

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON DEPENDENCIA A LAS BENZODIACEPINAS

2024 Médico residente de tercer año: Médico Arteaga Rojas Edgar Abad



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y Posgrado

Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas

Tesis

Que como parte de los requisitos
para la obtención del Diploma de

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILAR

Presenta:

Médico General Edgar Abad Arteaga Rojas.

Dirigido por:

Médico Especialista en Medicina Familiar Óscar Eduardo Durán Castillo

Colaborador:

Médico Especialista en Medicina Familiar Erasto Carballo Santander

Querétaro, Qro. 2024.

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y Posgrado

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON DEPENDENCIA A LAS BENZODIACEPINAS

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtención del Diploma en Especialidad de
Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Edgar Abad Arteaga Rojas.

Dirigido por:

Médico Especialista Oscar Eduardo Duran Castillo

Colaborador:

Médico Especialista Erasto Carballo Santander

Med. Esp. Oscar Eduardo Duran Castillo.
Presidente.

Med. Esp. Erasto Carballo Santander.
Secretario.

Med. Esp. Santiago Herrera Ortiz.
Vocal.

Med. Esp. Marlet Araceli Rebolledo Gallardo.
Suplente.

Med. Esp. Dzoara Aurora López Sánchez.
Suplente.

Centro Universitario, Querétaro, Qro. Marzo 2024

Resumen

Introducción: El estudio aborda una problemática identificada en la Unidad de Medicina Familiar Número 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Juan del Río, Querétaro, relacionada con el consumo de benzodiazepinas y la dependencia asociada a estas sustancias. **Objetivo:** Obtener información detallada sobre las características sociodemográficas de los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas, con el propósito de sentar un precedente para la posterior elaboración de estrategias de prevención e intervención. Fundamentado en esta necesidad, el estudio se enmarca en una estructura investigativa que contempla un diseño observacional transversal descriptivo. **Materiales y Método:** Se implementa un enfoque cuantitativo para analizar los datos recopilados a través del cuestionario de dependencia para benzodiazepinas (BDEPQ-MX). Este cuestionario se aplicó a pacientes que cumplieron con criterios de inclusión, previa autorización ética y permisos correspondientes. **Resultados:** Se observó que las edades se extendían desde 20 a 96 años. Con una predominancia de pacientes de género femenino (73.1%). El análisis de consumo de benzodiazepinas mostró que el 80.6% de los pacientes consumía estas medicaciones siete veces por semana, reflejando un consumo frecuente y regular. Las dosis más comunes fueron 1/4 de tableta (35.6%) y 1/2 tableta (21.9%). La duración promedio de uso fue de 58.54 meses, con una amplia variabilidad. El nivel de educación de los pacientes fue en un 31.9% secundaria y un 14.4% licenciatura. Con respecto a la actividad laboral, el 41.9% se dedicaba a labores domésticas. Se observó que las patologías más frecuentes fueron diabetes tipo 2 (10.0%), hipertensión arterial (18.8%), y obesidad (10.6%). El motivo de indicación médica para el uso de benzodiazepinas se dividió principalmente en insomnio (40.0%), depresión (8.1%), y trastornos de ansiedad (12.5%). De acuerdo con el Manual de Bdepq-Mx se observó que él, el 16.3% de los pacientes mostraba una dependencia general, el 36.9% tenía una necesidad percibida, y el 46.9% experimentaba efectos placenteros como razón para su

dependencia. **Conclusiones:** Se identificó las características generales de la población en estudio y la magnitud del problema en términos de salud mental y repercusiones sociales, se podrá abordar posteriormente de manera más efectiva esta problemática de salud pública.

Summary

Introduction: The study addresses a problem identified in the Family Medicine Unit Number 7 of the Mexican Social Security Institute in San Juan del Río, Querétaro, related to the consumption of benzodiazepines and the dependence associated with these substances. Objective: Obtain detailed information on the sociodemographic characteristics of patients with benzodiazepine dependence, with the purpose of setting a precedent for the subsequent development of prevention and intervention strategies. Based on this need, the study is framed in a research structure that contemplates a descriptive cross-sectional observational design. Materials and Method: A quantitative approach is implemented to analyze the data collected through the Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ-MX). This questionnaire was applied to patients who met the inclusion criteria, prior ethical authorization and corresponding permissions. Results: It was observed that the ages ranged from 20 to 96 years. With a predominance of female patients (73.1%). The analysis of benzodiazepine consumption showed that 80.6% of patients consumed these medications seven times a week, reflecting frequent and regular consumption. The most common doses were 1/4 tablet (35.6%) and 1/2 tablet (21.9%). The average duration of use was 58.54 months, with wide variability. The education level of the patients was 31.9% secondary school and 14.4% bachelor's degree. Regarding work activity, 41.9% were dedicated to domestic work. It was observed that the most frequent pathologies were type 2 diabetes (10.0%), high blood pressure (18.8%), and obesity (10.6%). The reason for medical indication for the use of benzodiazepines was mainly divided into insomnia (40.0%), depression (8.1%), and anxiety disorders (12.5%). According to the Bdepq-Mx Manual, it was observed that 16.3% of patients showed general dependence, 36.9% had a perceived need, and 46.9% experienced pleasurable effects as a reason for their dependence. Conclusions: The general characteristics of the study population and the magnitude of the problem in terms of mental health and social repercussions were identified; this public health problem can subsequently be addressed more effectively.

Dedicatorias

A mis padres que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me ha ayudado a seguir adelante en los momentos difíciles. A mis hermanos por contar con el apoyo en todo momento para realizar este proyecto. A mis maestros que dedicaron a compartir sus conocimientos en las diferentes asignaturas. A mis compañeras de residencia por contar con su apoyo en específico a mi compañera y amiga Xóchilt. A mis amigos que me apoyaron en este proyecto especialmente a mi amiga Karla y Walter.

Agradecimientos

Ante todo, agradezco a dios por darme siempre fuerzas para continuar ante la adversidad, por guiarme en camino de lo prudente y darme sabiduría para mejorar día a día en mi quehacer profesional.

Al mismo tiempo quiero agradecer sinceramente a mi asesor de tesis Dr. Erasto Carballo Santander, por su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, orientaciones, su manera de trabajar y persistencia, han sido fundamentales.

Él ha inculcado en mí un sentido de la seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podía tener una formación completa.

Los antes mencionado ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con el por todo lo recibido durante el periodo de estos tres años.

ÍNDICE

Resumen	4
Summary	6
Dedicatorias	7
Agradecimientos	7
I.-Justificación	10
II. Antecedentes	13
III. Fundamentación Teórica	14
III.1 Farmacodependencia.....	14
III.1.1. Farmacodependencia a benzodiazepinas	14
III.1.2. Diagnóstico	18
III.1.3. Instrumento de medición para la Farmacodependencia.	19
III.1.4. Instrumento de medición socioeconómico.	21
III.2 Benzodiazepinas.	21
Cuadro 1. Clasificación de benzodiazepina según su vida media plasmática.	26
V. OBJETIVOS	27
V.1 Objetivo general.....	27
V.2 Objetivos específicos	27
VI. Material y métodos o metodología.....	28
VI.1 Población y Muestra	28
VI.5 Método de recolección de datos	30
VI.7 Procesamiento de la información.....	32
VI.8 Consideraciones Éticas.....	33
VI.9 Definición de Variables y Unidades de medida.....	36
VII. RESULTADOS	39
VII.1. Descriptivos sobre Sexo	39
VII. 2. Descriptivo sobre escolaridad	39
VII. 3. Descriptivos sobre Actividad Laboral	41
VII. 4. Nivel Socioeconómico	42
VII. 5. Comorbilidades	43
VII. 6. Tabaquismo	44
VII. 7. Alcoholismo.....	44

VII. 8. Motivo de indicación médica para el uso de BZD	46
VII. 9. Tipo de BZD usada.....	46
VII. 10. Consumo por semana	47
VII. 11. Descriptivo sobre dependencia a la BZD.....	507
VII. 12. Tiempo de uso de benzodiazepinas en meses	508
VII. 13. Descriptivo sobre dependencia a la BZD	50
VIII. Discusión.....	51
IX. Conclusiones	58
X. Propuestas	60
XI. Referencias	61
XII. ANEXOS.....	66
XII.1 Instrumento de Recolección de datos	66
XII.2 Cuestionario de dependencia de benzodiazepinas (BDEPQ-MX)	67
XII.3 Método Graffar - Méndez Castellano (Méndez Castellano y Méndez)	70
XII.4 Consentimiento informado	71

Índice de cuadros

CUADROS	PAGINA
III.2 Benzodiazepinas	
Cuadro 1. Clasificación de benzodiazepina según su vida media plasmática.....	25
VI.9. Definición de Variables y Unidades de medida	
Cuadro 2. Variables	35
VII. Resultados	
Cuadro 1. Descriptivos sobre Sexo.....	39
Cuadro 2. Descriptivo sobre escolaridad	39
Cuadro 3. Descriptivos sobre Actividad Laboral	4140
Cuadro 4. Nivel Socioeconómico.....	42
Cuadro 5. Comorbilidades.....	43
Cuadro 6. Tabaquismo	44
Cuadro 7. Alcoholismo	44
Cuadro 8. Motivo de indicación médica para el uso de BZD.....	46
Cuadro 9. Tipo de BZD usada	46
Cuadro 10. Consumo por semana	47
Cuadro 11. Descriptivo sobre dependencia a la BZD.....	507
Cuadro 12. Tiempo de uso de benzodiazepinas en meses	508
Cuadro 13. Descriptivo sobre dependencia a la BZD	49

I.-Justificación

Durante el tiempo de residencia en la Unidad de Medicina Familiar Número 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en San Juan del Río, Querétaro, se identificó una problemática relacionada con el uso de benzodiazepinas y la dependencia asociada a este tipo de medicamento. Se observó que un aumento en el abuso de las benzodiazepinas consecuentemente ha dado lugar a la aparición de efectos adversos significativos, como la tolerancia y la dependencia.

Ante esta situación, se consideró importante realizar una investigación para poder conocer en detalle el perfil sociodemográfico de los pacientes afectados en la unidad médica. El objetivo es obtener información puntual sobre las características de los pacientes que presentan dependencia a las benzodiazepinas, lo cual, a futuro permitirá diseñar estrategias preventivas y de intervención más efectivas.

Esto se basa en la necesidad de comprender a fondo el fenómeno de la dependencia a las benzodiazepinas en el contexto específico de la Unidad de Medicina Familiar Número 7. Este estudio intenta contribuir a generar conocimiento relevante sobre esta problemática, identificando factores de riesgo, patrones de consumo y perfiles sociodemográficos específicos y contextos particulares de los pacientes con dependencia.

El presente trabajo de investigación adquiere una gran importancia debido a la problemática identificada en la Unidad de Medicina Familiar Número 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en San Juan del Río, Querétaro, relacionada con el uso de benzodiazepinas y la dependencia asociada a estas sustancias. Esta problemática ha adquirido una mayor magnitud en los últimos años, lo cual la vuelve problema de salud pública.

Varios estudios científicos han resaltado la importancia de abordar esta situación. Por ejemplo, Zavala et al. (2018) señalan que las benzodiazepinas son ampliamente prescritas a adultos, y ha generado una problemática que requiere una atención urgente. Además, Oliveira-Friestino et al. (2020) indican que el uso prolongado de benzodiazepinas, tanto con o sin justificación médica, está asociado con enfermedades crónico-degenerativas, generando dependencia, tolerancia y consecuencias fisiopatológicas significativas, como el deterioro cognitivo y un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cognitivas como el Alzheimer.

Se considera necesario individualizar las necesidades de cada paciente y prescribir el medicamento que sea más adecuado para sus condiciones, buscando maximizar los beneficios y minimizar los efectos secundarios y con ello la dependencia. También, se considera fundamental prestar especial atención a aquellos pacientes que han utilizado benzodiazepinas de forma prolongada, valorando una estrategia adecuada para su desprescripción y una retirada gradual de la dosis, con el objetivo de reducir las reacciones adversas y poder evitar un mayor riesgo de deterioro cognitivo y el desarrollo de las enfermedades cognitivas.

Dentro de este contexto, el presente estudio permitirá obtener información sobre el perfil epidemiológico de los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas en la U.M.F. N. °7 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro. Se considera que los resultados del presente trabajo proporcionan una base sólida para el desarrollo de estrategias preventivas, de intervención y de atención más efectivas y personalizadas, ya que al identificar las características generales de la población en estudio y reconocer la magnitud del problema en términos de impacto en la salud mental, las implicaciones económicas para los pacientes y sus familias, así como en el ámbito social e institucional, se podrá abordar de manera más efectiva esta problemática de salud pública.

