

**“BENZODIACEPINA. PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN EN
TRABAJADORES DE REFINERÍA LA PLATA. AÑO 2018”. YPF.**

Autor:

Lic. Meschini Maria Fernanda, Correo: fernanda.meschini@ypf.com

Colaboradores:

Dra. Gotti Daniela, Correo: daniela.i.gotti@ypf.com

Dr. Cassiani Pablo, Correo: pablo.cassiani@set.ypf.com

Dr. Paulón Cristian, Correo: cristian.m.paulon@set.ypf.com

Dra. Manso Leticia, Correo: leticia.manso@set.ypf.com

Lic. Vandamme Laura, Correo: laura.vandamme@ypf.com

Lic. Rodríguez León Nicolás, Correo: nrleon2010@yahoo.com.ar

“BENZODIACEPINA. PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN EN TRABAJADORES DE REFINERÍA LA PLATA. AÑO 2018”.

1. INTRODUCCIÓN

1.1- Planteo del problema

En la Refinería YPF de la ciudad de La Plata el total de los trabajadores registrados hasta el momento son de 1106 personas. De ellos 547 (49%) son empleados que trabajan bajo el régimen de turnos rotativos y 559 (51%) de manera diurna.

La Refinería La Plata tal como es conocida, está ubicada en la ciudad de Ensenada, localidad muy cercana a la ciudad de La Plata y Berisso.

La construcción se inició el 14 de enero de 1925, y la inauguración oficial fue el 23 de diciembre de ese año.

Las primeras plantas industriales que se pusieron en funcionamiento fueron la Unidad de Destilación Primaria, la Usina de producción de vapor, la Casa de Bombas y, poco tiempo después, la Planta de Refinación de Kerosene.

Una refinería o destilería de petróleo es una plataforma industrial destinada a la refinación del petróleo, que mediante un proceso adecuado se obtienen diversos derivados del mismo (Gasol, Kerosene, entre otras). Para obtener sus productos se usa un método llamado destilación fraccionada la cual consiste en calentar el petróleo a diferentes temperaturas para obtener sus derivados. Es una industria compleja que funciona los 365 días del año las 24hs del día, con equipos técnicos y operativos que controlan todos los datos y acciones.

Toda esta descripción da cuenta de la complejidad del trabajo que se realiza en la compañía YPF dentro de la Refinería, se trabaja con máquinas en caliente, en frío, con equipos con tensión eléctrica, con consolas que manejan información, con herramientas manuales, con grúas, se realizan trabajos en altura, en espacios confinados y con productos químicos.

Los trabajadores de la Refinería tienen diferentes funciones y roles, como así también jornadas de trabajo diferenciales entre el personal diurno y personal con jornada rotativa.

Los turnos rotativos cuentan con un plan de actividad de dos jornadas diurnas de 7 am a 7pm seguidas de dos jornadas nocturnas de 7pm a 7am y luego 4 días francos. Existen 4 guardias totales en cada planta y personal de relevo para garantizar el funcionamiento continuo de cada uno de los sectores.

Una vez realizada esta breve descripción del campo al que se enfocó el trabajo debemos saber sobre la automedicación, que hoy por hoy es un hábito muy instalado en la sociedad argentina actual.

La automedicación puede traer consecuencias negativas sobre la salud y la seguridad de las personas que trabajan en estas instalaciones sobre todo si hablamos del consumo de psicofármacos, tal como la Benzodiacepina (BZD). En función de ello se realizó un estudio para diagnosticar el consumo y sus principales razones.

1.2- Fundamentación Teórica

1.2.1 Automedicación

Definición y estadísticas actuales

La automedicación la define de forma clásica (Baos , 2000) como el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico». El paciente ha aprendido su decisión en un ámbito más o menos próximo: familia, amigos o vecinos, farmacéutico, la reutilización de la receta de un médico o la sugerencia de un anuncio.

Es decir que frente al padecimiento físico y/o mental la persona ingiere algún tipo medicación para aliviar ese malestar sin consulta con un profesional especialista.

Según (Ruiz-Sternberg, & Pérez Acosta, 2011, pág. 84) “la automedicación responsable es la práctica mediante la cual los individuos tratan sus enfermedades y condiciones con medicamentos que están aprobados y disponibles sin prescripción, y que son seguros y efectivos cuando se usan según las indicaciones”.

De la misma forma (Ruiz-Sternberg, & Pérez Acosta, 2011) los países latinoamericanos la magnitud del fenómeno es aún mayor, y se extiende –al igual que en otros países en vías de desarrollo– a medicamentos que en países desarrollados están estrictamente regulados, por ejemplo, los antibióticos y los antidepresivos.

Para efectos de esta síntesis se puede partir de una primera gran división entre medicamentos de prescripción y medicamentos de no prescripción. Las medicinas que requieren prescripción también son denominadas “productos de prescripción” (Productos RX). De acuerdo con la Asociación Médica Mundial, estos medicamentos requieren de una prescripción médica que siga

a una consulta y no son seguros para su uso sin supervisión, debido a su posible toxicidad o a otros efectos dañinos potenciales (por ejemplo, adicción), a su forma de administración o a las medidas colaterales necesarias para su uso. La clasificación de medicamentos de prescripción y de no prescripción depende de cada país.

En nuestra sociedad argentina actual se encuentra muy difundido la automedicación de analgésicos, antiinflamatorios y hasta antibióticos, con el riesgo que eso conlleva. La automedicación de cualquiera de los mencionados puede ocasionar desde un ocultamiento de signos y síntomas para llegar a un diagnóstico hasta generar resistencias micobacterianas.

En el caso particular de las BZD está demostrado científicamente la importancia de que estos medicamentos sean prescritos y tengan un seguimiento profesional en cada caso ya que pueden generar adicciones.

En un artículo actualizado (Amoroso, 11/08/2018) se afirma que “se vendieron 20 millones de cajas de clonazepam en los últimos dos años en el país.” Datos de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA) informó que se vendieron 20 millones de cajas de clonazepam en los dos últimos años en el país. Esta publicación que llevó el título de “La Argensiólítica” menciona además la preocupación por la automedicación y la prescripción en exceso.

Desde junio de 2016 a mayo de 2018, se vendieron 20 millones de unidades (cajas) del principio activo del clonazepam, de 13 laboratorios diferentes, en todas sus dosis y presentaciones.

"El clonazepam es un antiepiléptico, pero se usa más como tranquilizante, para los ataques de pánico y como inductor del sueño. Es un benzodiacepina y, como tal, tiene acción sedante y ansiolítica. A expensas del clonazepam, aumentó también el consumo de antiepilépticos, -explica Laura Raccagni, Coordinadora del Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad de la COFA-. Es importante, sin embargo, que se use por períodos breves, aunque la experiencia como farmacéutica me indica que hay gente que hace 20 años que está medicada con la misma benzodiacepina".

