



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR CDMX



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

T E S I S

**PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PREVALENCIA DEL USO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES DE 19 A 59 AÑOS
DE EDAD ATENDIDOS EN PRIMER NIVEL DEL HGZMF No.8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO**

P R E S E N T A

GARCÍA BUSTOS CLAUDIA FERNANDA

Residente de Medicina Familiar, Adscripción HGZ con MF No.8

“Dr. Gilberto Flores izquierdo” IMSS

Matrícula: 96370945,

Teléfono: 5588050528

Fax: No Fax.

Correo electrónico: dra.claudia.garbu@gmail.com

**MARAVILLAS ESTRADA ANGÉLICA
DIRECTORA DE TESIS**

Médico Familiar. Coordinadora de enseñanza de Medicina familiar. Profesora titular de residentes de Medicina Familiar,
Adscripción HGZ con MF N.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. IMSS

Matrícula: 98113861

Teléfono: 5545000340

Fax: No Fax

Correo electrónico: angelica.maravillas@imss.gob.mx

**MENDIOLA PASTRANA INDIRA ROCIO
ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar. Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica, Jefe de Servicio de Medicina Familiar.
Adscrita al HGZ con MF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

Matrícula: 99126743.

Teléfono: 2222395398

Fax: No Fax

Correo electrónico: dramendiolapastrana@gmail.com

**CDMX FEBRERO 26 DE 2024
No de registro: CCEIS/409/2022**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PREVALENCIA DEL USO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES DE 19 A 59 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN PRIMER NIVEL DEL HGZMF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

Autores: García Bustos Claudia Fernanda ¹, Maravillas Estrada Angélica ², Mendiola Pastrana Indira Rocío³,

¹ Médico Residente de primer año de la especialidad de Medicina Familiar. HGZ con UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS.

² Médico Especialista en Medicina Familiar Coordinadora de enseñanza y profesora titular de residentes de Medicina Familiar en HGZ con UMF N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

³ Médico Especialista en Medicina Familiar. Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica, Jefe de Servicio de Medicina Familiar en HGZ con UMF N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de entre 19 a 59 años de edad, atendidos en el primer nivel del HGZMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo. En población derechohabiente del IMSS pertenecientes al HGZMF N.8 de entre 19 y 59 años de edad que acepten participar mediante firma de consentimiento informado que sepan leer y escribir. Variables del estudio: uso de benzodiazepinas. Instrumento: BENDEP-SRQ.

RESULTADOS:

Durante el estudio se identificó la prevalencia del uso de benzodiazepinas 15.29%(n=26) Existe predominio por el género femenino 15.8%(n=23) en comparación con el género masculino 8.70%(n=4).

Se realizó el cuestionario BENDEP-SRQ a pacientes con uso de benzodiazepinas, encontrando dependencia del 61.54%(n=16), con predominio del sexo masculino 100%(n=4), respecto al femenino con 54.55%(n=12).

CONCLUSIONES:

La prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes atendidos en el HGZMF No. 8 es del 15.29%(n=28), con un predominio del uso por el género femenino. Realizando el cuestionario BENDEP-SRQ se documentó que existe mayor dependencia en el sexo masculino.

PALABRAS CLAVE:

Benzodiazepinas, prevalencia del uso de benzodiazepinas, dependencia a benzodiazepinas, cuestionario BENDEP-SRQ.

**PREVALENCIA DEL USO DE
BENZODIACEPINAS EN PACIENTES DE
19 A 59 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN
PRIMER NIVEL DEL HGZMF No.8 DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas y seres especiales que han sido fundamentales en mi vida durante este emocionante viaje académico.

En primer lugar, quiero dedicar este logro a mi madre, quien ha sido mi fuente inagotable de amor, apoyo y sabiduría. Su inquebrantable fe en mí y su constante aliento han sido la luz que me ha guiado en los momentos más oscuros.

A mi querida pareja, agradezco su comprensión, paciencia y amor incondicional. Tu apoyo inquebrantable y tu disposición para estar a mi lado en cada paso de este camino han sido fundamentales para mi éxito.

A mis amigos, quienes han compartido risas, alegrías y desafíos conmigo, les agradezco por ser mi red de apoyo y por brindarme momentos de distracción y diversión cuando más los necesitaba.

Y finalmente, a mis gatos, esos adorables compañeros peludos que han estado a mi lado durante todas esas largas noches de estudio. Su presencia reconfortante y su ternura han sido una fuente constante de alegría.

Este logro no hubiera sido posible sin el amor, el apoyo y la comprensión de todos ustedes. Esta tesis está dedicada a cada uno de ustedes, quienes han sido los pilares en mi vida, inspirándome a alcanzar mis metas y sueños. Gracias por todo su amor y apoyo incondicional.

La mente que se abre a una nueva idea nunca volverá a su tamaño original.
Albert Einstein

TEMA	PÁGINA
1. MARCO TEÓRICO	06
2. JUSTIFICACIÓN.	30
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
4. OBJETIVOS	32
5. HIPÓTESIS	33
6. MATERIAL Y MÉTODOS	34
7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	35
8. MUESTRA	36
9. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN	37
10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	39
11. VARIABLES	40
12. DISEÑO ESTADÍSTICO	45
13. INSTRUMENTNO DE RECOLECCIÓN	45
14. MÉTODO DE RECOLECCIÓN	45
15. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	46
16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	47
17. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	48
18. CONSIDERACIONES ÉTICAS	50
19. RESULTADOS	54
20. TABLAS Y GRÁFICAS	54
21. DISCUSIÓN	62
22. CONCLUSIONES	67
23. BIBLIOGRAFÍA	68
24. ANEXOS	72

MARCO TEÓRICO

HISTORIA DE LAS BENZODIACEPINAS

Las benzodiazepinas (BDZ) son un grupo de medicamentos que se utilizan para tratar la ansiedad, el insomnio y otros trastornos del sistema nervioso central. El primer fármaco de este grupo, diazepam (Valium), fue sintetizado en 1955 por el químico alemán Leo Sternbach, mientras trabajaba en la compañía farmacéutica Hoffman-La Roche. El diazepam se convirtió rápidamente en uno de los medicamentos más populares y ampliamente utilizados en el mundo. Desde entonces, se han desarrollado varios otros fármacos benzodiazepínicos, cada uno con sus propias características y aplicaciones terapéuticas.(1)

CARACTERÍSTICAS FARMACOCINÉTICAS DE LAS BENZODIACEPINAS

Se caracterizan por sus efectos ansiolíticos (dosis bajas), y sedantes hipnóticos a dosis altas, también tienen propiedades miorrelajantes y anticomiciales.(2)

La estructura química de las benzodiazepinas es característica de esta clase de compuestos, y consiste en un anillo bencénico unido a un anillo diazepínico. (3) La estructura química básica incluye un grupo fenilo, un grupo amino y un grupo etilo. Las diferencias en la estructura de las benzodiazepinas determinan sus propiedades farmacológicas específicas, como la afinidad por los receptores GABAérgicos, la velocidad de absorción y la duración de acción.(3)

Las benzodiazepinas actúan al unirse a los receptores GABA (ácido gamma-aminobutírico) en el sistema nervioso central. El GABA es un neurotransmisor que tiene un efecto inhibitor en el sistema nervioso y ayuda a regular la actividad cerebral. Al unirse a los receptores GABA, las benzodiazepinas aumentan la eficacia del GABA y aumentan la actividad inhibitoria en el cerebro. (3)Esto provoca una reducción en la excitabilidad neuronal y un aumento en la tranquilidad y el relajamiento.(4)

Además de su acción directa sobre los receptores GABA, las benzodiazepinas también pueden actuar en otros receptores y sistemas del cuerpo, como los receptores glutamatérgicos y los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, lo que puede contribuir a sus efectos terapéuticos. (3,5) Los receptores glutamatérgicos son proteínas que se encuentran en la membrana celular y se unen a glutamato, un neurotransmisor excitador importante en el sistema nervioso central.(3,6,7) Los receptores glutamatérgicos son clasificados en diferentes tipos, según su afinidad

y sensibilidad a diferentes formas de glutamato. Algunos de los tipos más comunes de receptores glutamatérgicos incluyen NMDA, AMPA y kainato.(3)

El glutamato se une a estos receptores y desencadena una cascada de señalización intracelular que resulta en la apertura de canales de iones y la activación de la neurona. Esta activación puede resultar en la liberación de otros neurotransmisores y en la modificación de la actividad sináptica.(3)

Los receptores glutamatérgicos son cruciales para el aprendizaje y la memoria, así como para la plasticidad sináptica y la respuesta a lesiones cerebrales. Algunos fármacos, como los antagonistas de NMDA, se utilizan en el tratamiento de trastornos neurológicos y psiquiátricos, como la esquizofrenia y la depresión.(3,4,7)

Las benzodiazepinas son agentes hipnóticos-sedantes que han estado en uso clínico desde los años 60s. La primera benzodiazepina, el clordiazepóxido, fue descubierto por casualidad en 1954 por el científico Australiano Leo Sternbach. Tres años después, fue comercializado como fármaco bajo el nombre Librium. El diazepam fue lanzado en 1963; y muchos otros componentes han sido fabricados desde entonces. (2)

Las benzodiazepinas (BDZ) se pueden administrar oralmente y se absorben completamente, excepto el cloracepato, que se descompone rápidamente en el jugo gástrico.(7) El jugo gástrico juega un papel importante en la absorción y el metabolismo de las benzodiazepinas. Algunas benzodiazepinas son compuestos de absorción oral y deben ser hidrolizadas por las enzimas gástricas antes de ser absorbidas en el sistema circulatorio.(3,4) La acidez gástrica puede afectar la velocidad y la eficacia de la hidrólisis, lo que a su vez puede influir en la biodisponibilidad y la farmacocinética de las benzodiazepinas.

Además, el jugo gástrico puede afectar la estabilidad de algunas benzodiazepinas y reducir su efecto terapéutico. Por ejemplo, algunas benzodiazepinas son sensibles a la hidrólisis ácida y pueden degradarse rápidamente en el estómago antes de ser absorbidas.(3) Esto puede resultar en una disminución de la eficacia de la droga y requerir dosis más altas para lograr un efecto terapéutico.

En general, es importante tener en cuenta el papel del jugo gástrico en la absorción y el metabolismo de las benzodiazepinas al considerar los factores que pueden influir en la eficacia de estos compuestos.(8)

El metabolismo de las benzodiazepinas implica diversos procesos químicos que suceden en el cuerpo para convertir estas drogas en compuestos más simples y

desechables.(3) Estos procesos son llevados a cabo por enzimas en el hígado, específicamente por la isoenzima CYP3A4 y CYP2C19. (3)

Las isoenzimas CYP3A4 y CYP2C19 son formas específicas de la enzima citocromo P450 que se encuentran en el hígado y otros tejidos y desempeñan un papel importante en el metabolismo de muchos compuestos, incluidas las benzodiazepinas.(3,8)

La CYP3A4 es una de las isoenzimas más abundantes y versátiles de citocromo P450 y es responsable de metabolizar una amplia variedad de compuestos, incluidas muchas benzodiazepinas. La CYP3A4 es una enzima importante para el metabolismo de la midazolam, triazolam, alprazolam y otras benzodiazepinas.

La CYP2C19 es otra isoenzima de citocromo P450 que es importante para el metabolismo de ciertas benzodiazepinas, incluido el diazepam.(3,8) La variabilidad genética en la CYP2C19 puede afectar la capacidad de un individuo para metabolizar eficazmente ciertas benzodiazepinas y puede contribuir a la variabilidad en la respuesta a estos compuestos.