II. Antecedentes

En el año 2011 se llevó a cabo una investigación en México para evaluar la experiencia subjetiva del consumo de benzodiazepinas en pacientes que acudieron de forma consecutiva al servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF). Para ello, se aplicó El cuestionario de Dependencia a las Benzodiazepinas (BDEPQ) en una adaptación para México (BDEPQ-MX).

El objetivo de esta investigación es evaluar la presencia y grado de dependencia de los pacientes con relación al consumo de benzodiazepinas, independientemente del diagnóstico psiquiátrico por el que acudieron a recibir atención especializada. Esta información permitió conocer la prevalencia de consumo de benzodiazepinas y el nivel de dependencia asociado en la población de estudio.

Esta investigación fue realizada por Fresan y colaboradores en el marco de la importancia de conocer los efectos subjetivos y de dependencia de las benzodiazepinas en la población de México, dado su amplio uso en el país y la preocupación por el abuso y la dependencia que pueden generar. Con esta adaptación del cuestionario BDEPQ para México, se buscó contar con una herramienta específica para la evaluación de la dependencia a las benzodiazepinas en la población mexicana.

III. Fundamentación Teórica

III.1 Farmacodependencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1969 reemplazó el término de toxicomanía por el de farmacodependencia, el cual se define como: estado psíquico o a veces corporal resultante de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por alteraciones del comportamiento de un forma continua o periódica a fin de obtener sus efectos psíquicos, a veces para impedir el mal de la privación. (Velasco, 2018, pp.243-267)

Sin embargo, la farmacodependencia o simplemente dependencia es una forma de adicción derivada del consumo frecuente de fármacos, de cualquier sustancia que sirve para prevenir, curar, aliviar la enfermedad, o para reparar las consecuencias de alguno trastorno conductual ya sea por resultado de los efectos biológicos de una o varias sustancias determinadas, o cuando la persona tiene disminuido el control sobre el consumo de estas. (Zavala et al, 2018, pp.141-145).

Se ha observado que la dependencia es una condición generalmente relacionada a un marco terapéutico, ya que el primer contacto con la sustancia sucede en un contexto clínico y existen factores en abuso y dependencia, el perfil de seguridad de un fármaco depende no sólo de su perfil farmacológico (entiéndase mecanismo de acción, acciones farmacológicas, interacciones, farmacocinética) sino especialmente del uso adecuado el daño o riesgo por cualquier fármaco es obviamente mayor cuando se le utiliza en forma irracional. (Paz et al, 2016, pp.1-8).

III.1.1. Farmacodependencia a benzodiazepinas

Las características de los efectos adversos de las benzodiazepinas son la tolerancia y dependencia; puntos clave para la perpetuación de una prescripción inadecuada y un consumo creciente. Su causa es multifactorial incluye: su rápida acción (incluso al ser comparada con otras alternativas terapéuticas), su fácil acceso (a diferencia de otras terapéuticas), junto a la errónea percepción de la incapacidad

para hacer daño y la minimización de riesgos por parte de prescriptores y usuarios estos aspectos forman parte del problema. El desarrollo de tolerancia y dependencia involucra tanto cambios a nivel de receptor como de señalización post-receptorial el cual no siempre es reversible; estos mecanismos son diferente para cada benzodiazepina y cada persona, ya que interfieren varios factores entre los cuales está la tolerancia individual, el control sobre el consumo y otros que son características como tal de las sustancias activas de las benzodiazepinas ya que sus efectos adversos se incrementan sobre todo con el uso de dosis elevadas, tratamientos prolongados, o en benzodiazepinas con vida media corta. (Artagaveytia et al, 2021, pp,1-4.).

La dependencia a benzodiazepinas produce una adaptación fisiológica del organismo que se presenta por el uso incorrecto y tratamientos largos, al interrumpir su administración puede presentar malestar significativo que induce al paciente a mantener su consumo, esta adaptación es la base biológica para que se produzca la tolerancia, que es una expresión farmacológica por la disminución del efecto de un fármaco tras la acción repetida del mismo, por lo que obliga a incrementar la dosis, por lo que se presentan síntomas de abstinencia, o de retirada al suspender el consumo de las benzodiazepinas. (Domínguez, 2021, pp.14-24).

En la mayoría de los casos, las benzodiazepinas se seleccionan en función de la vida media deseada. Cuánto más larga sea la vida media, más sostenido será el efecto del medicamento. Los medicamentos que son de vida media que se extienden más allá de uno o dos días, como el Clonazepam o diazepam, pueden acumularse y causar efectos secundarios, toxicidad crecientes, por lo que se deben usar con precaución (cualquiera que sea el medicamento elegido), el uso se inicia usando la dosis más baja, con una titulación cuidadosa hasta llegar al efecto deseado pero con la menor carga de efectos adversos. Los efectos adversos son: sedación, pérdida de la memoria, delirio confusional, particularmente en pacientes

con deterioro cognitivo preexistentes e inestabilidad de la marcha. (Scott y Hirst, 2022, pp.1-31).

Los pacientes con síntomas de abstinencia, clínicamente característicos e incluso con dosis bajas a corto plazo y con tan solo 3 semanas de uso muestran tres tipos de síntomas de interrupción de benzodiazepinas (Guina, 2018, pp.1-18):

La recurrencia presenta síntomas para los que se prescribieron originalmente. Los síntomas de rebote son el “reflejo” de los efectos terapéuticos. Los síntomas de abstinencia son idiosincráticos de los tipos de fármacos, y no están presentes antes de que el fármaco concreto se utilizara por primera vez.

Durante la última década es importante mencionar, que el consumo excesivo de benzodiazepinas en los adultos mayores tiene un riesgo particularmente más alto de sufrir resultados adversos ya que tiene factores ya predisponentes que se suman a los efectos adversos de estas provocando visitas a urgencias por presentar caídas con tendencias a fracturas. (Kwtmann, et al., 2022,pp.1-15).

Los pacientes con trastorno por consumo de benzodiazepinas pueden presentar un rango de gravedad, intoxicación aguda o abstinencia, los casos más leves pueden no tener signos aberrantes de toma de medicamentos solo por el uso de benzodiazepinas, con un mínimo de dos síntomas pueden aparecer tras el cese o reducción de un consumo; de los cuales se pueden presentar. (Baza-Buenoa, 2022, pp.539–545).

- Hiperactividad del sistema nervioso autónomo: sudoración, taquicardia >100 por minuto.
- Trastorno por consumo.
- Temblores en las manos.
- Insomnio, náuseas y vómitos.
- Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.

- Agitación psicomotora.
- Ansiedad.

También en ocasiones presenta convulsiones tónico-clónicas generalizadas, malestares clínicamente significativos, deterioro social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. Se observa en pacientes con toma de dosis elevadas, dependencia del alcohol, particularmente con este puede presentar mayor la sedación profunda, depresión respiratoria, también trastorno psiquiátrico o físico, dolor crónico, insomnio crónico y más grave cuando toma benzodiazepinas de vida media corta. (Del Moral y Fernández, 2017).

Las manifestaciones clínicas y los signos típicos de la abstinencia de benzodiazepinas incluyen: (Perales, Alberto, 1998)

- a) Leve de 2 a 3 días: se presenta con ansiedad e insomnio.
- b) Moderado de 2 a 14 días hay: Alteración del sueño e irritabilidad, ansiedad, ataques de pánico, temblor, diaforesis, pobre concentración, náuseas y vómitos, dolor de cabeza, dolor, rigidez muscular.
- c) Grave de 2 a 14 días que corresponde embargo y psicosis.

Los siguientes conceptos deben precisarse:

- a) Dependencia psicológica: ésta provocada por un fármaco, que se experimenta como placentero, asociado a un impulso que lleva al individuo a tomarlo, periódica o continuamente, para experimentar el placer o evitar el malestar.
- b) Dependencia física: estado de adaptación que se presenta por el o la aparición, en diversos grados de trastornos físicos cuando se interrumpe el consumo de la droga.
- c) Síndrome de abstinencia: conjunto de síntomas y signos de naturaleza psíquica y física que surge después de la interrupción del consumo y que son característicos para cada tipo de droga.
- d) Tolerancia metabólica: determinada por la capacidad del hígado para eliminar una droga.

e) Tolerancia farmacodinamia: se desarrolla y se manifiesta a través de una necesidad creciente de consumir mayores dosis para obtener los mismos efectos.

f) Tolerancia cruzada: cuando la tolerancia a una droga produce también tolerancia a otro del mismo tipo o con efectos iguales, por ejemplo, la heroína produce tolerancia cruzada a la morfina y viceversa; el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos de tipo barbitúrico.

g) Neuro adaptación: es un proceso de adaptación neuronal a la presencia de una droga, es decir la sensibilización producida a nivel de la sinapsis en donde se implican los mecanismos de neurotransmisión. (Perales, Alberto, 1998).

III.1.2. Diagnóstico

Los nuevos criterios de diagnóstico DSM-V, de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), han rebajado el umbral para poder efectuar el diagnóstico de trastorno adictivo, la presencia de tan sólo dos síntomas, durante los últimos 6 a 12 meses que pueden tomarse en cuenta dos criterios para hacer el diagnóstico de trastorno por consumo de benzodiazepinas, sin embargo ya es un motivo para iniciar un tratamiento especializado para adicción. (Abad et al, 2017).

a) Consumo excesivo habitual en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado de lo previsto.

b) Deseo persistente o esfuerzos arruinados de abandono o controlar el consumo.

c) Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguirlas, consumirlas y recuperarse de sus efectos.

d) Ansia o poderoso deseo o necesidad de consumir.

e) Consumo recurrente por el cual lleva a incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela y el hogar.

f) El consumo continuado a pesar de sufrir problemas, sociales o interpersonales persistentes, provocados o exacerbados por los efectos.

g) El consumo induce el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

h) La utilización periódica en situaciones en las que provocan riesgo físico.

i) Se prolonga con el gasto a pesar de saber que se sufre un problema físico, psicológico repetido probablemente causado o exacerbado.

j) La tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos: una necesidad de tomar dosis cada vez más elevadas para conseguir el efecto ansiolítico o hipnótico deseado y presentar un efecto notablemente reducido tras la toma prolongada de la misma dosis.

k) Abstinencia: manifestada por los siguientes hechos que son la presencia del síndrome de abstinencia especial y presenta toma de sustancias tranquilizantes o alcohol, para aliviar los síntomas de abstinencia.

Estos criterios no se consideran cumplidos para las personas que toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica. (Abad et al, 2017)

III.1.3. Instrumento de medición para la Farmacodependencia.

El Manual para el Cuestionario de Dependencia de Benzodiazepinas (BDEPQ-MX); Se desarrolló por la necesidad de evaluación para la dependencia a las benzodiazepinas por su uso continuo las medidas existentes de dependencia se centran en los síntomas de abstinencia y no representan pruebas de ello Baillie desarrolló el BDPQ que se resumen en Baillie y Mattick. (Fresán et al, 2021, p.109)

El Cuestionario de Dependencia a Benzodiazepinas en la versión para México (BDEPQ-MX) es un instrumento de auto reporté que consta de 30 reactivos, evaluados con respuestas tipo Likert diseñado para evaluar la experiencia con benzodiazepinas durante el último mes a partir de tres áreas principales: dependencia percibida, efectos placenteros y necesidad percibida por su consumo, en la población psiquiátrica mexicana cuenta un confiabilidad general de 0.95 (alfa

de Cronbach), (0.4) el coeficiente de alfa también se calculó con un índice de consistencia interna de la escala.(Fresán et al, 2021, p.109)

El Cuestionario de BDEPQ-MX su valor es de 23 puntos con un máximo de sensibilidad y especificidad estable con un poder de predicción a 0.08. La interpretación de los valores en la relación con la muestra de desarrollo puede lograrse mediante comparación de puntuaciones.

En general las puntuaciones más altas se asocian con un mayor riesgo de abstinencia en el futuro síntomas de uso continuo de benzodiazepinas y es más probable que estén asociados con diagnósticos positivos de dependencia de benzodiazepinas. La siguiente describe cómo calcular una puntuación total y puntuaciones en las tres escalas. (Fresán et al, 2021)

1. Califique los elementos de la siguiente manera (las etiquetas de anclaje se omiten a continuación)

Interpretación

A. Una califique la mayoría de los elementos como (0) (1) (2) (3).

B. excepto los ítems 2, 5, 6, 9, 12, 16,17 y 23 que están invertidos.

Puntaje (3) (2) (1) (0)

C. Califique la segunda parte (b) de los (ítems 10a y b, 18a y b, 20 a y b, 21 a y b) como 0 o si la primera parte (a) se puntúa con (0)

D. Ignore el artículo A.

Califique el elemento 11 como 3 no sería posible.

