudio descriptivo, con una población de 54 pacientes de Enero a julio del 2010, concluyendo que en un 100% consumieron sedantes, las edades en su mayoría adulto, estado civil soltero, y con grado de instrucción secundaria.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Factores sociales**

FACTORES, hablamos de cosas, de elementos reales, que existen en nuestro mundo y que por su naturaleza son importantes.

SOCIALES, hace referencia a lo SOCIAL, a todo aquello que ocurre en una SOCIEDAD, o sea en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común.

Entonces los factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren (4).

Características o circunstancias socioeconómicas detectables en la persona, que pueden ser no modificables. Los factores considerados son: edad, sexo, estado civil, tipo de familia, número de hijos, grado de instrucción, religión, procedencia, ingreso económico, nivel de pobreza y ocupación (4).

### **Edad**

Es el intervalo transcurrido entre el nacimiento de una persona y el momento en que es observada (9).

### **Sexo**

Conjunto de características genéticas, gonadales, hormonales y anatómicas que tipifican a un ser humano como un hombre o mujer (9).

## **Estado Civil**

El estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley, consta de soltero, conviviente, casado, divorciado, viudo (9).

## **Tipo de familia**

El primer grupo humano al que pertenecemos es la familia, célula fundamental de la sociedad. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. La familia nuclear, fundada en la unión entre hombre y mujer, es el modelo principal de familia como tal, y la estructura difundida mayormente en la actualidad. Las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad. Y la otra es la extensa cuando hay en las viviendas más

integrantes. Además se considera la familia de un solo progenitor (9).

### **Número de hijos**

Cantidad de hijos en el hogar (9).

### **Ocupación**

Ocupación es el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona en un determinado trabajo, determinados por la posición en el trabajo (9).

### **Grado de Instrucción**

Es un indicador del conocimiento y aprendizaje logrado por la población de 15 y más años de edad, en las etapas educativas del sistema, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos (9).

### **La religión**

Es el conjunto de creencias o dogmas a cerca de la divinidad, de sentimientos, de veneración y temor hacia ella, de morales, en lo individual, social y en las prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto (9).

### **Lugar de procedencia**

Zona o área de donde se antecede su residencia por más de 2 años el sujeto (9).

### **Nivel de pobreza**

La pobreza es una situación de falta de recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación o la asistencia sanitaria. Es un concepto de carácter económico que, además, tiene impacto a nivel político y sociológico. Lo habitual es que sea medida por convenciones internacionales, tomando para ello un modelo económico y social ejercido y aplicado en un territorio y tiempo determinados. Este modelo considera pobres a las personas o sectores que están excluidos de aquellos beneficios de los que, generalmente, gozan la población predominante en una sociedad.

Hay varios criterios para definir la pobreza. Así, la pobreza absoluta es cuando las personas o sectores de una sociedad no cubren los estándares mínimos de vida, tales como nutrición, vivienda, educación o salud. Éste es el criterio

generalmente utilizado en las sociedades no desarrolladas o en vías de desarrollo.

### **Ingreso económico**

El ingreso disponible neto ajustado es la cantidad de dinero que una persona percibe o gana cada mes después de impuestos. Representa el dinero del que se dispone para gastar en bienes o servicios.

El ingreso disponible se compone de los ingresos provenientes de la actividad económica (sueldos y salarios); beneficios de aquellos que trabajan en su propia empresa; ingresos provenientes de propiedades (dividendos, intereses y rentas), beneficios sociales en efectivo (pensiones por jubilación, beneficios por desempleo, asignaciones familiares, subsidios para bajos ingresos, etc.) y transferencias sociales en especie (bienes y servicios como servicios de salud, educación y vivienda, recibidos de manera gratuita o a precios reducidos).

Según Hendin (2005; citado por González, Iglesias, Gonzáles-Quirós y Ramos, 2007), existen reportes de estudios donde se han encontrado actitudes parentales de resentimiento, hostilidad y rechazo hacia los niños o adolescentes suicidas o bien, son la causa o el motivo reportado por quien comete intento suicida. Se indica también que los traumas precoces, por ejemplo pérdidas parentales por muerte o abandono, precipitan en lo subsecuente un suicidio. Estudios reportados por Lester (2009; citado por Villardón, 2007), al analizar biografías de 30 suicidas famosos, encontró que en más de la mitad de los casos, habían experimentado pérdidas en el núcleo familiar durante la infancia, lo cual se explica a través de la teoría freudiana, que indica que las pérdidas ocurridas durante los primeros años de vida serían las más traumáticas (10).

González, Iglesias, González-Quirós y Ramos (2007), indican que los reportes brindados por personas que han tenido un intento suicida o bien, la reconstrucción vital de personas suicidadas arroja datos sobre la constelación familiar, que incluye en muchos de los casos la vivencia de estrés

considerable y haber experimentado muchas pérdidas parentales tempranas por muerte, separación o divorcio de los padres como un factor de vulnerabilidad o precipitante del suicidio, así como cambios significativos dentro de su núcleo familiar.

Según estos autores, la fuente de estrés por divorcio de los padres, persisten muchas veces después de la ruptura familiar, siendo entonces que los factores familiares participan como un ejemplo de los asociados al suicidio. En otros casos, familias muy conflictivas, disgregadas o disfuncionales pueden constituir menores pueden producir mayor estrés a la persona y constituyen uno de los motivos que refiere la persona para cometer un suicidio (11).

En todos los casos, según los reportes de la entrevista, se observa que no hay una buena relación y comunicación con el padre, dichas condiciones se pueden explicar respecto de lo significativo que representan las relaciones entre iguales, es decir con los hermanos, de

quienes reportan que obtenían protección relativa, que en algún momento puede correlacionar con las pérdidas familiares o los conflictos al interior de la misma y que hacen que la persona se vuelque en demanda afectiva hacia otro significativo cercano, que en este caso sería hacia la relación fraterna.

Por otra parte, en la elección del método suicida intervienen una variedad de factores, así como la disponibilidad y acceso a los mismos, la aceptación sociocultural hacia el suicidio, la capacidad letal, el conocimiento de éstos, etc.

Esta serie de hechos está en función también de variables tales como sexo, edad, medio rural o urbano y latitud geográfica estudiada (Sarro y de la Cruz, 2011). En general, como ya se había discutido en el apartado sobre diferencias sexuales, se puede afirmar que los varones intentan métodos suicidas “más violentos”, pero éstos varían de un país a otro, según los reportes de Sáiz, González, Cocaña y Bobes (2007), ya que en Estados Unidos por ejemplo, país

donde con más frecuencia se observa la accesibilidad a armas de fuego, son más frecuentes los suicidios utilizando este método, mientras que en otros países de Latinoamérica o en España, donde no es tan fácil acceder a ellas, éstas ocupan un lugar más bajo.

No obstante, las mujeres suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos, como es la ingestión de medicamentos, lo cual coincide con lo encontrado en esta investigación, siendo en más de la mitad de los casos el método elegido por el protagonista del acto suicida, en algunos de ellos combinándolo con alcohol y en otros, ingiriendo el fármaco sin otra sustancia.

Estos autores continúan explicando sobre los métodos e indican que en líneas generales, se puede decir que los métodos suicidas más empleados son la precipitación al vacío o a un vehículo o máquina en marcha, así como la intoxicación medicamentosa o de alguna otra sustancia (gas, líquidos corrosivos, por ejemplo), y que se

encontraron como método en algunos casos. El suicidio es tal vez la aflicción social más difícil de comprender, pero a la vez, la más necesitada de discusión, no sólo por la falta de conciencia adecuada al respecto de su gravedad, sino por la falta de desarrollo de programas y de prácticas de prevención e intervención al respecto.

Las causas precisas del suicidio son difíciles de especificar, ya que como se mencionó en la introducción, hay una multitud de factores sociales que influyen. No obstante, se ha encontrado que existen importantes diferencias sociodemográficas, entre las que se cita el estado civil, siendo de acuerdo con Gessen y Gessen (2009), es la gente en estado de viudez, divorciada o separada quien tiene más tentativas o quien consuma más un suicidio, en comparación con las personas solteras.

Villardón (2003) por su parte, indica que entre los factores sociales, el estado civil sitúa a los solteros, viudos, separados y divorciados como los más propensos al

suicidio, tal y como se presenta en este estudio. Según Bobes, González y Sáiz (2007), en los estudios coincide la demostración de que el suicidio es más frecuente en personas solteras, separadas y/o divorciadas o bien viudas. En este sentido, pareciera que el matrimonio actúa como un factor protector contra el suicidio, especialmente cuando existen hijos y que esto se acentúa más en las mujeres. De este hecho se deduce además, que la situación de soledad que ha repuntado en muchos de los modelos explicativos del suicidio (Balcázar, 2010, 2011), pareciera explicar los motivos que llevan a la persona a intentar esta conducta; no obstante, hay que tener presente que el problema de la soledad y el aislamiento no afecta a todo el mundo que vive solo del mismo modo y que existen multitud de personas totalmente aisladas aún dentro de un matrimonio.

Por otro lado, es necesario tener presente que los mismos factores que influyen para que una persona permanezca soltera, se case o se divorcie, pueden tener también influencia en la manifestación o en las razones que argumenta la persona para suicidarse.

Así, las personas con problemas de relación, inseguras, con tendencia al aislamiento, no es raro que permanezcan solteras. De igual modo, no es infrecuente que las personas divorciadas sean menos estables, que tengan mayor tendencia a desarrollar relaciones interpersonales conflictivas y quizá también a evadir los problemas y escoger soluciones de escape. A estos factores habría que añadir los propios conflictos matrimoniales y el divorcio en sí, que actuarían como factores precipitantes o explicativos del suicidio, tal y como se reportó (Bobes, González y Sáiz, 2007). Finalmente, en lo que toca al estado civil, según Bobes, González y Sáiz (2007), se considera que el riesgo de tentativa de suicidio es mayor en las personas que han sufrido la pérdida de su pareja, ya sea por abandono o muerte y que los conflictos de tipo amoroso precipitan un suicidio, independientemente del estado civil. Esto se complementa con las causales o motivos que según la muestra, precipitaron el intento de suicidio, que en un 60% se debió a conflictos con la pareja, incluyendo rompimiento o abandono de ella, lo cual repercute en la

persona, haciéndola sentir que está sola o abandonada y que nada puede remediar esta situación.

Bobes, González y Sáiz (2007) reportan consistencia en los patrones de intento de suicidio o suicidio consumado en personas según su género; estos autores argumentan que los estudios realizados aportan datos contundentes de que la tasa de suicidios consumados es más elevada en el varón; no obstante, la relación hombre/mujer varía según las localizaciones geográficas. Cuando lo que se estudian son las tentativas de suicidio, las proporciones indican que son las mujeres las que con más frecuencia llevan a cabo este tipo de conductas y que cuando se estudian los suicidios consumados, son los hombres quienes llevan la delantera en cifras(12).

Las explicaciones en torno a las causas por las cuales las mujeres realizan más tentativas son diversas, pero una plausible es que los varones adoptan por lo general, medidas más violentas y letales que las mujeres, ya que es

más usual que éstas últimas utilicen fármacos para tales fines, de tal forma que en las mujeres las cifras se incrementan en los intentos de suicidio y en los hombres, son más frecuentes los suicidios consumados.

Según Fernández-López (2000), en el varón, la frecuencia aumenta con la edad, con una incidencia máxima a los 75 años y consuman el suicidio de 2 a 3 veces más que las mujeres; en tanto, la edad de mayor incidencia en las mujeres está entre los 55 y 65 años e intentan suicidarse de 2 a 3 veces más que los hombres. Estos datos son similares a los reportados en la investigación, ya que se observó mayor frecuencia de mujeres que de hombres con intentos suicidas; así, se indican diferencias sexuales en el modo de percibir y hasta de llevar a cabo un acto de este tipo.

Según los datos obtenidos, la mayor frecuencia del intento prevalece en mujeres, sosteniendo ante ello Van Edmond y Diekstra (2009) que los intentos ocurren con más acentuación en mujeres, encontrando también que

prefieren usar como medio la ingesta excesiva de diversos fármacos, entre ellos tranquilizantes acompañados de alcohol, por constituir medios que producen menos lesiones.

### **2.2.2. Intoxicación por Benzodiazepinas**

#### **Incidencia de Intoxicación por Benzodiazepinas:**

Cosa que se produce en el transcurso de un asunto, un relato, etc., y que repercute en él alterándolo o interrumpiéndolo, es el número de casos de consumo en exceso de las sedantes (4).

#### **Intoxicación por Benzodiazepinas:**

Los efectos de las benzodiazepinas obtenidos en estado de vigilia son similares a los de otros sedantes hipnóticos. Disminuye la actividad  $\alpha$ , pero aumenta la actividad rápida de bajo voltaje. La mayor parte de las benzodiazepinas reduce la latencia del sueño, en especial cuando se utilizan por primera vez, y disminuyen el número de veces que despierta el receptor y el tiempo dedicado a la etapa 0 (etapa de vigilia). El tiempo en la etapa 1 (somnolencia descendente) suele reducirse, y

hay disminución relevante en el tiempo dedicado al sueño de horas lentas (etapas 3 y 4).

Muchas benzodiazepinas incrementan el tiempo desde el inicio del huso del sueño hasta la primera descarga de sueños de movimientos oculares rápidos (REM). Sin embargo, el número de ciclos de sueños REM suele incrementarse, sobre todo durante la parte tardía del periodo que duerme el individuo.