En la misma nota fue consultado el Dr. Marcelo Cetkovich, jefe del Departamento de Psiquiatría de INECO (matrícula 65636), quien dice acerca del clonazepam: Es factible que la mayor parte de su abuso sea por el boca a boca, no hay que olvidar su eficacia para controlar la ansiedad y las preocupaciones. Tal vez el alto nivel de incertidumbre medioambiental que hay en nuestro país influye. Por otro lado, puede tener que ver el hecho que los médicos, cuando hacen la indicación en una situación puntual (ante un accidente, por ejemplo), no sean lo suficientemente enfáticos para explicar que el medicamento debe ser utilizado durante un tiempo acotado". Agrega posteriormente que : "Mas allá del impacto que esto puede tener a la hora de realizar actividades que requieren toda nuestra lucidez como manejar u operar máquinas, el mayor riesgo es la

adicción. Hay una adicción más leve que consiste en simplemente no poder dejar de tomar el medicamento en una dosis fija. Hay otra variante más severa, en la cual se desarrolla tolerancia y dependencia y la persona necesita subir la dosis para lograr el mismo efecto".

Se menciona una investigación realizada por Sedronar (Observatorio Argentino de Drogas, 2007) donde se comprueba que hay un aumento significativo del consumo indebido de psicofármacos en la población general, fenómeno que ha sido bautizado como "medicalización de la vida cotidiana". En su denominación específica el psicotrópico utilizado no como remedio con un fin médico específico, sino como un atenuante de la vida cotidiana sin prescripción médica, ha pasado de la categoría de remedio a la pastilla para consumo cotidiano. Se puede decir entonces que el resultado cuantitativo de este estudio comprueba si existe un aumento en el consumo de psicofármacos sin prescripción médica. Y en su aspecto cualitativo se ha podido hacer una exploración de la percepción que tienen las personas sobre el consumo de psicofármacos; arrojó como resultado que en el imaginario de las ellas el consumo de este tipo de drogas es algo corriente y habitual para aliviar situaciones negativas de la vida cotidiana, sin considerar los daños que pueden ocasionar para la salud.

Es con evidencia comprobable el crecimiento de la automedicación de psicofármacos puntualmente el de BZD.

Se relaciona lo expuesto con un estudio más actual realizado por el Observatorio Argentino de Drogas (Sedronar, 2017) donde se encuestaron a 2.902.921 personas con el objetivo de sondear sobre la automedicación y ésta misma en relación a el género. Allí se refleja que el uso de tranquilizantes ó ansiolíticos en un 78% de los casos fue bajo receta médica; el 20,3% consumió alguna vez por su cuenta y sin receta médica; y el 0,9% reconoció que consumió en Principio con receta médica y luego consumió por su cuenta.

Es de destacar que dentro del género femenino el uso de BZD bajo receta médica es del 84,7%, mientras que en el género masculino esta categoría engloba al 67,7%. Esto indica que hay un consumo responsable de este psicofármaco más prevalente en mujeres que en varones.

1.2.2 – Benzodiacepina

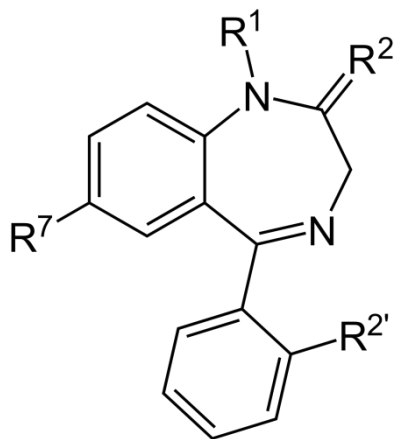
Composición química, farmacodinamia, farmacocinética, diagnósticos, tratamientos, uso indebido

Según (Ariana, González Viña, & Peña Machado, 2003) las benzodiacepinas son un grupo de fármacos psicotrópicos, que imparten un grado de seguridad que ha motivado el desplazamiento

de los fármacos más antiguos para el tratamiento del insomnio y la ansiedad, aunque por sus propiedades farmacológicas y sus dianas de acción se los considera además fármacos, anticonvulsivantes y miorelajantes. Estos cuatro componentes de su efecto aparecen en una proporción distinta, lo que determina el perfil de acción de cada medicamento. Las probabilidades terapéuticas de las benzodiacepinas están relacionadas con sus acciones farmacológicas, mecanismos y farmacocinética. Estos fármacos son una herramienta valiosa, pero deben tenerse en cuenta efectos adversos.

Composición Química

La composición química de las BDZ (Díaz-Peñaloza, 2017) está compuesta por un anillo de benceno (*Benzo*) unido a otro anillo de siete miembros heterocíclicos llamado diazepina (*diazepina*). De esta estructura química recibe su nombre.



Mecanismo de acción

Para definir a las BDZ (Goodman, Nies, & Palmer, 1996) se debe considerar que son medicamentos psicotrópicos (sustancia natural o sintética que influencia las funciones químicas por su acción sobre el sistema nervioso central) que poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorelajantes y anticonvulsivantes; por ello, estos fármacos son los más utilizados para tratar la ansiedad, el insomnio y otros estados afectivos (8).

Casi todos los efectos de las BDZ (Castro Sierra, Ponce de León, Gordillo Dominguez, & Portugal River, 2007) se producen, virtualmente, por sus acciones en el sistema nervioso central (SNC). El ácido gamma amino butírico (GABA) es el principal neurotransmisor inhibitorio del SNC. Las BDZ interactúan con estos receptores, generando cambios en la permeabilidad de los iones de cloro con el consiguiente potencial pos sináptico inhibitorio, es decir, una hiperpolarización que

lleva el potencial de membrana a valores más negativos, alejándolo del umbral, y disminuyendo de esta manera, la excitabilidad neuronal.

Las BZD actúan solamente sobre los receptores GABA_A que contienen la subunidad G (transportan información desde el receptor hasta las proteínas efectoras). Las BZD cumplen la función de aumentar la afinidad del GABA por su receptor y la frecuencia de apertura del canal de cloro, pero no modifica la conductancia del mismo ni el tiempo de apertura del canal.

Estudios electro farmacológicos muestran que la región más sensible a la acción de las BZD es el sistema límbico (hipocampo y la amígdala). Deprimen tanto la actividad neuronal basal como su capacidad de respuesta frente a la estimulación eléctrica. Esta acción se diferencia de la ejercida por barbitúricos y otros hipnóticos, los cuales ejercen su acción más generalizada en la formación reticular (10).

Todas las BZD poseen el mismo mecanismo de acción y los efectos adversos suelen ser similares; sin embargo, difieren marcadamente en sus características farmacocinéticas lo cual marca la diferencia en la prescripción de alguna BZD específica para combatir cuadros ansiosos específicos.