2. Quizás, con mucha dificultad.

1. si, con alguna dificultad.

0. si sin dificultad.

2. Sume los elementos para obtener una puntuación total.

3. Opcionalmente, calcule las puntuaciones de las subescalas de la siguiente manera.

A. Sume los elementos 1,6,7, 10 a, 10b, 14b, 15, 16, 17, 19, 20 a, 20b, 21 a y 22 para dar una puntuación en la subescala de dependencia general.

B. Sumar los elementos 2, 13 a, 13 b, 18 a, 18 b y 21b para dar una puntuación en la agradable subescala de efectos.

C. Sumar los elementos 3,4, 5, 8, 9, 11, 12, 23, 24, y 25 para dar una puntuación en la subescala de necesidad percibida. (Fresán et al, 2021).

III.1.4. Instrumento de medición socioeconómico.

La Clasificación de Graffar es un esquema internacional, consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento.

El criterio establecido en Bruselas Bélgica por el profesor Graffar como indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social.

En la primera fase de la evaluación, se le atribuye a cada familia observada con una puntuación para cada una de las cinco variables; en una segunda fase de evaluación se obtiene la escala que la familia ocupa en la sociedad basado en la suma de estas puntuaciones. Las familias con los estratos más altos (I y II) pertenecen al más alto nivel de bienestar, mientras que las familias en pobreza relativa y pobreza extrema o crítica pertenecen a los estratos más bajos (IV y V).

Profesión en las familias son cinco categorías según la profesión ejercida por el padre de la familia. Si la madre ejerce una profesión de nivel más elevado que la del padre de la familia, en ese caso será ella la base para la clasificación de la familia.

III.2 Benzodiazepinas.

Desde 1960 las benzodiazepinas son fármacos psicoactivos, la primera benzodiazepina, el Clordiazepóxido, fue descubierta por casualidad en 1954 por el

científico austriaco Leo Sternbach, y el Diazepam se lanzó hasta 1963. (Lader, 2011).

Desde los años sesenta, las benzodiazepinas, se les atribuyó mayor eficacia y menores efectos secundarios que a los tranquilizantes antecesores, su consumo se incrementó en forma notoria, alcanzando gran reconocimiento por el área médica y socialmente como una terapéutica eficaz y segura. (Bielli et al, 2017, pp.933-958).

Las benzodiazepinas son bases orgánicas con un anillo de benceno unido a un anillo diazepínico de 7 átomos con varias cadenas laterales que determinan la potencia, duración de la acción, la inactividad del metabolito y la tasa de eliminación de agentes específicos, estas ejercen su efecto a través de la modulación del receptor del ácido gamma- aminobutírico A (GABA-A) y el ácido gamma-aminobutírico (GABA) es el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central como ansiolíticos, sedantes e hipnóticos.(Loscertales et al, 2017,pp.181-187).

Son agentes depresores del sistema nervioso central, son más selectivos que otras drogas como barbitúricos, que actúan particularmente sobre el sistema límbico, se ha demostrado su gran utilidad para el tratamiento de diferentes problemas de salud, como síndromes de ansiedad, depresión, el alcoholismo, el insomnio, la epilepsia y el dolor, pueden desarrollar dependencia y tolerancia y si existe un uso prolongado de estos fármacos por lo que se establece que su uso no debe superar las 8-12 semanas incluyendo el periodo de retirada gradual.(Roncancio-Bedoya y Londoño-Vásquez,2015).

Se ha observado como factor relevante en el uso de benzodiazepinas los estereotipos de género, los cuales parecen influir tanto en quienes los prescriben como en quienes los usan, encontrando que para su uso a largo plazo eran diferentes en mujeres y hombres, atribuyendo estos a los hombres el uso se da por

las presiones externas mientras que las mujeres lo asociaban a su emocionalidad y por “sufrir de los nervios”. (Lueiro et al, 2018, pp. 11-16).

En junio del 2019 el último informe que publicó la agencia española de medicamentos y productos sanitarios refiere que la utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos durante el periodo de 2010-2018 concluyó que estos grupos farmacológicos fueron de los más prescritos, no solo en España sino en todos los países desarrollados. El mismo informe ya reconocía que su uso prolongado se asocia a una serie de riesgos para la salud y que durante ese periodo se incrementó hasta el 57.4%, y siguió hasta el 2016, en que alcanzó su pico máximo, en cambio se observó un descenso en consumo durante el 2017-2018 y los más utilizados fueron los de acción intermedia seguidos de los de acción larga. (Matud et al, 2017, pp.23-31).

Mecanismos de acción: ejercen su efecto mediante la modulación del receptor del ácido gamma-aminobutírico A (GABA-A), siendo el principal neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central. El receptor GABA-A es un canal iónico controlado, ligado y compuesto por cinco subunidades dispuestas en varias combinaciones de alfa, beta y gamma. La composición de subunidades determina la afinidad de los diversos xenobióticos que se unen al receptor. Las benzodiazepinas se unen en la interfaz de las subunidades alfa y gamma y, una vez unidas, bloquean el receptor GABA-A en una conformación que aumenta su afinidad por GABA (que se une entre las subunidades alfa y beta). Las benzodiazepinas no alteran la síntesis, liberación o metabolismo de GABA, sino que potencian sus acciones inhibitoras al aumentar la unión al receptor. Esta unión aumenta la frecuencia del flujo de iones de cloro lo que provoca una hiperpolarización postsináptica y una disminución de la capacidad para iniciar un potencial de acción. (Álvarez, 2019, pp 25-32).

La región más sensible a la acción de las benzodiazepinas en 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. El hipocampo, el septo y la amígdala desempeñan en los cuadros ansiosos, la actividad ansiolítica y está relacionada con la acción depresora ejercida selectivamente a ese nivel. (Greller y Gupta, 2021).

Farmacocinética todas las benzodiazepinas son liposolubles, se metabolizan a nivel hepático, mayormente en sistema del citocromo P450 (reacciones de óxido-reducción) lo anterior es muy importante porque, genera muchas veces metabolitos intermedios, activos, que en general prolongan la duración del efecto del fármaco original. El metabolito activo luego se conjuga con ácido glucurónico para así eliminarse por la orina. Otras benzodiazepinas requieren únicamente conjugación para ser eliminadas, tal es el caso de Lorazepam y Oxazepam. (Díaz-Peñaloza, 2017, pp.169-180).

Las benzodiazepinas se pueden clasificar de acuerdo con su farmacocinética en agentes de acción corta (15 a 30 minutos), intermedia (30 a 60 minutos) y de acción prolongada (una hora o más). La velocidad de acción de las benzodiazepinas que son la vida media, tasa de absorción y lipofilia; su vida media está determinada, por cómo se metaboliza el fármaco y si tiene metabolitos activos, se absorben por completo, pero tiene diferentes tasas de absorción cuanto mayor es la lipofilia, más rápido ingresa al cerebro y por lo tanto un efecto ansiolítico más rápido. La lipofilia varía > 50 veces entre la absorción vía oral se retrasa, pero el efecto no disminuye el equilibrio que entre el plasma y el cerebro se alcanza rápidamente ya que todas son suficientemente liposolubles y atraviesan la barrera hematoencefálica. (Woo Et al, 2020).

Es importante considerar que las que tiene un pico plasmáticos mayor comparadas con las que tiene su pico plasmático más tardío (el pico plasmático se alcanza dentro de la primera media hora y las siguientes seis horas, dependiendo del tipo y distribución van a responder a una cinética bicompartimental, compuesta de dos fases, la primera (A), después de ingresar al organismo la droga se distribuye por el plasma y otros tejidos profundos, como al sistema nervioso central, disminuyendo su porcentaje metabolizándose en menor grado por otro lado la segunda (B), en esta la concentración del plasma disminuye de forma similar a la de los tejidos periféricos de este modo, la eliminación del compartimiento central depende de los procesos de metabolización y excreción de la droga.(Lexicomp Inc, 2021)

Es importante mencionar que el Oxazepam, Temazepam y Lorazepam pasan directo a fase B para formar metabolitos activos. (Lexicomp Inc, 2021).

Clonazepam: la dosis inicial para adultos no debe superar los 1.5mg/día, dividido en tres tomas, la dosis de mantenimiento de 3- 6 mg diarios. La dosis terapéutica máxima para los adultos, que no debe superarse es de 20mg diarios, la presentación en gota es de 1ml es equivalente a 25 gotas, una 1= 0.1mg. (Lexicomp Inc, 2021).

Farmacodinamia: mismos efectos características de las benzodiazepinas, se absorbe de forma rápida, sus concentraciones plasmáticas alcanzan de 1-4 horas vía oral con 90% su tiempo de absorción es de 25 minutos este se distribuye muy rápidamente en distintos órganos y tejidos el tiempo aproximadamente es de 0.5-1hr su grado de fijación es de 82-86%. (Domínguez, 2018, pp.89-97).

Cuadro 1. Clasificación de benzodiazepina según su vida media plasmática.

➤ FARMACOCINÉTICA	➤ PRINCIPIO ACTIVO	➤ VIDA MEDIA (HR)
➤ Acción corta (menos de 8 horas)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Brotizolam ➤ Midazolam ➤ Triazolam ➤ Bentazepam ➤ Clotiazepam ➤ Zolpidem ➤ Zopiclona 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 3-8hr ➤ 1-5hrs ➤ 3-5hrs ➤ 2-5hrs ➤ 5.8-6.3hrs ➤ 1.5-2.4hrs ➤ 5hrs
➤ Acción media (8hrs a 24hrs)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Flunitrazepam ➤ Loprazolam ➤ Lormetazepam ➤ Alprazolam ➤ Bromazepam ➤ Clobazam ➤ Ketazolam ➤ Lorazepam 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15-30hrs ➤ 4-15hrs ➤ 11-30hrs ➤ 12-15hrs ➤ 10-20hrs ➤ 18hrs ➤ 6-25hrs ➤ 11-30hrs
➤ Acción larga (más de 24hrs)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Flurazepam ➤ Quazepam ➤ Clorazepato ➤ Clordiazepóxido ➤ Diazepam ➤ Halazepam 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 24-100hrs ➤ 40-55hrs ➤ 30-48hrs ➤ 1.5-4hrs ➤ 20-100hrs ➤ 30-100hrs

Fuente: Matud-Aznar MP, Garcia-Pérez L, Bethencourt-Pérez JM, Rodríguez-Wangüemert C. Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain. *Jornal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2017; 5: 23-31.

IV. HIPÓTESIS

Por el diseño de estudio que es un transversal descriptivo, no se requiere de la formulación de hipótesis de hecho no busca diferenciar.

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Describir el perfil epidemiológico de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social San Juan del Río Querétaro con dependencia a las benzodiazepinas.

V.2 Objetivos específicos

1. Identificar la prevalencia de la dependencia a las benzodiazepinas en la población atendida en la Unidad de Medicina Familiar Número 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social San Juan del Río Querétaro.
2. Caracterizar el perfil sociodemográfico de los pacientes que presentan dependencia a las benzodiazepinas, incluyendo factores como la edad, el género, el nivel educativo y la ocupación.
3. Analizar las principales comorbilidades asociadas a la dependencia a las benzodiazepinas en la población estudiada.
4. Evaluar el patrón de consumo de las benzodiazepinas en los pacientes con dependencia, incluyendo la dosis y la duración del tratamiento.
5. Determinar la percepción de los pacientes sobre su dependencia a las benzodiazepinas y su disposición para buscar tratamiento.

VI. Material y métodos o metodología.

La presente investigación se basó en una metodología que tuvo por objetivo el perfil epidemiológico de los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas. Para ello, se planteó la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas?**

El diseño de investigación seleccionado para abordar esta pregunta fue un estudio transversal descriptivo. Este enfoque permitió obtener una visión general y detallada del fenómeno en un momento específico, facilitando la recopilación de datos relevantes.

VI.1 Población y Muestra

El universo definido para este estudio se limitó a la Unidad de Medicina Familiar Número 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en San Juan del Río, Querétaro. Dentro de esta unidad, se enfocó en la población de pacientes en edad adulta de ambos sexos que habían recibido benzodiazepinas en la consulta médica.

Para determinar el tamaño de la muestra, se realizó un cálculo considerando la fórmula para población finita, teniendo en cuenta que el universo de pacientes con uso indicado de benzodiazepinas en la UMF 7 es de 400 individuos.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N	400
Alfa (Máximo error tipo I)	α	0.050
Nivel de Confianza	1- $\alpha/2$	0.950
Z de (1- $\alpha/2$)	Z (1- $\alpha/2$)	1.640
Prevalencia de la enfermedad	p	0.570
Complemento de p	q	0.430
Precisión	d	0.050
Tamaño de la muestra	n	159.16

Se establecieron los siguientes grupos y criterios para la selección de la muestra:

VI.2 Criterios de Inclusión:

- Pacientes en edad adulta (mayores de 18 años).
- Pacientes con uso indicado de benzodiazepinas durante al menos 6 meses.
- Estos criterios permitieron asegurar la inclusión de pacientes que presentan una dependencia prolongada de benzodiazepinas, lo cual es relevante para el estudio del perfil epidemiológico.