A pesar del acortamiento del sueño de etapa 4 y del sueño REM, el efecto neto de la administración de benzodiazepinas consiste de manera característica en un incremento del tiempo total que duerme el paciente, principalmente por aumento del tiempo dedicado a la etapa 2 (que es la fracción principal del sueño no REM) (13).

Se cree que las benzodiazepinas ejercen la mayor parte de sus efectos al interactuar con receptores neurotransmisores inhibidores activados de manera directa por GABA. Los receptores GABA son proteínas unidas a

membranas que pueden dividirse en dos subtipos principales: receptores GABAA y GABAB. Los receptores GABAA ionotrópicos están compuestos de cinco subunidades que se coensamblan para formar un canal de cloruro integral. Los receptores GABAA causan la mayor parte de la neurotransmisión inhibitoria en el SNC. En contraste, los receptores GABAB metabotrópicos, conformados de péptidos únicos con siete dominios transmembrana, están acoplados a sus mecanismos de transducción de señal por medio de proteínas G. Las benzodiazepinas actúan en receptores GABAA, pero no en los GABAB al unirse de manera directa a un sitio específico que difiere del que se utiliza para unión de GABA sobre el complejo de receptor/canal de ion.

Al contrario de los barbitúricos, las benzodiazepinas no activan de manera directa a receptores GABAA, pero requieren GABA para expresar sus efectos; es decir, que solo regulan los efectos del GABA. Las benzodiazepinas y los análogos del GABA se unen a sus sitios respectivos sobre membranas cerebrales, con afinidad nanomolar. Las

benzodiazepinas regulan la unión a GABA, y este último altera la fijación de benzodiazepinas de una manera alostérica.

Los ligandos de receptor de benzodiazepina pueden actuar como agonistas, antagonistas o agonistas inversos en el sitio receptor de benzodiazepina, dependiendo del compuesto. Los agonistas en el receptor de benzodiazepina aumentan, en tanto los agonistas inversos disminuyen, la cantidad de corriente de cloruro generada por activación de receptores GABAA.

En ausencia de un agonista de receptor de benzodiazepina o de un agonista inverso, un antagonista de receptor de benzodiazepina no afecta a la función de receptor GABAA.

La prueba más fuerte de que las benzodiazepinas actúan de manera directa sobre receptores GABAA proviene de clonación molecular de cDNA que codifican para subunidades del complejo de receptor GABAA (Schofield y col., 1987; Pritchett y col., 1989). Cuando los receptores formados

de las unidades apropiadas se estudian en un sistema de expresión in vitro, se observan sitios de unión a benzodiazepina de alta afinidad, puesto que son las conductancias de cloruro activadas por GABA las que aumentan por agonista de receptores de benzodiazepinas. Las propiedades de los receptores expresados por lo general son similares a las de receptores GABA<sub>A</sub> que se encuentran en casi todas las neuronas del SNC.

La notoria seguridad de las benzodiazepinas probablemente se relaciona con el hecho de que la producción de sus efectos in vivo depende de la liberación pre sináptica de GABA; en ausencia de GABA, las benzodiazepinas no tienen efecto sobre la función de receptor GABA<sub>A</sub>. Aunque los barbitúricos también aumentan los efectos del GABA en dosis bajas, activan de manera directa a receptores GABA a dosis más altas, que pueden conducir a depresión profunda del SNC.

Más aún, la habilidad de las benzodiazepinas para activar comportamientos suprimidos y producir sedación se puede atribuir, en parte, a la potenciación de las vías

GABAérgicas que sirven para regular la estimulación de neuronas que contienen diversas monoaminas. Se sabe que estas neuronas promueven la alteración del comportamiento y son mediadores importantes de los efectos inhibidores del miedo y el castigo por el comportamiento. Por último, es posible racionalizar los efectos inhibidores en la hipertonía muscular o la diseminación de la actividad convulsiva, mediante potenciación de circuitos GABAérgicos inhibidores a diversos niveles del neuroeje.

Las concentraciones bajas inducen efectos depresivos en las neuronas del hipocampo que no bloquean la bicuculina o la picrotoxina.

### **Farmacología**

Todos los efectos de las benzodiazepinas se producen, virtualmente, por acciones de estos fármacos en el SNC. Solo dos efectos de estos fármacos parecen resultar de acciones en los tejidos periféricos: vasodilatación coronaria, que se observa después de la administración intravenosa de

dosis terapéuticas de ciertas benzodiazepinas, y bloqueo neuromuscular, que ocurre solo con las dosis muy altas.

Se han observado in vivo e in vitro diversos efectos del tipo de los producidos por las benzodiazepinas, y se han clasificado como *efectos agonistas completos* (es decir, producen menos efectos máximos o requieren una ocupación relativamente alta en comparación con agentes como el diazepam). Algunos compuestos tienen efectos opuestos a los del diazepam en ausencia de agonistas del tipo de las benzodiazepinas, y se han denominado *agonistas inversos*; se reconocen también *agonistas inversos parciales*.

Aunque las benzodiazepinas afectan la actividad a todos los niveles del neuroeje, ciertas estructuras se afectan en un grado mucho mayor que otras. Las benzodiazepinas no pueden generar los mismos grados de depresión neuronal que los barbitúricos y los anestésicos volátiles. De todas maneras, estos medicamentos difieren en su selectividad y, por tanto, varía en grado considerable la utilidad clínica de cada uno.

Conforme se incrementa la dosis de una benzodiazepina, la sedación progresa hasta hipnosis y, a continuación, a estupor. Estos fármacos no producen anestesia general verdadera, puesto que sigue persistiendo la percepción por parte del paciente, y no puede lograrse relajación suficiente para permitir la intervención quirúrgica. En dosis "preanestésicas" sobreviene amnesia de los sucesos subsecuentes a la administración del fármaco, lo cual puede crear la ilusión de anestesia previa.

La existencia de múltiples receptores para las benzodiazepinas explica en parte la diversidad de las reacciones farmacológicas en las diferentes especies.

### **Farmacocinética**

Las propiedades fisicoquímicas y farmacocinéticas de las benzodiazepinas afectan en gran medida su utilidad clínica. En la forma no ionizada, todas tienen coeficientes altos de distribución en lípidos y agua; de todas maneras, su lipofilia varia más de 50 veces, según la polaridad y la electronegatividad de los diversos sustitutos.

En esencia, todas las benzodiazepinas se absorben por completo, con excepción del clorazepato; este fármaco se descarboxila con rapidez en el jugo gástrico hasta N-desmetil-diazepam (nordazepam), que a continuación se absorbe por completo. Algunas benzodiazepinas (por ejemplo, prazepam y flurazepam) llegan a la circulación general solo en forma de metabolitos activos.

Las benzodiazepinas y sus metabolitos activos se fijan en proteínas plasmáticas. El grado de la fijación se relaciona con su solubilidad en lípidos, y varía alrededor de 70% en el caso del aprazolam y casi 99% en el del diazepam.

Las concentraciones plasmáticas de la mayor parte de las benzodiazepinas manifiestan características compatibles con modelos de dos compartimientos, pero parecen más apropiados los modelos de tres compartimientos para los compuestos con la solubilidad más alta en lípidos. Por tanto, ocurre captación rápida de las benzodiazepinas en el encéfalo y otros órganos con gran riego después de la administración

intravenosa (o del suministro oral de un compuesto de absorción rápida); la captación rápida va seguida de la fase de redistribución hacia los tejidos que están bien regados, en especial músculo y tejido adiposo.

La redistribución es más rápida para los fármacos con la solubilidad más alta en lípidos. En ocasiones, en los programas que se usan para la sedación durante la noche, la velocidad de redistribución puede influir más que la de biotransformación, en la duración de los efectos en el SNC. La cinética de la redistribución del diazepam y otras benzodiazepinas lipófilas se complica por la circulación enterohepática. Los volúmenes de distribución de las benzodiazepinas son grandes, y en muchos casos se incrementan en ancianos. Estos fármacos cruzan la barrera placentaria y se secretan a través de la leche materna.

Las benzodiazepinas se metabolizan de manera extensa por enzimas de la familia del citocromo P450. Algunas benzodiazepinas, como el oxazepam, se conjugan de manera directa y no son metabolizadas por estas enzimas.

Todas son absorbidas completamente, con la excepción del clorazepato, el cual es descarboxilado por el jugo gástrico antes de su completa absorción. Las benzodiazepinas y sus metabolitos activos se unen a proteínas plasmáticas en un rango entre 70 y 90% y no se han reportado ejemplos de competición con otros medicamentos por esas proteínas.

### **Mecanismo de acción**

Todas las benzodiazepinas en aplicación clínica tienen habilidad para promover la fijación del GABA, al subtipo GABA<sub>A</sub>. Las benzodiazepinas aumentan la corriente iónica inducida por el GABA a través de estos canales.

Las benzodiazepinas se unen en la interfase de las subunidades  $\alpha$  y  $\gamma$  del receptor GABA<sub>A</sub>, el cual tiene un total de 14 variantes de sus 4 subunidades. La unión de una benzodiazepina al receptor GABA requiere también que las unidades  $\alpha$  del receptor GABA<sub>A</sub> contengan un residuo aminoácido de Histidina.

Las benzodiazepinas potencian la acción inhibitoria mediada por el GABA. Los receptores de las benzodiazepinas se distribuyen por todo el cerebro y la medula espinal; también se encuentran en las glándulas adrenales, riñones, glándula pineal y plaquetas.

- METABOLISMO

Las benzodiazepinas se metabolizan por sistemas enzimáticos del hígado. Esta biotransformación ocurre en tres etapas: la fase inicial y más rápida del metabolismo consiste en modificación del sustituyente, eliminación del mismo o ambas cosas. Los productos finales son compuestos N-desalquilados; estos poseen actividad biológica. Un compuesto de esta clase, el nordazepam, es un metabolito.

La segunda etapa del metabolismo consiste en hidroxilación en la posición 3, y también suele dar por resultado un derivado activo (por ejemplo, oxazepam a partir del nordazepam). Las tasas de estas reacciones suelen ser mucho más lentas que las de la primera etapa, de modo que no ocurre acumulación apreciable de los productos hidroxilados con

sustituyentes inactivos en la posición 1. Hay dos excepciones importantes a esta regla: 1) se acumulan cantidades pequeñas de temazepina durante la administración prolongada de diazepam; y 2) después de la restitución del azufre por oxígeno en el quazepam, la mayor parte del 2-oxoquazepam resultante se hidroxila con lentitud en la posición 3, sin eliminación del grupo N-alquilo.

La tercera fase o etapa principal del metabolismo es la conjugación de los compuestos 3-hidroxilo, sobre todo con ácido glucurónico.

Los productos, llamados en ocasiones *compuestos a-hidroxilados*, son muy activos pero se metabolizan con gran rapidez, de modo que no ocurre acumulación apreciable de metabolitos activos. El anillo triazol fusionado del estazolam carece de grupo metilo, y se hidroxila solo en un grado limitado; la principal vía de su metabolismo consiste en la formación del derivado 3-hidroxilo.

## **Efectos adversos**

Cuando se interrumpe la administración de estos fármacos, cabe esperar que, para el momento en que alcanzan su concentración plasmática máxima, las dosis hipnóticas de benzodiacepinas produzcan grados variables de aturdimiento, laxitud, incremento del tiempo de reacción, incoordinación motora, trastorno de las funciones mentales y motoras, confusión y amnesia anterógrada. La cognición se afecta en menor grado que el rendimiento motor. Todos estos efectos pueden trastornar en gran medida las habilidades para conducir vehículos y efectuar otras tareas psicomotoras. La interacción con el etanol puede ser especialmente grave.

El perfil de los cambios inducidos por las benzodiacepinas en los parámetros del sueño puede "rebotar", y hacerse especialmente notable un incremento en la cantidad y densidad del sueño REM. Sin embargo, si la dosificación no ha sido excesiva, los pacientes suelen observar solo que duermen un poco menos, en vez de experimentar exacerbación del insomnio.

Los efectos residuales se relacionan claramente con la dosis y pueden ser insidiosos, puesto que la mayoría de los sujetos no valora en su magnitud el grado de trastorno. Puede haber también somnolencia residual durante el día como efecto adverso, aunque el tratamiento farmacológico eficaz puede reducir la somnolencia diurna resultante del insomnio crónico. La intensidad y la incidencia de la toxicosis del SNC suelen incrementarse al avanzar la edad; participan factores tanto farmacocinéticos como farmacodinámicos.

Las dosis hipnóticas de benzodiacepinas carecen de efecto en la respiración en los sujetos normales, pero es necesario tener especial cuidado en el tratamiento de niños y en individuos con alteraciones de la función hepática, como los alcohólicos. En dosis altas, como las utilizadas para la medicación preanestésica o para endoscopia, las benzodiacepinas deprimen levemente la ventilación alveolar y causan acidosis respiratoria como resultado de disminución del impulso hipóxico más que del hipercápnico; estos efectos se intensifican en los pacientes con enfermedad pulmonar

obstructiva crónica, y pueden generarse hipoxis alveolar, narcosis por CO<sub>2</sub> o ambas cosas.

Estos fármacos pueden causar apnea durante la anestesia o cuando se dan con opioides, y los pacientes gravemente intoxicados con benzodiacepina suelen requerir asistencia respiratoria solo cuando han ingerido también otro depresor del SNC, con mayor frecuencia alcohol.