En general, es importante tener en cuenta la participación de estas isoenzimas en el metabolismo de las benzodiazepinas al considerar los factores que pueden influir en la farmacocinética de estos compuestos y en la variabilidad en la respuesta a ellos.

La velocidad de este metabolismo puede variar dependiendo de diversos factores como la edad, la genética y la presencia de otros medicamentos en el cuerpo.(4) El resultado final de este metabolismo es la eliminación de las benzodiazepinas y sus metabolitos a través de la orina y la bilis.(4,7)

La mayoría de las BDZ tienen una absorción incierta por vía intramuscular, y la administración profunda en el deltoides es la mejor opción para evitar el tejido adiposo y la mayor vascularización de la zona.(8) Estas se distribuyen ampliamente y se encuentran en el líquido cefalorraquídeo y en la placenta. También se excretan por la leche materna.(7) Las BDZ se metabolizan en gran medida en el hígado y se transforman en metabolitos activos que se excretan a través de la orina después de conjugarse con ácido glucurónico.(3,4,7) El ácido glucurónico es un compuesto que se forma cuando el hígado une el ácido glucurónico a una molécula. Esta reacción de conjugación es parte del proceso de eliminación de sustancias tóxicas y de algunos medicamentos del cuerpo. Los ácidos glucurónicos se excretan en la orina y en las heces, ayudando a desintoxicar el cuerpo y prevenir daños celulares.(3,6)

CLASIFICACION E INDICACIONES PARA EL USO DE BENZODIACEPINAS

Las BDZ se clasifican con base a su vida media o tiempo de eliminación de la sangre. Esta clasificación incluye:(2,3,8)

1. Benzodiazepinas de vida media corta: Estas incluyen triazolam (Halcion), lorazepam (Ativan), oxazepam, y alprazolam (Xanax). Son las benzodiazepinas más recetadas y se utilizan para tratar problemas de ansiedad y insomnio.
2. Benzodiazepinas de vida media intermedia: Estas incluyen diazepam (Valium), clonazepam (Klonopin), y flurazepam (Dalmane). Son utilizadas para tratar problemas de ansiedad y para los trastornos del sueño.
3. Benzodiazepinas de vida media larga: Estas incluyen clordiazepóxido (Librium), diazepam (Valium), y flurazepam (Dalmane). Son utilizadas para tratar problemas de ansiedad y para el control de los síntomas de abstinencia de alcohol.

Esta clasificación se utiliza para guiar la selección del medicamento y la dosis adecuada para cada paciente.(5,7)

Las BDZ de acción prolongada tienen un tiempo de vida media de 12 horas o más, mientras que las de acción corta tienen un tiempo de vida media inferior a 12 horas.(4,7)

Cuando se busca un efecto ansiolítico, se recomiendan las BDZ de vida media prolongada. Las BDZ de vida media corta son ideales para lograr un efecto hipnótico, pero también existen BDZ de acción prolongada que se utilizan en el tratamiento del insomnio. Sin embargo, con el uso crónico, los metabolitos activos pueden acumularse.(4,7) Las BDZ de tiempo de vida media corto pueden causar un fenómeno de rebote, mientras que las de tiempo de vida media largo pueden causar resaca. La dependencia de la droga también es inversamente proporcional al tiempo de vida media.(7)

Al principio estos fármacos depresores del sistema nervioso central se consideraban como “fármacos milagro” y su uso se extendió rápidamente alrededor del mundo.(2) No obstante surgieron numerosos informes de efectos secundarios, y fue hasta 1984 que las benzodiazepinas se incluyeron en la lista de fármacos peligrosos de las Naciones Unidas. Estos medicamentos han reemplazado a otros agentes hipnóticos sedantes, que eran menos seguros. Las benzodiazepinas son usadas para sedación, tratamiento para la ansiedad, convulsiones, abstinencia, insomnio y agitación.(5)

CONSIDERACIONES CLÍNICAS DE SU USO

Los fármacos BDZ son relativamente seguros,(2,4,7,9–12) pero cuando se alcanzan concentraciones máximas en dosis hipnóticas, pueden causar aturdimiento, debilidad, pérdida de memoria, aumenta el riesgo de caídas y accidentes, retardo en la reacción, coordinación motora deficiente, desarrollo de dependencia y tolerancia, entre otros efectos. (7,13) Sin embargo, el uso prolongado puede llevar a la dependencia y el abuso, especialmente en pacientes con un patrón de adicción a múltiples sustancias, como los alcohólicos que tienen una tolerancia cruzada con los tranquilizantes. La sobredosificación de BDZ puede causar depresión en el sistema nervioso central, que va desde somnolencia hasta coma. (4,5)

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS COV-2 EN LAS ENFERMEDADES MENTALES

En diciembre de 2019, un nuevo tipo de coronavirus, SARS-CoV-2, fue identificado en la población de Wuhan, China, y se denominó COVID-19.(14) La pandemia de COVID-19 se declaró en marzo de 2020 por la OMS, y en diciembre de 2020, el número de personas infectadas en todo el mundo superó los 79 millones, con más de 1 millón de muertes.(15) La pandemia generó miedo en la población y tuvo un impacto significativo en la salud mental, especialmente en los países con una alta tasa de casos.(16) La pandemia de COVID-19, con su subsecuente aislamiento social propuesto por varios gobiernos también ha tenido un impacto negativo en la salud física, psicológica y socioeconómica, y se ha relacionado con un aumento en los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, así como un aumento en el riesgo de suicidio.(15,16)

SUICIDIO

El suicidio es la acción intencional de poner fin a su propia vida. Es un comportamiento complejo que puede ser influenciado por una combinación de factores, incluyendo problemas de salud mental, estresores emocionales, problemas sociales y económicos, y otros factores de riesgo individuales.(17)

El suicidio es un problema de salud pública significativo en todo el mundo y es la segunda causa principal de muerte entre jóvenes y adultos jóvenes.(18) Es importante tomar medidas para prevenir el suicidio y brindar apoyo a aquellos que han sido afectados por esta tragedia.(17) Eso incluye el acceso a atención médica y psicológica, la sensibilización y la educación sobre el suicidio, y una red de apoyo sólida para aquellos que se encuentran en riesgo. Las vías más comunes de suicidio incluyen el envenenamiento por sobredosis que Incluye la ingestión de

drogas o medicamentos con propósitos suicidas; las lesiones por arma de fuego, su uso puede causar lesiones graves o fatales. (19) Ahorcamiento que consiste en colgarse de un objeto para interrumpir la circulación del aire y causar la muerte. Saltar desde una altura elevada para causar lesiones graves o fatales. Inmersiones principalmente la inmersión en agua para causar la muerte por ahogamiento.

Estas son las vías de suicidio más comunes, pero existen otros métodos, incluyendo lesiones por corte, incendios intencionales, y otros. Es importante tener en cuenta que cualquier intento de suicidio es una emergencia médica y requiere atención inmediata. (18)

En hombres, el método más utilizado para morir por propia mano es el ahorcamiento, seguido del uso de un arma y el lanzamiento al vacío. Las mujeres utilizan más altas dosis de fármacos psiquiátricos o de otro tipo de medicamentos.(17,19)

En 2021, las estadísticas de mortalidad reportaron que del total de fallecimientos en el país (1 093 210), 8 351 fueron por lesiones autoinfligidas. Esto representa una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100 mil habitantes. De los decesos por esta causa, destaca que los hombres tienen una tasa de 10.9 suicidios por cada 100 mil (6 785). La tasa para las mujeres es menor:2.4 por cada 100 mil (1 552).(18)

El grupo con mayor riesgo de fallecimiento por homicidio es el de las personas de 15 a 29 años, con una tasa de 10.4 por cada 100 mil. A este sigue el grupo de 30 a 59 años, con 8.3 por cada 100 mil. (18)

Estos fármacos son los más utilizados en intentos de suicidio por ingestión de medicamentos, pero la mayoría de los suicidas no ponen en peligro su vida. Se registró un aumento del 38,4% en las consultas por intento de autolesión.(15)

Las mujeres representaron la mayoría de los casos y presentaron una mayor prevalencia de intentos previos de autolesión, mientras que los hombres tenían una mayor prevalencia de trastornos por el uso de sustancias. El mecanismo más frecuente de autolesión fue a través de fármacos, especialmente benzodiazepinas.(15) El alcohol fue el tóxico más utilizado, y con frecuencia se asociaba con benzodiazepinas.(15) Al dar de alta a los pacientes, la mayoría fue derivada a una unidad de salud mental. Sin embargo, los niños son particularmente sensibles a ellos.(17) Las dosis terapéuticas pueden afectar la respiración en pacientes con enfermedades pulmonares o apnea del sueño, y en dosis elevadas, pueden causar hipotermia, hipotonía y depresión respiratoria en los recién nacidos durante el trabajo de parto.(4,7) El abuso por parte de la madre embarazada puede causar síndrome de abstinencia en el neonato.

RECOMENDACIONES EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA SUICIDIO

Se recomiendan precauciones especiales al usar estos fármacos en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, enfermedades renales, hepáticas o en ancianos, y se debe evitar su uso durante el primer trimestre del embarazo y la lactancia. También se debe tener precaución al usar estos fármacos en pacientes farmacodependientes y alcohólicos, y evitar su consumo junto con bebidas alcohólicas y conducir vehículos. Además, estos fármacos están contraindicados en la miastenia grave e hipersensibilidad.(7)

Estas sustancias pueden tener efectos adversos especialmente en ciertos grupos de pacientes. Estos incluyen: pacientes que toman varios medicamentos incluyendo algún tipo de benzodiacepina o fármacos depresores del sistema nervioso central, lo que aumenta el riesgo de interacciones; pacientes que consumen alcohol, lo que potencia los efectos de las benzodiacepinas; y pacientes de edad avanzada que son más vulnerables debido a cambios en la farmacodinámica y farmacocinética, mayor comorbilidad y uso de múltiples medicamentos, lo que los hace más propensos a sufrir interacciones y efectos secundarios.(13,20)

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y SU RELACION CON LAS BENZODIACEPINAS

Algunos de sus efectos como la sedación, son efectivas para tratar la ansiedad y promover el sueño. (5)La relajación muscular, para reducir la tensión muscular y la espasticidad, así como el alivio del dolor crónico y agudo, otro efecto es el depresor del sistema nervioso central, ya que estas tienen un efecto depresor, lo que puede causar somnolencia, mareo, ataxia y disminución de la concentración. Sin embargo, el uso prolongado de benzodiacepinas puede llevar a dependencia física y psicológica, así como a una disminución de su eficacia con el tiempo. Por lo tanto, deben ser utilizadas bajo estricta supervisión médica y de acuerdo con las indicaciones establecidas.(10)

La mayoría de las benzodiacepinas producen efectos similares en el sueño, sin variaciones notables en su eficacia. Estos medicamentos brindan una sensación de sueño profundo y reconstituyente, reduciendo la cantidad de tiempo que tarda en dormirse y la cantidad de despertares durante la noche, lo que resulta en un aumento en el tiempo total de sueño.