VI.3 Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no aceptaron firmar el consentimiento informado.

- Este criterio se establece para respetar los principios éticos de la investigación y garantizar la participación voluntaria de los pacientes.

VI.4 Criterios de Eliminación:

- Pacientes que no completaron o efectuaron el llenado correcto de los instrumentos.

- Este criterio se estableció con el objetivo de mantener la calidad de los datos recopilados. Si un paciente no completó o realizó de manera incorrecta los instrumentos utilizados en el estudio, se consideró como eliminado de la muestra.

VI.5 Método de recolección de datos

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional transversal descriptivo, en la Unidad Médico Familiar N° 7 de San Juan del Rio, Querétaro previa autorización por el comité local de ética e investigación, así con el permiso a las autoridades correspondientes de dicha unidad de medicina familiar, para realizar la investigación.

El estudio se realizó en horario mixto a la Unidad de Medicina Familiar N° 7 de la delegación de Querétaro para evaluar el perfil epidemiológico de los pacientes con dependencia a las benzodiacepinas y se utilizó el siguiente instrumento.

VI.6 Manual para el cuestionario de dependencia para benzodiazepinas (BDEPQ -MX).

Se aplicó dicho cuestionario a todo paciente que cumplió con los criterios de inclusión; se realizó la invitación a participar en el estudio, previa explicación del objetivo y de los beneficios que obtendría de decidir participar en el mismo haciendo de su conocimiento que no habría beneficio económico.

Una vez que se obtuvo la autorización, se entregó al paciente una carta de consentimiento informado detallando los aspectos del estudio. Luego, se explicó la dinámica de la encuesta, la forma de responder cada una de las preguntas y se resolvieron las dudas que surgieron para asegurar que el paciente tuviera un entendimiento completo del proceso. Finalmente, se procedió a la firma del documento con los detalles del estudio por escrito.

El procedimiento se llevó a cabo en el aula de enseñanza de la Unidad de Medicina familiar N.º 7 con una duración de aproximadamente de entre 15 a 20 minutos.

El paciente tenía la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo deseaba, sin ninguna obligación de continuar. En caso de que hubiesen requerido atención adicional, estaba previsto que el personal participante lo referiría a los servicios de atención médica continua, trabajo social o psicología según correspondiera. Al finalizar la entrevista, se informó los resultados al personal que así lo solicitó. Por último, se agradeció al paciente por su participación en el estudio.

Se recabaron los datos sociodemográficos en la hoja de recolección de datos, la cual de manera posterior se concentró en una base de datos para el análisis que se efectuó de manera posterior.

El investigador y el director de tesis solicitaron permiso mediante oficios y se buscó un espacio adecuado para permitir a los participantes responder las encuestas. Este espacio fue cerrado, bien iluminado y silencioso, y se ubicó en la Unidad Médica Familiar No. 7 de San Juan del Río, en la delegación de Querétaro. Además, se proporcionó a los participantes los cuestionarios, así como material de escritura como lápices y correctores.

La información obtenida se registró en una base de datos ubicada en una computadora personal, la cual se mantiene encriptado para garantizar la confidencialidad de los participantes. Solo se permitió acceso a esta información al investigador principal y el responsable del estudio.

VI.7 Procesamiento de la información.

En los análisis estadísticos de esta investigación se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, específicamente, se analizaron los datos cualitativos mediante el uso de frecuencia y porcentaje, mientras que los datos cuantitativos fueron analizados utilizando la media, mediana y desviación estándar. Los resultados obtenidos se presentan más adelante, en el capítulo 6 de este mismo documento en tablas y gráficos, y se utilizarán intervalos de confianza para estimar la precisión de las estimaciones de los promedios y porcentajes. Como fuente de análisis se utilizó el programa SPSS el cual es un programa propiedad de IBM el cual tiene como función realizar análisis estadísticos.

Se realizó un reporte de los pacientes identificados con farmacodependencia a las benzodiacepinas y se entregará al Departamento de Jefatura Clínica, Coordinación de Educación e Investigación de la Unidad Médico Familiar número 7 del IMSS en San Juan del Río, Querétaro. El objetivo de este informe fue que el médico tratante pudiera realizar un análisis y una revaloración integral del caso y

determinar si es necesario ajustar la prescripción de benzodiazepinas para lograr una suspensión gradual en los pacientes afectados.

VI.8 Consideraciones Éticas

En el presente estudio, se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación. Se realizó en estricto apego a la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en el título quinto investigación para la salud, capítulo único, que declara:

ARTÍCULO 13.- “En toda investigación en la que el ser humano se sujetó de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”. Durante toda la investigación, se trató con respeto y dignidad a los sujetos de investigación y acompañantes, haciendo uso de manera confidencial de sus datos personales e información.

ARTÍCULO 14.- “La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: I.- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; IV.- Debe prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles; V.- Contará con consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que el reglamento señala.

VI.- Deberá ser realizada por profesional de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación; VII.- Contar con el dictamen de favorable de las comisiones de investigación, Ética y la de bioseguridad, en su caso”.

ARTÍCULO 17.- “Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, la investigación se clasifica en: I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

ARTÍCULO 20.- “Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con el pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”. Antes de aplicar el instrumento de recolección de datos, el sujeto de estudio debió de estar de acuerdo y firmó el consentimiento informado que se anexa en el presente estudio.

Se respetó el principio de autonomía al solicitar un consentimiento informado al participante, además el compromiso como investigadores siempre fue y es resguardar la información y la confidencialidad de los datos obtenidos de los expedientes. Para ello se tomaron en consideración las siguientes estrategias:

Las hojas de instrumentos de recolección de datos contendrán el número de filiación de las pacientes con fines de que si falta algún dato o existiera algún error en el llenado pueda corregirse. Estas serán resguardadas una vez que se llene la base de datos en el programa de cómputo donde llevará a cabo el análisis estadístico y se corrobore que los datos son correctos. En la base de datos no se

contendrá, nombre, número de filiación u algunos otros datos que permitan la identificación del paciente.

Las hojas de recolección de datos serán resguardadas en la oficina del investigador responsable, en tanto sus datos son descargados a la base de datos y posteriormente serán destruidas en una trituradora de papel. El archivo de la base de datos será resguardado por 5 años en la computadora institucional asignada al investigador responsable, los cuales cuentan con los mecanismos de seguridad informática institucional. Los datos no se compartirán con nadie fuera del equipo de investigación y para fines de auditoría; en caso de publicaciones no se identificará a los individuos participantes.

Beneficencia: Los datos obtenidos permitieron analizar perfil epidemiológico de los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas con el objetivo de dar a conocer a las autoridades de la UMF 7 y de la delegación Querétaro para la adecuada toma de decisiones.

No maleficencia: Al tratarse de un estudio transversal y cuya participación de los investigadores es puramente observacional, no se modificaron variables fisiológicas o psicológicas de los individuos, por lo cual, no se expuso a ningún tipo de riesgos a los sujetos de investigación. **Justicia:** Se incluyeron los expedientes de los pacientes, independientemente de su religión, filiación política, nivel socioeconómico, género, prácticas sexuales u otra condición de discriminación potencial.

VI.9 Definición de Variables y Unidades de medida

Cuadro 2. Variables

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador	Fuente de información
Edad	Tiempo que ha vivido una persona un ser vivo contando desde su nacimiento	Años de vida que tiene al momento de ser encuestado.	Cuantitativa Discreta	1) Edad en años	Instrumento de recolección de datos
Sexo	Características físicas, biológicas, anatómicas	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Cualitativa Nominal	1) Femenino 2) Masculino	Instrumento de recolección de datos.
Ocupación	Actividad función laboral.	Tipo de trabajo que desempeña, y que le genera recursos económicos	Cualitativa Nominal	1) hogar 2) Oficio 3) Empleo 4) Desempleado 5) Pensionado 6) jubilado	Instrumento de recolección de datos.
Escolaridad	Estudio que una persona ha acreditado en una institución educativa	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Cualitativa Nominal	1) Sin escolaridad. 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Licenciatura 6) Otro cuál	Instrumento de recolección de datos.
Estado civil	Por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco que estable ciertos derechos y deberes	Situación a la hora de realizar la encuesta.	Cualitativa Nominal	1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Separado 5) Viudo 6) Unión libre	Instrumento de recolección de datos.

BZD utilizada	Son drogas más recetadas que puede desarrollar dependencia y tolerancia, aunque con rapidez variable	Se clasifica en Acción corta Acción media Acción larga	Cualitativa Nominal	1) Diazepam 2) Oxazepam 3) Clobazam 4) Flunitrazepam Bromazepam Clonazepam Clonazepam 5) Gotas	Instrumento de recolección de datos.
Fármaco dependencia	Un estado físico y psíquico causado por la interacción entre el organismo y el fármaco o droga	Se clasifican: 1. Estimulantes 2. Depresoras 3. Alucinógenas	Cualitativa Nominal	1) Dependencia percibida 2) Efectos placenteros 3) Necesidad percibida	Cuestionario. BDEPQ -MX).
Estatus económico	Es la posición social que un individuo ocupa dentro de una sociedad	Se clasifican 1. Alto 2. Medio 3. Bajo	Cualitativa Nominal	1. Educación 2. Ingreso 3. Ocupación	Instrumento de Graffar - Méndez
Comorbilidad es	Presencia simultánea de dos o más enfermedades	Clasifica: Diabetes tipo 1 y 2 Hipertensión Arterial Sistémica. Enfermedad Obstructiva Crónica. Insuficiencia Renal Crónica. Insuficiencia Hepática.	Cualitativa Nominal	1. Ligera 2. Moderada. 3. Severa.	Instrumento de recolección de datos
Frecuencia de uso de BZD	Es la repetición menor o mayor de un suceso	Número de ocasiones que consume BZD en una semana el paciente	Cuantitativa Discreta	Consumo de medicamento por semana	Instrumento de recolección de datos.

Tiempo de uso de BZD		Cantidad en meses de uso de BZD	Cuantitativa Discreta	Número de meses	Instrumento de recolección de datos
Tabaquismo	Consumo de sustancia tóxica (nicotina) que se adquiere para satisfacer la necesidad.	Involucra dependencia física y psicológica	Cualitativa Nominal	Si No	Instrumento de recolección de datos
Alcoholismo	Como cualquier deterioro en funcionamiento físico, mental o social	Frecuencia y cantidad de consumo	Cualitativa Nominal	Si No	Instrumento de recolección de datos
Indicación médica para uso de BZD	Es el término que describe una razón válida para emplear una prueba diagnóstica, un procedimiento médico	Motivo por la cual el médico prescribe BZD	Cualitativa nominal	Insomnio Depresión Crisis de ansiedad Distimia Drogadicción	Instrumento de recolección de datos

Fuente: Elaboración propia.

VII. RESULTADOS

Posterior a la recolección de los datos, como se menciona en el punto 5.3 se ingresaron los datos al software SPSS del cual se desarrollan los siguientes resultados: Se estudiaron un total de 160 pacientes con dependencia a las benzodiazepinas, dichos pacientes cuentan con una edad promedio de 60.29 años (IC95%; 54.89 – 62.68), la variabilidad en las edades se extiende en un rango de 76 años, desde un valor mínimo de 20 años hasta un máximo de 96 años. En cuanto al sexo predomina el femenino en un 73.1% (IC 95%; 66.20-80.00). (Cuadro 1).

Cuadro 1. Descriptivos sobre Sexo

	Porcentaje	IC=95%	
		Inferior	Superior
Hombre	26.9	20.00	33.80
Mujer	73.1	66..20	80.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas.”