Las benzodiacepinas pueden producir también efectos paradójicos. Por ejemplo, el flurazepam incrementa en ocasiones la incidencia de pesadillas, sobre todo en la primera semana, y en otras, causa locuacidad, ansiedad, irritabilidad, taquicardia y sudación. Durante el uso de diversas benzodiacepinas se han informado amnesia, euforia, inquietud, alucinaciones, y comportamiento hipomaniaco. En algunos usuarios se ha observado exteriorización de comportamiento extraño no inhibido, en tanto que puede haber hostilidad y furia en otros; en conjunto, estos fenómenos se llaman reacciones de *desinhibición o descontrol*.

A veces, la utilización de estos agentes se acompaña también de paranoia, depresión e indecisión suicida. La incidencia de estas reacciones paradójicas o desinhibición es rara, y parece relacionarse con la dosis.

El uso crónico de benzodiazepina plantea riesgo de aparición de dependencia y consumo excesivo, pero no al mismo grado como parece con sedantes más antiguos y otras drogas de consumo excesivo reconocidas. Puede haber dependencia leve en muchos pacientes que han tomado dosis terapéuticas de benzodiazepinas de manera regular durante periodos prolongados. Los síntomas de supresión pueden consistir en intensificación temporal de los problemas que motivaron originalmente su uso (por ejemplo, insomnio, ansiedad). Pueden ocurrir también disforia, irritabilidad, sudación, sueños desagradables, temblores, anorexia y desmayos o mareos, en especial cuando la abstinencia de la benzodiazepina ocurre de manera repentina. De ahí que sea prudente disminuir el programa de dosificación de manera gradual cuando se va a interrumpir el tratamiento.

Los pacientes que tienen antecedentes de consumo de sustancias o alcohol son los más proclives a utilizar estos agentes de manera inapropiada, y suele ocurrir consumo excesivo de benzodiazepinas como parte de un patrón de adicción a sustancias múltiples. Las dosis altas de benzodiazepinas durante periodos prolongados pueden causar síntomas más graves después de interrumpir el fármaco.

A pesar de los efectos adversos que se han revisado, las benzodiazepinas son fármacos relativamente seguros. Incluso las dosis gigantescas son rara vez letales, a menos que se tomen junto con otras sustancias. El etanol contribuye de forma frecuente a las defunciones en que participan las benzodiazepinas, y no es raro el coma verdadero en ausencia de otro depresor del SNC.

Puede haber gran variedad de reacciones alérgicas, hepatotóxicas y hematológicas a las benzodiazepinas, pero la incidencia es bastante baja; estas reacciones se han relacionado con el uso de flurazepam y triazolam, pero no de temazepam. Las grandes dosis ingeridas justo antes

del trabajo de parto o durante el mismo pueden causar hipotermia, hipotonía y depresión respiratoria leve en el neonato. El consumo excesivo por parte de la embarazada entraña el peligro de síndrome de abstinencia en el neonato.

Otros efectos adversos relativamente frecuentes son debilidad, cefalalgia, visión borrosa, dolor de cabeza, confusión, depresión, trastornos de la coordinación, trastornos del ritmo cardiaco, temblor, vértigos, náuseas y vómitos, amnesia anterógrada, malestar epigástrico y diarrea, efecto resaca (tambaleos), sueños inusuales o pesadillas, dolor de pecho, ictericia, entre otros; en alguno de los individuos que reciben estos medicamentos puede haber artralgias, dolor precordial e incontinencia. Las benzodiazepinas anticonvulsivas incrementan, en ocasiones, las frecuencias de las convulsiones en pacientes epilépticos.

### **Tolerancia a las benzodiazepinas**

Hay tolerancia a los efectos depresivos sobre el comportamiento recompensado, o neutra después de varios días de tratamiento con benzodiazepinas; los efectos

desinhibidores de los fármacos en el comportamiento castigado se incrementan al principio y disminuyen después de tres a cuatro semanas. Aunque la mayoría de los pacientes que ingieren a largo plazo benzodiazepinas informa que la somnolencia desaparece en plazo de unos cuantos días, no suele observarse tolerancia al trastorno de algunos parámetros del rendimiento psicomotor (por ejemplo, seguir con la vista un objeto en movimiento).

Muchos pacientes pueden conservarse por sí mismos bajo una dosis sumamente constante; los incrementos o las disminuciones de la dosificación parecen corresponder a los cambios en los problemas o las tensiones. Algunos pacientes no reducen la dosificación cuando la tensión se alivia, o bien la incrementan de modo constante. Este comportamiento se puede acompañar de dependencia progresiva al fármaco.

Algunas benzodiazepinas inducen hipotonía muscular sin alterar la locomoción normal, y pueden disminuir la rigidez en víctimas de parálisis cerebral. Sin embargo, a diferencia de

los efectos en animales, hay solo un grado limitado de selectividad en los seres humanos.

### **Adicción**

Los fármacos que se prescriben para tratar la ansiedad y como inductores del sueño pueden causar tanto dependencia física como psicológica, incluidas las benzodiacepinas que son más seguras que otros fármacos como el meprobamato, la glutetimida, el cloral hidrato y los barbitúricos. En general, las personas adictas a estos fármacos comenzaron tomándolos por razones médicas, causando adicción, o bien por ser un tratamiento prolongado con altas dosis o por un consumo de medicación superior a la prescrita por el médico. La dependencia puede desarrollarse a las dos semanas de uso continuado.

- **SÍNTOMAS**

La dependencia de los hipnóticos y los ansiolíticos disminuye el estado de alerta y produce expresión balbuceante, mala coordinación, confusión y respiración lenta. Pueden

causar depresión y ansiedad, algunas personas experimentan pérdida de memoria, tomas de decisiones erróneas, perdida de atención, cambios brutales del estado emocional. En personas de edad avanzada, puede confundirse con estadias de demencia, hablar despacio, tener dificultades para pensar y comprender. Pueden ocurrir caídas con consecuencias óseas como fracturas de cadera. La abstinencia aguda de estos fármacos puede ser mortal, provocar alteraciones en el sueño. Suelen ser más frecuentes estos síntomas luego del uso de barbitúricos o glutetimida que con benzodiazepinas.

- SOBREDOSIS

La sobredosis de benzodiazepinas, en particular cuando se combinan con licor u opio, puede llevar a un estado de coma. El antídoto para todas las benzodiazepinas es el flumazenil, un antagonista de las benzodiazepinas, el cual, ocasionalmente, se usa de modo empírico en pacientes que se presentan a una sala de emergencias por perdida de la consciencia inexplicada. Siempre se prefiere el manejo de medidas de soporte antes de instalar un tratamiento

antagonista de benzodiazepinas para proteger al paciente tanto de los efectos de la abstinencia como de posibles complicaciones por el uso simultáneo de compuestos farmacéuticos no relacionados químicamente. Para ello, se debe hacer, con el adecuado escrutinio, una determinación de una posible sobredosis deliberada, tomando provisiones para prevenir injurias adicionales por parte del individuo.

Los pacientes en quienes se sospecha una sobredosis por benzodiazepinas y que muestran deficiencia en su nivel de consciencia y depresión respiratoria y que lo más probable es que requieran una intubación endotraqueal junto con una posible admisión a cuidados intensivos, deben ser quienes se consideran candidatos para el flumazenil para evitar la intubación y la ventilación artificial. La decisión de administrar flumazenil a un paciente sospechoso de una sobredosis de benzodiazepinas debe ser hecha seguida de una evaluación clínica, incluyendo un examen físico y evaluaciones bioquímicas del estado respiratorio del paciente y su capacidad de proteger, sin auxilio artificial, sus propias vías aéreas.

La sobredosis de benzodiazepinas puede ser un evento intencional, accidental o iatrogénico. El tratamiento inicial, así como su diagnóstico correcto, pueden ocurrir simultáneamente con la administración de un bolo inyectado de flumazenil en el rango de 0,1 a 0,3 mg. Muchas son de acción más prolongada que flumazenil, por lo que existe un riesgo importante de recaída con la aparición de coma y depresión respiratoria a medida que ceden los efectos del flumazenil. Dependiendo de la condición clínica, puede que sea necesario la administración de dosis adicionales de clumazenil o una infusión de 0,3-0,5 mg., por cada hora. En recién nacidos y niños pequeños, el flumazenil intravenoso de 10-20 µg., tres veces al día (u otra dosificación si se es requerida) tiende a ser una dosis efectiva para la sobredosis con benzodiazepinas.

- TRATAMIENTOS

La abstinencia repentina puede provocar ataques convulsivos de 1 a 3 semanas luego de comenzar la abstinencia. Otros efectos de la abstinencia son deshidratación, delirios, insomnio, alucinaciones auditivas y visuales, y

confusión. Frecuentemente la abstinencia se trata con una administración del fármaco causante en dosis inferiores, disminuyéndola progresivamente a lo largo del tratamiento (dos semanas).

- INDICACIONES

En dosis no sedantes, el clonazepam produce relajación muscular en los pacientes, no así el diazepam y la mayor parte de las benzodiazepinas. Ocurre tolerancia tanto a los efectos relajantes musculares como a los atáxicos de estos fármacos.

El Clonazepam tiene un perfil muy eficaz como ansiolítico en el tratamiento de trastornos de pánico o ansiedad generalizada, además del uso tradicional como anticonvulsivo. El hecho de que sus propiedades hipnóticas, miorelajantes y amnésicas sean relativamente más débiles que entre las otras benzodiazepinas, le confiere un perfil de efectos secundarios mejor tolerado cuando se utiliza como ansiolítico o anticonvulsivo.

Por eso tiene esas indicaciones, mientras que, como miorrelajante, por ejemplo, suele optarse por el diazepam. Tanto el clonazepam como diazepam son drogas con una semivida de eliminación prolongada (más de 24 horas).

- **CONTRAINDICACIONES**

Contraindicado en alergia a las benzodiazepinas, así como en pacientes con miastenia gravis, coma o shock, intoxicación etílica aguda, pacientes embarazadas (especialmente durante el primer y tercer trimestre) y madres lactantes. Pacientes con glaucoma en ángulo cerrado, puede estar justificado su uso en embarazadas, bajo riguroso control clínico.

- INTERACCIONES

Las benzodiazepinas inhiben la actividad convulsiva inducida por pentilenotetrazol y picrotoxina, pero se suprimen las convulsiones inducidas por estriquinas y por electrochoque máximo, solo con dosis que también alteran en un grado importante la actividad locomotora.

El clonazepam puede reducir el efecto de levodopa. Puede aumentar la toxicidad de fenelzina. Se puede disminuir el efecto del clonazepam por carbamazepina. Se puede aumentar la toxicidad por valproico, ácido. Aumenta el efecto y la toxicidad del clonazepam por disulfiramo. Se pueden modificar mutuamente las acciones del clonazepam y fenitoína. Se pueden aumentar mutuamente los efectos del clonazepam y alcohol etílico. El clonazepam puede alterar los valores de exámenes de sangre. Principios activos que interactúan con clonazepam: alcohol etílico, carbamazepina, disulfiramo, fenelzina, fenitoína, ledovopa, valproico ácido.

- REACCIONES ADVERSAS

Los efectos más característicos son: muy frecuente: sueño, adormecimiento y disminución de la capacidad de coordinar movimientos, especialmente en ancianos y debilitados. Frecuentemente: mareos, dolor de cabeza, confusión, depresión, disfasia o disartria, cambios en la libido, temblor, incontinencia urinaria, retención urinaria, nauseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, sequedad de boca, dolor abdominal. Ocasionalmente: hepatitis, ictericia, dermatitis, escozor, comezón, leucopenia, agranulocitosis, anemia, trombocitopenia, eosinofilia, alteraciones del comportamiento, amnesia, excitación paradójica, psicosis, diplopía, alteraciones de la visión, nistagmo, alteraciones de la audición, hipersalivación e hipersecreción bronquial que puede causar problemas respiratorios.

Raramente: depresión respiratoria e hipotensión con dosis altas por vía parenteral, dolor en el sitio de la inyección y tromboflebitis por vía intravenosa, bradicardia, taquicardia, hipertensión y palpitaciones.

- PRECAUCIONES

Deberá realizarse un especial control clínico en pacientes con historial de drogodependencia, insuficiencia respiratoria grave o glaucoma en ángulo cerrado. Los ancianos y debilitados son especialmente susceptibles a los efectos farmacológicos (acción y efectos adversos) de las benzodiazepinas, por lo que deberán recibir una dosis inicial menor, así mismo se recomienda un reajuste de la dosificación en pacientes con insuficiencia renal y/o hepática. El uso prolongado o dosis elevadas de benzodiazepinas puede producir dependencia psíquica y física. No se aconseja la conducción de vehículos, ni el manejo de maquinaria peligrosa o de precisión durante el tratamiento. Pacientes con insuficiencia hepática, insuficiencia renal.

Advertir al paciente de la posibilidad de amnesia anterógrada (olvido de acontecimientos próximos). En tratamientos prolongados, la interrupción del tratamiento se deberá realizar reduciendo la dosis de forma gradual, a fin de evitar el riesgo de síndrome de abstinencia.

- DOSIFICACIÓN

La dosis debe adaptarse individualmente en función de la respuesta clínica, la tolerancia del fármaco y la edad del paciente. En los casos nuevos, no resistentes al tratamiento, debe prescribirse en monoterapia a dosis bajas. Tratamiento oral anticonvulsivante. Fase inicial del tratamiento: para evitar los efectos secundarios que se presentan al inicio del tratamiento, es indispensable que la dosis sea incrementada gradualmente hasta alcanzar la dosis de mantenimiento necesaria para cada paciente.