SUEÑO FISIOLÓGICO

El sueño es un aspecto crucial para la salud física y mental, y una disminución en la cantidad y calidad del sueño puede tener consecuencias negativas a largo plazo.(21)

Esta función biológica suele dividirse en 2 grandes fases que, de forma normal, ocurren siempre en la misma sucesión: todo comienza con el llamado sueño sin movimientos oculares rápidos (No MOR), que tiene varias fases, y después se pasa al sueño con movimientos oculares rápidos (MOR).(22) La Academia Americana de Medicina del Sueño señala las siguientes etapas o fases del sueño: El sueño humano está dividido en dos tipos principales: sueño No MOR (movimientos oculares rápidos) y sueño MOR (movimientos oculares rápidos). El sueño No MOR se divide en tres fases: N1, N2 y N3, mientras que el sueño MOR se caracteriza por la presencia de movimientos oculares rápidos, disminución del tono muscular y irregularidades en la frecuencia cardíaca y respiratoria.

La mayoría de las ensoñaciones se producen durante el sueño MOR. (23)Un adulto joven pasa aproximadamente de 70 a 100 minutos en el sueño No MOR y luego pasa al sueño MOR, que puede durar de 5 a 30 minutos. Este ciclo se repite cada hora y media durante toda la noche. A lo largo de la noche, normalmente hay de 4 a 6 ciclos de sueño MOR. Sin embargo, la duración de estas fases cambia con la edad. Con el envejecimiento, la duración de las etapas N1 y N2 aumenta, mientras que la duración de la fase R disminuye.(17,22)

La duración del sueño puede variar según la edad, el estado de salud, el estilo de vida y otros factores individuales. La National Sleep Foundation recomienda un intervalo de duración del sueño para cada grupo etario, especificando las horas mínimas y máximas necesarias para un sueño saludable.(24) Estas recomendaciones se basan en factores como el bienestar general, la salud física, emocional y cognitiva. Por ejemplo, para un recién nacido se recomiendan 14 horas de sueño, mientras que para los escolares se recomiendan 9 horas, y para los adultos jóvenes se recomiendan entre 7 y 9 horas. Además, es importante tener en cuenta la calidad del sueño, que incluye la duración, la arquitectura del sueño, la latencia para conciliar el sueño y los periodos de vigilia durante el sueño. Un sueño de buena calidad se asocia con una percepción de descanso y una mejor calidad de vida.(24–27) Durante el desarrollo humano, la organización del sueño cambia a lo largo del tiempo.

Durante la vida fetal y en la primera infancia, el sueño activo y pasivo alternante es predominantemente sin un patrón circadiano claro.(24) Con el tiempo, el sueño se organiza en un patrón nocturno y con siestas, con una mayor proporción de sueño

de ondas lentas. Durante la escuela, adolescencia y juventud, destaca la mantención de una proporción estable de la fase REM y la mantención de 4 a 5 ciclos durante la noche. (24,26) En la adultez y ancianidad, las etapas de sueño disminuyen gradualmente, con predominio de etapas no-REM superficiales y disminución del tiempo total de sueño hasta representar una cuarta parte o menos del tiempo total del día. Estos cambios sugieren un papel importante del sueño, especialmente la fase REM y el sueño profundo, en el desarrollo del sistema nervioso central.(24)

El sueño de la población adulta tiene una distribución normal de aproximadamente 8 horas más o menos 1 hora, con "dormidores cortos" durmiendo de 4 a 6.5 horas y "dormidores largos" durmiendo de 9 a 10 horas por noche. Estos son genéticamente determinados y no presentan quejas de síntomas diurnos ni impacto en el rendimiento. También hay contrastes en las preferencias horarias para dormir y despertarse, como "cronotipo matinal" y "cronotipo vespertino".(27)

TRASTORNOS DEL SUEÑO

La vida moderna ha generado cambios en nuestros hábitos y conducta, especialmente en cuanto al sueño, lo que ha llevado a una disminución en la cantidad y calidad del mismo, especialmente en la población joven.(16,22,27)

Los trastornos del sueño son muy comunes y su diagnóstico se realiza a través de diferentes estudios. Algunos de los trastornos más representativos incluyen el insomnio, la apnea del sueño y la somnolencia diurna excesiva.(22)

La falta de sueño adecuado puede tener un impacto negativo en la salud a largo plazo, incluyendo enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes, la hipertensión y la depresión, entre otras. Por lo tanto, es importante tomar medidas para mejorar la calidad y la cantidad del sueño, para preservar la salud a largo plazo.(22) Además, el sueño es esencial para la recuperación y el descanso físico y mental, y ayuda a mantener el equilibrio emocional y la capacidad de concentración y rendimiento cognitivo durante el día. También juega un papel importante en la regulación de hormonas y la función cardiovascular.

En resumen, el sueño es fundamental para el bienestar general y la salud del ser humano, y es importante asegurarse de obtener una cantidad suficiente de sueño de calidad cada noche.(22,27)

Los trastornos del sueño (TS) son problemas para dormir que afectan la calidad y la cantidad del sueño, lo cual puede tener consecuencias negativas sobre la salud física y mental a corto y largo plazo. (22,23)La frecuencia de los TS ha aumentado

en la población en general, y puede ser influenciada por el ritmo de vida moderno y otros factores. Los estudios clínicos ayudan a identificar los diferentes TS, su frecuencia, causas y consecuencias, y los estudios paraclínicos son útiles para el diagnóstico. (21,28) Es importante prestar atención a la calidad del sueño y tratar los TS para prevenir su impacto negativo sobre la salud.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

El estudio clínico de los trastornos requiere una combinación de estudios diagnósticos objetivos y subjetivos para evaluar la probabilidad de la existencia de un trastorno.(22) Algunos de estos estudios requieren equipos e instalaciones especiales como la polisomnografía, lo que puede complicar su accesibilidad, mientras que otros, como las escalas y cuestionarios, son más accesibles para la población general.(17,22)

POLISOMNOGRAFÍA

La polisomnografía es el estudio paraclínico considerado el "estándar de oro" para el diagnóstico de los trastornos del sueño.(23) Se realiza en un laboratorio especializado y consiste en la monitorización simultánea de múltiples variables biológicas durante una noche de sueño, como la estadificación del sueño, el flujo de aire, la oximetría, el electrocardiograma, el electromiograma, el electro-oculograma y la posición del paciente.(22,23)

ACTIGRAFÍA

La actigrafía es un estudio de sueño que permite medir la cantidad de tiempo que una persona está activa o en reposo durante 24 horas. (27) Se utiliza un dispositivo portátil, como un reloj, o un celular inteligente, que registra los movimientos y la actividad a través de un acelerómetro. La actigrafía es un estudio sencillo que se puede realizar en personas que no toleran las condiciones de un laboratorio de sueño o en trastornos del ciclo circadiano. Sin embargo, no reemplaza un estudio de polisomnografía completo.(21,22,27)

DISOMNIAS

Las disomnias incluyen trastornos para iniciar o mantener el sueño normal y trastornos por somnolencia diurna excesiva. Estos trastornos se pueden clasificar en trastornos intrínsecos, extrínsecos y trastornos del ritmo circadiano. Los trastornos intrínsecos son originados o desarrollados dentro del organismo del individuo, mientras que los trastornos extrínsecos son causados por factores ambientales externos al organismo. Los trastornos del ritmo circadiano se refieren a alteraciones en el ritmo circadiano normal del sueño.(27)

SÍNDROME DEL SUEÑO INSUFICIENTE

El síndrome de sueño insuficiente es un trastorno en el cual la persona no consigue la cantidad y calidad adecuada de sueño, lo que puede afectar su estado de alerta durante el día. Es más común en jóvenes y es causado por factores ambientales o restricciones voluntarias de la duración del sueño.(22)

En otras palabras, no se trata de un trastorno primario del sueño, sino que es la consecuencia de causas ambientales o más comúnmente restricciones voluntarias de la duración del sueño motivadas por diferentes factores como cambios propios de la adolescencia, dispositivos electrónicos, horarios de entrada escolar y carga académica, uso de cafeína u otros estimulantes, otros factores comúnmente asociados al sueño insuficiente son el estrés o los trastornos emocionales como depresión o ansiedad que también son muy prevalentes en este grupo de edad. Adicionalmente los largos tiempos de traslado desde sus hogares hasta sus centros escolares contribuye a que el alumno tenga que sacrificar más tiempo de sueño para invertirlo en llegar a tiempo a sus centros escolares.(22)

La información y educación sobre las causas y consecuencias, así como la promoción de buenos hábitos de sueño son la clave para combatir este trastorno y prevenir sus efectos negativos. El tratamiento farmacológico no está generalmente indicado.

INSOMNIO

El insomnio es uno de los trastornos del sueño más comunes en México, con una prevalencia estimada del 10% a 30% en casos crónicos y hasta el 80% en casos transitorios. Y hasta un 10-15% de la población general mundial.(21)

El insomnio se define como dificultad para conciliar o mantener el sueño y se acompaña de fatiga y somnolencia durante el día. Se presenta más comúnmente en mujeres y con mayor prevalencia en personas mayores de 65 años. Los factores relacionados con el insomnio incluyen estrés, que es una causa común en el

insomnio episódico, así como otros estresores físicos, psicológicos, psicosociales e interpersonales.(22) Además del insomnio crónico, definido como insomnio con una duración mayor de tres meses y con una frecuencia mayor o igual a tres veces por semana, también hay otros trastornos del sueño que pueden tener un impacto negativo en la vida cotidiana, como la somnolencia diurna excesiva y la fatiga diurna.(21,22,28)

El insomnio crónico puede estar relacionado con enfermedades crónicas y con el tratamiento de estas, y a veces puede estar influido por otros trastornos. La fatiga diurna es una de las consecuencias más comunes del insomnio, lo que puede afectar el rendimiento laboral o escolar, aumentar el número de errores y accidentes, y disminuir la concentración y atención, (22) así como puede generar problemas conductuales como irritabilidad, ansiedad, hiperactividad, impulsividad o agresión. Es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y las graves consecuencias que tiene sobre el funcionamiento diurno, la concentración, la atención y el estado de ánimo. Además, también está asociado con enfermedades crónicas y trastornos conductuales y sobre todo es un factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares, síndromes de dolor crónico, trastornos del ánimo como depresión/ansiedad, enfermedades metabólicas como diabetes-obesidad. (21) Por lo tanto, es importante considerar el tratamiento individualizado del insomnio crónico para mejorar la salud general de las personas.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL INSOMNIO

El tratamiento del insomnio es multidisciplinario y depende de su etiología. El manejo de este trastorno busca dos objetivos fundamentales: mejorar la calidad del sueño y mejorar los síntomas diurnos. Según la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) y las guías europeas (25,26) el tratamiento de primera línea para el insomnio crónico del adulto es el tratamiento no farmacológico.

La primera línea de tratamiento es la terapia cognitivo-conductual (TCC-I) y solo se deben considerar fármacos si la TCC-I no está disponible o no es efectiva. El efecto placebo juega un rol importante en la evaluación de los resultados, ya que algunos estudios han demostrado que el efecto placebo puede explicar hasta 2/3 del efecto de los fármacos. (25) Las medidas no farmacológicas constituyen hoy en día el tratamiento de primera línea para el insomnio crónico. Una variedad de conductas y creencias maladaptativas juegan un rol crítico en el desarrollo y mantención del insomnio crónico(21).

Las expectativas ansiosas y negativas respecto al sueño, la preocupación por las potenciales consecuencias de no dormir lo suficiente o no dormir bien

pueden impactar en el sistema fisiológico. Así también, la desregulación de los horarios de sueño-vigilia, la implementación de estrategias compensatorias tras una mala noche (por ejemplo, dormir una siesta, o ir a la cama más temprano), y el pasar un tiempo excesivo en la cama pueden generar un condicionamiento de alerta. (27) El foco de las terapias psicológicas varía, pero la mayoría de los modelos terapéuticos están orientados a reducir o eliminar uno o más de los factores putativos que perpetúan el insomnio.