En relación con el nivel educativo los resultados revelan una diversidad en los niveles educativos de los pacientes: La educación secundaria es el nivel predominante en un 31.9% (IC 95%; 24.70- 39.10) de los pacientes en la muestra, mientras que el nivel de educación primaria está representado por un 26.9% (IC 95%; 20.00- 33.80) de los pacientes en la muestra. Además, un grupo considerable de pacientes el 18.1% (IC 95%; 12.10-24.10) ha cursado estudios de preparatoria o bachillerato. El nivel de licenciatura es representativo en un 14.4% (IC 95%; 9.00- 19.80) de los pacientes. Un porcentaje del 8.1% (IC 95%; 3.90-12.30) de los pacientes no cuenta con educación formal. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Descriptivo sobre escolaridad

	Porcentaje	IC=95%	
		Inferior	Superior
Sin escolaridad	8.1	3.90	12.30
Primaria	26.9	20.00	33.80
Secundaria	31.9	24.70	39.10
Preparatoria o bachillerato	18.1	12.10	24.10
Licenciatura	14.4	9.00	19.80
Maestría	0.6	0.60	1.80

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto "Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas"

En función de la actividad laboral de los pacientes, el 41.9% (IC 95%; 34.30-49.50) se dedica a labores domésticas en su hogar, lo que indica que una parte significativa de la muestra está involucrada en actividades relacionadas con el hogar y la familia. Un 20.6% (IC 95%; 14.30-26.90) de los pacientes se encuentra empleado como obrero, lo que sugiere una presencia notable de trabajadores manuales en la muestra.

Además, el 7.5% (IC 95%; 3.40-11.60) de los pacientes está desempleado en el momento del estudio, lo que refleja la situación laboral actual de una proporción de la muestra. En cuanto a las condiciones de jubilación y pensión, el 19.4% (IC 95%; 13.30-25.50) de los pacientes está pensionado, mientras que el 5.6% (IC 95%; 2.00-9.20) está jubilado. Esto indica una presencia considerable de individuos que han finalizado su vida laboral activa. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Descriptivos sobre Actividad Laboral

		n=160	
		IC=95%	
	Porcentaje	Inferior	Superior
Hogar	41.9	34.30	49.50
Obrero	20.6	14.30	26.90
Empleo	2.5	0.10	4.90
Desempleado	7.5	3.40	11.60
Pensionado	19.4	13.30	25.50
Jubilado	5.6	2.00	9.20
Docente	2.5	0.10	4.90

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto "Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas"

Los resultados reflejan una diversidad de situaciones socioeconómicas entre los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas. En términos de estratificación, se observa que la mayoría de los pacientes, en un 43.1% (IC 95%; 35.40-50.80), se encuentra en el estrato IV mientras que 35% (IC 95%; 27.60-42.20), en el estrato III, que indican posiciones socioeconómicas de nivel medio-alto y medio, respectivamente. El grupo en el estrato II con 15.0% (IC 95%; 9.50-20-50), representa una posición socioeconómica de nivel medio-bajo. (Cuadro 4).

Cuadro 4. Nivel Socioeconómico

n=160

	Porcentaje	Inferior	Superior
Estrato I	0.6	0.60	1.80
Estrato II	15.0	9.50	20.50
Estrato III	35.0	27.60	42.40
Estrato IV	43.1	35.40	50.80
Estrato V	6.3	2.50	10.10

IC=95%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto "Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodíacepinas"

Para la variable "Comorbilidades" un 46.3% (IC 95%; 38.60-84.00) de los pacientes tiene diabetes tipo 2. La hipertensión arterial sistémica está presente en un 51.2% (IC 95%; 43.50-58.90) de los pacientes. La obesidad representó el 21.9% (IC 95%; 15.50-28.30) de los pacientes de muestra. Mientras la enfermedad de Hipotiroidismo encontramos el 7.5% (IC 95%; 3.40-11.60). La Insuficiencia Renal crónica IRC afecta a un pequeño grupo del 5.0% (IC 95%; 1.60-8.40) de los pacientes muestra. (Cuadro 5).

Cuadro 5. Comorbilidades

		n=160	
		IC=95%	
	Porcentaje	Inferior	Superior
Diabetes tipo 2	46.3	38.60	84.00
Hipertensión arterial sistémica	51.2	43.50	58.90
Obesidad	21.9	15.50	28.30
Hipotiroidismo	7.5	3.40	11.60
IRC	5.0	5.60	8.40

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiacepinas”

Los resultados de la variable “Tabaquismo” indican que el un 51.2% (IC 95%; 43.50-58.90) de los pacientes afirma ser fumador. Esto muestra que una proporción significativa de los pacientes en el estudio sí tiene el hábito de fumar. Por otro lado 48.8% (IC 95%; 41.10-56.50) de los pacientes reporta no ser fumador, lo que sugiere que un porcentaje considerable de la muestra no tiene el hábito de fumar. (Cuadro 6).

Cuadro 6. Tabaquismo

n=160

		IC=95%	
	Porcentaje	Inferior	Superior
Si	48.8	41.10	56.50
No	51.2	43.50	58.90

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto "Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas"

Para la variable alcoholismo en un 68.1% (IC 95%; 60.90-75.30) de los pacientes afirma ser alcohólico. Esto muestra que una proporción significativa de los pacientes en el estudio tiene un historial de alcoholismo. Por otro lado, el 31.9% (IC 95%; 24.70-39.10) de los pacientes declara no ser alcohólico, lo que sugiere que un poco menos de un tercio de la muestra no tiene un historial de alcoholismo. Estos resultados indican que el alcoholismo está presente en una proporción considerable de la muestra de pacientes con dependencia a las benzodiazepinas, mientras que un porcentaje menor declara no ser alcohólico. (Cuadro 7).

Cuadro 7. Alcoholismo

n=160

		IC=95%	
	Porcentaje	Inferior	Superior
No	31.9	24.70	39.10
Si	68.1	60.90	75.30

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto "Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas"

En cuanto al motivo de indicación médica, el 40.0% (IC 95%; 32.40- 47.60) de los pacientes recibió prescripciones de benzodiazepinas debido al insomnio, lo que refleja que esta dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo fue el motivo más prevalente para la indicación médica.

En el caso de trastornos de ansiedad, el 12.5% (IC 95%; 7.40-17.60) de los pacientes fue indicado para el uso de benzodiazepinas, lo que sugiere que estas medicaciones se consideraron efectivas en el manejo de la ansiedad. Además, un 10.6% (IC 95%; 5.80-15.40) de los pacientes experimenta tanto insomnio como depresión, lo que llevó a la indicación de benzodiazepinas para abordar ambas condiciones concurrentes

Un 8.1% (IC 95%; 3.90-12.30) de los pacientes recibió benzodiazepinas como tratamiento para la depresión, lo que señala que esta condición mental también fue un factor determinante para la prescripción. Un 11.9% (IC 95%; 6.90-16.90) de los pacientes presentan insomnio asociado a ansiedad, lo que resultó en la indicación de benzodiazepinas para tratar estas preocupaciones específicas. Mientras un 9.4% (IC 95%; 4.90-13.90) de los pacientes fue diagnosticado con ansiedad y depresión, lo que condujo a la prescripción de benzodiazepinas para abordar estas condiciones combinadas. Por último, la combinación de insomnio, depresión y ansiedad se observó en un 7.5% (IC 95%; 3.40-11.60) de los pacientes, lo que indica la complejidad de las condiciones de salud mental que requieren un enfoque integral.

Los resultados detallan que el insomnio fue el motivo principal de indicación de benzodiazepinas, seguido de cerca por ansiedad y depresión. Además, se evidencian diversas combinaciones de estas condiciones que requirieron la intervención de las benzodiazepinas para el manejo integral de la salud mental de los pacientes. (Cuadro 8).

Cuadro 8. Motivo de indicación médica para el uso de BZD

n=160

IC=95%

	Porcentaje	Inferior	Superior
Insomnio	40.0	32.40	47.60
Depresión	8.1	3.90	12.30
Ansiedad	12.5	7.40	17.60
Insomnio, Depresión	10.6	5.80	15.40
Insomnio, depresión y ansiedad	7.5	3.40	11.60
Insomnio y ansiedad.	11.9	6.90	16.90
Ansiedad y depresión	9.4	4.90	13.90

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas”

En relación con el tipo de benzodiazepina (BZD) se observó que el 73.8% (IC 95%; 67.00-80.60) de los pacientes utilizaban tabletas de Clonazepam, mientras que el 23.1% (IC 95%; 16.60- 29.60) utilizaban gotas de Clonazepam. (Cuadro 9). En conjunto, estos resultados indican que el Clonazepam en sus distintas formas representa la opción más común, seguida por el uso de Diazepam y Arrazola en tabletas.

Cuadro 9. Tipo de BZD usada

n=160

IC=95%

	Porcentaje	Inferior	Superior
Clonazepam tabletas	73.8	67.00	80.60
Clonazepam gotas	23.1	16.60	29.60
Diazepam tabletas	1.3	0.50	3.10
Alprazolam tabletas	1.9	0.20	4.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Perfil Epidemiológico de los Pacientes con

En relación con el consumo semanal de benzodiazepinas (BZD) por parte de los pacientes en el estudio los resultados indican que el 80.6% (IC 95%; 74.50-86.60) de los pacientes consumían estas medicaciones en siete ocasiones por semana, lo que sugiere un consumo frecuente y regular. En cuanto a otras frecuencias de consumo, el 5.6% (IC 95%; 2.00-9.20) de los pacientes reportaron consumir las BZD tres veces por semana, mientras que tanto el consumo dos veces como el consumo cinco veces por semana fueron mencionados por el 4.4% (IC 95%; 2.00-9.20) de los pacientes en cada caso. (Cuadro 10). Estos resultados resaltan que la mayoría de los pacientes muestra un consumo habitual de benzodiazepinas, con un alto porcentaje consumiendo siete veces por semana.

Cuadro 10. Consumo por semana

		n=160	
		IC=95%	
	Porcentaje	Inferior	Superior
Una vez	4.4	0.20	7.60
Dos veces	4.4	0.20	7.60
Tres veces	5.6	2.00	9.20
Cuatro veces	2.5	0.10	4.90
Cinco veces	2.5	0.10	4.90
Siete veces	80.6	74.50	86.70

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas”

En lo que respecta a la dosis de benzodiazepinas (BZD) utilizada por los pacientes en el estudio se observa que el 35.6% (IC 95%; 28.20-43.00) de los pacientes utilizaban 1/4 de tableta, lo que constituye la dosis más comúnmente mencionada. Asimismo, el 21.9% (IC 95%; 15.50-28.30) de los pacientes mencionó consumir 1/2 tableta de BZD. Por su parte, un 18.1% (IC 95%; 12.10- 24.10) de los pacientes utilizaba 1 tableta, lo que refleja una proporción significativa en la muestra. En términos de dosis en forma de gotas, se registraron varios niveles de consumo. El 16.9% (IC 95%; 11.10-22.60) de los pacientes reportó consumir de 1 a 3 gotas, mientras que un 5.0% (IC 95%; 1.60- 8.40) mencionó consumir de 4 a 6 gotas. (Cuadro 11).

Cuadro 11. Dosis utilizada de benzodiazepinas en diferentes presentaciones

n=160

IC=95%

	Porcentaje	Inferior	Superior
1/4 de tableta	35.6	28.20	43.00
1/2 Tableta	21.9	15.50	28.30
1 Tableta	18.1	12.10	24.10
2 Tabletetas	0.6	0.60	0.80
2 Tabletetas o mas	0.6	0.60	0.80
1 a 3 gotas	16.9	11.10	22.60
4 a 6 gotas	5.0	1.60	8.40
7 gotas o mas	1.3	0.50	3.10

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto "Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas"

Para la variable "Tiempo de uso de BZD en meses" los resultados estadísticos revelan lo siguiente: La duración promedio de uso de benzodiazepinas es de aproximadamente 58.54 meses (4.8 años). La mediana, que es el valor en el centro de la distribución, se encuentra en 28.00 meses (2.3 años), lo que sugiere que la mitad de los pacientes ha utilizado estas medicaciones durante 28 meses o menos.

La variabilidad en las duraciones de uso es alta, ya que la desviación estándar es de 85.551 meses, (7.1 años). Esto significa que las duraciones individuales tienden a dispersarse alrededor de la media en alrededor de 85.551 meses en promedio. El rango de duraciones de uso es amplio, abarcando desde un mínimo de 6 meses hasta un máximo de 516 meses. Este rango extenso indica que hay una gran variabilidad en cuanto al tiempo que los pacientes han utilizado las benzodiazepinas. (Cuadro 12).

Cuadro 12. Tiempo de uso de benzodiazepinas en meses

n=160

	Meses
Media	58.54
Desv. Standard	85.551
Rango	510
Mínimo	6
Máximo	516

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto "Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas"

El 46.9% (IC 95%; 39.20- 56.60) de los pacientes menciona que experimenta efectos placenteros como una razón para su dependencia a las benzodiazepinas. Esto sugiere que estos pacientes encuentran satisfacción en el uso de estas medicaciones debido a los efectos positivos que experimentan.

Por otro lado, un 36.9% (IC 95%; 29.40-44.40) de los pacientes reporta una necesidad percibida de las benzodiazepinas. Este grupo considera que estas medicaciones son esenciales para manejar sus síntomas o condiciones específicas, lo que puede reflejar una creencia en los beneficios médicos de su uso.