La dosis inicial para lactantes/infantes y niños hasta los 10 años (hasta con 30 kg de peso) es de 0,01-0,03 mg/kg/día, divididos en 2 ó 3 tomas. Las dosis puede irse aumentando en 0,25-0,5 mg cada 72 horas hasta que se alcance una dosis de mantenimiento aproximadamente de 0,1 mg/kg/día, hasta que desaparezcan por completo las convulsiones o que los efectos secundarios impidan seguir aumentando la dosis. Nunca debe superarse la dosis máxima, que en los niños de hasta 10 años es de 0,2 mg/kg/día. La

dosis inicial recomendada para niños adolescentes entre 10-16 años es de 1-1,5 mg/día, divididos en 2 ó 3 tomas.

Esta dosis puede irse incrementando en 0,25-0,5 mg cada 72 horas hasta que se alcance la dosis de mantenimiento individual (por lo general, de 3-6 mg/día). La dosis inicial para adultos no debe superar los 1,5 mg/día, divididos en 3 tomas. Esta dosis puede irse aumentando en 0,5 mg cada 72 horas hasta que las convulsiones estén bien controladas o los efectos secundarios impidan seguir aumentando la dosis. La dosis de mantenimiento debe ajustarse para cada paciente, según la respuesta individual; por lo general, suele ser suficiente con una dosis de mantenimiento de 3-6 mg diarios.

La dosis terapéutica máxima para los adultos, que no debe superarse nunca, es de 20 mg/día. La dosis total diaria debe dividirse en 3 dosis iguales, de no ser así, se recomienda administrar la dosis mayor antes de acostarse. Estas dosis diarias de mantenimiento se deben lograr al cabo de 1 a 3 semanas de tratamiento. Una vez alcanzada la dosis de mantenimiento puede administrarse la dosis diaria total en una

sola toma antes de acostarse. Para conseguir un ajuste posológico óptimo, se recomienda utilizar las gotas para los lactantes y las tabletas birranuradas de 0,5 mg para los niños, las cuales facilitan también la administración de dosis diarias bajas en la fase inicial del tratamiento en los adultos.

Antes de asociar a una pauta antiepiléptica previa, es preciso tener en cuenta que el empleo de múltiples anticonvulsivantes puede provocar un aumento de los efectos secundarios. Tratamiento oral del pánico: 1 a 4 mg/día en dos dosis. Iniciar con la dosis más baja e incrementarla gradualmente para obtener el efecto deseado. Tratamiento parenteral anticonvulsivante. Administración i.V. Tratamiento del estado epiléptico. Lactantes y niños: ½ ampolla (0,5 mg) en inyección i.V. lenta o infusión i.V. Adultos: 1 ampolla (1 mg) en inyección i.V. lenta o infusión i.V.

En caso necesario puede repetirse esta dosis (1-4 mg suelen ser suficientes para anular el estado epiléptico). En los adultos, la velocidad de inyección no debe superar los 0,25-0,5 mg/min (0,5-1,0 ml de la solución preparada); en total, la dosis

administrada no debe superar los 10 mg. Inyección I.V. lenta:  
La solución inyectable debe prepararse inmediatamente antes  
de su utilización.

La inyección I.V. debe administrarse lentamente, y siempre con supervisión continua del EEG, la respiración y la tensión arterial. Infusión I.V.: Para su infusión I.V. se diluye 1 ampolla (1 mg) en 85 ml, como mínimo, en una de las siguientes soluciones: solución salina al 0,9%, solución glucosalina (cloruro sódico al 0,45% + glucosa al 2,5%), glucosa al 5% y al 10%. Estas mezclas permanecen estables a temperatura ambiente durante 24 horas – El clonazepam puede ser absorbido parcialmente por el PVC, por tanto se recomienda emplear recipientes de vidrio. En caso de usar bolsas de PVC, la mezcla debe infundirse inmediatamente (en un plazo de 4 horas) y de forma rápida, de modo que el tiempo de infusión no sobrepase las 8 horas.

Nunca debe diluirse en una solución de bicarbonato sódico, pues podría precipitarse. Administración intramuscular:

La vía I.M. debe reservarse para casos excepcionales

o cuando la vía I.V. resulte impracticable. El t<sub>max</sub> por vía I.M. es de 3 horas. Pautas posológicas especiales: puede administrarse simultáneamente con uno o más fármacos antiepilépticos, en cuyo caso es necesario ajustar la dosis de cada fármaco para conseguir el efecto deseado. Las gotas deben administrarse con una cuchara y mezclarse con agua, té o jugo, nunca directamente en la boca. El tratamiento, como cualquier antiepiléptico, no debe suspenderse de forma abrupta, sino gradualmente.

### **2.2.3. Emergencia**

Se entiende por emergencia toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que pueda dejar secuelas invalidantes en el paciente.

Es la unidad orgánica o funcional en hospitales de baja complejidad, encargada de brindar atención médico quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas de día a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en situación de emergencia.

De acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.

Sala de Observación, área del Servicio de Emergencia para la permanencia de corta estancia y la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de paciente con daños de prioridad I y II, en un periodo que no debe exceder de 12horas.

Tópico de Emergencia, área del Servicio de Emergencia destinada a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II y III. Los tópicos pueden ser diferenciados de acuerdo a la demanda y el nivel de complejidad del establecimiento de salud.

Triage, área del servicio de emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente, en la cual se prioriza el daño y se decide la derivación para la atención que el caso amerita. Esta área debe funcionar prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios .Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en la identificación de prioridades.

Unidad de Reanimación o Shock Trauma, área del servicio de emergencia destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de los pacientes que presentan daños de prioridad I.

#### **2.2.4. Teoría**

Betty Neumann nació en 1924 en Ohio. Finalizó sus estudios en la escuela de enfermería del Peoples Hospital, Ohio, 1947.

Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA, California (Los Ángeles). El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grado, mientras tuvo la docencia en salud mental de la comunidad en la UCLA, la razón por la cual fue desarrollado este modelo se debe a que Neumann lo utilizó como una forma de enseñar un curso introductorio de enfermería a los estudiantes de enfermería.

El objetivo del modelo es proporcionar una visión general de la holística fisiológicos, psicológicos, socioculturales,

y aspectos de desarrollo de los seres humanos. Después de un período de dos años de evaluación del modelo, que se publicó en la Investigación en Enfermería.

En 1972 su modelo fue publicado por primera vez como un "Modelo para la enseñanza total de la persona a los problemas del paciente" en la investigación en enfermería.

#### **Descripción del modelo:**

Basado en la teoría general de sistemas el modelo define a los organismos como sistemas holísticos, esto se refiere al intercambio de energía entre elementos. La complementación de los conocimientos de Neumann como enfermera en el campo de salud mental, sus creencias filosóficas y la síntesis de conocimientos de varias disciplinas como los son Gestalt que utiliza el concepto de homeostasis y lo define como el proceso mediante el cual un organismo mantiene el equilibrio a partir de esto Neumann describe el término de ajuste como el proceso mediante el cual el organismo satisface sus necesidades, así mismo nuestra

teorista toma la filosofía de “La totalidad de la Vida” de Chardin y uno de los postulados de Marx, que define a los organismos como sistemas dinámicamente organizados, y en base a estos afirma que:

“Los patrones de un conjunto influyen en el conocimiento de la parte”. Además Neumann utiliza el concepto de estrés que define Selye (“Respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga”) y concluye que al aumentar el estrés aumenta la necesidad de reajuste. Además adapta el concepto de niveles de prevención del modelo conceptual de Caplan a la enfermería.

El modelo resalta la importancia tanto de las personas sanas como de las personas enfermas, como sistemas abiertos y la influencia que ejerce el medio ambiente sobre estas, conjuntamente se describen algunos conceptos principales aplicados en el modelo como son:

1. Sistema abierto o sistema holístico incluyendo:

-Función o proceso, se describe al usuario como un sistema que intercambia información, energía y materia con el medio.

-Entrada y salida, es el intercambio que el cliente mantiene con su entorno

-Retroalimentación, la salida de elementos desde un sistema da paso al futuro ingreso de otros. -Negentropía, proceso en que el sistema utiliza la energía para lograr el bienestar (estabilidad).

-Estabilidad, estado en que se puede mantener la salud óptimamente.

2. Entorno: la persona se ve afectada por fuerzas interna o externas y asimismo estas también se ven afectadas por la persona.

3. Entorno creado: es cimentado inconscientemente por el usuario para expresar alegóricamente la entereza del sistema con el fin de evadir los elementos estresantes.

4. Sistema cliente: presenta cinco variables en la interacción con su ambiente (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales).

-Estructura básica del cliente, referido a los factores básicos comunes de todos los organismos.

-Líneas de resistencia, representan a los elementos que ayudan al usuario a defenderse de los elementos estresantes (Ej.: Sistema inmunológico), cuando estas son efectivas actúan previniendo una de las 12 actividades vitales (citadas en el modelo de enfermería de Nancy Roper) la muerte.

-Línea normal de defensa, esta se mantiene a lo largo del tiempo y representa el estado de estabilidad del organismo.

-Línea flexible de defensa, primer mecanismo de defensa, evita que los elementos estresantes crucen la línea normal de defensa. La utilización está dada por las cinco variables, cualquier variación que estas presenten puede afectar su presencia, un ejemplo de esto es la ausencia de una de sueño (una de las actividades vitales descritas por Roper).

5. Bienestar: se da cuando las partes del sistema cliente interaccionan de manera armónica con el sistema completo y se satisfacen las necesidades del sistema completo.
6. Enfermedad: estado de inestabilidad por la no satisfacción de las necesidades.
7. Elementos estresantes: estímulos productores de tensión.
8. Grados de reacción: cantidad de energía que se necesita para que el organismo se adapte al elemento (estresante).
9. Prevención, se identifican tres niveles (adaptados desde el modelo conceptual de Caplan):
  - Prevención primaria, se puede llevar a cabo en cuanto se sospecha la presencia de un elemento estresante o cuando ya se ha identificado este.
  - Prevención secundaria, es el conjunto de tratamientos e intervenciones que se llevan a cabo después de que se presentan los síntomas de estrés.

-Prevención terciaria, se pretende la recuperación del estado de estabilidad y el reforzamiento del organismo ante los elementos estresantes.

10. Reconstitución: representa el retorno del sistema al estado de estabilidad.

**Descripción de los principales supuestos o elementos del modelo:**

**PERSONA:** La persona es un ser multidimensional que se compone de 5 variables de personas o subsistemas: Física /fisiológica, De desarrollo, Psicológica, Espiritual y sociocultural. La persona puede ser en realidad una persona, una familia, grupo o comunidad en el modelo de Neumann, que con su núcleo de estructuras básicas, se considera que está en constante y dinámica interacción con el medio ambiente.

**ENTORNO:** El medio ambiente se considera como la totalidad de las fuerzas internas y externas que rodean a una persona y con las que interactúan en un momento dado, estas pueden ser

intrapersonales, interpersonales y extrapersonales. El ambiente interno, existente en el sistema cliente, en cambio el ambiente externo, existente fuera del sistema cliente.

**SALUD:** Neumann ve la salud como sinónimo de bienestar. Define la salud /bienestar como “la condición en la cual todas las partes y subpartes (variables) están en armonía con el conjunto cliente”. Como la persona se encuentra en una constante interacción con el medio ambiente, el estado de bienestar (y por implicación cualquier otro estado) se encuentran en equilibrio dinámico.

**ENFERMERIA:** Neumann define las acciones de enfermería como la ayuda a individuos, familias y grupos para mantener un nivel máximo de bienestar, ya que el objetivo principal es la estabilidad del cliente/paciente, a través de intervenciones de enfermería para reducir el estrés. La persona es considerada como un todo, y es la tarea de la enfermería cuidar este todo.

## **Conclusión**

El "Modelo de Sistemas" permite la aplicación y adaptación en una gran variedad de entornos dentro de la práctica de la enfermera/o. Este planteamiento de modelo hace que sea fácil aplicarlo a clientes que experimentan elementos estresantes. El modelo aporta significativamente la relación de la enfermera con el usuario, aportando todos sus conocimientos adquiridos tanto académicos como vivenciales, cooperando tanto es su cuidado físico y emocional.

Neumann considera que el fin de la enfermería es: "...asistir a individuos, familias y grupos para que obtengan y mantengan el máximo nivel de bienestar total por medio de actividades intencionales...".

Con el fin, de Evitar los elementos que originan tensión, es primordial que las actividades vitales (Nancy Roper) se realicen en forma óptima a lo largo de la vida esto evitara la acción de los elementos estresantes sobre el individuo evitando la enfermedad, por ejemplo, el mantenimiento de un ambiente seguro evitara la exposición de un organismo ante elementos (estresantes) que puedan ser perjudiciales para la salud, tanto Neumann

como Roper describen un plan de enfermería individualizada como método de aplicación a la hora de la atención al cliente.

El conocimiento del modelo es de gran utilidad en el futuro ejercicio de la enfermería ya que es compatible con la naturaleza de la profesión e incluye todos los aspectos que se deban considerar a la hora de la atención de la persona, para que esta sea de forma individualizada y por ende más eficiente.