Farmacocinética

Absorción

La mayoría de las BDZ según (Goodman, Nies, & Palmer, 1996) ingieren por vía oral, y sin alimentación previa. Si la administración oral es posterior a la ingesta de alimentos, la absorción se retrasa, pero el efecto no disminuye. El equilibrio entre el plasma y el cerebro se alcanza rápidamente ya que todas las BZD son suficientemente liposolubles y atraviesan la barrera hematoencefálica, por lo que en dosis única, el comienzo del efecto y el tiempo máximo de duración dependen de la velocidad de absorción.

La vía intramuscular también es de elección en algunos tipos de BDZ, aunque muchas veces es errática y lenta, probablemente por concentrarse en el tejido adiposo. En general se acepta que deben administrarse en músculos como el deltoides o el glúteo mayor, los cuales evitan el tejido adiposo y presentan mayor vascularización de la zona.

Por vía intravenosa (IV), las BZD se administran con frecuencia para la sedación pre-anestésica (midazolam) y para el tratamiento de las convulsiones (lorazepam y diazepam).

Vida Media

Según se describe en Quesada & Rey de Castro Mujica, 2003 el tiempo de vida media es una característica importante, ayuda en la selección de la BZD para su uso clínico, y está relacionado

con los efectos adversos. Acerca de la clasificación de las BZD, se pueden dividir en cuatro grupos según el tiempo de eliminación plasmática:

1. BZD de duración ultracorta - menos de 6 hrs.
2. BZD de duración corta - menos de 12 hrs.
3. BZD de duración intermedia - entre 12 y 24 hrs.
4. BZD de duración prolongada - mayor de 24 hrs.

Tabla 1. Según Quesada & Rey de Castro Mujica se pueden clasificar las BZD:

<u>FARMACO</u>	<u>VIDA MEDIA</u>	<u>PRINCIPALES USOS CLINICOS</u>
Midazolam	Ultracorta	Hipnótico, pre anestésico
Alprazolam	Ultracorta	Ansiolítico
Lorazepam	Corta	Ansiolítico, anticonvulsivante
Clonazepam	Intermedia	Ansiolítico, anticonvulsivante
Diazepam	Prolongada	Ansiolítico, anticonvulsivante

Distribución

Se unen en elevada proporción (90%) al sitio II de la albúmina humana pero su elevado volumen de distribución hace que su desplazamiento de las proteínas no tenga consecuencias prácticas salvo en ocasiones especiales como en la insuficiencia renal y quemados.

Metabolismo

Estos fármacos se metabolizan a nivel microsomal hepático por oxidación, desalquilación e hidroxilación. Después son conjugados con glucurónico o sulfato y posteriormente eliminados por el riñón. A veces los metabolitos hidroxilados y desalquilados son muy activos, algunos de ellos con vidas medias superiores a las del fármaco original.

Excreción

La excreción del grupo de BDZ es fundamentalmente renal (90%) y un 10% por heces.

Usos

Las BDZ poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorrelajantes y anticonvulsivantes; por ello, estos fármacos son los más utilizados para tratar la ansiedad, el insomnio y otros estados afectivos. Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en la atención primaria de la salud (APS), y representan uno de los principales problemas de salud en la comunidad.

Las BDZ también reducen el miedo, la ansiedad y producen euforia. Esto explica el potencial de abuso de estas drogas con su empleo excesivo, que culmina con la dependencia física del fármaco.

Propiedades farmacológicas

Efecto ansiolítico: La ansiedad es el síntoma psiquiátrico más frecuente, y uno de los trastornos más comunes que enfrenta el médico general. Suele presentarse como parte de un gran número de síndromes psiquiátricos, en especial los depresivos, y acompaña al menos algunos aspectos de la mayoría de las vidas normales, además de servir como estímulo eficaz para lograr mejor desempeño. Las BDZ dominan el campo de los trastornos de ansiedad, por lo que se recomiendan las BDZ de acción prolongada.

Efecto hipnótico: Las BDZ disminuyen el tiempo de latencia para el inicio del dormir y reducen el número de despertares nocturnos. Se sabe además que alteran la arquitectura normal del sueño, disminuyendo la fase profunda N3 del sueño NO REM y aumentan la fase N2 de sueño NOREM. Prolongan la latencia para el primer ciclo de sueño profundo en fase REM, sin modificar su cantidad.

La tolerancia al efecto de las BDZ suele aparecer después de 1 a 2 meses de iniciado el tratamiento. La supresión brusca de ellas, puede provocar un insomnio de rebote, el que generalmente suele ser más intenso cuando las BDZ utilizadas son de vida media corta

Las necesidades de sueño varían entre los individuos y tienden a disminuir con la edad. Los adultos duermen menos que los niños, y los varones duermen menos que las mujeres. En los pacientes ancianos existen patrones polifásicos (sesiones múltiples de sueño por el día), sin afectar el estado de vigilia diurno. Las circunstancias que pueden interferir con el sueño pueden ser numerosas, tornándose difícil el tratamiento y a menudo es necesario individualizarlo.

La mayor parte de las BDZ provocan acciones muy similares sobre el sueño sin variaciones significativas en su eficacia. Causan una sensación de sueño profundo y reparador. En general, se pueden decir que disminuyen la latencia del sueño y el número de despertares, por lo que aumentan el tiempo total del sueño.

Los medicamentos hipnóticos encuentran su aplicación ideal en pacientes con insomnio de inicio reciente, los fármacos de elección en estos casos son las BDZ de acción corta.

Un agente hipnótico ideal sería aquel que inicia su acción con rapidez a la hora de dormir, que tenga una acción sostenida, para facilitar el sueño toda la noche, y ninguna acción residual a la mañana siguiente.

La mayoría de los pacientes que ingieren de manera crónica BDZ informan que la somnolencia desaparece en un plazo de unos cuantos días. Sin embargo, el desarrollo de tolerancia a los efectos ansiolíticos de las BDZ es motivo de discusión. El incremento o disminución de la dosificación parece corresponder con los cambios en los problemas o las tensiones; incrementar constantemente la dosis, sin motivo evidente, se puede acompañar de una dependencia progresiva del fármaco.

Efecto Anticonvulsivante: Poseen acción anticonvulsivante generalizada, son útiles frente a convulsiones provocadas por agentes tóxicos, convulsiones febriles, síndrome de abstinencia al alcohol y barbitúricos. Algunas como el diazepam son eficaces en determinados tipos de epilepsia, específicamente en las crisis de ausencias y para revertir el estado epiléptico. Para esta acción se requieren altas concentraciones cerebrales (diazepam muy liposoluble). Su eficacia es similar a la de los barbitúricos, pero al tener un índice terapéutico más favorable su empleo es más seguro.