En cuanto a la variable “dependencia” un 16.3% (IC 95%; 10.60-22.00) de los pacientes declara una dependencia general hacia las benzodiazepinas. Este grupo refleja a aquellos que han desarrollado una necesidad habitual de estas medicaciones, lo que sugiere un vínculo constante con su uso. (Cuadro 13).

Cuadro 13. Descriptivo sobre dependencia a la BZD

n=160

IC=95%

	Porcentaje	Inferior	Superior
Dependencia general	16.3	10.60	22.00
Necesidad percibida	36.9	29.40	44.40
Efectos placenteros	46.9	39.20	54.60.

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Perfil Epidemiológico de los Pacientes con Dependencia a las Benzodiazepinas”

VIII. Discusión

En la presente investigación, se examinaron un total de 160 pacientes con dependencia a las benzodiazepinas. En cuanto a la edad, se encontró que la edad promedio de los pacientes fue de 60.29 años, con una variabilidad que abarcó un rango de 76 años, desde un mínimo de 20 años hasta un máximo de 96 años. Dowling et al. (2006) refieren que la dependencia de las benzodiazepinas en adultos mayores se puede deber a las variaciones metabólicas de los fármacos. En la presente muestra, el grupo de edad de 60 a 64 años representa una parte significativa, pero no alcanza el 50.6% encontrado por Sánchez et al. (2010), sin embargo, es importante mencionar que ambos estudios indican que la dependencia a las benzodiazepinas afecta principalmente a personas en la tercera edad.

Se observan similitudes en cuanto a la prevalencia de pacientes de género femenino en ambas muestras. En este estudio el 73.1% de los pacientes eran mujeres, mientras que en el estudio de Sánchez et al. (2010), las mujeres representaban el 74.6%. Esto sugiere una tendencia mayor de dependencia a las benzodiazepinas en mujeres en ambas investigaciones.

En la investigación de Sánchez et al. (2010), se encontró que predominaban las mujeres, con un 74.6% del total, mientras que los hombres representaban el 25.4%. Además, su estudio señala que el grupo de edad que más destacaba en su muestra estaba en el rango de 60-64 años, con un 50.6% del total de pacientes. Esto también concuerda con lo mencionado por Nomura et al. (2006), quien afirma que las mujeres son más proclives a buscar atención para tratar síntomas de ansiedad y depresión.

Para la variable del nivel educativo, se observó que el nivel predominante fue la educación secundaria, representando al 31.9% de los pacientes en la muestra.

Le siguió el nivel de educación primaria, que fue representado por el 26.9% de los pacientes. Además, un grupo considerable de pacientes (18.1%) había cursado estudios de preparatoria o bachillerato, y un 14.4% tenía nivel de licenciatura. Un porcentaje del 8.1% de los pacientes no tenía educación formal.

En el estudio de Fresan et al. (2011), se informó que la escolaridad promedio fue de 11.7 ± 4.5 años, equivalente al segundo año de bachillerato. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes en su muestra tenían un nivel educativo relativamente alto en comparación con la presente muestra, donde la educación secundaria y primaria fueron los niveles predominantes. Por otro lado, en el estudio de Minaya et al. (2009), el nivel de escolaridad promedio fue de 7.1 ± 4.3 años, con un rango que iba desde 0 hasta 16 años. Esto indica que la educación en su muestra era más variada y abarcaba desde niveles bajos hasta niveles más altos. Por otro lado, Kan, et al. (2004), De las Cuevas (2000), refieren que a menor escolaridad mayor riesgo de dependencia.

Para la ocupación, el 41.9% de los pacientes se dedica a labores domésticas en su hogar. Esto muestra que una parte significativa de la muestra está involucrada en actividades relacionadas con el hogar y la familia. Estos resultados son similares a los encontrados por Fresan et al. (2011), donde el 41.3% de los pacientes se dedicaba a actividades del hogar, lo que indica una proporción considerable con una ocupación principal relacionada con el cuidado del hogar y la familia.

En cuanto al desempleo, en la muestra, el 7.5% de los pacientes se encontraba desempleado en el momento del estudio. Este dato es similar al 10.3% de desempleados informado por Minaya (2009) en su estudio. También se observó que el 20.6% de los pacientes estaba empleado como obrero, lo que sugiere una presencia notable de trabajadores manuales. En el estudio de Fresan et al. (2011), el 44.7% de los pacientes contaba con un empleo económicamente remunerado, lo

que indica una proporción significativamente mayor de pacientes con empleo remunerado en su muestra.

En cuanto a las condiciones de jubilación y pensión, se encontró que el 19.4% de los pacientes estaba pensionado, y el 5.6% estaba jubilado, lo que indica una presencia considerable de individuos que han finalizado su vida laboral activa. Estos resultados son similares a los de Minaya (2009), donde la mayoría de los pacientes estudiados estaban ocupados en actividades del hogar y un porcentaje menor se encontraba desempleado. Comparando los resultados de nuestra investigación sobre la estratificación socioeconómica de los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas con los hallazgos de Gómez et al. (2017), se pueden identificar algunas similitudes y diferencias en la relación entre la estratificación socioeconómica y el consumo de benzodiazepinas.

La mayoría de los pacientes se encuentra en el estrato IV (43.1%), que indica una posición socioeconómica de nivel medio-alto, seguido por el estrato III (35%), que representa una posición socioeconómica de nivel medio. Además, el estrato II (15%) representa una posición socioeconómica de nivel medio-bajo.

En los estudios revisados por Gómez et al. (2017), se analizó la relación entre el consumo de benzodiazepinas y el nivel socioeconómico (NSE). Ninguno de estos estudios encontró una asociación significativa entre ambas variables. Sin embargo, Brunoni et al. (2017) reportaron que poseer seguro médico privado se relaciona en forma positiva con el uso de benzodiazepinas. Esto sugiere que la disponibilidad de recursos y el acceso a la atención médica pueden influir en el consumo de estas sustancias, aunque no necesariamente se relaciona directamente con la estratificación socioeconómica.

Para la variable de comorbilidades se observó que el 46.3% de los pacientes presentaba diabetes tipo 2, el 51.2% tenía hipertensión arterial sistémica, el 21.9%

estaba afectado por obesidad, el 7.5% tenía hipotiroidismo, y el 5.0% sufría de insuficiencia renal crónica (IRC). Por otro lado, en el estudio de Minaya et al. (2009), el 97.4% de los pacientes reportaron comorbilidad médica. Las afecciones cardiológicas y músculo-esqueléticas fueron las que se reportaron con mayor frecuencia, con un 66.7% y un 64.1%, respectivamente, seguidas de enfermedades endocrinas (43.6%), gastrointestinales (33.3%), y neurológicas (23.1%). En términos generales, las comorbilidades médicas parecen ser más prevalentes en la muestra de Minaya et al. En comparación con la presente muestra

Es importante destacar que las diferencias en las tasas de comorbilidades pueden deberse a las diferencias en las poblaciones de pacientes estudiadas, los criterios de inclusión y exclusión, y las regiones geográficas en las que se llevaron a cabo los estudios. Para las variables de tabaquismo y alcoholismo se observó que el 51.2% de los pacientes eran fumadores y el 48.8% no lo eran. Además, el 68.1% de los pacientes afirmó ser alcohólico, mientras que el 31.9% declaró no serlo. Estos hallazgos resaltan la prevalencia del consumo de tabaco y el historial de alcoholismo en la muestra de pacientes con dependencia a las benzodiazepinas.

Es importante mencionar que no se encontraron datos de investigaciones relacionadas con la dependencia a las benzodiazepinas que aborden la relación entre el tabaquismo y el alcoholismo en este contexto específico. Esto puede indicar que la interacción entre la dependencia a las benzodiazepinas y estos hábitos puede no haber sido ampliamente estudiada en la literatura científica, o que se requiere una mayor investigación en esta área.

Dado que tanto el tabaquismo como el alcoholismo son factores de riesgo para problemas de salud y pueden interactuar con la dependencia a las benzodiazepinas, sería relevante explorar más a fondo esta relación en futuros estudios. Comprender cómo estos hábitos pueden influir en la dependencia a las

benzodiazepinas y viceversa podría proporcionar información valiosa para el tratamiento y la atención de pacientes con estas condiciones.

Para el motivo de indicación, el insomnio fue el más prevalente, con el 40.0% de los pacientes recibiendo prescripciones de benzodiazepinas debido a esta dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo. Además, el 12.5% de los pacientes fue indicado para el uso de benzodiazepinas debido a trastornos de ansiedad, y el 8.1% para el tratamiento de la depresión. También se observaron diversas combinaciones de estas condiciones, como insomnio asociado a ansiedad, ansiedad y depresión, y la combinación de insomnio, depresión y ansiedad, que representaron diferentes porcentajes de pacientes.

En el estudio de Fresan et al. (2011), todos los pacientes informaron que el primer contacto que tuvieron con las benzodiazepinas fue a través de una prescripción médica. La indicación inicial para su uso fue principalmente la presencia de ansiedad (68.7%), seguida del insomnio (30.7%). En el estudio de Sánchez et al. (2010), algunos motivos por los que se consumieron las benzodiazepinas incluyeron la ansiedad (54.5% del total), el insomnio (45%), y la hipertensión arterial (15%). También hubo un pequeño porcentaje de pacientes que las usaron por otros motivos (5%).

Si bien se observan similitudes en los motivos de prescripción de benzodiazepinas entre los estudios, como la ansiedad y el insomnio, también existen diferencias en la prevalencia de estos motivos en las diferentes muestras. Estas diferencias pueden estar relacionadas con las poblaciones estudiadas, las prácticas médicas, y las políticas de salud en cada contexto.

Para el tipo de Benzodiazepina, el 73.8% de los pacientes utilizaron tabletas de Clonazepam, mientras que el 23.1% utilizaban gotas de Clonazepam. Por otro lado, Minaya et al. (2009) encontraron que el Clonazepam era la benzodiazepina

más utilizada, pero con una menor prevalencia, con el 56.4% de los pacientes en su muestra.

Además, Minaya et al. (2009) identificaron otras benzodiazepinas utilizadas, como el lorazepam, alprazolam, bromazepam y loflazepato de etilo. Esto indica que la elección de la benzodiazepina varía entre las poblaciones estudiadas, y es posible que factores como la disponibilidad, las preferencias médicas o la tolerancia individual influyan en la elección de la sustancia.

También se observó una variedad de dosis y formas de administración de las benzodiazepinas. El 35.6% de los pacientes utilizaban 1/4 de tableta de BZD, lo que constituye la dosis más comúnmente mencionada en la muestra. Además, el 21.9% mencionó consumir 1/2 tableta, y el 18.1% utilizaba 1 tableta, lo que refleja una proporción significativa en la muestra. En términos de dosis en forma de gotas, se registraron varios niveles de consumo, con el 16.9% de los pacientes consumiendo de 1 a 3 gotas y el 5.0% mencionando consumir de 4 a 6 gotas. En contraste, en el estudio de Minaya et al. (2009), se proporciona información sobre la dosis promedio de diazepam utilizada, que fue de 14.4 ± 14.8 mg, con un rango que iba desde 1.5 mg hasta 80.0 mg.

La duración promedio de uso de BZD fue de aproximadamente 58.54 meses (4.8 años), con una mediana de 28.00 meses (2.3 años). Estos resultados indican que la mitad de los pacientes de la muestra ha utilizado estas medicaciones durante 28 meses o menos, lo que sugiere una duración relativamente corta en comparación con los hallazgos de Fresan et al. (2011) los cuales informaron un tiempo promedio de consumo de 324.6 ± 433.7 semanas, equivalente a más de seis años de consumo. Estos datos indican una duración mucho más prolongada en comparación con la presente muestra. Además, el rango de duraciones de uso en su estudio también es amplio, lo que sugiere una gran variabilidad en cuanto al tiempo que los pacientes han utilizado las benzodiazepinas.

Por último, para la dependencia percibida se encontró que el 46.9% de los pacientes mencionó experimentar efectos placenteros como una razón para su dependencia a las benzodiazepinas. Esto sugiere que estos pacientes encuentran satisfacción en el uso de estas medicaciones debido a los efectos positivos que experimentan. Además, el 36.9% de los pacientes reportó una necesidad percibida de las benzodiazepinas, considerándolas esenciales para manejar sus síntomas o condiciones específicas.

En el estudio de Minaya et al. (2009), se observó que el 69.2% de los pacientes presentaban dependencia a las benzodiazepinas. De estos, el 33.3% tenía dependencia leve, el 33.3% tenía dependencia moderada y el 2.6% tenía dependencia grave. Estos resultados sugieren que la dependencia a las benzodiazepinas era común en su muestra, pero no se proporciona información detallada sobre las razones detrás de la dependencia en este estudio.