La poca diversidad de fuentes de información fidedigna del modelo y lo extenso de los puntos que aborda, son unas de las dificultades que se presentan a la hora de su estudio como por ejemplo el lograr las 10 bibliografías exigidas.

### **2.3. Definiciones Conceptual de Términos**

**Factores sociales:** Características o circunstancias detectables en la persona, que pueden ser no modificables. Los factores considerados son: Sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, religión (4).

**Intoxicación por benzodiazepinas:** Es el número de casos de consumo en exceso de las benzodiazepinas (4).

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

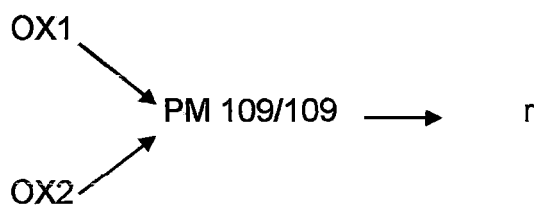
#### 3.1. Material y métodos

##### Tipo de Estudio:

Prospectivo (de un tiempo hacia adelante), transversal (en un determinado tiempo), descriptivo (permite conocer situaciones) y de relación (asociación de 2 ó más variables).

##### Tipo de investigación:

Tiempo



##### Leyenda:

X1: Factores sociales

X2: Intoxicación por benzodiazepinas

P=población

**M= muestra**

**r=relación**

**O=variable**

### **3.2. Población y Muestra**

**Población:**

La población fueron los pacientes que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010 por intoxicación.

Servicio de Emergencia x Intoxicación	Periodo Enero-Julio
Total	109

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia.
- Pacientes hospitalizados que acepten participar en el estudio.

**Criterios de Exclusión:**

- Pacientes hospitalizados en otros servicios.

**Unidad de análisis:**

Pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010.

**Tipo de muestreo**

Para el estudio se realizó el muestreo no probabilístico por intención.

**Validez**

Se realizó la validez por 4 expertos (ver Anexo No 01).

**Confiabilidad**

Se aplicó la prueba de confiabilidad alpha de cronbach (ver Anexo No 02).

**3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El método y técnica la entrevista.

**Instrumento N° 01**

Variable Independiente: (Ver Anexo N° 03)

Cuestionario sobre los factores sociales, valora con preguntas cerradas. Consta de 6 ítems.

### **Instrumento N° 02**

Variable Dependiente:(Ver Anexo N° 04)

Ficha de observación sobre la incidencia de Intoxicación por benzodiazepinas.

### **3.4. Procedimientos de recolección de datos**

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y pidió el consentimiento a los pacientes, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con el personal de enfermería de enfermería para su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.

- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

### **3.5. Procesamiento de datos**

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18 se presentan los datos en tablas simples y complejas, y se elaboraron gráficos para cada tabla.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado con el 95% de confiabilidad y significancia de  $p < 0.05$ .

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. Resultados**

**TABLA N° 01 A**

**FACTORES SOCIALES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010**

<b>FACTORES SOCIALES</b>		
<b>EDAD (AÑOS)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
20 – 35	49	44,9
36 – 59	48	44,0
60 a más	12	11,1
<b>Total</b>	109	100,0
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	46	42,2
Femenino	63	57,8
<b>Total</b>	109	100,0
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin instrucción	0	0,0
Primaria	12	11,1
Secundaria	65	59,6
Superior	32	29,3
<b>Total</b>	109	100,0
<b>RELIGIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Católico(a)	91	83,4
Evangélico(a)	12	11,1
Otras	6	5,6
<b>Total</b>	109	100,0
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tacna	59	54,1
Moquegua	20	18,3
Puno	30	27,6
<b>Total</b>	109	100,0
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltero(a)	22	20,2
Casado(a)	32	29,3
Viudo(a)	6	5,6
Conviviente	47	43,1
Separado(a)	2	1,8
<b>Total</b>	109	100,0

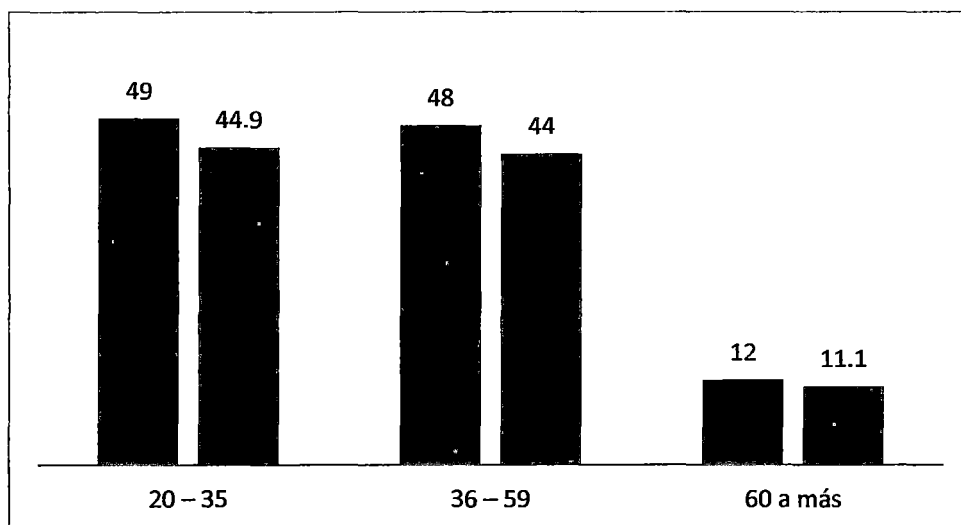
**Fuente:** Cuestionario sobre los factores sociales en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, 2010.

**Interpretación:**

En el presente cuadro se observa los factores sociales de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, en donde: el 44,9%(49) tiene una edad de 20 a 35 años (adulto joven); 57,8% (63) son de sexo femenino; 59,6%(65) de grado de instrucción secundaria; 83,4%(91) de religión católica; un 54,1% (59) de lugar de procedencia Tacna( tienen más de 2 años viviendo en la zona); y un, 43,1% (47) de estado civil conviviente.

### GRÁFICO N° 01

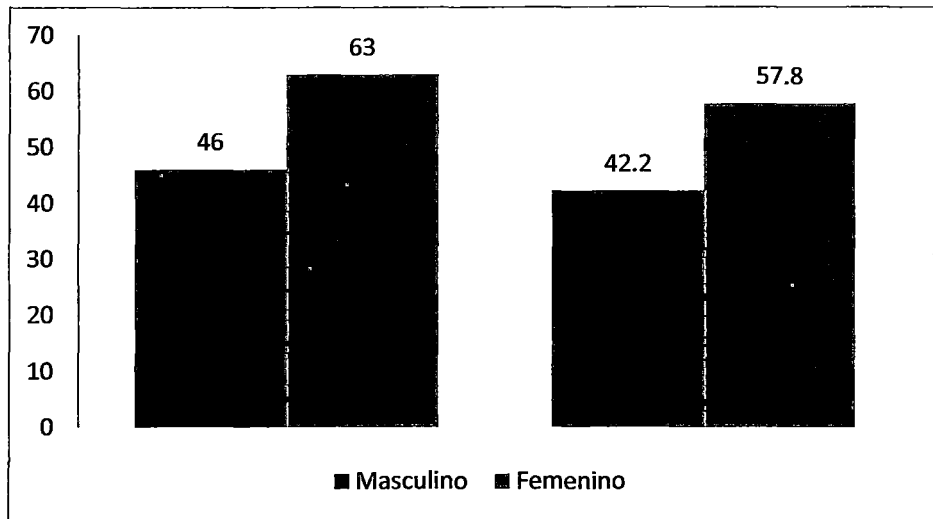
#### SEXO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010



Fuente: Cuadro N° 01A

**GRÁFICO N° 02**

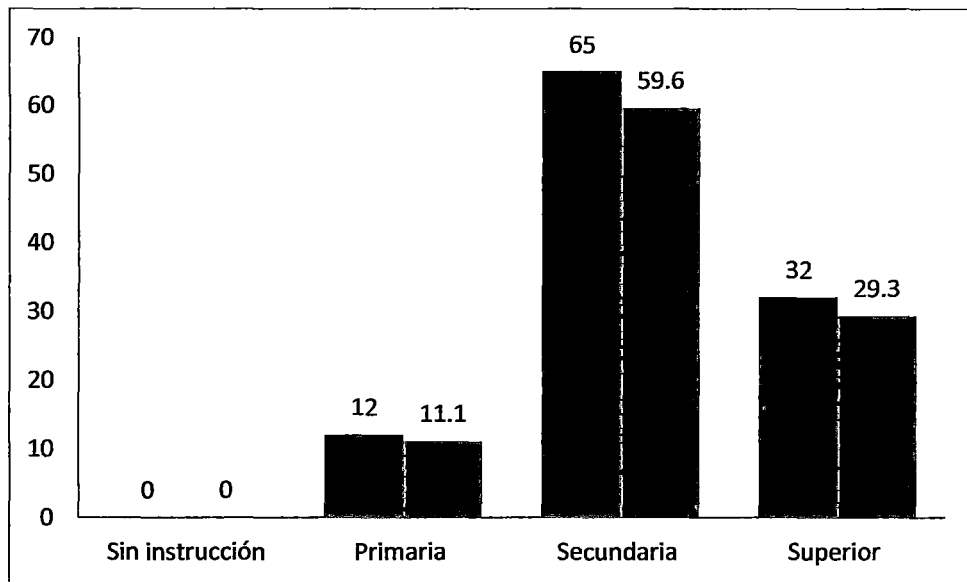
**EDAD DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010**



Fuente: Cuadro N° 01 A

### GRÁFICO N° 03

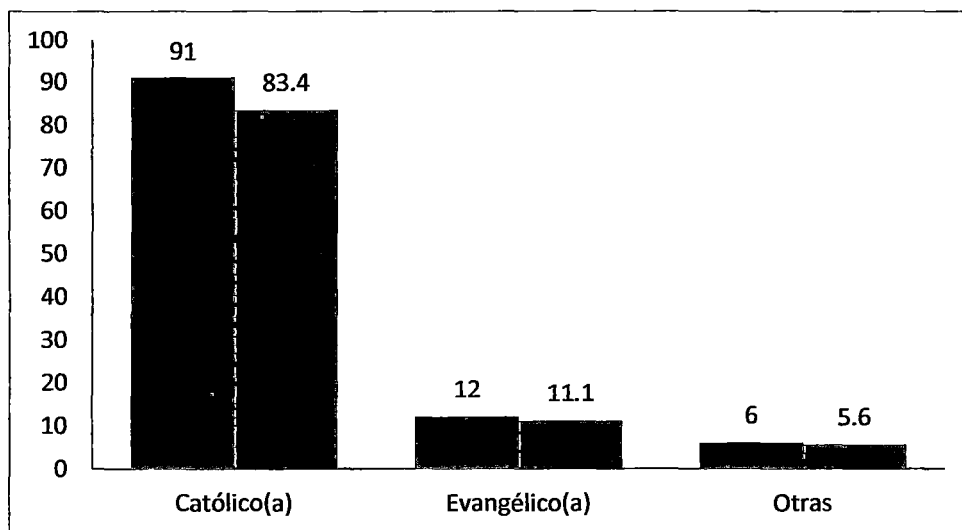
#### GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010



Fuente: Cuadro N° 01A

### GRÁFICO N° 04

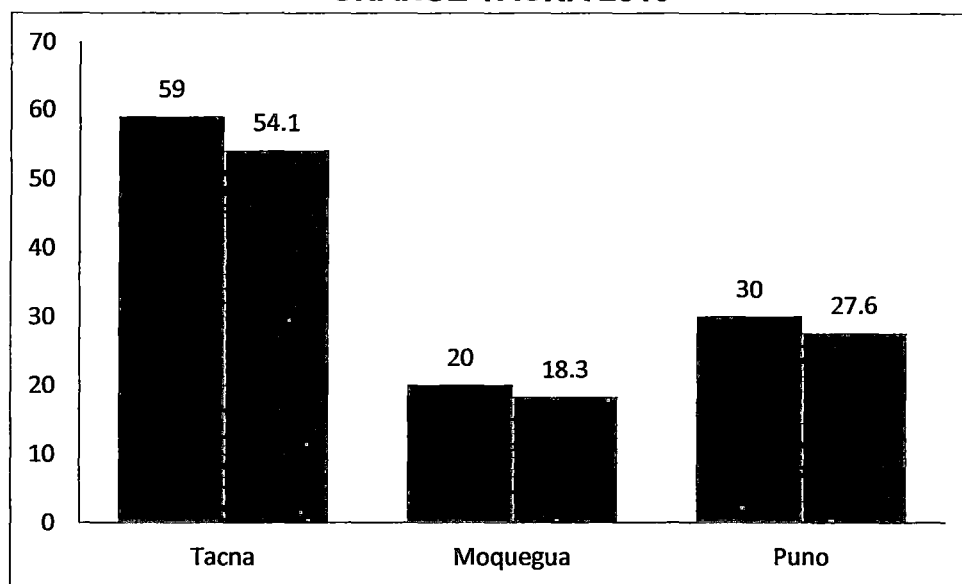
#### RELIGIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010