Efecto Miorelajante: Poseen propiedades relajantes sobre los músculos, por lo que son útiles en el control de espasmos musculares como en el caso del tétanos, otros trastornos espásticos, así como en la disfunción temporomandibular, debido a que provoca relajación de la musculatura esquelética en estados distónicos, discinéticos, hipertónicos y espásticos. Esta acción la ejercen sobre el sistema nervioso central (no en la placa neuromuscular ni el músculo esquelético). (14)

Efectos adversos

Son fármacos relativamente seguros. Las dosis hipnóticas de BDZ, cuando alcanzan sus concentraciones máximas, producen grados variables de aturdimiento, laxitud, incremento del tiempo de reacción, incoordinación motora, caídas accidentales en acianos, etc.

Se puede presentar abuso y dependencia con el empleo crónico, generalmente en pacientes con patrón de adicción a sustancias múltiples. Los alcohólicos, por ejemplo, tienen una tolerancia cruzada con los tranquilizantes, por lo que para producir efectos ansiolíticos serían necesarias altas dosis.

La sobredosificación de BDZ generalmente se manifiesta por diferentes grados de depresión del SNC, que va desde la somnolencia hasta el coma. Las BDZ son las sustancias que más se usan en un intento suicidio. La inmensa mayoría de los suicidas no ponen en peligro su vida; en cambio, los niños son particularmente sensibles.

Dosis terapéuticas pueden deprimir la respiración en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o apnea obstructiva del sueño. Se ha comprobado también que grandes dosis ingeridas justo antes del trabajo de parto o durante el mismo causan hipotermia, hipotonía y depresión respiratoria leve en el neonato. El abuso por parte de la embarazada puede causar síndrome de abstinencia en el neonato.

Uso indebido, Automedicación

En 1987, la Asamblea General de la ONU decidió establecer el día 26 de junio de cada año como el Día Internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, Resolución 42/112 de 1987, ONU .

El uso indebido de drogas es uno de los veinte principales factores de riesgo para la salud a nivel mundial y uno de los diez más importantes en los países desarrollados. Los problemas derivados del consumo de drogas se asocian con el riesgo, cada vez mayor, de que aparezcan otros problemas de salud como el VIH/SIDA, la hepatitis, la tuberculosis, el suicidio, la muerte por sobredosis y las enfermedades cardiovasculares.

Es importante diferenciar tres términos sumamente estrechos entre sí pero distintos en su connotación y posterior abordaje: USO, ABUSO y DEPENDENCIA.

Para entender lo que se desarrolla citaremos: (Haddad, Deakin, & Dursun, 2004) y (Allison & Pratt, 2003).

Uso: Entendemos por uso aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

Abuso: Entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

Dependencia: Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, podemos entender la dependencia como aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse así en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas y/o a recuperarse de sus efectos.

El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones:

1. **Dependencia física:** En este caso el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga.
2. **Dependencia psíquica:** Compulsión por consumir periódicamente la droga de que se trate, para experimentar un estado “agradable” (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o librarse de un estado “desagradable” (aburrimiento, timidez, estrés, etc.).

El uso prolongado de BDZ, aun en dosis adecuadas, puede causar dependencia psíquica, física, tolerancia y síndrome de abstinencia. La dependencia puede ser tanto psicológica como física o una combinación de ambas.

Se desarrolla tolerancia a los efectos miorrelajantes, anticonvulsivos e inductores del sueño de las benzodiacepinas. Ante la suspensión se produce un síndrome de abstinencia. Eso puede llevar a que las benzodiacepinas se consuman por más tiempo del previsto, ya que la gente tiende a continuar tomando la medicina por un periodo más prolongado para suprimir los síntomas de abstinencia. Algunas personas abusan de los benzodiacepinas con dosis muy altas y dedican mucho tiempo a esto, satisfaciendo de este modo el criterio de diagnóstico del DSM IV abuso y dependencia de sustancias. Otro grupo de personas incluye aquellos que consumen dosis terapéuticas entre bajas y moderadas, no abusan de las benzodiacepinas, pero desarrollan tolerancia y dependencia de las benzodiacepinas. Una cantidad considerable de individuos que toman benzodiacepinas para el insomnio aumentan su dosis, a veces por encima de los niveles recetados terapéuticamente. La tolerancia al efecto ansiolítico de las benzodiacepinas ha sido claramente demostrada en ratas. En humanos, hay poca evidencia que demuestren que las benzodiacepinas conserven sus efectos contra la ansiedad luego de cuatro meses de tratamiento continuo; y hay evidencia que sugiere que el consumo a largo plazo de las benzodiacepinas puede en realidad empeorar la ansiedad, lo cual a su vez lleva a un aumento de la dosis, existiendo un estudio que descubrió que el 25% de los pacientes aumenta su dosis. Algunos autores, sin embargo, consideran a las benzodiacepinas efectivas a largo plazo, pero es más posible que el medicamento esté actuando para prevenir la ansiedad de rebote causada por la abstinencia. La tolerancia a los efectos anticonvulsivos y miorrelajantes de las benzodiacepinas ocurren en pocas semanas en la mayoría de los pacientes.

1.3- Objetivos:

General:

Determinar la prevalencia de automedicación de Benzodiacepina en trabajadores de Refinería La Plata.

Específicos:

Estimar consumo de benzodiacepina según:

- a. Modalidad de trabajo.
- b. Sexo.
- c. Motivaciones para el consumo.
- d. Formas de obtención de Benzodiacepina.

2 DESARROLLO

2.1 Materiales y Métodos

- Se realizó un estudio descriptivo transversal para un diagnóstico sobre el autoconsumo de Benzodiazepinas en los trabajadores de la Refinería La Plata.
- Población: Trabajadores de Refinería La Plata
- Muestra: Tamaño de muestra automedicación

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional

Tamaño poblacional:	1106
Proporción esperada:	50,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Precisión (%) Tamaño de muestra

-----	-----
5,000	286

- Se realizó un muestreo aleatorio simple en función del listado de trabajadores de la planta.
- **Variables:** Variable principal Automedicación de Benzodiazepina.
- **Dimensiones:**

1-Modalidad de trabajo.

2- Sexo.

3- Forma de obtención de Benzodiazepina.

4- Motivaciones para el consumo.

- **Procedimientos para la recolección de los datos:**

Se aplicó una encuesta estructurada de 8 preguntas según Anexo.

Consideraciones Éticas

En todos los casos se le explicó el objetivo de la encuesta y se le solicitó el consentimiento a los trabajadores para su realización garantizando el anonimato de la respuesta.