La aceptación de la TCC-I puede verse limitada por factores como el estigma de asistir a terapia, la percepción de ser costosa y extensa, y la dificultad de encontrar profesionales formados en psicoterapia para el insomnio. (26,27) Es un desafío importante para nuestro país encontrar profesionales capacitados en el tratamiento del insomnio.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL INSOMNIO

Existen diversos tratamientos para mejorar los síntomas del insomnio, incluyendo terapias psicológicas, terapias ocupacionales, técnicas de relajación y ejercicio aeróbico regular. (21,29) El ejercicio físico es una herramienta efectiva para mejorar la salud y la calidad de vida, ya que tiene efectos positivos en sistemas como el cardiovascular, pulmonar, muscular, metabólico y mental. Además, la práctica regular de ejercicio está relacionada con una mejora en la calidad y la estructura del sueño.(29) Los efectos del ejercicio físico en los trastornos del sueño son múltiples y en algunos casos, pueden incluso reemplazar la terapia farmacológica. La práctica regular de ejercicio aeróbico con una frecuencia mínima de 3 veces por semana, de intensidad baja a moderada, durante 60 minutos por sesión, y con un mínimo de 3 meses de intervención, (25,26,29) mejora la calidad del sueño, reduce el insomnio, el estrés y aumenta la sensación de descanso y bienestar. Por lo tanto, el ejercicio físico es una herramienta valiosa para tratar y prevenir los trastornos del sueño.(21,29)

Todos estos tratamientos están destinados a mejorar el estilo de vida y las situaciones emocionales que contribuyen a la aparición del insomnio. Las medidas de higiene del sueño son la terapia no farmacológica de primera línea para tratar el insomnio.(29) Si la terapia y las medidas higiénico-dietéticas han sido efectivas y han mejorado el insomnio, la medicación solo se debería usar en días específicos en los que sea necesario; (26,30) Si se persiste con la sintomatología se puede optar por un tratamiento farmacológico por un período de 4 a 6 semanas, con una duración no mayor a un año.(25,26,30)

El tratamiento farmacológico del insomnio ha avanzado en las últimas dos décadas y depende de los síntomas específicos del insomnio, su severidad, duración,

presencia de comorbilidades, seguridad y eficacia del fármaco, disponibilidad, características propias del paciente, respuesta previa con fármacos y costo. (26) El médico tratante selecciona el medicamento más adecuado para cada paciente.

Al momento de seleccionar el fármaco, se busca uno con rápido inicio de acción, óptima duración y que preserve la arquitectura del sueño, no que cause somnolencia diurna residual ni fallas cognitivas y que no interactúe con otros fármacos que utilice el paciente.(21)

Los hipnóticos son más efectivos para tratar el insomnio reciente, y las benzodiacepinas de acción corta son las más recomendadas en estos casos. Un hipnótico ideal sería aquel que actúe rápidamente para dormir y mantenga su acción durante toda la noche, sin tener efectos residuales en la mañana. (4,7)

El triazolam es el que más se ajusta a estos criterios. Además, el insomnio por la tarde suele estar asociado con ansiedad, mientras que el insomnio por la mañana con depresión, por lo que el médico debe tener en cuenta el tratamiento de estos problemas en conjunto con el insomnio.(7) Las benzodiacepinas se utilizan principalmente para el tratamiento de trastornos del sueño, ansiedad, estrés, fobia social, síndrome de abstinencia de alcohol y para el control de convulsiones. Sin embargo, es importante destacar que el uso a largo plazo de estos fármacos debe ser supervisado por un médico,

Hay más de 15 tipos de estos medicamentos utilizados para tratar una amplia gama de problemas psicológicos y físicos. Son considerados más seguros que los barbitúricos debido a la generación de menos efectos secundarios, y tienen un riesgo menor de causar dependencia en caso de sobredosis.(4)

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta adaptativa frecuente, frente a situaciones que se perciben como amenazantes, que tan solo se considera un trastorno cuando excede criterios clínicos de intensidad, frecuencia y deterioro de las actividades del paciente.(31)

Los trastornos de ansiedad son las patologías psiquiátricas más comunes con una prevalencia global del 7,3%. Estos trastornos son caracterizados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5a edición (DSM-5) (32) por una intensificación excesiva de dos respuestas normales y adaptativas, el miedo y la ansiedad. (32) El miedo y la ansiedad son respuestas emocionales normales ante una amenaza real o imaginaria, que ayudan a la supervivencia al contribuir a una respuesta a un peligro.

El miedo es una respuesta inmediata ante una amenaza, mientras que la ansiedad es una respuesta emocional anticipatoria a una amenaza futura. (32) El diagnóstico se hace en función de la intensidad o duración excesiva de estas emociones, pero también se consideran factores culturales y personales. Además, es importante tener en cuenta que el diagnóstico de trastorno de ansiedad debe realizarse después de descartar que los síntomas sean causados por sustancias de abuso, medicamentos o patologías médicas, así como que estén atribuibles a otros trastornos mentales. (31) La individualización del diagnóstico es crucial para tener en cuenta la influencia de la cultura y otras características del paciente.

La prevalencia a nivel mundial de los trastornos de ansiedad es 1.5 a 2 veces más alta en mujeres que en hombres. (32) Además, existe una asociación entre los trastornos de ansiedad y un mayor riesgo de sufrir un episodio depresivo, con una odds ratio que oscila entre 7 y 62, dependiendo del trastorno de ansiedad en cuestión. (31) Frecuentemente, los trastornos de ansiedad son infradiagnosticados e infratratados, retrasándose el tratamiento en muchos casos hasta una década después del inicio de los síntomas.

Dentro de los trastornos de ansiedad se incluyen: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social o fobia social, trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Además, el DSM-5 también incluye trastornos de ansiedad inducidos por sustancias o medicamentos o debidos a otras enfermedades médicas. (32)

TRASTORNOS DE ANSIEDAD DURANTE LA PANDEMIA POR SARS COV-2

La pandemia de COVID-19 ha causado una gran cantidad de ansiedad en la población debido a la incertidumbre y el miedo al contagio, la preocupación por la salud y el bienestar de los seres queridos, el estrés financiero, entre otros factores. Además, la pandemia ha tenido un impacto significativo en la vida cotidiana, incluyendo la limitación de la movilidad y las interacciones sociales, lo que ha agravado el sentimiento de ansiedad en muchas personas. (33)

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud mental y un impacto emocional más sustancial en personas con condiciones médicas subyacentes. Los informes epidemiológicos correlacionan estas condiciones con una mayor probabilidad de muerte por COVID-19, lo que ha generado más miedo y conductas de evitación en personas con problemas de salud previos. (33–35) Las personas con condiciones médicas previas pueden tener diferentes preocupaciones relacionadas con la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias sociales. Estudios sugieren que la cuarentena puede tener un impacto psicológico amplio y duradero en las personas, pero que si es necesaria, las autoridades deben

tomar medidas para hacerla lo más tolerable posible. (16,33,34) Esto incluye informar a las personas, proporcionar actividades significativas y suministros básicos, y reforzar el sentido de altruismo.

MANEJO INTEGRAL DE TRASTORNOS POR ANSIEDAD

La evaluación de un paciente con ansiedad debe incluir una historia clínica, incluyendo medicación, consumo de drogas, exploración física, y una evaluación de la funcionalidad. Las pruebas complementarias deben ser guiadas por la información obtenida en la historia clínica. Después de descartar causas médicas de ansiedad, se deben considerar factores estresantes o si la ansiedad es un trastorno primario o secundario a otro trastorno psiquiátrico como depresión, trastorno de personalidad o trastorno psicótico.(31,36)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO PARA TRASTORNOS POR ANSIEDAD

En el caso de la ansiedad aguda, se recomienda un enfoque conservador si la sintomatología es leve o moderada.(31,36) Esto incluye tranquilizar al paciente y realizar técnicas de relajación. En caso de sintomatología grave, se puede recurrir a benzodiazepinas como lorazepam sublingual. (31,36) Si la ansiedad afecta la funcionalidad del paciente, se deben considerar trastornos de ansiedad y buscar un tratamiento específico. En el caso de trastornos por crisis de pánico, existen dos opciones de tratamiento: psicoterapéutico y farmacológico.

El tratamiento para el trastorno por crisis de pánico incluye terapia psicológica, en particular TCC, y tratamiento farmacológico.(31,32,36,37) La combinación de ambos puede ser más efectiva que la monoterapia. La atención primaria puede proponer un modelo integrado con apoyo de psicólogos o autoayuda guiada por el médico familiar.(36) La terapia de TCC se basa en la exposición y la reestructuración cognitiva, y se realiza durante un periodo de 12 semanas. La autoayuda guiada por el médico de familia incluye 5 sesiones de 20 minutos con enfoque en técnicas cognitivas simples y trabajo en casa para el paciente.(36)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA TRASTORNOS POR ANSIEDAD

Dentro del tratamiento farmacológico encontramos que las benzodiazepinas son los ansiolíticos más comúnmente utilizados. Tienen un papel importante en el control agudo de la ansiedad incontrolable y se utilizan como tratamiento inicial hasta que el tratamiento antidepresivo comience a tener efecto, y se caracterizan por ser medicamentos de segunda línea para esta patología.(31,36,38)

Los antidepresivos son el principal tratamiento para el trastorno de crisis de pánico.(31,36) Se ha demostrado que son efectivos a través de varios estudios y

se consideran el tratamiento de primera línea, especialmente los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN). El efecto de estos fármacos tarda de 4 a 6 semanas en iniciarse y pueden tener efectos adversos como efectos gastrointestinales y problemas de sueño, alteración en la función sexual y síndrome de discontinuación.(31,32,36) Como opciones de tratamiento secundarias se encuentran mirtazapina y antidepresivos tricíclicos como clomipramina o imipramina, pero tienen más efectos adversos que los ISRS.(36)

Antipsicóticos atípicos como olanzapina o quetiapina son opciones terciarias y se utilizan en casos de ansiedad refractaria a otros tratamientos o en pacientes con psicosis o en los que las benzodiazepinas estén contraindicadas.(36) Aunque gabapentina o pregabalina no están aprobadas para tratar crisis de pánico, sí están en otros trastornos de ansiedad y se pueden utilizar especialmente en pacientes en los que las benzodiazepinas no son adecuadas.(31,32,36,38)

Es importante descartar que los síntomas se deban a sustancias de abuso, medicamentos o patologías médicas y también que estén relacionados con otros trastornos mentales.