Fuente: Cuadro N° 01A

### GRÁFICO N° 05

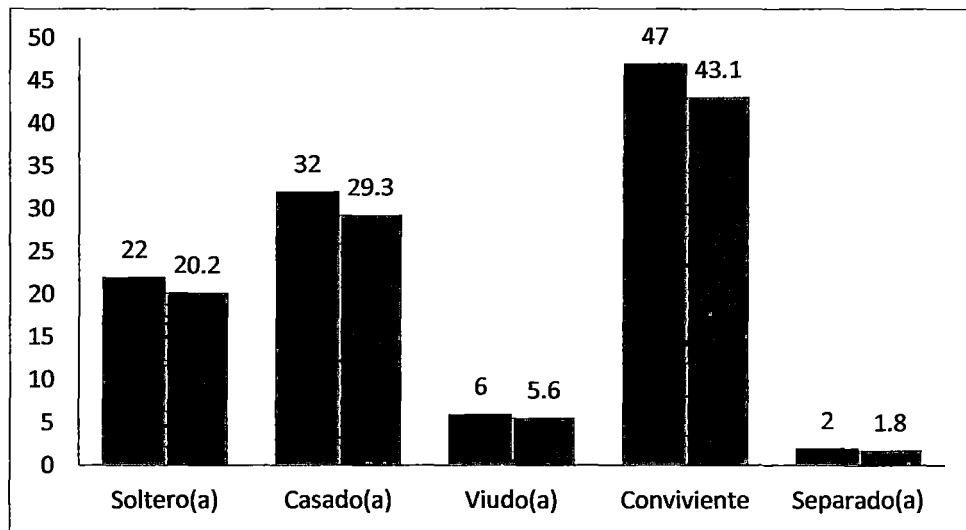
#### LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010



Fuente: Cuadro N° 01A

**GRÁFICO N° 06**

**ESTADO CIVIL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010**



Fuente: Cuadro N° 01A

**TABLA N° 01 B**

**FACTORES SOCIALES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010**

<b>FACTORES SOCIALES</b>		
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nuclear	46	42,2
Extensa	9	8,2
De un solo progenitor	22	20,2
Otro	32	29,4
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>NUMERO DE HIJOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No tiene	76	69,7
Menor de 3	20	18,4
De 3 a 5	13	11,9
Más de 5	0	0,0
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Obrero	32	29,3
Empleado	28	25,6
Ama de casa	12	11,1
Estudiante	18	16,5
Otros	19	17,5
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>INGRESO ECONÓMICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 750 nuevos soles	75	68,8
Igual o mayor a 750 nuevos soles	34	31,2
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>
<b>NIVEL DE POBREZA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pobreza extrema	5	4,6
Pobre	79	72,5
No pobre	25	22,9
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

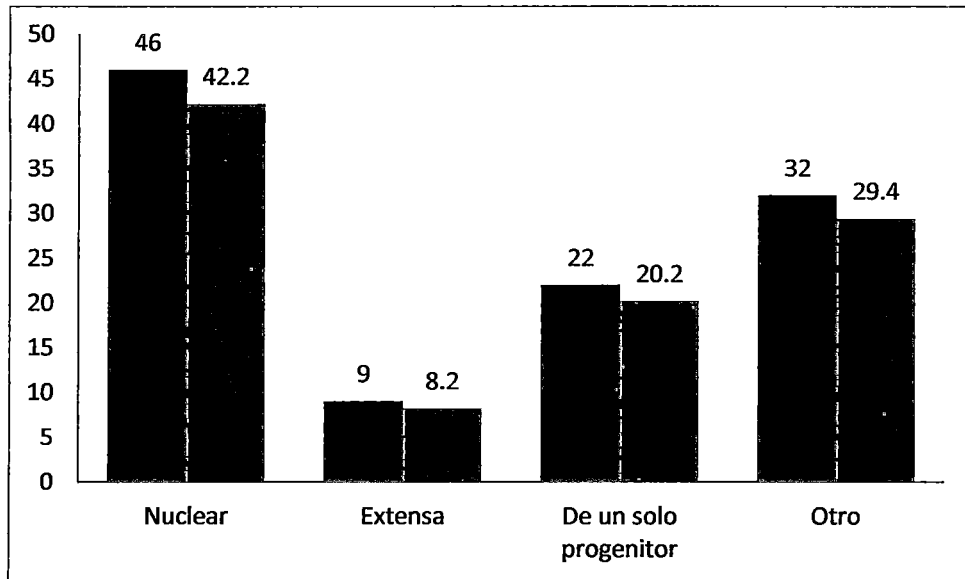
**Fuente:** Cuestionario sobre los factores sociales en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, 2010.

**Interpretación:**

En el siguiente cuadro se observa los factores sociales de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, en donde: el 42,2%(46) proviene de familia nuclear; un 69,7% (76) no tiene hijos; 29,3% (32) con ocupación obrero; 68,8% (75) tiene un ingreso económico menor de 750 nuevos soles; y el 72,5% (79) se encuentra con un nivel de pobreza-pobre.

**GRÁFICO N° 07**

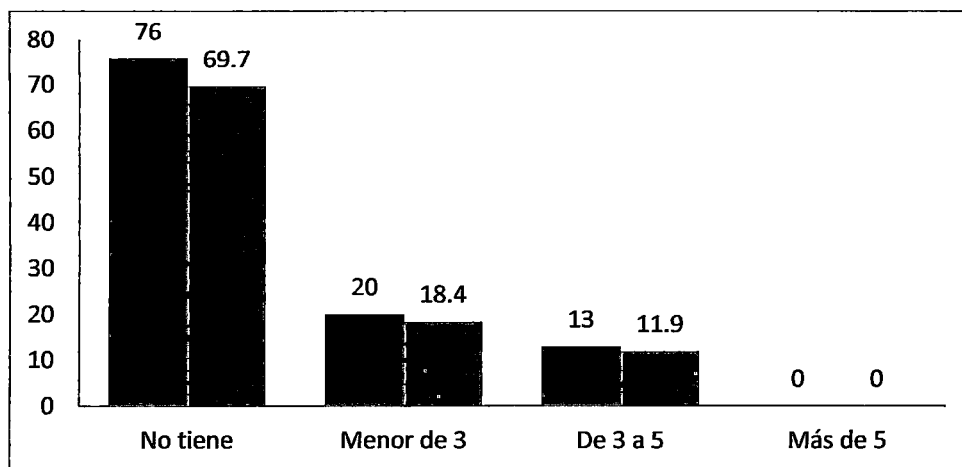
**TIPO DE FAMILIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010**



Fuente: Cuadro N° 01B

### GRÁFICO N° 08

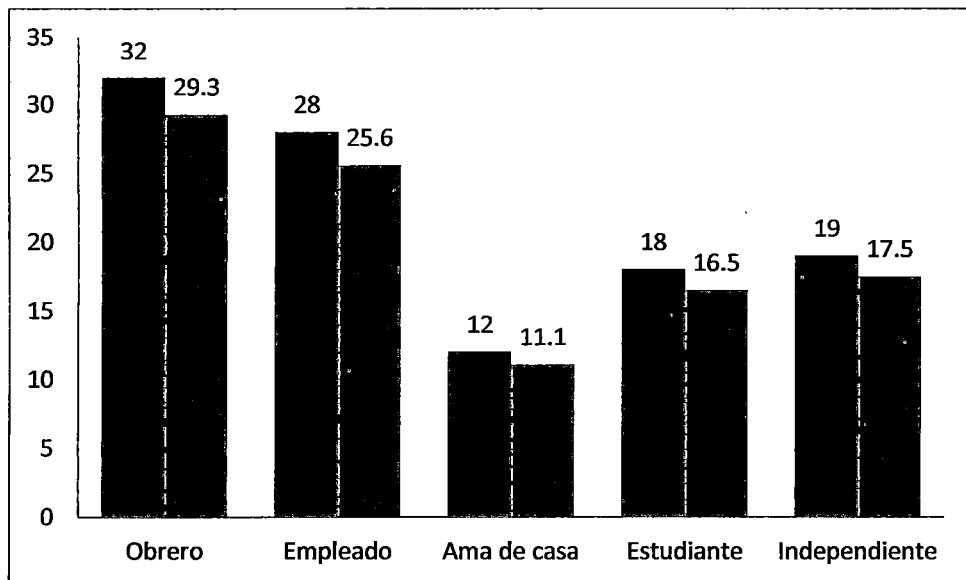
#### NÚMERO DE HIJOS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010



Fuente: Cuadro N° 01B

**GRÁFICO N° 09**

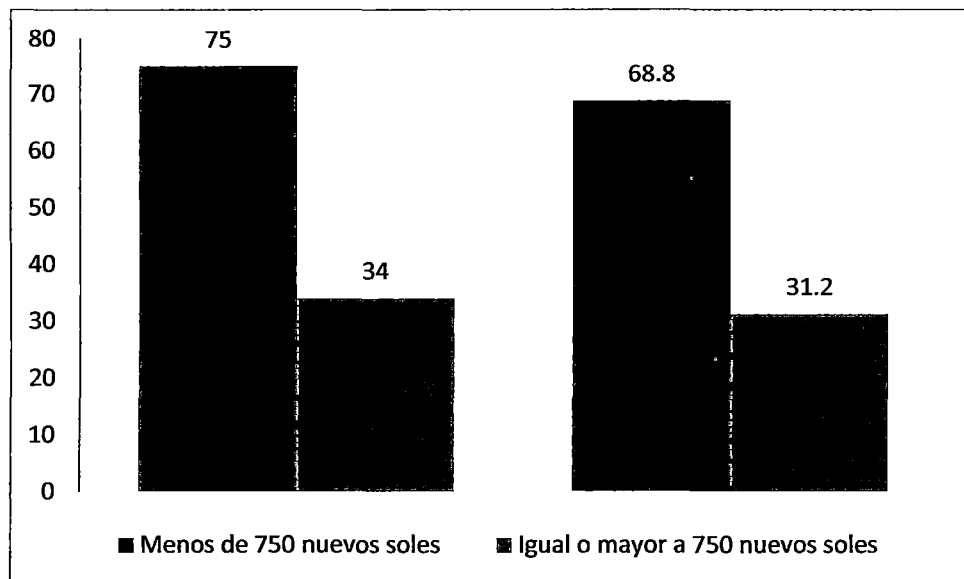
**OCUPACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010**



Fuente: Cuadro N° 01B

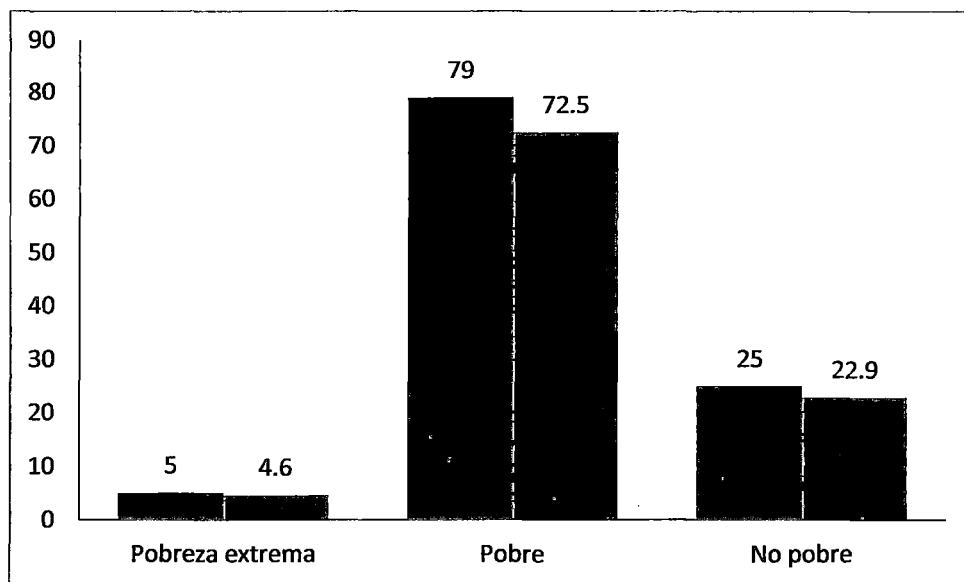
**GRÁFICO N° 10**

**INGRESO ECONÓMICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010**



Fuente: Cuadro N° 01B

**GRÁFICO N° 11**  
**NIVEL DE POBREZA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO**  
**DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE**  
**TACNA 2010**



Fuente: Cuadro N° 01B

**TABLA N° 02**

**INCIDENCIA DE INTOXICACIÓN POR BENZODIACEPINAS EN**

**PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL**

**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2010.**

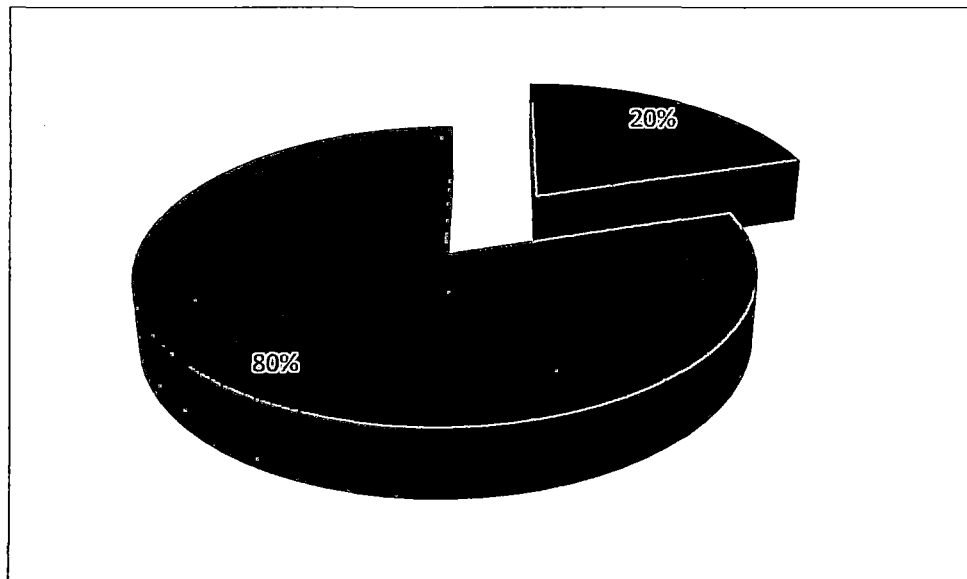
<b>Incidencia de</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Intoxicación por benzodiazepinas</b>		
<b>Presencia</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>
<b>Ausencia</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Ficha de observación para valorar la incidencia de intoxicación por benzodiazepinas en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue Tacna 2010.