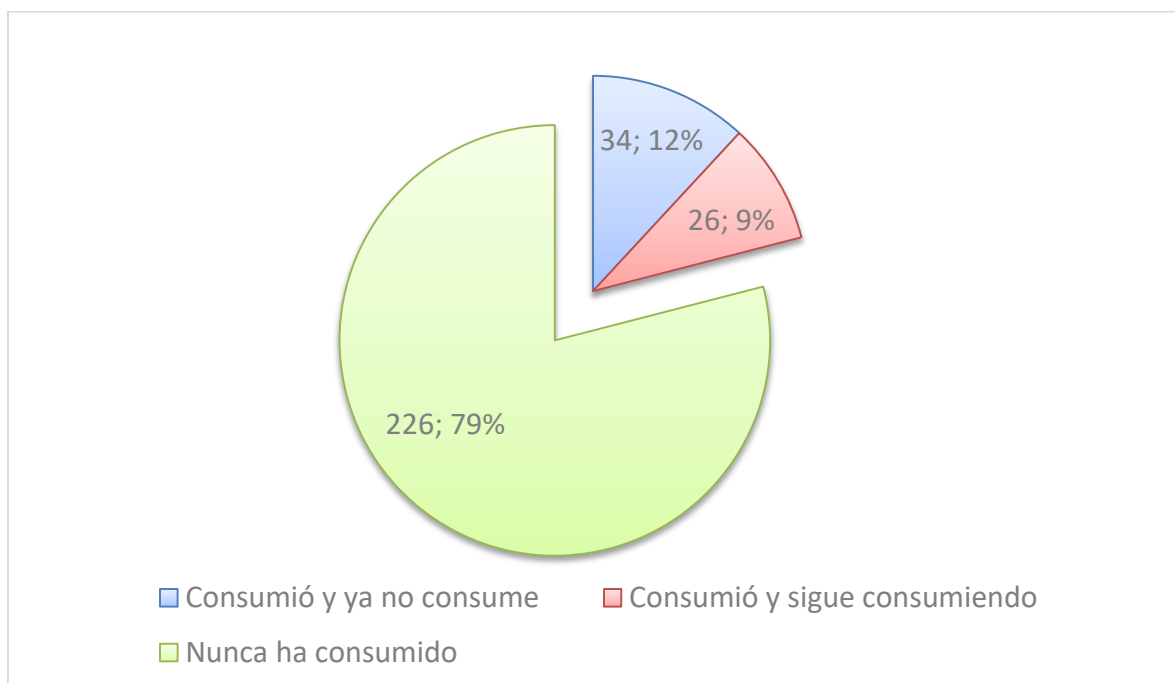
Procedimientos para el análisis e interpretación de la información

Se construyó una matriz de datos con la información recolectada de la encuesta y se procesó con el programa SPSS versión 20. Se calculó proporciones y se relacionó las variables mediante tablas de contingencia. Se aplicó el test Chi cuadrado para probar la dependencia o no entre las variables cualitativas, con un nivel de significación $\alpha = 0,05$

2.2 Resultados

Al indagar sobre el consumo de BDZ en 289 personas encontramos que 226 trabajadores (79%) manifestaron que no consumía benzodiacepina, sin embargo 60 trabajadores (21%) de una forma u otra consumieron benzodiacepina. Profundizando sobre los consumidores de BDZ encontramos que solo 26 personas (9%) Consumió y sigue consumiendo y que 34 (12%) Consumió y ya no consume. (Grafico1)

Gráfico 1: Consumo de Benzodiacepina



Dentro del género femenino nunca han consumido BZD 36 mujeres (72%); que han consumido y ya no consumen 10 (20%); y que consumió y sigue consumiendo solo 4 (8%).

(Grafico 2).

Cuando observamos dentro del género masculino el consumo de BZD se manifiesta que 190 personas nunca han consumido BZD (81%); que Consumieron y ya no consumen 24 (10%); y que Consumen y siguen consumiendo son 22 personas (9%). (Gráfico 3)

Al relacionar el consumo según género se observó que los porcentajes de consumo se comportaron sin diferencia significativa.

Gráfico 2

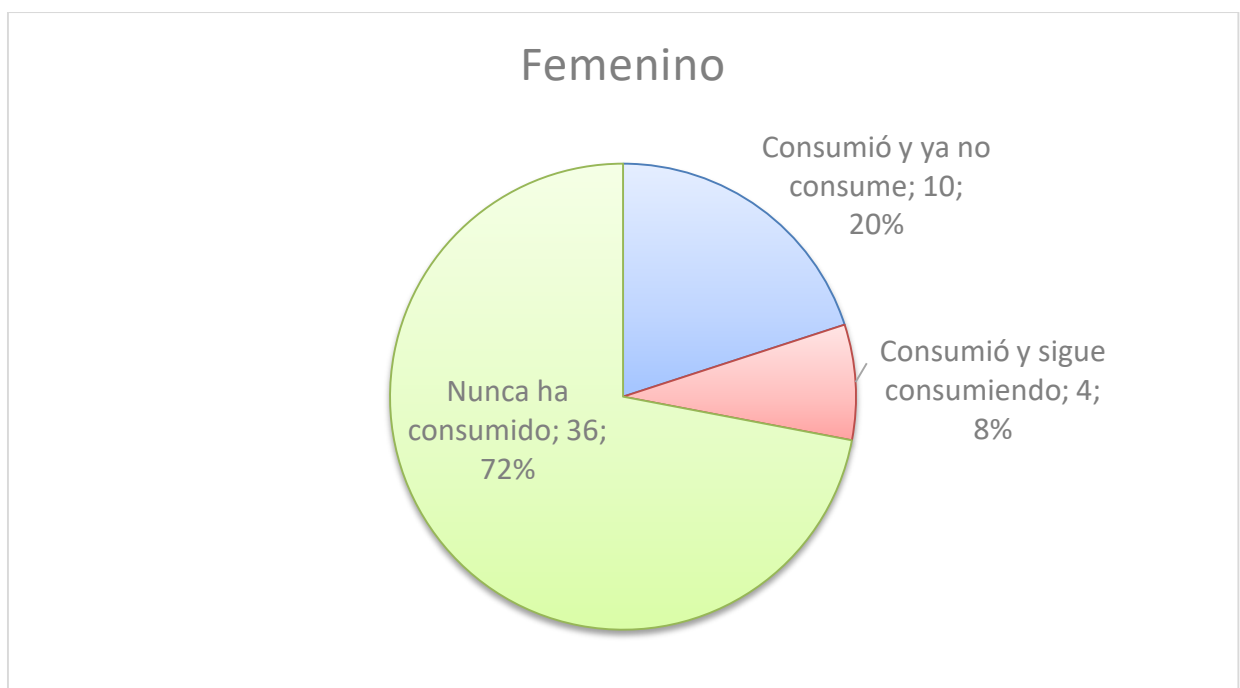
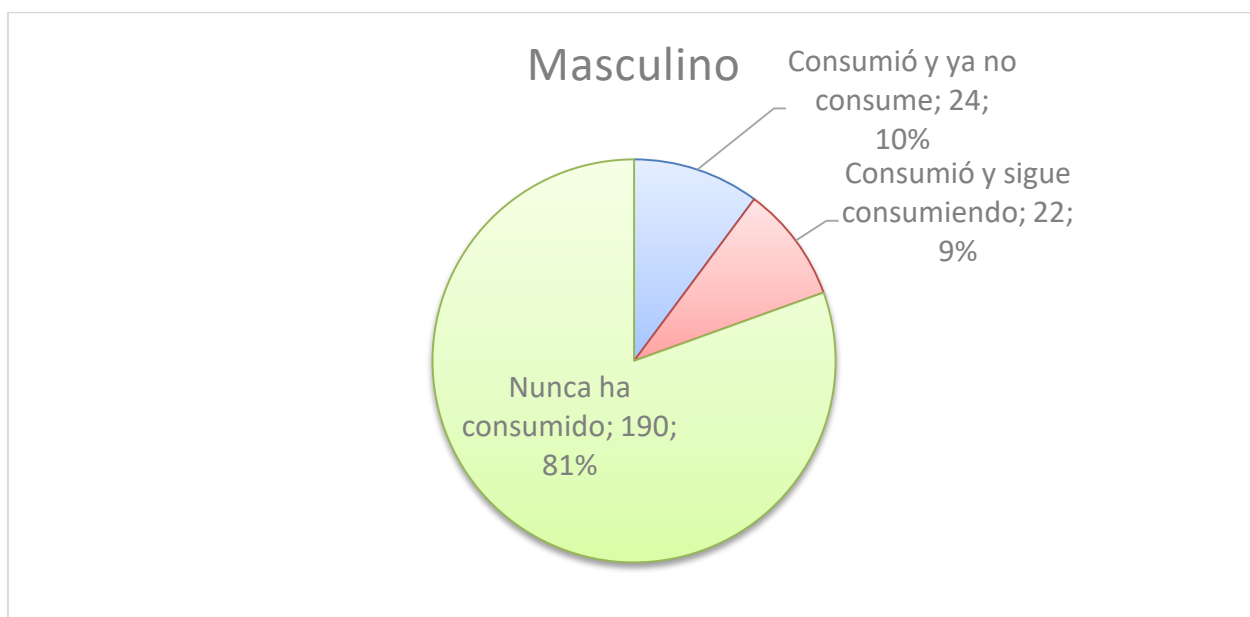