PAPEL DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO FRENTE A LA PANDEMIA POR SARS COV-2 Y SU RELACIÓN CON TRASTORNOS MENTALES

Nuevamente en la literatura revisada, (15,16,33,38) varios estudios objetivaron un aumento en la prevalencia de patología psiquiátrica asociado a grandes desastres y, en consecuencia, un aumento en el consumo de psicofármacos. La pandemia por COVID-19 podría definirse como una catástrofe dadas las consecuencias que ha tenido en la población. Durante la pandemia y las fases posteriores, los médicos de familiares jugaron un papel fundamental en la respuesta a la infección por COVID-19 sin descuidar otras patologías, incluida la salud mental. (33)

Gracias a la accesibilidad y la atención a largo plazo brindada por los médicos de atención primaria, estos profesionales pudieron ver y seguir de cerca las consecuencias socioeconómicas de la crisis en sus pacientes, acompañándolos y ayudándolos durante este período.(33,38) Según lo anteriormente expuesto, la pandemia de COVID-19 provocó un confinamiento y distanciamiento social que afectó la salud mental de la población, resultando en un aumento en la preocupación por la salud mental y el consumo de psicofármacos, especialmente ansiolíticos como lo son las benzodiazepinas.(16)

SOBRE-PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS

Durante varios años, algunas organizaciones públicas han expresado su preocupación sobre la posible sobre-prescripción de estos medicamentos. Por su parte, los psiquiatras han alertado sobre el riesgo de efectos secundarios graves y la dependencia farmacológica, especialmente con las benzodiazepinas de alta potencia y vida media corta. Desde entonces, aunque ha disminuido el número de recetas para el tratamiento a corto plazo de la ansiedad, su amplio uso en el tratamiento del insomnio a largo plazo persiste, y todavía se prescribe en gran cantidad.(4) Las interacciones con otros fármacos son mínimas,(7) por ejemplo los efectos depresores aditivos del SNC, cuando se coadministran con otros fármacos depresores, por ejemplo, los barbitúricos o el alcohol.

La depuración del alprazolam, el estazolam, el clobazam y otras BDZ la retardan los antibióticos macrólidos. Inhiben el metabolismo de las BDZ la cimetidina, el disulfiram, la isoniacida y los anticonceptivos orales; en cambio lo incrementa la rifampicina. El tabaquismo intenso puede disminuir la eficacia de las dosis ordinarias de estos fármacos.(5,7)

PREVALENCIA DEL USO DE BENZODIACEPINAS

Se ha observado que las mujeres consumen el doble de fármacos BZD (19%) en comparación con los hombres (10,4%). Este perfil de consumo ha sido descrito por varios autores.(20,39–41) Se ha explicado el mayor uso entre las mujeres debido a su mayor esperanza de vida y al mayor uso y demanda de los servicios de salud.(13)

Se ha observado un alto uso de benzodiazepinas en la población en general, con un mayor consumo entre las mujeres. (1,41). En un primer análisis, de un estudio realizado en nuestra población (1), se encontró un mayor número de mujeres que usaban benzodiazepinas en comparación con el número de hombres en ese estudio, lo que podría estar relacionado con factores culturales en torno a la búsqueda de atención psiquiátrica. A menudo se ve que las mujeres son más propensas a reportar y buscar ayuda por síntomas de ansiedad o depresión y recibir tratamiento con benzodiazepinas.(1,11,20,41)

En general, se ha descubierto que la dependencia a sustancias es más común en los hombres, pero en cuanto a la dependencia a benzodiazepinas, puede presentarse de manera similar en ambos sexos. Sin embargo, en estudios realizados en nuestro país los resultados muestran que la dependencia a benzodiazepinas es más frecuente en los hombres que en las mujeres, a pesar de que un mayor número de mujeres usan estos medicamentos. (1)

Aproximadamente un tercio de las personas mayores de 70 años utilizan benzodiacepinas. Aunque no es un porcentaje muy elevado, es importante mencionar el uso a largo plazo de benzodiacepinas en personas mayores. Además, hay una elevada presencia de polifarmacia en la población general y también es importante destacar el uso significativo de benzodiacepinas en bebedores de riesgo. (2,13,40) El uso de psicofármacos, especialmente de benzodiazepinas, en la población mayor de 60 años en Latinoamérica es importante debido al crecimiento de esta población y su fragilidad económica y social.

Sin embargo, la información detallada sobre el consumo de benzodiazepinas en este grupo etario en Latinoamérica es escasa y se requiere extrapolar hallazgos de otras poblaciones.(40)

ESTRÉS LABORAL Y USO DE BENZODIACEPINAS

Se considera que las personas ocupadas laboralmente son un grupo que tiene buena salud (efecto de la persona sana en el trabajo). Pero algunas condiciones laborales y de empleo pueden causar estrés y llevar a síntomas de ansiedad e insomnio.(13,20,41)

Los estudios demuestran una relación entre el estrés laboral y la aparición de problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad.(13,20,39) Además, los resultados de investigaciones recientes indican que los trabajadores que experimentan condiciones adversas en el lugar de trabajo, insatisfacción laboral o acoso, consumen más medicamentos psicotrópicos. También se ha encontrado una correlación entre el uso de benzodiacepinas y trabajos con alta tensión y demandas, así como una asociación entre el bajo control y recompensa en el trabajo y el uso de medicamentos psicofármacos.(20,39)

El aumento en el uso de estos medicamentos es un grave problema para la salud pública debido a su relación con el declive cognitivo y la ocurrencia de accidentes. Por lo tanto, una mayor comprensión de los factores que contribuyen a su uso puede ser valiosa para implementar medidas preventivas. (20)

DEPENDENCIA A LAS BENZODIACEPINAS

La tolerancia y la dependencia a las benzodiazepinas, que se desarrollan con el uso prolongado, son causadas principalmente por la regulación inadecuada de los receptores y el aumento de la tasa de metabolismo del fármaco debido a la exposición repetida. (42)

Es decir, el uso prolongado de estos medicamentos no solo promueve la dependencia fisiológica debida a sus efectos tranquilizantes, sino que también

produce una disminución gradual de la sensibilidad de los receptores, lo que hace que el organismo necesite dosis cada vez más altas.(43) Además, algunos estudios muestran que la gravedad de los síntomas de abstinencia está relacionada con la naturaleza del medicamento.(42)

Además de los efectos psicoactivos, la industria farmacéutica también influye en la consideración de los medicamentos como la primera opción, debido a la facilidad de dispensación y la variedad de medicamentos disponibles. (44) Sin embargo, a pesar de ser una clase de medicamentos menos tóxicos que los barbitúricos, también pueden causar numerosos efectos adversos, además de la conocida acumulación de efectos secundarios provocados por la administración de múltiples dosis.

Durante los últimos 20 años, con el aumento del consumo de benzodiazepinas en el mundo, se han llevado a cabo diversos estudios sobre el tema que caracterizan el uso de estos fármacos, analizan las prescripciones y evalúan la orientación médica con respecto a su uso. Estas investigaciones (37,42,43) cuestionan la prescripción de medicamentos como terapia única y la necesidad de seguimiento y cuidado a largo plazo de los usuarios de estas drogas, incluyendo la posibilidad de reducir las dosis y la adopción de medidas integrales para aliviar el sufrimiento mental. (44)

Es importante conocer las particularidades locales de la relación de la población con el uso de las benzodiazepinas para comprender la compleja realidad de los procesos de medicalización y definir acciones más efectivas para el cuidado de las personas que sufren problemas de salud mental.

MÉTODOS PARA EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS

Existen diferentes métodos para medir la dependencia a las benzodiazepinas. A continuación, se describen algunos de los más utilizados (45–48):

1. Cuestionarios y escalas: se utilizan cuestionarios y escalas estandarizadas, como el Cuestionario de Dependencia de Benzodiazepinas (Benzodiazepine Dependence Questionnaire, BDQ), el Perfil de Dependencia de Benzodiazepinas (Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire, BDSQ), el Inventario de Síntomas de Abstinencia de Benzodiazepinas (Benzodiazepine Withdrawal Symptom Inventory, BWSI) y la Escala de Gravedad de la Dependencia de Benzodiazepinas (Benzodiazepine Dependence Severity Scale, BDSS). (49,50) Estas herramientas se utilizan para evaluar la dependencia a las benzodiazepinas y los síntomas de abstinencia.

2. Entrevistas estructuradas: se utilizan entrevistas estructuradas, como la Entrevista Internacional sobre el Abuso de Drogas (International Drug Abuse Interview, IDAA) y la Entrevista para la Evaluación de la Dependencia de Benzodiazepinas (Benzodiazepine Dependence Assessment Interview, BDAI), para evaluar la dependencia a las benzodiazepinas.(49)
3. Pruebas de laboratorio: se pueden realizar pruebas de laboratorio, como análisis de sangre, orina o saliva, para detectar la presencia de benzodiazepinas en el cuerpo. Estas pruebas se utilizan para confirmar el uso de benzodiazepinas y evaluar el nivel de dependencia.(49)
4. Evaluación clínica: la evaluación clínica es esencial para la evaluación de la dependencia a las benzodiazepinas. Los médicos deben evaluar cuidadosamente el historial médico del paciente, los síntomas de abstinencia, la dosis y la duración del uso de benzodiazepinas, y cualquier otra información relevante para determinar el grado de dependencia.(49)

Es importante señalar que ninguna de estas herramientas es perfecta y que la evaluación de la dependencia a las benzodiazepinas debe ser una evaluación clínica integral y personalizada, que tenga en cuenta las necesidades y circunstancias individuales del paciente.(39,47–50)

CUESTIONARIO BENDEP-SRQ

El Cuestionario de Dependencia de Benzodiazepinas (BDEPQ) es un instrumento de autoinforme utilizado para evaluar la dependencia de benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos. (45–47)

Fue desarrollado como la primera medida para evaluar la dependencia de benzodiazepinas en un continuo y cubre todos los aspectos del síndrome de dependencia, con excepción de los síntomas de abstinencia. (46,47,51) El cuestionario consta de tres subescalas que evalúan la necesidad percibida de benzodiazepinas, los efectos agradables de las benzodiazepinas y la dependencia general de las benzodiazepinas. El BDEPQ se utiliza para caracterizar el uso y la dependencia de benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos y ha demostrado tener índices satisfactorios de validez y fiabilidad.(45–47,51)

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

En el estudio de validación de Minaya et. Al (51)El promedio de edad en la que los pacientes comenzaron a usar BZD fue de 36.8 años, con una desviación estándar de 14.6 años y un rango de 13 a 77 años. Todos los pacientes informaron que su

uso inicial de BZD fue bajo prescripción médica, siendo la mayoría de ellos (68.7%) recetados para la ansiedad y el resto (30.7%) para el insomnio.

La duración media del uso de BZD fue de 324.6 semanas (equivalente a 6 años), aunque el rango varió ampliamente de 3 a 2340 semanas.

El coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total fue alto (0,95). La subescala de necesidad percibida tuvo un coeficiente alfa de 0,91, seguida de 0,89 para la subescala de dependencia general y finalmente, un coeficiente alfa de 0,87 para la subescala de efectos placenteros.(51)

En otras palabras, el coeficiente alfa de Cronbach, una medida de la consistencia interna de las preguntas en una escala, fue alto para la puntuación total y para cada subescala individual del Cuestionario de Dependencia de Benzodiazepinas (BDEPQ). La subescala de necesidad percibida tuvo el coeficiente alfa más alto, seguida por la subescala de dependencia general y la de efectos placenteros. Esto sugiere que las preguntas en cada subescala miden de manera confiable su respectivo constructo de dependencia.(51)

Este instrumento cuenta con una sensibilidad del 78% y especificidad del 87%, con un área bajo la curva de ROC de 0.9, validado en el 2011 en población mexicana por Minaya O. et.al (51)

ANTECEDENTES

Las benzodiacepinas son un grupo de fármacos frecuentemente prescritos en la práctica médica, que han mostrado ser de utilidad en el tratamiento de diferentes problemas de salud, principalmente los síndromes de ansiedad y depresión, el alcoholismo, el insomnio la epilepsia y el dolor.(10,11)

En el estudio de González L. et.al y en el estudio de Colell E. et.al (13,20) Se observa que las mujeres consumen el doble de BZDs que los hombres, lo cual ha sido descrito previamente en otros estudios.(1,12,20,39). También se destaca la tendencia al alza en el consumo de BZDs a medida que aumenta la edad, especialmente relevante en ancianos dadas las modificaciones en la farmacodinamia y farmacocinética. En correlacion Colell E. et.al (20) registró un aumento en el consumo de hipnosedantes en el grupo de mayor edad en ambos sexos, siendo el doble del consumo en jóvenes.