**Interpretación:**

En la presente tabla se aprecia la presencia de casos de Intoxicación por benzodiazepinas, en donde un 79,8% (87) reportó otro tipo de intoxicación y un 20,2% (22) presencia de caso de intoxicación por benzodiazepinas.

**GRÁFICO N° 12**  
**INCIDENCIA DE INTOXICACIÓN POR BENZODIACEPINAS EN**  
**PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL**  
**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE**  
**TACNA 2010.**



Fuente: Cuadro N° 02

**TABLA Nº 03 A**

**FACTORES SOCIALES E INTOXICACIÓN POR BENZODIACEPINAS  
EN PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2010**

Factores sociales	Incidencia de intoxicación por Benzodiacepinas				Total		X <sup>2</sup>
	Presencia		Ausencia		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
<b>EDAD (AÑOS)</b>							
20 – 35	2	1,8	47	43,1	49	44,9	X <sup>2</sup> c=6,18
36 – 59	14	12,8	34	31,2	48	44,0	X <sup>2</sup> t=5,99
60 a más	6	5,5	6	5,5	12	11,1	P=0,02
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	GI=2
<b>SEXO</b>							
Masculino	9	8,2	37	33,9	46	42,2	X <sup>2</sup> c=7,1
Femenino	13	11,9	50	45,9	63	57,8	X <sup>2</sup> t=3,78
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	P=0,00 GI=1
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>							
Sin instrucción	0	0,0	0	0,0	0	0,0	X <sup>2</sup> c=11,12
Primaria	7	6,4	5	4,6	12	11,1	X <sup>2</sup> t=7,49
Secundaria	11	10,0	54	49,5	65	59,6	P=0,01
Superior	4	3,7	28	25,6	32	29,3	GI=3
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	
<b>RELIGIÓN</b>							
Católico(a)	9	8,2	82	75,2	91	83,4	X <sup>2</sup> c=9,89
Evangélico(a)	9	8,2	3	2,7	12	11,1	X <sup>2</sup> t=5,99
Otras	4	3,7	2	1,8	6	5,6	P=0,000
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	GI=2
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>							
Tacna	2	1,8	57	52,3	59	54,1	X <sup>2</sup> c=11,89
Moquegua	9	8,2	11	10,0	20	18,3	X <sup>2</sup> t=5,99
Puno	11	10,0	19	17,4	30	27,6	P=0,0012
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	GI=2
<b>ESTADO CIVIL</b>							
Soltero(a)	3	2,7	19	17,4	22	20,2	X <sup>2</sup> c=9,87
Casado(a)	7	6,4	25	22,9	32	29,3	X <sup>2</sup> t=9,49
Viudo(a)	4	3,7	2	1,8	6	5,6	P=0,002
Conviviente	7	6,4	40	36,7	47	43,1	GI=4
Separado(a)	1	0,9	1	0,9	2	1,8	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** Cuestionario sobre los factores sociales y ficha de observación sobre incidencia de intoxicación por benzodiacepinas aplicado en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2010.

**Interpretación:**

En la presente tabla se aprecia los factores sociales que condicionan la intoxicación por benzodiazepinas, en donde existe relación entre los factores sociales (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, religión, lugar de procedencia) y la incidencia de intoxicación por benzodiazepinas, ya que  $X^2_c > X^2_t$  y  $p < 0,05$

**TABLA Nº 03 B**

**FACTORES SOCIALES E INTOXICACIÓN POR BENZODIACEPINAS  
EN PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2010**

Factores sociales	Incidencia de intoxicación por Benzodiacepinas				Total		X <sup>2</sup>
	Presencia		Ausencia		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
<b>TIPO DE FAMILIA</b>							
Nuclear	16	14,7	30	27,5	46	42,2	X <sup>2</sup> c=9,18 X <sup>2</sup> t=7,89 P=0,02 Gf=3
Extensa	1	0,9	8	7,3	9	8,2	
De un solo progenitor	1	0,9	21	19,3	22	20,2	
Otro	4	3,7	28	25,7	32	29,4	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>							
No tiene	12	11,0	64	58,7	76	69,7	X <sup>2</sup> c=8,88 X <sup>2</sup> t=7,89 P=0,02 Gf=3
Menor de 3	4	3,7	16	14,7	20	18,4	
De 3 a 5	6	5,5	7	6,4	13	11,9	
Más de 5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	
<b>OCUPACIÓN</b>							
Obrero	16	14,7	6	5,5	32	29,3	X <sup>2</sup> c=11,34 X <sup>2</sup> t=9,49 P=0,00 Gf=4
Empleado	1	0,9	27	24,7	28	25,6	
Ama de casa	2	1,8	10	9,1	12	11,1	
Estudiante	2	1,8	16	14,7	18	16,5	
Otros	1	0,9	18	15,6	19	17,5	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	
<b>INGRESO ECONÓMICO</b>							
Menos de 750 nuevos soles	15	13,7	60	55,0	75	68,8	X <sup>2</sup> c=6,18 X <sup>2</sup> t=3,84 P=0,02 Gf=1
Igual o mayor a 750 nuevos soles	7	6,4	27	24,7	34	31,2	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	
<b>NIVEL DE POBREZA</b>							
Pobreza extrema	3	2,7	2	1,8	5	4,6	X <sup>2</sup> c=6,68 X <sup>2</sup> t=5,99 P=0,02 Gf=2
Pobre	7	6,4	72	66,0	79	72,5	
No pobre	12	11,0	13	11,9	25	22,9	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>87</b>	<b>79,8</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** Cuestionario sobre los factores sociales y ficha de observación sobre incidencia de intoxicación por benzodiacepinas aplicado en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2010.

**Interpretación:**

En la presente tabla se aprecia los factores sociales que condicionan la intoxicación por benzodiazepinas, en donde existe relación entre los factores sociales (tipo de familia, ocupación, número de hijos, ingreso económico, nivel de pobreza) y la incidencia de intoxicación por benzodiazepinas, ya que  $X^2_c > X^2_t$  y  $p < 0,05$

## 4.2. Discusión

### **Tabla N° 01 A y B**

En el presente cuadro se observa los factores sociales de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, en donde: el 44,9%(49) tiene una edad de 20 a 35 años (adulto joven); 57,8% (63) son de sexo femenino; 59,6%(65) de grado de instrucción secundaria; 83,4%(91) de religión católica; un 54,1% (59) de lugar de procedencia Tacna( tienen más de 2 años viviendo en la zona); y un, 43,1% (47) de estado civil conviviente; el 42,2%(46) proviene de familia nuclear; un 69,7% (76) no tiene hijos; 29,3% (32) con ocupación obrero; 68,8% (75) tiene un ingreso económico menor de 750 nuevos soles; y el 72,5% (79) se encuentra con un nivel de pobreza-pobre.

Resultados que son diferentes a los de Vargas H. (6), **Factores asociados con la conducta suicida en adultos del Hospital de Cuba 2009**. La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. El suicidio se ha convertido en un importante problema de salud pública. Según las

estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes y adultos, que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. Un gran número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales. El modelo diátesis-estrés ha sido propuesto para dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen con la conducta suicida. La diátesis refleja un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida, por ejemplo, ser más impulsivo o agresivo y por lo tanto más posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas. El estrés puede incluir factores, tales como, un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales. Se pueden identificar varios factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y otros que actuarían como factores estresantes. En adición, hay varios factores que podrían actuar en ambas vías, dependiendo de su asociación temporal con fenómenos suicidas.

En una época en que la medicina experimenta tantos avances científicos y tecnológicos, no es posible soslayar la influencia de los factores sociales en casi todas las manifestaciones de la enfermedad. A veces tales factores favorecen la generación de alguna lesión o enfermedad, como ocurre en algunos casos de accidentes automovilísticos en los que está involucrada la intoxicación alcohólica. Otras veces lo psicosocial actúa como elemento precipitante, de lo cual es un ejemplo el intento de suicidio. Y no es raro que la pobreza y la disfunción familiar contribuyan a la deficiente adherencia al tratamiento en un individuo con tuberculosis o cáncer. De ahí que se justifique plenamente la consideración de los aspectos sociales en el trabajo clínico cotidiano, actitud especialmente deseable dada por una variedad de gases, vapores, disolventes, metales pesados, plaguicidas y otros más. Por mencionar sólo un ejemplo, el exceso de plomo en el aire debido, entre otras causas, a la combustión de la gasolina y a la fundición clandestina del metal, suele causar trastornos de atención o irritabilidad en la persona adulta.

Como se aprecia en esta población la mayoría de factores son comunes como en cualquier población, ya que forman parte de la

población peruana que es una característica fundamental en su persona.

## **Tabla N° 02**

En la presente tabla se aprecia la presencia de casos de Intoxicación por benzodiazepinas, en donde un 79,8% (87) reportó otro tipo de intoxicación y un 20,2% (22) presencia de caso de intoxicación por benzodiazepinas.

**Resultados contradictorios con Salazar C. Estudio sobre intoxicación por diferentes agentes en el Hospital de Valencia España 2010.** Resultados Del total de 106 pacientes, 58,5 % pertenecían al grupo de baja letalidad y 41,5 % al grupo de alta letalidad. Los porcentajes más elevados se presentaron, en la mayoría de los casos en el grupo de tentativa de alta letalidad pero sólo en dos factores se encontró diferencia estadística significativa: "vivir solo" e "intoxicación etílica previa". Del total de ambos grupos, el 77,4 % eran menores de 39 años, 69 % eran femeninos y 31 % masculinos, los factores de riesgo asociados a intento de suicidio que presentaron los porcentajes más elevados en ambos grupos fueron:

antecedente familiar de alcoholismo, tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distinta.

La exposición de una persona a una sustancia potencialmente tóxica es un motivo de consulta infrecuente en emergencia. El 0,28% de los episodios registra dos en Urgencias corresponden a sospechas de intoxicación. La consulta precoz personas que ingieren fármacos accidentalmente o ellos mismos se autodestruyen constituye la mayor parte de las intoxicaciones atendidas en los Servicios de emergencias hospitalarios. Los fármacos suponen más del 50% del total de las intoxicaciones, en su inmensa mayoría por ingesta consiente con el fin suicida).

En otras ocasiones se trata de procesos potencialmente graves. De esta forma, cabe recordar que en más de la mitad de los casos se practica alguna prueba complementaria o los pacientes reciben algún tratamiento en Emergencia, y que la mayoría de los ingresos por intoxicación en las UCI y emergencia se deben a intoxicaciones medicamentosas, muchas de ellas voluntarias, en poblaciones jóvenes y de carácter poli medicamentoso. En estos casos, uno de los factores claves en el pronóstico de las intoxicaciones es el tiempo

transcurrido entre el accidente y la actuación médica. Cuanto más precoz sea nuestra intervención, mejor pronóstico tendrá el paciente.

### **Tabla N° 03**

En la presente tabla se aprecia los factores sociales que condicionan la intoxicación por benzodiazepinas, en donde existe relación entre los factores sociales (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, religión, lugar de procedencia, tipo de familia, número de hijos, ocupación, lugar de procedencia, ingreso económico, nivel de pobreza) y la incidencia de intoxicación por benzodiazepinas, ya que  $\chi^2_c > \chi^2_t$  y  $p < 0,05$

González, Iglesias, González-Quirós y Ramos (2007), indican que los reportes brindados por personas que han tenido un intento suicida o bien, la reconstrucción vital de personas suicidadas arroja datos sobre la constelación familiar, que incluye en muchos de los casos la vivencia de estrés considerable y haber experimentado muchas pérdidas parentales tempranas por muerte, separación o divorcio de los padres como un factor de vulnerabilidad o precipitante del suicidio, así como cambios significativos dentro de su núcleo familiar.

Según estos autores, la fuente de estrés por divorcio de los padres, persisten muchas veces después de la ruptura familiar, siendo entonces que los factores familiares participan como un ejemplo de los asociados al suicidio. En otros casos, familias muy conflictivas, disgregadas o disfuncionales pueden constituir menores pueden producir mayor estrés a la persona y constituyen uno de los motivos que refiere la persona para cometer un suicidio (11).

Esta serie de hechos está en función también de variables tales como sexo, edad, medio rural o urbano y latitud geográfica estudiada (Sarro y De La Cruz, 2011). En general, como ya se había discutido en el apartado sobre diferencias sexuales, se puede afirmar que los varones intentan métodos suicidas "más violentos", pero éstos varían de un país a otro, según los reportes de Sáiz, González, Cocaña y Bobes (2007), ya que en Estados Unidos por ejemplo, país donde con más frecuencia se observa la accesibilidad a armas de fuego, son más frecuentes los suicidios utilizando este método, mientras que en otros países de Latinoamérica o en España, donde no es tan fácil acceder a ellas, éstas ocupan un lugar más bajo.