IX. Conclusiones

La tesis realizada en la Unidad de Medicina Familiar Número 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Juan del Río, Querétaro, ha arrojado hallazgos significativos respecto a la dependencia a las benzodiazepinas. La investigación reveló una prevalencia notable de dependencia a las benzodiazepinas entre los pacientes atendidos. Se destacó una mayor incidencia en la población femenina, lo que podría reflejar una mayor propensión de las mujeres a buscar ayuda para tratar síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión. La edad promedio de los pacientes con dependencia fue de 60.29 años, indicando que este problema afecta principalmente a la población de edad avanzada.

Con respecto a las características sociodemográficas, los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas mostraron una predominancia en niveles educativos de secundaria y primaria, con una notable proporción dedicada a labores domésticas, esto podría sugerir la influencia de factores socioeconómicos como el estrato obrero o el nivel bajo, con respecto a los factores educativos tipo básico, en la predisposición a la dependencia de estas sustancias.

Los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas mostraron comorbilidades como Diabetes tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica y Obesidad. Estos hallazgos sugieren la importancia de una gestión integral en el tratamiento, considerando las comorbilidades y el estado general de salud del paciente.

La alta prevalencia 1) Insomnio, 2) Ansiedad, 3) Alcoholismo, 4) Tabaquismo, 5) Enfermedades crónicas no transmisibles, entre los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas señala la necesidad de abordar estos hábitos en cualquier estrategia de tratamiento.

El Clonazepam es la benzodiacepina más utilizada, tanto en tabletas como en gotas, reflejando las tendencias en las preferencias de prescripción y elección de medicamentos. Las variaciones en la dosis y forma de administración de las benzodiacepinas resaltan la diversidad en los patrones de consumo entre los pacientes.

La duración promedio del uso de benzodiacepinas fue aproximadamente de 4.8 años, sugiriendo un uso prolongado en varios casos. Además, se observó una variada de la dependencia por parte de los pacientes, algunos de los cuales experimentaron efectos placenteros y consideraron estas medicaciones esenciales para manejar sus síntomas.

El insomnio fue la razón más común para la prescripción de benzodiacepinas, seguido de la ansiedad y la depresión. Este patrón de prescripción resalta la necesidad de considerar alternativas terapéuticas para estas condiciones.

Estos hallazgos proporcionan una comprensión detallada de la dependencia a las benzodiacepinas en la población estudiada, destacando la importancia de estrategias de intervención personalizadas y multidisciplinarias. Se resalta la necesidad de un enfoque preventivo y educativo tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, a fin de minimizar los riesgos asociados con el uso prolongado de estas sustancias.

X. Propuestas

1.-Sensibilizar al personal médico de atención primaria, mediante capacitación continua sobre su el uso eficaz y seguro de los fármacos, para la toma de decisiones en la práctica diaria y así contribuir a la optimización del uso seguro, mejorando la calidad de vida y el conocimiento, abordando parámetros importantes para el paciente, en relación con la adherencia terapéutica, la tolerancia, la dependencia, las interacciones y el síndrome de abstinencia.

2.- De los pacientes encuestados durante el estudio, se propone dar seguimiento y valorar patología de prescripción, así como plantear a los pacientes en cuestión unas desprescripción gradual y tratamientos alternativos, encaminados a conseguir el sueño de calidad , mejorando hábitos inadecuados como consumo de café , alcohol, nicotina, cena ligera, realizar ejercicio físico, evitar siestas prolongadas (no más de 20- 30 minutos) , mantener horarios de sueño regulares, evitar la exposición a luz brillante, ambiente adecuado.

3.-Otogar información impresa, mediante el tríptico de información al paciente, de (Armas, D. al. 2023), en la sala de espera de la consulta externa a la población en general, para concientizarlos, en iniciar desprescripción por su médico tratante, mejorando así el conocimiento del paciente y poder orientarlo sobre tratamientos alternativos.

XI. Referencias

- Abad-Acebedo I, Alvarez-Sesmero S, Arias-Horcajadas F, Balcells-Valls M, Balseiro-Mazaia E, Bugallo -Pardo L.(2017) *Guía de Adicciones Para especialistas en formación*. Socidrogalcohol. pp.1-524.
- Álvarez -Mazariegos JA,(2019) *Guía El buen uso de benzodiazepinas de consenso para Gestión de riesgos y beneficios*. Socidrogalcohol. pp 25-32.
- Artagaveytia P., Goyret A., Tamosiinas G (2018). *Desafío Terapéutico de desprescripción de benzodiazepinas*. Bolet Farm. Recuperado en https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18378/1/desafio_terapeutico.pdf.
- Azparren- Andia A, Garcia -Romero I.(2014) *Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas*. Bitn.; pp.22 (2).
- Baza-Buenoa M, Ruiz de Velasco- Artazac E, Fernández-Uriac J, Gorroñogoitia-Iturbe A. Benzocarta: *intervención mínima para la desprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio*. Gac Sanit. 2020;34(6): p.539–545
- Bielli A., Barci P., Bruno G., Callisto N., Navarro S.(2017) *La controversia científico- técnico sobre las benzodiazepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay*. Saude Coletiva. Recuperado en <https://www.scielo.br/j/physis/a/VhZ4gBbNTFDhMSPVZXhpk6b/?lang=es#:~:text=Hist%C3%B3rico-Resumen,m%C3%A9dicos%20y%20pacientes%20parecer%C3%ADan%20realiar>
- Correa-Alfaro FA, Garcia-Hernández MN. *Uso recreativo de benzodiazepinas en la población joven*.(2019) Rev. ENE de enf.;13(1):p.1-19 https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:th6jGtbpsJ:https://scielo.isciii.es/scielo.php%3Fscript%3Dsci_abstract%26pid%3DS1988348X2019000100006+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=mx&client=firefox
- Diaz- Peñaloza M.(2017) *Benzodiazepines and their affects on anxiety*. Asociación de Docentes de la Universidad de San Martín de Porres. pp.169-180.

Domínguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamosiunas G.(2016) *Uso racional de benzodicepinas:hacia una mejor prescripción*.Rev.urug.med.interna p.14-24

Domínguez-Cantero M.(2018) *Uso prolongado de benzodicepinas en el paciente anciano*. Eur. J. Health. Research.pp 89-97.

Fresán A, Minaya O,Cortes-Lopez, JL, Ugalde O.(2011) *Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodicepinas en pacientes psiquiátricos*. Salud Mental p.109.

Gómez – San Luis, AH.,Almazán- Avendaño AM.,(2017) *Benzodicepinas: narrativas de adicción y recuperación de una anesthesióloga*. Health and addictions.. pp.133-144. Recuperado en https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:th6jGtbpsJ:https://scielo.isciii.es/scielo.php%3Fscript%3Dsci_abstract%26pid%3DS1988-348X2019000100006+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=mx&client=firefox

Guina J, Merrill B. (2018)*Benzodiazepines II: Waking Up on Sedatives: Providing Optimal Care When Inheriting Benzodiazepine Prescriptions in Transfer Patients*.J.Clin.Med. pp.1-18.

Howard-Greller MD, Amit Gupta MD.(2021) *Benzodiazepine poisoning and withdrawal*. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0185-3325 https://www.uptodate.com/contents/benzodiazepine-poisoning-and-withdrawal?search=Intoxicaci%C3%B3n%20y%20abstinencia%20de%20benzodiazepinas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

Kwtmann C., Spira A., Coleb,et al (2022) *Visitas al departamento de emergencia que involucran benzodicepinas y agonistas de los receptores no benzodicepínicos*. Am. J. emerg. Méd. pp.1-15.

Lader M.(2011) *Las benzodiazepinas revisadas: ¿alguna vez aprenderemos?* Londres, Reino Unido.

Lexicomp Inc (2021) *Clonazepam: información sobre medicamentos para el paciente*. Recuperado en https://www.uptodate.com/contents/clonazepam-patient-drug-information/print?source=history_widget

Lexicomp Inc.(2021)*Clonazepam:información sobre medicamentos*. Recuperado en : https://www.uptodate.com/contents/clonazepam-drug-information/print?source=history_widget.

Loscertales HR, Wentzky V, Dursteler K, Strasser J, Kurt E, Hersberger, Arnet I.(2017) *Successful withdrawal from high-dose benzodiazepine in a young patient through electronic monitoring of polypharmacy: a case report in an ambulatory setting*. *Ther Adv Psychopharmacol*.pp 181-187

Lueiro- González N,Piche-Rodríguez A, Fernández –Merino C, Gude Sampedro F.(2018) *Prevalencia y características del consumo de benzodiazepinas en una comunidad rural*. *Cad Aten Primaria*.pp.11-16.

Martin del Moral M.,Lorenzo-Fernández P.(2017) *Conceptos Fundamentales en drogodependencias*.Recuperado en https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Terminos_en_adiciion.pdf

Matud-Aznar MP, García-Pérez L, Bethencourt-Pérez JM, Rodríguez- Wangüemert C. (2017)*Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain*. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*.; pp.23-31.

Oliveira-Friestino JK,Remião-Luzardo L, Zachi-Gralak L, Scherer- Gass L, Gonçalves-Zambrano PG,Roberto-Barbato P.(2020) *El perfil de usuarios de benzodiazepinas en servicios de atención primaria de la salud de la ciudad de Chapecó, Santa Catarina, Brasil*. *Salud Colectiva*.;16(1): p.1-11 Recuperado en <https://www.readcube.com/articles/10.18294%2Fsc.2020.2495>.

Paz A, Coello-Paz N, Espinoza-Aguilar C,Martinez-Nuñez CA, Calix- Iglesias H, Ramos-Arteaga, Almendarez S, Fawed-Reyes O. (2016)*Uso crónico y sobre indicación de Benzodiazepinas en Pacientes del Hospital Mario Mendoza, Honduras 2016*. *Arch.Med.* ; 12 (3):p.1-8.

Perales, Alberto, ed.(1998)Recuperado en https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mZoJm525fglJ:https://sibib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%25C3%25ADa/in dice.htm+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx

Roca Andreu M, Delgado Cruz L.(2011) *Retirada del tratamiento con benzodicepinas*. CedimCat.;

Roncancio-Bedoya FA,Londoño-Vásquez DA.(2015) *Proceso de paz colombiano en prensa y revistas: un análisis desde la aproximación histórica discursiva y la argumentación pragmatialéctica*.Universidad Católica del Norte p101.Recuperado en : <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/617/1152>.

Scott AI, Hirst JM.(2022) *Resumen de la ansiedad en los cuidados paliativos*. :p.1-31.

Velasco-Martin A, Velasco-Sendra M.(2018)*Reacciones adversas medicamentosas(RAM)*.An Real Acad Med CirVall.:p.243-267

Wikipedia. *Clasificación de graffar* (internet). 2019 [consultado Enero 2022]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Clasificaci%C3%B3n_de_Graffar

Woo Park T, Saitz R,Friedman M.(2020)*Benzodiazepine use disorder*. Recuperado en https://www.uptodate.com/contents/benzodiazepine-use-disorder?search=Trastorno%20por%20consumo%20de%20benzodiazepinas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2343813870

Zavala-Rubio JD, Teran-Martinez MA, Nava-Alvarez MG, Pineda-Maldonado ML, Mata-Marquez MJ.(2018)*Polypharmacy Detection and Potentially Inappropriate Prescription in the Elderly in a Family Medicine Unit*.Aten Fam.pp141-145. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67257>

De las Cuevas C, Sanz E, De la Fuente J, Padilla J et al. (2000) *The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study*. *Addiction* 2000;95:245-250. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10723853/>

- Brunoni AR, Nunes MA, Figueiredo R, Barreto SM, da Fonseca Mde J, Lotufo PA, et al. (2013) *Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. The Brazilian longitudinal study of adult health.* Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23769607/>
- Dowling G, Wiess S, Condon T. (2008) *Drugs of abuse and the aging brain. Neuropsychopharmacology* 2008;33:209-218. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17406645/>
- Gómez S, León T, Macuer M, Alves M, Ruiz S. (2017) *Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina.* Rev Med Chile. 2017;145:351-359. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n3/art09.pdf>.
- Kan C, Hilberink S, Breteler M. (2004) *Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach.* Compr Psychiatry 2004;45:88-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14999658/>
- Minaya O, Ugalde O, Fresán (2009) A. *Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores.* Salud Mental. 2009;32:405-411. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a7.pdf>.
- Nomura K, Nakao M, Sato M, Yano E. (2006) *Regular prescriptions for benzodiazepines: a cross-sectional study of outpatients at a university hospital.* Intern Med 2006;45:1279-1283. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17170501/>
- Sánchez Ricardo LI, Hernández Gárciga FF. (2010) *Consumo de benzodiazepinas en pacientes geriátricos del Consultorio # 12, Policlínico "Campo Florido".* Rev Cubana Farm. 2010;44(3):346-353. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/far/v44n3/far08310.pdf>.