Gráfico 3



Al aplicar el test ji cuadrado para comprobar el consumo de benzodiazepina según sexo se constató que había un comportamiento homogéneo ($p=0,18$).

Homogeneidad de consumo según sexo: Ji cuadrado=3,8 gl=2 $p=0,18$.

En relación a los turnos diurnos y rotativos identificamos lo siguiente:

Del total del personal que cumple turnos diurnos (144) los que no consumieron BZD son unas 118 personas (82%); los que han consumido y ya no consumen son 16 que corresponden al 11% y los que consumieron y siguen consumiendo son 10 trabajadores que corresponden al 7%.

(Gráfico 4).

Del grupo de personas encuestadas que realizan turnos rotativos (142) los que no consumen BZD son 108 (76%); los que consumieron y ya no consumen 18 (13%); y los que consumen y siguen consumiendo son 16 personas (11%). (Gráfico 5).

Al aplicar el test ji cuadrado para comprobar el consumo de benzodiazepina según turno de trabajo se constató que había un comportamiento homogéneo de la variable. ($p=0,38$).

Ji cuadrado=1,9 gl=2 $p=0,38$. Es decir que no hay disparidad del uso de BZD en las diferentes modalidades de trabajo.

Gráfico 4: Consumo turno diurno

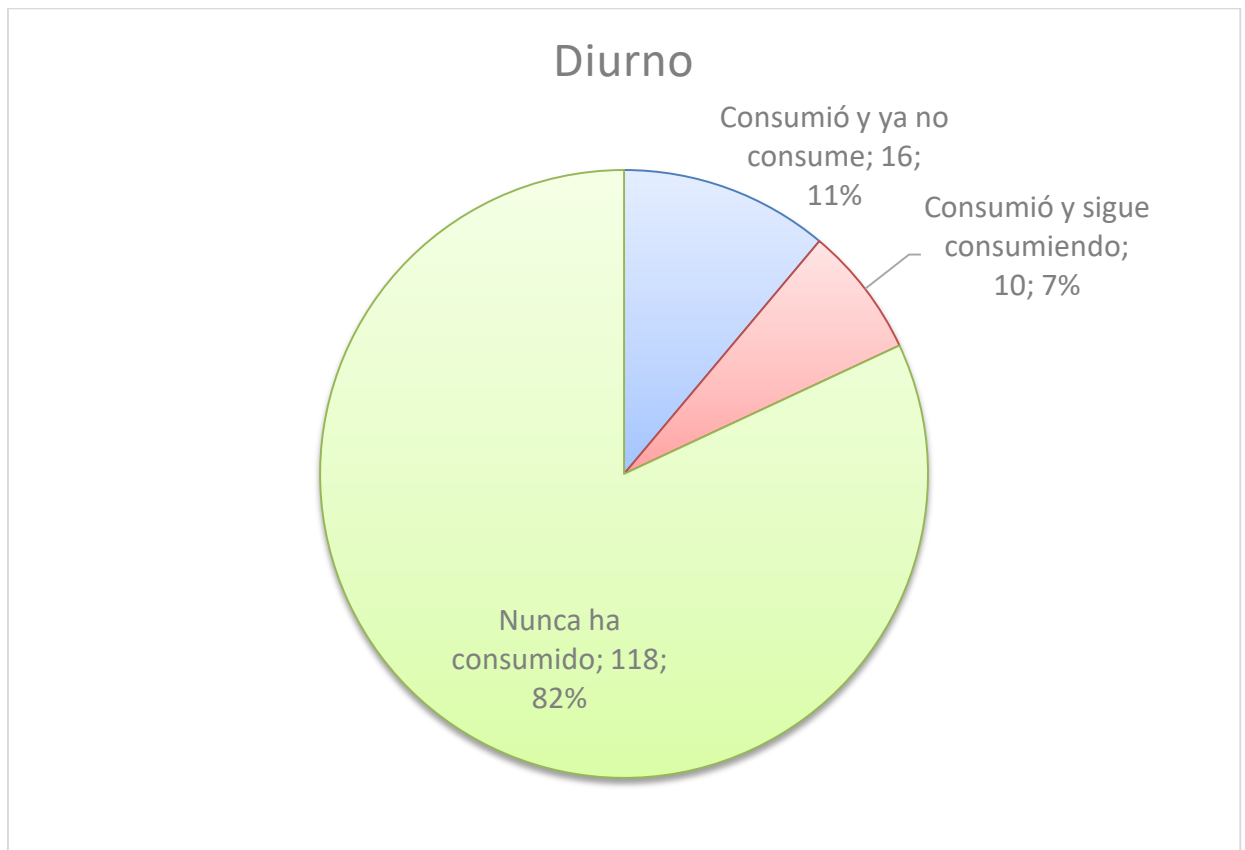
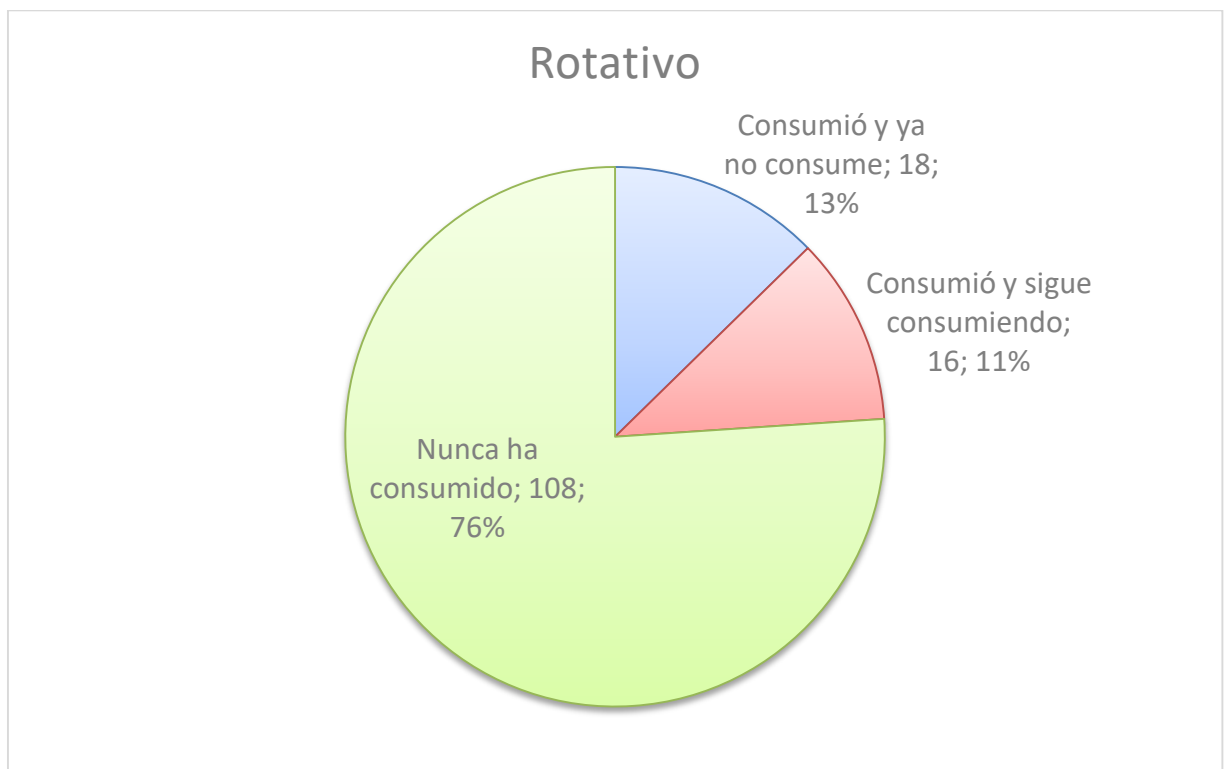
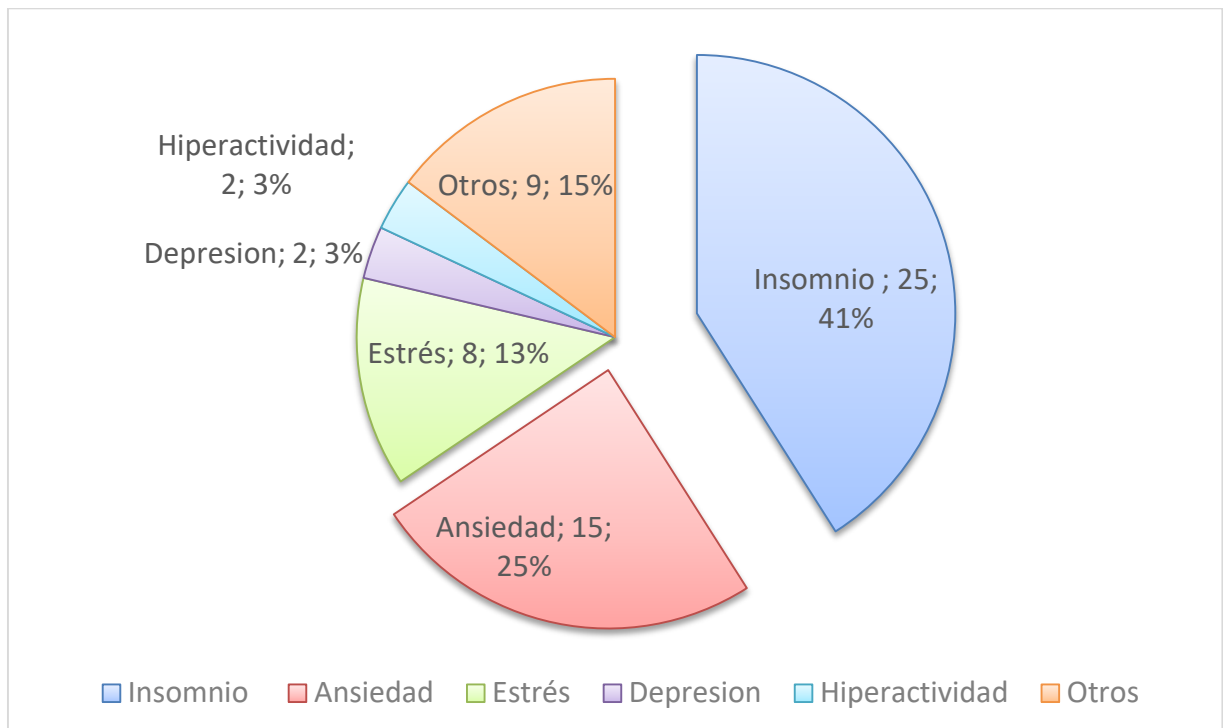