En el estudio de González et.al (13) se encontró que el 28,4% de los mayores de 70 años utilizan al menos alguna BZD. Además, se observa que un 14,4% de los mayores de 60 años toman BZDs no apropiadas para su grupo de edad, como son las de vida media larga. En este mismo estudio (13)se encontró que un 15,1% de las personas de 70 años o más emplean fármacos hipnóticos y sedantes no benzodiacepínicos y depresores del sistema nervioso, a pesar de que las medidas higiénicas del sueño son la primera opción terapéutica.

También se destaca según González L (13) que el 22,8% de los participantes en el estudio consume 5 o más fármacos, con el 40% tomando alguna BZD y el 28% otros fármacos hipnóticos y sedantes no benzodiacepínicos y/o depresores del sistema nervioso, lo que aumenta el riesgo de problemas relacionados con interacciones medicamentosas.

Colell E et.al observaron que el consumo se multiplicó por cuatro entre aquellos que reportaron mala salud en comparación con el grupo de buena salud. (20)El 18,9% de las mujeres y el 11% de los hombres que reportaron mala salud consumieron hipnosedantes. No se encontraron diferencias significativas en el consumo de hipnosedantes entre los diferentes tipos de jornada laboral.

En relación a las variables de estrés laboral, se observó un mayor consumo en las mujeres que reportaron condiciones ambientales nocivas, mayor carga de trabajo y niveles altos de falta de apoyo social, mientras que en los hombres se observó un consumo significativamente más alto en los que reportaron mayor precariedad.(20)

Durante el estudio de González L. et. Al (13) se mostró que entre los consumidores de BZDs, el 63,6% no tenían síntomas de ansiedad y el 53% no tenían síntomas de depresión. Aunque es posible que algunos pacientes no tengan síntomas debido al efecto beneficioso de los fármacos, esto indica una utilización prolongada no justificada del tratamiento.(39) Además, en el 10,3% de los consumidores de BZDs no constaba el diagnóstico de depresión.

Preocupa el hecho de que el uso inadecuado de benzodiazepinas sigue teniendo un respaldo médico, ya que son medicamentos controlados bajo prescripción, suponiendo que el médico es responsable de brindar el medicamento, así como otorgarle información adecuada y pertinente para su uso correcto. (11) Los médicos no deben ceder ante la presión que puede ejercer el paciente habituado al uso de benzodiazepinas durante la consulta, si no iniciar lo antes posible tratamientos alternativos para tratar la patología subyacente.(52)

Todo esto indica la necesidad de mejorar la prescripción de medicamentos con riesgos a largo plazo y de realizar una adecuada indicación y seguimiento a largo plazo.(1,12,13,20,52)

JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD

El aumento de la prescripción y el uso de benzodiazepinas es un problema de salud a nivel mundial, con el consecuente impacto a la salud pública tanto por los aspectos médicos y psicológicos, como por los altos costos que el manejo de estas requieren, como el ausentismo laboral. En México, según la Encuesta Nacional de Adicciones más reciente, las benzodiazepinas son las drogas médicas de mayor prescripción y su uso va en aumento, con un porcentaje de uso de entre el 0.4-0.7% en hombres y mujeres de 12 a 65 años de edad. Además, se estima que entre el 20% y el 50% de las personas que toman benzodiazepinas durante un período prolongado pueden desarrollar dependencia a estas sustancias.

VIABILIDAD

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de México ha señalado que el abuso de benzodiazepinas es un problema creciente que afecta tanto a pacientes como a la población en general. En la actualidad, su uso indiscriminado ha ido incrementando desde el inicio de la pandemia SARS-COV2 y con ello las consecuencias que tienen, generando un problema de salud pública.

VULNERABILIDAD

Con la realización de este estudio y de acuerdo con los resultados obtenidos se espera que se pueda identificar la prevalencia del uso de benzodiazepinas, identificar asociaciones e incidir en la prevención o detección oportuna de la dependencia a estas sustancias.

FACTIBILIDAD

Es posible realizar el estudio, únicamente se necesitan los cuestionarios que serán aplicados a la población estudio.

TRASCENDENCIA

Con el paso del tiempo este problema irá en aumento según las estadísticas y traerá consigo repercusiones en la salud pública, economía y salud mundial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México existe una alta prevalencia de la prescripción y el uso de benzodiazepinas en todos los grupos de edad afectando principalmente a las mujeres. Las benzodiazepinas son fármacos hipnótico-sedantes con alto grado de dependencia, que en los últimos años ha aumentado su uso para el tratamiento de trastornos de ansiedad, trastornos del sueño entre otros.

Sin embargo, el abuso de la prescripción y uso de este tipo de medicamentos sin diagnóstico fundamentado y/o sin medidas generales no farmacológicas, así como la falta de atención a las interacciones farmacológicas con otros medicamentos, aumenta el riesgo de morbimortalidad en población susceptible, aumenta el riesgo de disminución en el rendimiento laboral, ausentismos y dependencia a sustancias, principalmente en la población trabajadora activa de entre 19 a 59 años de edad.

Existen diversos tratamientos para los trastornos de ansiedad, depresión y del sueño como medidas de higiene del sueño, psicoterapia y otras medidas farmacológicas las cuales tienen una gran tasa de éxito. Un uso responsable, vigilado y por cortos periodos de tiempo de las benzodiazepinas ha sido la propuesta para disminuir la incidencia de dependencia a la sustancia, no obstante, en la actualidad nos enfrentamos a eventos a nivel mundial, como la pandemia por SARS-COV2, que ha aumentado el desarrollo de enfermedades como la depresión, ansiedad e insomnio favoreciendo al mismo tiempo la automedicación y desinformación del mal uso de estas sustancias. Por lo anterior es relevante investigar cual es la prevalencia del uso de benzodiazepinas y realizar asociaciones pertinentes que nos orienten a determinar el estado actual de la población del HGZ con UMF N.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo en pacientes de entre 20 a 59 años de edad para detectar áreas de oportunidad y disminuir las consecuencias.

¿Cuál es la prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de entre 19 a 59 años de edad atendidos en el primer nivel del HGZMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en el primer nivel del HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Analizar la prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes atendidos en el primer nivel por grupos de edad y sexo.
2. Evaluar la prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes atendidos en el primer nivel por ocupación, enfermedades afectivo-emocionales (Depresión, Ansiedad e Insomnio), enfermedades crónico degenerativas (Diabetes, Hipertensión y enfermedades reumatológicas).
3. Evaluar la dependencia al uso de benzodiazepinas y su distribución por edad, sexo, ocupación, enfermedades crónico degenerativas y enfermedades afectivo-emocionales.

HIPÓTESIS

Para los estudios transversales descriptivos las hipótesis se realizan con fines educativos.

HIPÓTESIS NULA

La prevalencia de las benzodiazepinas en pacientes atendidos en el primer nivel del HGZ/MF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo entre 19 y 59 años de edad no es mayor al 19.8%.(13)

HIPÓTESIS ALTERNA

La prevalencia de las benzodiazepinas en pacientes atendidos en el primer nivel del HGZ/MF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo entre 19 y 59 años de edad es menor del 19.8%.(13)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, descriptivo, prolectivo.

OBSERVACIONAL

La exposición es independiente de la investigadora

TRANSVERSAL

Recolección de la información sobre el uso de benzodiazepinas en un solo momento en el tiempo.

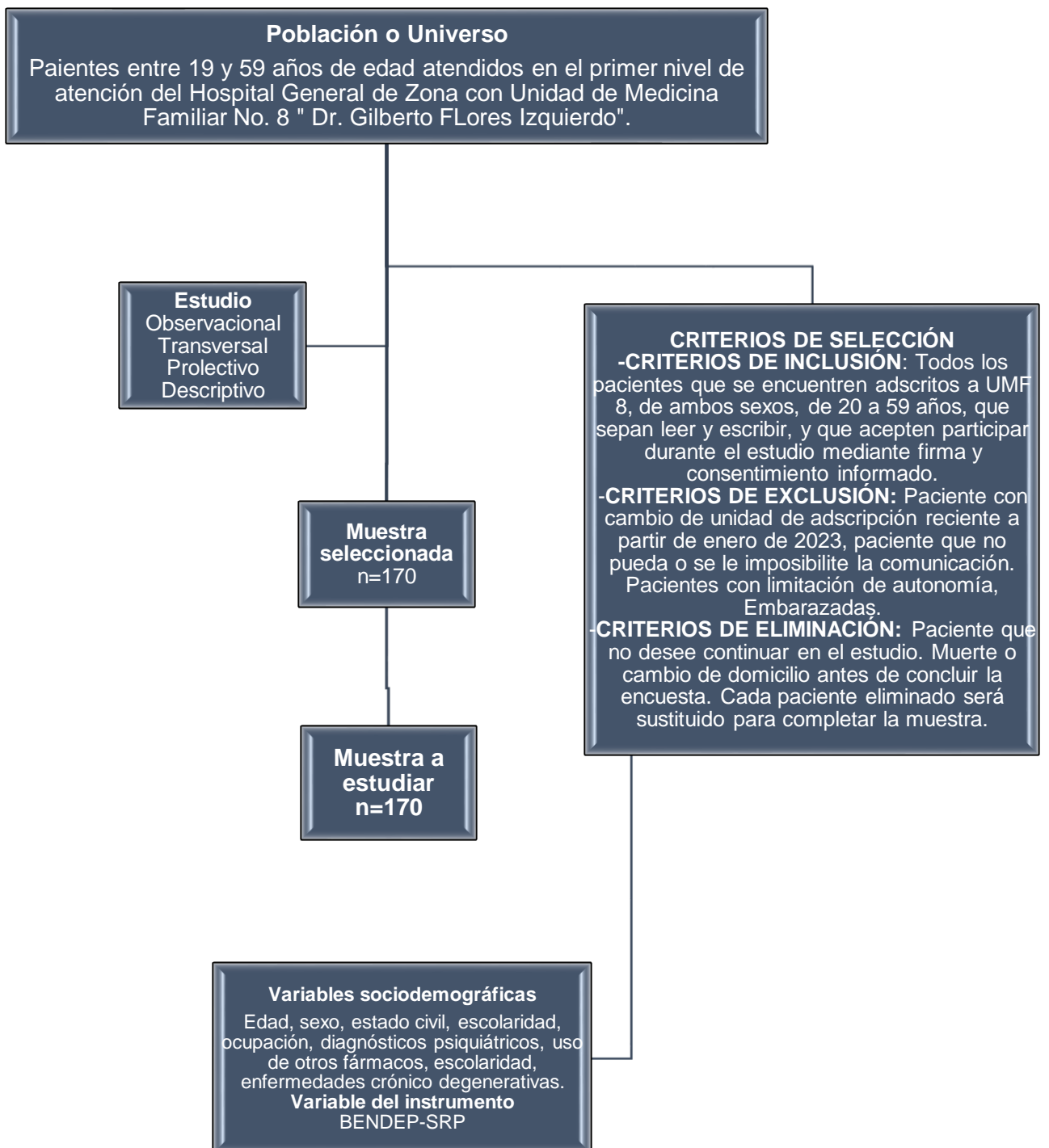
DESCRIPTIVO

Los datos recabados seran utilizados para describir el evento

PROLECTIVO

Por la concurrencia en la recoleccion de los datos.