XII. ANEXOS

XII.1 Instrumento de Recolección de datos

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.7 “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON DEPENDENCIA A LAS BENZODIACEPINAS” UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7”
FOLIO:	
EDAD:	SEXO: 1.- HOMBRE () 2.- MUJER ()
Usa alguna Benzodiacepina si () No () Clonazepam () tabletas () gotas () Diazepam () Alprazolam ()	Frecuencia: uso de medicamento por semana _____ Tiempo de uso de BZD en meses _____
Estado civil: (1) Soltero (2) Casada/ Casado (3) Unión libre (4) Divorciada (5) viudo	
Escolaridad: (1) Sin escolaridad (2) Primaria (3) Secundaria (4) Preparatoria o bachillerato (5) Licenciatura (6) otro. cual:	
Ocupación: (1) Hogar (2) Oficio (3) Empleo (4) Desempleado (6) Pensionado (7) Jubilado	
Comorbilidades: (1) Diabetes Mellitus. Tipo 1 () Tipo 2 (). (2) Hipertensión Arterial Sistémica (3) Enfermedad Renal Crónica. (4) Insuficiencia Hepática. (5) Enfermedad obstructiva Crónica.	
Indicación médica para uso de BZD: (1) Insomnio 2) Depresión. (3) Crisis de ansiedad. (4) Distimia. (5) Drogadicción	
Tabaquismo: Si () No () Alcoholismo: Si () No ()	
Estatus socioeconómico	Estratos (I) (II) (III) (IV) (V)
Cuestionario BDPQ_MX	Resultado Dependencia percibida () Efectos placenteros () Necesidad percibida ()

XII.2 Cuestionario de dependencia de benzodiacepinas (BDEPQ-MX)

Instrucciones: en las preguntas que siguen se les preguntará acerca de su experiencia del uso de medicamentos conocidos como pastillas para dormir, sedantes, hipnóticos, o tranquilizantes menores. Estos medicamentos también se reconocen por sus nombres, alprazolam, Lorazepam, Diazepam, Oxacepam, Clobazam, Flunitrazepam, Bromazepam, Clonazepam, Clonazepam (Gotas).

Estos se llamarán tranquilizantes o somníferos en las preguntas. Al responder las preguntas, piense en sus experiencias durante el último mes. Circule la respuesta que mejor se adapte a su experiencia en el último mes.

1. En el último mes, ¿Ha tomado algún otro sedante o tranquilizante en cuanto los efectos del anterior comenzaron a desaparecer?							
0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	SIEMPRE
2. ¿Ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir durante el último mes porque le gusta la manera en que le hacen sentir?							
0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	SIEMPRE
3. Durante el último mes, ¿Ha notado que no puede enfrentarse a las cosas cotidianas sin un sedante o un tranquilizante?							
0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	TODOS LOS DIAS
4. ¿Ha notado que no puede pasar el día sin la ayuda de sedantes o tranquilizantes?							
0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	TODOS LOS DIAS
5. ¿Necesita llevar con usted sus sedantes o tranquilizantes?							
0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	SIEMPRE
6. ¿Ha tratado de disminuir la cantidad de sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir que toma porque interferían en su vida?							
0	NO	1	UN POCO	2	ALGO	3	MUCHO
7. ¿En el último mes ha notado que necesitaba tomar más sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir para conseguir el mismo efecto que tenían al inicio?							
0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	SIEMPRE
8. ¿Necesita tomar sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir para resolver los problemas que tiene en su vida?							
0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	TODOS LOS DIAS
9. ¿Se siente muy mal si no toma un sedante, tranquilizante o pastilla para dormir?							
0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	TODOS LOS DIAS
10a. En el mes pasado, ¿Le ha preocupado que su médico no continúe recetándole los sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir que usted toma?							
0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	TODOS LOS DIAS

	LIGER A		MODERADA			INTENSA
--	------------	--	----------	--	--	---------

10b. ¿Cómo ha sido esa preocupación?

11. Podría mañana dejar de tomar sus sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir sin dificultad?

0	SI, SIN DIFICULTAD	1	SI, CON ALGUNA DIFICULTAD	2	QUIZAS, PERO CON MUCHA DIFICULTAD	3	NO, SERIA IMPOSIBLE
---	-----------------------	---	------------------------------	---	--------------------------------------	---	------------------------

12. ¿Está usted esperando el tiempo que falta para tomar su próximo sedante, tranquilizante o pastilla para dormir?

0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	MUCHO
---	-------	---	---------------	---	----------------	---	-------

13a. En el mes pasado, ¿Ha experimentado alivio cuando ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir?

0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	SIEMPRE
---	-------	---	---------------	---	----------------	---	---------

13b. ¿Que intensidad tenía ese alivio?

	LIGER A		MODERADA		GRANDE
--	------------	--	----------	--	--------

14a. Durante el último mes, ¿Se ha sentido mal o enfermo a medida que los efectos de los sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir desaparecían?

Si	Pase a la pregunta 14 b				No	Pase a la pregunta 15	
----	-------------------------	--	--	--	----	-----------------------	--

14b. ¿Ha tomado otro sedante, tranquilizante o pastilla para dormir para reducir esa sensación desagradable?

0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	SIEMPRE
---	-------	---	---------------	---	----------------	---	---------

15. Durante el último mes, ¿Ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir en contra del consejo de su médico o con mayor frecuencia de la que él le recomendó?

0	NUNCA	1	OCASIONALMENTE	2	ALGUNAS VECES	3	CON FRECUENCIA
---	-------	---	----------------	---	---------------	---	----------------

16. ¿Está preocupado por el número de sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir que ha tomado durante el último mes?

0	NADA	1	POCO	2	BASTANTE	3	MUCHO
---	------	---	------	---	----------	---	-------

17. ¿Ha tomado más sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir de lo que tenía planeado en un día o una noche?

0	NO	1	UN POCO	2	ALGO	3	MUCHO
---	----	---	---------	---	------	---	-------

18a. ¿Ha encontrado agradables los efectos de los sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir?

0	NADA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	SIEMPRE
---	------	---	---------------	---	----------------	---	---------

	LIGER A		MODERADADAMEN TE		INTENSAMEN TE
--	------------	--	---------------------	--	------------------

18b. ¿Que tan agradable?

19. Ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas Para dormir por más tiempo del que pretendía que cuando empezó a tomarlos?

0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	TODO EL TIEMPO
---	-------	---	---------------	---	----------------	---	----------------

20b. ¿Qué tan tenso o ansioso

	LIGER A		MODERADAMENTE		INTENSAMENTE
--	------------	--	---------------	--	--------------

21a. ¿Ha sentido la urgencia o la necesidad de tomar sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir en el último mes?

0	NO	1	EN OCASIONES	2	CON FRECUENCIA	3	TODOS LOS DIAS
---	----	---	--------------	---	----------------	---	----------------

	LIGER A		MODERADA		INTENSA
--	------------	--	----------	--	---------

21b. ¿Que tan fuerte era esa urgencia o necesidad?

22. Durante el mes pasado, ¿ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir cuando en realidad no los necesitaba?

0	NUNCA	1	ALGUNAS VECES	2	CON FRECUENCIA	3	TODO LOS DIAS
---	-------	---	---------------	---	----------------	---	---------------

En las siguientes preguntas marque con una X la casilla la respuesta que mejor refleje su formade pensar:

23. Me siento incapaz para evitar tomar un sedante o tranquilizante cuando me siento ansioso, tenso o infeliz.

0	Totalmente en desacuerdo	1	Desacuerdo	2	De acuerdo	3	Totalmente de acuerdo
---	--------------------------	---	------------	---	------------	---	-----------------------

24. Soy incapaz de enfrentarme a mis problemas si no tomo un sedante o tranquilizante.

0	Totalmente en desacuerdo	1	Desacuerdo	2	De acuerdo	3	Totalmente de acuerdo
---	--------------------------	---	------------	---	------------	---	-----------------------

25. Termino tan molesto(a) después de una discusión que necesito tomar un sedante o tranquilizante.

0	Totalmente en desacuerdo	1	Desacuerdo	2	De acuerdo	3	Totalmente de acuerdo
---	--------------------------	---	------------	---	------------	---	-----------------------

Total: _____

El valor de corte es de 23 puntos con un máximo de sensibilidad y especificidad estable con un poder de predicción superior a 0.08.

BDEPQ - Versión Original de Andrew Baillie, 1996

BDEPQ-S Versión en Castellano de Carlos de las Cuevas, 1997

BDEPQ-M Versión para México de Minaya, Fresán, Nanni, Ugalde, 2011

XII.3 Método Graffar - Méndez Castellano (Méndez Castellano y Méndez)

VARIABLES	Puntaje	
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2. Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Estrato	Total de Puntaje Obtenido
Estrato I	4,5,6
Estrato II	7,8,9
Estrato III	10,11,12
Estrato IV	13,14,15,16
Estrato V	17,18,19,20

XII.4 Consentimiento informado



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Perfil epidemiológico de los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas.
Patrocinador externo (si aplica) *:	
Lugar y fecha:	U.M.F. 07 IMSS, San Juan del Rio, Querétaro. Octubre 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de este estudio es Identificar el perfil epidemiológico de los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas
Procedimientos:	Si usted nos autoriza participar en este estudio, le entregamos una carta de autorización y después le invitaremos a pasar a un espacio de la unidad para la contestar el cuestionario para la dependencia (BDPO-MX) con un tiempo de aplicación de 20 minutos. En todo momento el medico estará con usted para aclarar dudas. Con este cuestionario podemos saber sus datos generales, como se sintió con el consumo de benzodiazepinas y si estos medicamentos afectan su salud. Se solicitará apoyo con psicología para terapia cognitivo- conductual que consiste en identificar y corregir patrones de conducta inadecuados y aprender habilidades relativas del sueño, control de estímulos y técnicas de relajación.
Posibles riesgos y molestias:	Estos cuestionarios no representan un riesgo para usted. Pero si en algún momento le causan incomodidad, algún sentimiento o que está invirtiendo mucho tiempo por favor notificarlo con el Médico y claro está usted podrá retirarse sin existir alguna represalia en usted.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Estos resultados ayudaran a conocer su estado de dependencia a las benzodiazepinas. Se realizara un informe a usted con los resultados que arroja el cuestionario y en caso de ser necesario se le podrá canalizar de forma oportuna al personal participante a los servicios pertinentes como lo son trabajo social, médico familiar, psicología para iniciar una estrategia de des prescripción y una terapia cognitivo- conductual
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si usted lo desea le daremos a conocer los resultados de sus cuestionarios al terminar de contestarlos. Y en caso de necesario y si usted así lo desea enviarlo con otros especialistas, trabajo social, psicología, o médico familiar.
Participación o retiro:	Usted es libre de retirarse en cualquier momento. Si no desea continuar con las preguntas puede retirarse. Es importante que usted sepa que esto no repercute en ninguna forma su atención en la Unidad o en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	La información será resguardada por un lapso de 5 años, en el área de enseñanza con el coordinador clínico de educación e investigación en salud, los instrumentos utilizados serán resguardados de manera confidencial en archivo donde solo tendrá acceso el Coordinador y el investigador, el análisis estadístico y la base de datos será encriptado y resguardado en computadora personal, puede tener la absoluta seguridad que se mantendrá la confidencialidad de sus datos.
Autorización de participación:	<input type="checkbox"/> No autorizo participar en el estudio. <input checked="" type="checkbox"/> Si autorizo participar en el estudio.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	La prevalencia de dependencia de uso de benzodiazepinas en la unidad familiar número 7 de San Juan del Rio delegación Querétaro.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Oscar Eduardo Duran Castillo Médico Especialista en Medicina Familiar. Teléfono 5539763466. Correo electrónico: doctor.oscar.duran@gmail.com
Colaboradores:	Edgar Abad Arteaga Rojas. Médico Residente de Medicina Familiar. Teléfono 4341001884. Correo electrónico: arteaga_abad01@hotmail.com . Erasto Carballo Santander. Especialista en Medicina Familiar. Teléfono 4422501821. Correo erastocsantander@gmail.com

En caso de dudas, dirigirse al Comité de Ética en investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1 Querétaro, Querétaro, de Lunes A Viernes de 08 a 16: 00 hrs. Al teléfono de 442 211 2337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhqr1qro@gmail.com

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.
* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.
Clave: 2810-009-01