No obstante, las mujeres suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos, como es la ingestión de medicamentos, lo cual coincide con lo encontrado en esta investigación, siendo en más de la

mitad de los casos el método elegido por el protagonista del acto suicida, en algunos de ellos combinándolo con alcohol y en otros, ingiriendo el fármaco sin otra sustancia. Estos autores continúan explicando sobre los métodos e indican que en líneas generales, se puede decir que los métodos suicidas más empleados son la precipitación al vacío o a un vehículo o máquina en marcha, así como la intoxicación medicamentosa o de alguna otra sustancia (gas, líquidos corrosivos, por ejemplo), y que se encontraron como método en algunos casos.

El suicidio es tal vez la aflicción social más difícil de comprender, pero a la vez, la más necesitada de discusión, no sólo por la falta de conciencia adecuada al respecto de su gravedad, sino por la falta de desarrollo de programas y de prácticas de prevención e intervención al respecto.

Por otro lado, es necesario tener presente que los mismos factores que influyen para que una persona permanezca soltera, se case o se divorcie, pueden tener también influencia en la manifestación o en las razones que argumenta la persona para suicidarse.

Los factores sociales, tienen que ver en la propensión de casos de intoxicación por benzodiazepinas, como dice Neumann los factores son un riesgo o no, que se ven vinculados ya que el ser humano es un sistema abierto que procesa la información llegada del exterior, lo asimila o lo rechaza en sus acciones.

## CONCLUSIONES

- Los factores sociales de los pacientes fueron; son de una edad de 20 a 35 años (adulto joven); de sexo femenino; grado de instrucción secundaria; religión católica; lugar de procedencia Tacna (tienen más de 2 años viviendo en la zona); de estado civil conviviente; proviene de familia nuclear; no tienen hijos; ocupación obrero; ingreso económico menor de 750 nuevos soles; se encuentra con un nivel de pobreza-pobre.
- La mayoría de casos que acuden al servicio de emergencia es por intoxicación por benzodiazepinas.
- Los factores sociales (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, religión, lugar de procedencia, ocupación, tipo de familia, número de hijos, ingreso económico, nivel de pobreza), son condicionantes a la intoxicación por benzodiazepinas, ello quedó demostrado mediante la prueba chi cuadrado.

## **RECOMENDACIONES**

- Promover en el servicio actividades educativas en temas relacionados con el paciente, potenciando su estilo de vida saludable.
- Que se diseñe material educativo con temas relacionados al tema de estudio.
- Que el servicio de enfermería coordine con los profesionales de Enfermería que laboran en el servicio, para elaborar estrategias para mejorar la atención en estos casos.
- Actualizar al personal profesional de enfermería en cuanto a la calidad de la atención con el enfoque humanizado.
- Hacer llegar los resultados a las instancias correspondientes, para que tomen las acciones correspondientes.
- Sobre la base de estos resultados, realizar otros trabajos de investigación.

## REFERENCIAS

- 1) Organización Mundial de Salud. Intervenciones de enfermería en UPP. México: Editorial OPS; 2011.
- 2) Instituto nacional de salud mental. Situación de salud 2010. Lima; Editorial INSM; 2011.
- 3) Hospital Hipólito Unanue. Vigilancia epidemiológica. Tacna; 2011.
- 4) Kozier, B. Fundamentos de enfermería. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2005, 45 p.
- 5) Villalfa L. Factores psicosociales y predisponentes en el intento de suicidio con paciente hospitalizados en Hospital de México 2010.
- 6) Vargas H. Factores asociados con la conducta suicida en adultos del Hospital de Cuba 2009.
- 7) Aguilar H. Intoxicación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima 2010.
- 8) Gómez M. Intoxicación por benzodiazepinas en el Hospital Honorio Delgado Arequipa en el servicio de emergencia 2010.
- 9) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sociofamiliar. Perú: Editorial INEI; 2011.

- 10) Ann Marriner Y Alligoog, M. R .Modelos y Teorías de Enfermería (6ª ed.), Madrid: Harcourt Brace de España; 2007, pp 267-299.
- 11) Potter Patricia, Perry Anne, Madrid: 5ta edición, Harcourt; 2002, 99 pp.
- 12) Roper, Logan y Tierney, modelo de enfermería, 3era edición, Mc Graw-Hill Interamericana, 1993, 12 pp.
- 13) Lilian S. Brunnder. Manual de Enfermería Médico quirúrgico 4º Ed. México año 2004. Pág. 189.
- 14) Perlado F. Psiquiatría. México 1980 Pág. 59.
- 15) William Reicher Aspectos Clínicos en salud mental. 2010 Pág. 334.
- 16) Pérez C. Mejor Descanso con terapia de Presión Positiva. Nursing 2010. vol. 18 N 930-
- 17) Organización Mundial de la Salud. Cuidado del paciente intoxicado: Cómo usar apósito composite. Nursing 2010.
- 18) HHUT. Manual de Organización y Funciones. Lima: MINSA; 2013.
- 19) Cervantes G. Epidemiología Clínica Investigación clínica aplicada. 2010.
- 20) Lorenzo C. psiquiatría. Rev. ROL Ene 2009 23(10) 715-21.

- 21) Organización Mundial de la Salud.  
Valoración del Riesgo. Nursing May 2009.
- 22) Trinidad M. Tesis de Grado: La familia como agente de autocuidado en la prevención. Lima 2004.
- 23) Varela L. Valoración Geriátrica Integral. Tesis para Doctorado Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- 24) Cerdan, Every. Valoración de Riesgo ante intoxicación por benzodiazepinas y Medidas preventivas Aplicadas. Perú UPCH. 2001.
- 25) Comparación de la Efectividad y Costo de la Cura en Ambiente Húmedo Frente a la Cura Tradicional. En Revista Rol Enfermería Vol. N° 23–2007.

## **ANEXOS**

## **ANEXO N° 01**

### **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)**

#### **INSTRUCCIONES:**

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

**Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.**

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... .....					

Firma del experto

**PROCEDIMIENTO**

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° de ítem	EXPERTOS			PROMEDIO
	A	B	C	
1	4	4	5	4
2	4	4	4	5
3	4	3	4	3,5
4	4	4	4	4
5	4	4	5	4,25
6	4	4	4	4,25
7	4	4	5	4,5
8	4	3	4	3,75
9	4	4	4	3,75

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - y_i)^2}{n}}$$

Donde DPP=  $\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - y_i)^2}{n}}$

Donde x= Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es 2,01

- Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

$$D_{\text{máx.}} = \sqrt{(y_1 - 1)^2 + (y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2}$$

Donde DPP =  $\sqrt{(y_1 - 1)^2 + (y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2}$

Y = valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx. = 8,9

- Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

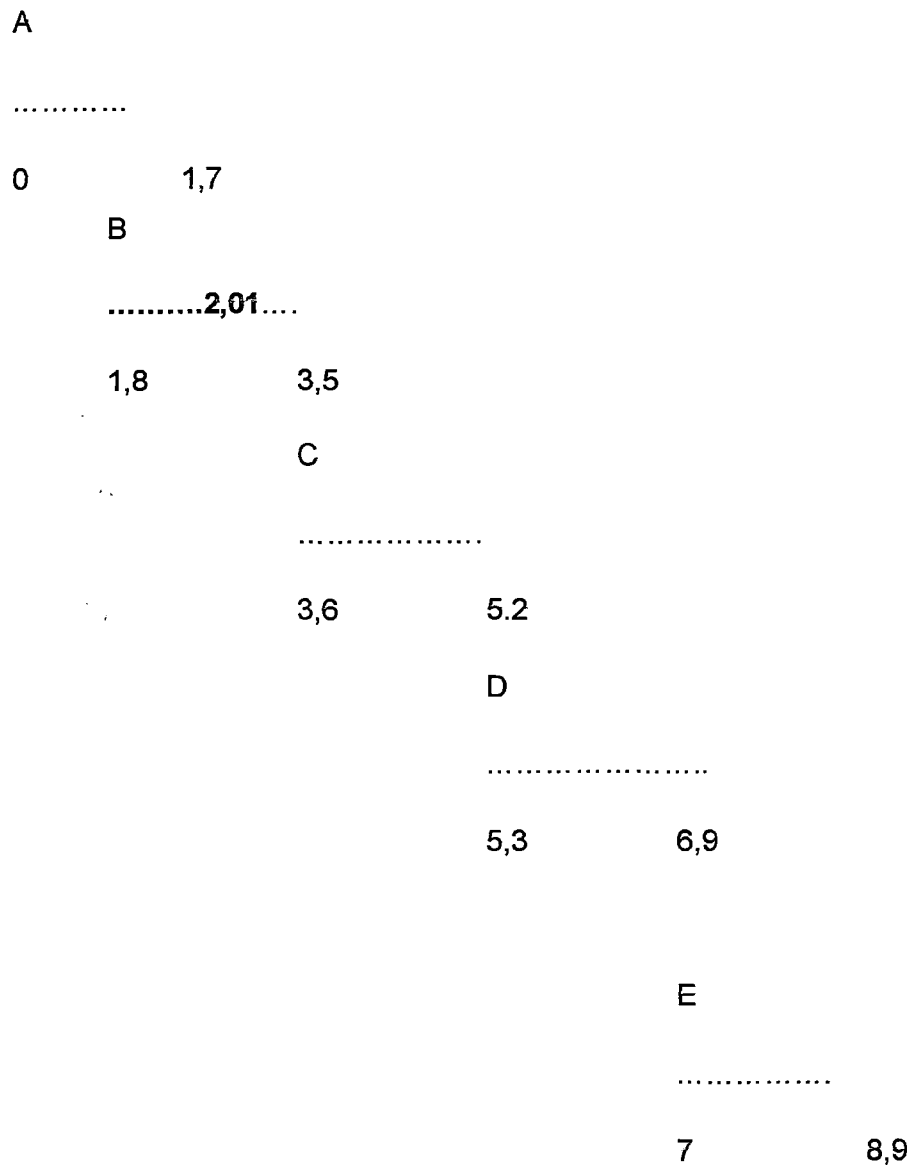
Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación



5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP fue 3,07 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

## ANEXO Nº 02

### CONFIABILIDADPOR ALFA DE CRONBACH

ethod 2 (covariance matrix) will be used for this analysis

RELIABILITY                      ANALYSIS                      -                      SCALE(ALPHA)

#### Covariance Matrix 1

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00002	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00003	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00004	,7518	,8355	,7547	1,4127
VAR00005	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00006	1,115	86261	1,4569	0,98
VAR00007	1,1158	1,45	1,78	1,2335
VAR00008	,6261	1,4569	0,98	0,678

#### Correlation Matrix 2

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	,6261	1,4567		
VAR00002	,8073	,9073	1,4453	
VAR00003	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00004	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00005	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00006	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00007	,6694	,7612	,9816	,8347

**RELIABILITY  
(ALPH**

**ANALYSIS**

**- SCALE**

N of Cases = 10,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	78,18	86,6363	77,239	2

Reliability Coefficients 42iterns

Alpha = ,99 Standardized item alpha ,9

Alpha = ,83 Standardized item alpha ,8

INSTRUMENTO	PILOTO	
	VALOR	INTERPRETACIÓN
INSTRUMENTO 01	0,99	Adecuación total
INSTRUMENTO 02	0,83	Adecuación total

\*Para ser aplicado valor de 0,7 a 1. INSTRUMENTO FIABLE.

## **ANEXO N° 03**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de Salud**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD**

### **CUESTIONARIO SOBRE FACTORES SOCIALES DE LOS PACIENTES**

#### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

**Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:**

.....

#### **A) FACTORES SOCIALES**

**1. Marque su sexo?**

a) Masculino ( ) b) Femenino ( )

**2.Cuál es su edad?**

a) 20-35 años b) 36-59 años c) 60 a más

**3. ¿Cuál es su grado de instrucción?**

a) Analfabeto (a) b) Primaria c) Secundaria d) Superior

**4. ¿Cuál es su religión?**

a) Católico(a) b) Evangélico c) Otras

**5. ¿Cuál es su estado civil?**

a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Conviviente e) Separado

**6. ¿Cuál es su ocupación?**

a) Obrero b) Empleado c) Ama de casa d) Estudiante  
e) Otros

**7. Ingreso económico**

a) Menor de 750 nuevos soles

b) Mayor de 750 nuevos soles

**8. Tipo de familia**

- a) Familia nuclear
- b) Familia extensa
- c) Familia de un solo progenitor
- d) Otro

**9. Lugar de procedencia**

- a) Tacna
- b) Moquegua
- c) Puno
- d) Otros

**10. Número de hijos**

.....

**11. Nivel de pobreza**

- a) Extrema pobreza
- b) Pobre
- c) No pobre

**ANEXO N° 04**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de Salud**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**FICHA DE OBSERVACIÓN SOBRE INCIDENCIA DE  
INTOXICACIÓN POR BENZODIACEPINAS DE LA OMS (2010)**

**I. DATOS GENERALES**

Paciente: Nro Hcl \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Días de Hospitalización: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**II. INCIDENCIA de intoxicación por benzodiazepinas**

Intoxicación por benzodiazepinas	Presencia	Ausencia	Droga o sustancia
1.			
2.			