DISEÑO DEL ESTUDIO



DISEÑO DE ESTUDIO

Este es un estudio transversal descriptivo. El tipo de muestreo que se realiza es un muestreo probabilístico aleatorio simple. La población es seleccionada de manera aleatoria y de forma simultánea en un punto en el tiempo. El estudio se llevará a cabo de marzo del 2022 a febrero del 2024.

Para la realización del presente estudio, se incluirán pacientes adultos de entre 19 y 59 años de edad, que se encuentren adscritos a la Unidad de Medicina Familiar del HGZMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos

A todos los pacientes que utilicen alguna benzodiacepina, se les realizará el cuestionario autoaplicable BENDEP-SRQ-VP.

POBLACIÓN

Descripción de la población: pacientes entre 19 a 59 años de edad con derechohabiencia al Instituto Mexicano del Seguro Social, que se encontraron adscritos a la Unidad de medicina Familiar N.8.

LUGAR

La investigación se realizó en el HGZ/UMF No 8 Gilberto Flores Izquierdo, en la Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón.

TIEMPO

Del 1 de marzo del 2022 a febrero 2024

TIPO DE MUESTREO

MUESTREO PROBABILÍSTICO: Todos los individuos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de una muestra.

ALEATORIO SIMPLE: Cada sujeto tuvo una probabilidad igual de ser seleccionado para el estudio, el total de la población es de 35,409 pacientes entre 19 a 59 años de edad. Se requirió un listado numerado de las unidades que se necesitaron muestrear dado por el cálculo de la muestra.

A través de tablas de números aleatorios se eligen a los sujetos necesarios, en este caso 170 participantes.

TAMAÑO DE MUESTRA

CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra en el total de pacientes adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos al HGZ/MF N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", de entre 19 a 59 años de edad, correspondiendo a 35,409 siendo suficiente para estimar una proporción en poblaciones finitas tomando en cuenta la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

N= (Número de individuos requeridos) Total de la población (35409)

Z_α= (Desviación normal estandarizada para alfa bilateral) 1.96² con un nivel de confianza de 95%

p= proporción esperada (19.8%)

q= 1-p (0.25)

d= Precisión 0.06%

Cálculo:

n= (35409)(1.96²) (19.8) (0.25) / 0-06² (35409-1) +1.96²) (19.8) (0.25)

n= 170

Total de la muestra 170 pacientes

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que se encontraron adscritos a UMF 8.
- Pacientes de género indistinto.
- Pacientes de 19 a 59 años.
- Pacientes que sepan leer.
- Pacientes que sepan escribir.
- Pacientes que aceptaron participar durante el estudio mediante firma y consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente con cambio de unidad de adscripción reciente a partir de enero de 2023
- Paciente que no pueda o se le imposibilite la comunicación.
- Pacientes con limitación de autonomía.
- Pacientes embarazadas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Paciente que no desee continuar en el estudio.
- Cada paciente eliminado será sustituido para completar la muestra.

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES UNVERSALES

1. Edad
2. Sexo
3. Ocupación
4. Estado civil
5. Escolaridad

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

6. Enfermedades crónico degenerativas. (Diabetes, Hipertensión, Asma)
7. Diagnósticos psiquiátricos (Depresión, Ansiedad, insomnio)

VARIABLE DESENLACE

1. Uso de benzodiazepinas

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo
SEXO	Condición orgánica que distingue entre macho o hembra.
OCUPACIÓN	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.
ESTADO CIVIL	Situación jurídica y social en la que se encuentra una persona en relación a su matrimonio o uniones civiles.
ESCOLARIDAD	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.
ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS	Son trastornos de salud que se desarrollan lentamente y que tienden a empeorar con el tiempo.
DIABETES	La diabetes es una enfermedad crónica en la que el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede utilizarla adecuadamente
HIPERTENSION	Es una enfermedad crónica en la que la presión arterial en las arterias es elevada de manera constante.
ASMA	El asma es una enfermedad crónica del sistema respiratorio que se caracteriza por la inflamación y estrechamiento de las vías respiratorias, lo que dificulta la respiración.
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	Condición médica psiquiátrica evaluada por especialista
DEPRESIÓN	La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una sensación persistente de tristeza, desesperanza, falta de interés y energía.
ANSIEDAD	La ansiedad es una respuesta emocional normal del cuerpo ante situaciones estresantes o peligrosas.
INSOMNIO	El insomnio es un trastorno del sueño que se caracteriza por la dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo o despertarse temprano en la mañana y no poder volver a dormir.

Elaboró: **García Bustos Claudia Fernanda**

VARIABLES DEL USO DEL MEDICAMENTO ESTUDIADO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL
DEPENDENCIA DE BENZODIACEPINAS	La dependencia a las benzodiazepinas se refiere a la necesidad compulsiva de consumir estos medicamentos para sentirse bien o evitar síntomas de abstinencia. Las benzodiazepinas pueden causar dependencia física y psicológica, y las personas que las usan de forma regular durante un período prolongado pueden desarrollar una tolerancia, lo que significa que necesitan dosis cada vez mayores para obtener el mismo efecto.
USO DE BENZODIACEPINAS	Las benzodiazepinas son una clase de medicamentos psicotrópicos que se utilizan para tratar una variedad de trastornos de ansiedad, trastornos del sueño y convulsiones.
ABSTINENCIA A BENZODIACEPINA	Se refiere a los síntomas que pueden experimentar las personas que han desarrollado una dependencia física y/o psicológica a estos medicamentos cuando intentan dejar de usarlos o reducir su dosis. Los síntomas de abstinencia pueden variar en intensidad y duración según el tipo de benzodiazepina utilizada, la dosis y la duración del uso.

Elaboró: **García Bustos Claudia Fernanda**

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES
EDAD	Cuantitativa	Continua	Números enteros
SEXO	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
OCUPACIÓN	Cualitativa	Nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado • Pensionado • Desempleado
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Básica • Media superior

			<ul style="list-style-type: none"> • Superior
OCUPACIÓN	Cualitativa	Nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado • Pensionado • Desempleado
ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Con enfermedades crónicas • Sin enfermedades crónicas
DIABETES	Cualitativa	Nominal dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
HIPERTENSION	Cualitativa	Nominal dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Con enfermedades psiquiátricas • Sin enfermedades psiquiátricas
DEPRESIÓN	Cualitativa	Nominal dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
ANSIEDAD	Cualitativa	Nominal dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
INSOMNIO	Cualitativa	Nominal dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Elaboró: García Bustos Claudia Fernanda

VARIABLE DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES
Cuestionario BENDEP-SRQ	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ítems 1 al 15: > 3 puntos = DEPENDENCIA PSICOLÓGICA A BZD <ul style="list-style-type: none"> ○ Ítems 3, 6, 8 10 y 13: >3 puntos = <u>USO PROBLEMATICO</u> ○ Ítems 1, 2, 5 y 12: >3 puntos = <u>PREOCUPACION</u> ○ Ítems 4, 7, 14 y 15: > 3 puntos = <u>FALTA DE APEGO A TRATAMIENTO</u> • Ítems del 16 al 20: > 3 puntos = DEPENDENCIA FÍSICA A BZD

Elaboró: **García Bustos Claudia Fernanda**

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico STATA V14. Se realizará estadística descriptiva mediante el uso de medidas de tendencia central y dispersión para las variables cualitativas, así como el uso de medidas de frecuencia y proporciones para las variables cualitativas. Se utilizarán elementos gráficos y tablas para resumir y presentar los datos. En caso de poder establecer diferencias entre las variables constantes en el tiempo, como sexo o grupos de edad se realizó estadística inferencial mediante el uso de prueba de Chi² para diferencia de proporciones.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se creó una hoja de recolección de datos en los que se recolectarán las variables universales como nombre, número de seguridad social, edad, sexo, ocupación, escolaridad, enfermedades crónico-degenerativas, diagnósticos psiquiátricos, cantidad de benzodiazepinas utilizadas, tiempo de uso de benzodiazepinas e incapacidades otorgadas por el instituto desde el inicio del tratamiento con benzodiazepinas.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

A todos los pacientes que utilizaron alguna benzodiacepina, se les realizó el cuestionario autoaplicable BENDEP-SRQ la cual consiste en 30 ítems que miden la severidad de la dependencia a las benzodiacepinas. Todos los ítems se evaluaron en escala de 5 puntos. Los ítems de las escalas de uso problemático, preocupación y falla del cumplimiento terapéutico se evaluaron de acuerdo al último mes del uso, mientras que los ítems de la escala de abstinencia, evalúan el último evento del sujeto que tuvo para disminuir la dosis o dejar de tomar la o las benzodiacepinas en cuestion. Para la evaluación de resultados, los ítems fueron dicotomizados entre la opción de respuesta 2 (Estoy un poco en desacuerdo) y 3 (No estoy de acuerdo ni estoy en desacuerdo) en orden para aplicar análisis de Rasch.

Para la interpretación de los resultados se clasificó por dependencia física y dependencia mental, dentro de este último se clasifica en: uso problemático, preocupación y falta de apego al tratamiento) y se clasifica con una puntuación igual o mayor a 3 puntos.

Este instrumento cuenta con una sensibilidad del 78% y especificidad del 87%, con un área bajo la curva de ROC de 0.9, validado en el 2011 en población mexicana por Minaya O. et.al (51)

El coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total fue alto (0,95). La subescala de necesidad percibida tuvo un coeficiente alfa de 0,91, seguida de 0,89 para la subescala de dependencia general y finalmente, un coeficiente alfa de 0,87 para la subescala de efectos placenteros.(51)

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

En la sala de espera de consulta la Unidad de Medicina Familiar N.8 A través de tablas de números aleatorios se eligió a los sujetos necesarios, en este caso 170 participantes.

A todos los pacientes que fueron seleccionados, se les explicó el objetivo del estudio y se les invitó a participar en el, si aceptaron se firmó el consentimiento informado y si consumían alguna benzodiazepina se procedió a realizarles el cuestionario autoaplicable BENDEP-SRQ, el cual consiste en 30 ítems que miden la severidad de la dependencia a las benzodiazepinas.

Todos los ítems se evaluaron en escala de 5 puntos. Los ítems de las escalas de uso problemático, preocupación y falla del cumplimiento terapéutico se evaluaron de acuerdo al último mes del uso, mientras que los ítems de la escala de abstinencia, evaluaron el último evento del sujeto que tuvo para disminuir la dosis o dejar de tomar la o las benzodiazepinas en cuestión. Para la evaluación de resultados, los ítems fueron dicotomizados entre la opción de respuesta 2 (Estoy un poco en desacuerdo) y 3 (No estoy de acuerdo ni estoy en desacuerdo) en orden para aplicar análisis de Rasch.

Para la interpretación de los resultados se clasificó por dependencia física y dependencia mental, dentro de este último se clasifica en: uso problemático, preocupación y falta de apego al tratamiento) y se clasificó con una puntuación igual o mayor a 3 puntos.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONSTROLAR SESGOS

Control de sesgos de información

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- Se utilizaron artículos recientes en fuentes bibliográficas reconocidas.

Control de sesgos de medición

- Se utilizó el cuestionario BENDEP-SRQ para detectar la dependencia a las benzodiacepinas, el cual esta validado en México con un alfa de Cronbach de 0.95, para evitar errores en la interpretación de resultados

Control de sesgos de selección

- Se evaluó cuidadosamente los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de los participantes para el estudio.
- Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población de 170 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%
- El examinador revisó el cuestionario para asegurarse de que todas las preguntas estuvieran contestadas y que sólo una de las respuestas fuera señalada por cada pregunta, evitando doble respuesta.