Gráfico 5: Consumo turno rotativo



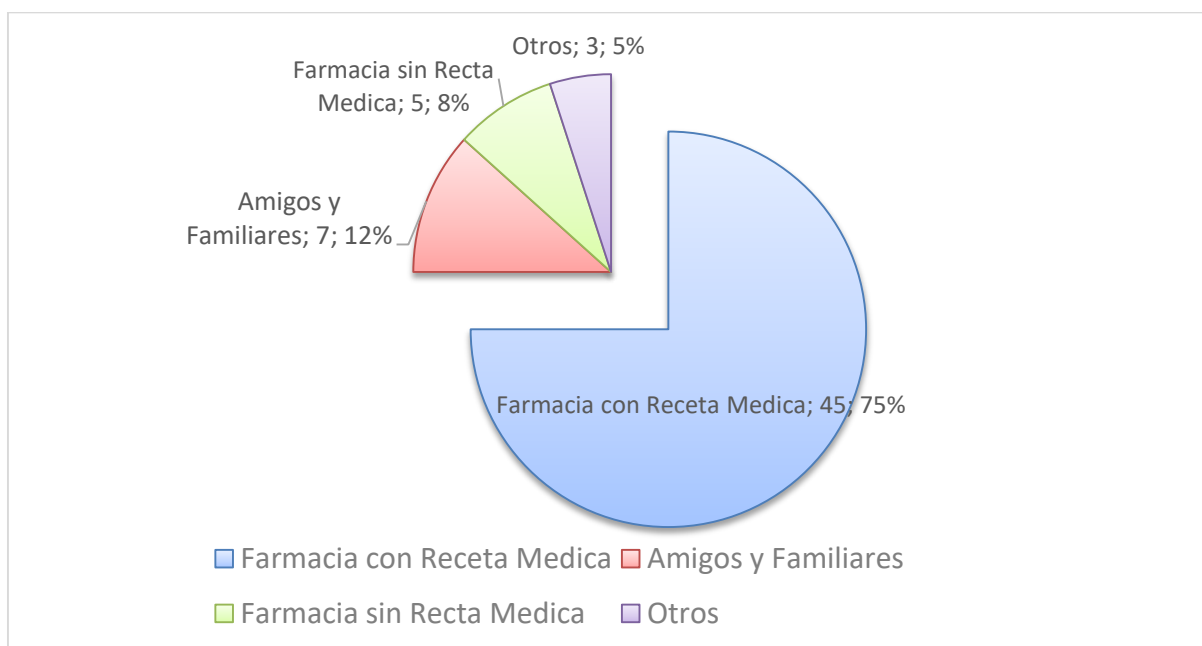
Al analizar los motivos que pudieran impulsar el consumo de éste psicotrópico observamos que los de mayor porcentaje fueron: Insomnio con 25 personas (41%) y Ansiedad 15 (25%), ambos motivos de Consumo de BZD llegan al 66%; esto podría ser una manifestación posible de transmisión de información derivada de otras personas que han recibido tratamiento con signos y síntomas similares. (ver gráfico 6 y 7)

Gráfico 6: Motivación para el Consumo



Del total de las 60 personas que consumen y/o consumieron BZD se puede distinguir que: 45 trabajadores que corresponden al 75% tienen o han tenido un consumo con receta médica; mientras que 15 personas que corresponden al 25% no lo han hecho a través de consulta médica. Se comprobó que no todas las personas tuvieron un consumo responsable, en algunos casos fueron recomendados y brindados por familia y amistades; mientras que en otros casos la obtención sin receta fue en farmacias.

Gráfico 7: Obtención de las Benzodiacepinas



3- CONCLUSIONES

Al realizar este diagnóstico se puede concluir que de 289 trabajadores de Refinería La Plata encuestados solo el 9% (26 personas) actualmente consume BDZ y que el 12% (34) han consumido y ya no consumen; el 79 % (226) no consumen ni han consumido. Esto indica el consumo de BZD no es prevalente en esta población.

Cuando ahondamos en la automedicación consumo de este psicofármaco nos encontramos con que el 75% de las personas que consumen BZD lo hacen bajo prescripción médica, el restante 25% la obtienen sin indicación ni seguimiento médico. La Sedronar en el 2017 publica que en la población general el consumo de BZD sin prescripción médica es del 21,1 % teniendo en cuenta además a los que inician un tratamiento profesional y luego lo abandonan. Si se relacionan estos datos podríamos decir que los porcentajes obtenidos dentro de la Refinería La Plata son similares a los que se estiman en la población general del territorio argentino.

Al analizar el consumo de BZD según el género masculino- femenino dentro de la Refinería se ha podido determinar que los porcentajes de consumo se comportaron sin diferencia significativa entre ellos. Sin embargo, en lo mencionado por el estudio realizado por la Sedronar en el 2017 en la población argentina en general se evidenció mayor un consumo responsable en mujeres

(84,7%) que en los varones (67,7%). Podríamos decir que dentro del género femenino existe una mayor percepción del riesgo que existe sobre la automedicación con BZD.

En cuanto a el consumo según la modalidad de trabajo rotativo- diurno tampoco se han obtenido diferencias en cuanto al consumo de esta medicación y esto sí es un dato de valor ya que muchas veces se asocia desde lo imaginario el consumo de BZD con el cambio de horarios de descanso, se podría desmitificar así algunos dichos que no tienen fundamento.

Todos los datos obtenidos hasta el momento permiten saber el estado actual de la automedicación de BZD dentro de esta población trabajadora. Ya siendo conocidos se podrán implementar acciones de sensibilización y capacitación orientadas a resaltar la importancia de no hacer uso por cuenta propia de los mismos y la necesidad de consulta profesional frente al consumo o potencial consumo del psicofármaco. Es indispensable para los que trabajamos en salud planificar acciones de prevención sobre los riesgos de salud y seguridad dentro del ámbito laboral.

Bibliografía

(s.f.).

Ruiz-Sternberg,, Á. M., & Pérez Acosta, A. M. (2011). Automedicación y términos relacionados:.. *Ciencias de la Salud*, 83-97.

Allison, C., & Pratt, J. A. (2003). Neuroadaptive processes in GABAergic and glutamatergic systems in benzodiazepine dependence. *Pharmacol.*

Amoroso, C. (11/08/2018). La Argensiolítica. *Clarín*.

Ariana, F. G., González Viña, A., & Peña Machado, M. d. (2003). Bases científicas para el uso de las benzodiazepinas. *Revista Cubana de Medicina general Integral*.

Baos , V. (2000). Estrategias para reducir los riesgos de la Automedicación. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*(26), 147-152.

Castro Sierra, E., Ponce de León, F. C., Gordillo Dominguez, L. F., & Portugal River, A. (2007). Neurotransmisores del Sistema Límbico. *Salud Mental*.

Díaz-Peñaloza, M. (2017). *Las benzodiacepinas y sus efectos sobre la ansiedad*. Lima.

Goodman, A. G., Nies, A. S., & Palmer, t. (1996). *Las bases farmacológicas de la Terapéutica*. México: Panamericana.

Haddad, P., Deakin, B., & Dursun, S. (2004). Benzodiazepine dependence». Adverse Syndromes and Psychiatric Drugs. *A clinical guide*. Oxford University.

Laurence , L., Bruce , A., & Björn , C. (2018). *Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica*. México.

Observatorio Argentino de Drogas. (2007). *Medicalización de la Vida Cotidiana*. Buenos Aires: Sedronar.

Psiquiatría, A. E. (1952). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

Quesada, G. M., & Rey de Castro Mujica, J. (2003). Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Medicina Hereditaria*.

Sedronar. (2017). *Consumo de Psicofármacos*. Buenos Aires.