Control de sesgos de análisis

- Se corroboró que el instrumento no tenga errores de redacción
- Se utilizó un diccionario para disipar las dudas.
- El examinador explicó al paciente, sus dudas.
- Se registraron y analizaron los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, excluyendo los cuestionarios que se encuentren sin concluir.
- Se tuvo suma cautela en la interpretación de los datos que se recabaron.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

PREVALENCIA DEL USO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN PRIMER NIVEL DEL HGZMF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2022-2023

FECHA	MAR 2022	ABR 2022	MAY 2022	JUN 2022	JUL 2022	AGO 2022	SEP 2022	OCT 2022	NOV 2022	DIC 2022	ENE 2023	FEB 2023	MAR 2023
TITULO	X												
ANTECEDENTES	X												
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X												
OBJETIVOS		X											
HIPOTESIS		X											
PROPOSITOS			X										
DISEÑO METODOLOGICO				X									
ANALISIS ESTADISTICO					X								
CONSIDERACIONES ETICAS						X							
RECURSOS							X						
BIBLIOGRAFIA								X	X				
ASPECTOS GENERALES										X	X	X	
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS													/

Elaboro: García Bustos Claudia Fernanda

SIMBOLOGÍA X= REALIZADO / = NO REALIZADO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

PREVALENCIA DEL USO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN PRIMER NIVEL DEL HGZ MF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2023-2024

FECHA	MAR 2023	ABR 2023	MAY 2023	JUN 2023	JUL 2023	AGO 2023	SEP 2023	OCT 2023	NOV 2023	DIC 2023	ENE 2024	FEB 2024
PRUEBA PILOTO	/											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		/	/	/								
RECOLECCION DE DATOS					/	/	/	/	/			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									/			
ANALISIS DE DATOS									/			
DESCRIPCION DE DATOS										/		
DISCUSIÓN DE DATOS											/	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											/	
INTEGRACION Y REVISION FINAL											/	
REPORTE FINAL											/	
AUTORIZACIONES												/
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												/
PUBLICACION												/

Elaboro: García Bustos Claudia Fernanda

SIMBOLOGÍA
 X= REALIZADO
 / = NO REALIZADO

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS FÍSICOS

Instalaciones de sala de espera de consulta externa de Unidad de Medicina Familiar N.8 dentro del Hospital General de Zona N.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

RECURSOS MATERIALES

Equipo de cómputo, hojas blancas, impresora, lápices, plumas con tinta negra, fotocopidora, USB para almacenamiento de datos, copias del instrumento, engrapadora y grapas.

RECURSOS HUMANOS

- Investigadora: Claudia Fernanda García Bustos
- Directora de tesis: Angélica Maravillas Estrada
- Asesora metodológico: Mendiola Pastrana Indira Rocío
- Asesor clínico: Gabriel Bravo Sosa
- Aplicadora de encuestas: Claudia Fernanda García Bustos

FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Todos los gastos para la realización de este estudio serán financiados por la Residente de Medicina Familiar Claudia Fernanda García Bustos

TÍTULO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
Recursos humanos	Encuestador	1	300
Recursos materiales	Computadora	1	8000
	Impresora	1	1500
	Tinta para impresora	1	1000
	Hojas blancas	800	750
	Lápices	10	30
	Internet	1	800
	Fotocopias	800	800
	Calculadora	1	250
	Plumas tina negra	50	150
	Programa SPSS 25	1	7150
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por la investigadora		

Elaboró: Claudia Fernanda García Bustos

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación está bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el Código de Núremberg, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el Informe Belmont en materia de investigación en seres humanos.

DECLARACIÓN DE HELSINKI

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que 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”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los alumnos.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

4. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.
5. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

- Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
- Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
- Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio evaluar la prevalencia del uso de benzodiazepinas del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento de informado.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación

RESULTADOS

En la población estudiada el 27.06%(n=46) fueron del género masculino y el 72.94%(n=124) del género femenino. Analizando la variable edad, se documentó en la población una media de 40.87. Se encontró mayor porcentaje en pacientes dentro del grupo de edad 50-59 años del 34.12%(n=58).

Se encontró que el 31.18%(n=53) de la población estudiada se encuentra sin ocupación, seguida de servidores públicos con 20%(n=34), atención a clientes y administrativos con 17.65%(n=30), y por último no profesionales con 13.53%(n=23).

Durante el estudio se observó que el 75.29%(n=128) tiene un nivel de estudios superior, el 24.12%(n=41) en un nivel básico y el 0.59%(n=1) no contaba con ningún grado de escolaridad. (Ver Tabla1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
EDAD		
MINIMA	MAXIMA	MEDIA
19	59	±40.87059
GRUPOS DE EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
19-29	24.12%	41
30-39	25.29%	43
40-49	16.47%	28
50-59	34.12%	58
SEXO	PORCENTAJE	FRECUENCIA
HOMBRE	27.06%	46
MUJER	72.94%	124
OCUPACION	PORCENTAJE	FRECUENCIA
NO TRABAJADOR	31.18%	53
ATENCIÓN A CLIENTES	17.65%	30
SERVIDORES PUBLICOS	20%	34
ADMINISTRATIVOS	17.65%	30
NO PROFESIONALES	13.53%	23
ESCOLARIDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN ESCOLARIDAD	0.59%	1
BASICA	24.12%	41
SUPERIOR	75.29%	128
TOTAL	100.00%	170

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

En este estudio se encontró que el 50.59%(n=86) no contaban con ninguna enfermedad crónico degenerativa, el 18.8%(n=32) contaban con alguna enfermedad reumatológica, 10.59%(n=18) con Diabetes mellitus tipo 2, el 9.41%(n=16) con Hipertensión arterial sistémica, el 7.06%(n=12) contaba con Diabetes mellitus tipo e Hipertensión arterial sistémica y el 3.53%(n=6) cursaba con otra enfermedad. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Enfermedades crónico-degenerativas y su relación con el sexo

ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN ENFERMEDADES	45.65%	21	52.42%	65	50.59%	86
DIABETES MELLITUS	6.52%	3	12.10%	15	10.59%	18
HIPERTENSION ARTERIAL	17.39%	8	6.45%	8	9.41%	16
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL	10.87%	5	5.65%	7	7.06%	12
ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS*	19.57%	9	18.55%	23	18.82%	32
OTRAS**	0%	0	4.84%	6	3.53%	6
TOTAL	100%	46	100%	124	100%	170

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

De la población ya establecida el 66.47%(n=113) no contaba con ninguna enfermedad afectivo-emocional diagnosticada al momento del estudio, el 12.95%(n=22) contaba con Depresión diagnosticada al momento del estudio, el 8.24%(n=14) con ansiedad diagnosticada al momento del estudio, el 7.1%(n=12) se encontraba con más de una enfermedad afectivo-emocional diagnosticada al momento del estudio o un conjunto de enfermedades entre ellas asociaciones como depresión y ansiedad, depresión e insomnio, depresión y TDAH, depresión y trastornos de la personalidad, TDAH y trastorno de la personalidad, el 2.94%(n=5) contaba con otras enfermedades afectivo-emocionales diagnosticada al momento del estudio y el 2.35%(n=4) se encontraba con insomnio diagnosticado al momento del estudio. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Trastornos afectivo-emocionales y su relación con el sexo

TRASTORNOS AFECTIVO-EMOCIONALES	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN TRASTORNOS AFECTIVO-EMOCIONALES	76.09%	35	62.90%	78	66.47%	113
DEPRESION	6.52%	3	15.32%	19	12.95%	22
ANSIEDAD	4.35%	2	9.68%	12	8.24%	14
INSOMNIO	4.35%	2	1.61%	2	2.35%	4
CONJUNTO*	6.52%	3	7.26%	9	7.06%	12
OTRAS**	2.17%	1	3.23%	4	2.94%	5

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

Durante el estudio se observó que el 84.71%(n=144) no consumía benzodiazepinas y el 15.29%(n=26) consumía benzodiazepina (prevalencia de consumo de benzodiazepinas 15.29%). Al estudiar la distribución del consumo de benzodiazepinas por sexo se encontró una prevalencia 8.70%(n=4) en hombres y 17.74%(n=22) en mujeres. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Uso de benzodiazepinas y su relación con el sexo

USO DE BENZODIAZEPINAS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
NO USAN	91.30%	42	82.26%	102	84.71%	144
SI USAN	8.70%	4	17.74%	22	15.29%	26

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

Durante el estudio se documentó una relación entre la edad y el uso de benzodiazepinas, encontrando que el grupo de edad de mayor consumo fué el de 40-59 años con 28.57%(n=8), seguido del grupo de 50-59 años con 20.69%(n=12), el grupo de 19-29 años con 12.20%(n=5) y por último el grupo de 30-39 años con 2.33%(n=1). (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Uso de benzodiazepinas y su relación con los grupos de edad

USO DE BENZODIAZEPINAS	GRUPOS DE EDADES							
	19-29		30-39		40-49		50-59	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
NO USAN	87.80%	36	97.67%	42	71.43%	20	79.31%	46
SI USAN	12.20%	5	2.33%	1	28.57%	8	20.69%	12

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

Se identificó la relación entre el uso de benzodiazepinas y la ocupación de la población, los resultados fueron los siguientes: La población No trabajadora que no consumía benzodiazepinas fue del 81.13%(n=43), los trabajadores en atención a cliente o ventas que no consumían el medicamento estudiado fue del 86.67%(n=26), de servidores públicos 82.35%(n=28), Administrativos con 96.67%(n=29) y no profesionales 78.26%(n=18).

Colocando a los Administrativos como el grupo ocupacional que menos consume el tipo de medicamento, seguido de atención a cliente. Dentro de los consumidores de benzodiazepinas se identificó que el mayor grupo con consumo de benzodiazepinas fue el grupo de no profesionales con 21.74%(n=5) seguido del grupo sin ocupación con 18.87%(n=10), seguido de servidores públicos 17.65%(n=6), atención a cliente con 13.33%(n=4), y por último administrativos con el último puesto 3.33%(n=1). (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Uso de benzodiazepinas y su relación con la ocupación.

OCUPACION	USO DE BENZODIAZEPINAS			
	NO USAN		SI USAN	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN OCUPACION	81.13%	43	18.87%	10
ATENCION A CLIENTE	86.67%	26	13.33%	4
SERVIDORES PUBLICOS	82.35%	28	17.65%	6
ADMINISTRATIVOS	96.67%	29	3.33%	1
NO PROFESIONALES	78.26%	18	21.74%	5

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

Se revisó la variable escolaridad con el uso de benzodiazepinas y se identificaron los siguientes resultados:

Dentro del grupo de pacientes sin escolaridad al momento del estudio se encontró que el 100%(n=1) no utilizaban benzodiazepinas, seguido del nivel superior con un 85.16%(n=109) que no usaba benzodiazepinas y por último el grupo del nivel básico con un 82.93%(n=34) sin uso de benzodiazepinas; Respecto a los pacientes que si consumían benzodiazepinas se encontró que el 17.07%(n=7) pertenecía al nivel básico, y el nivel superior contaba con un 14.84%(n=19). (ver Tabla 7)

Tabla 7. Uso de benzodiazepinas y su relación con la escolaridad.

ESCOLARIDAD	USO DE BENZODIAZEPINAS			
	NO USAN		SI USAN	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN ESCOLARIDAD	100.00%	1	0.00%	0
NIVEL BASICO	82.93%	34	17.07%	7
NIVEL SUPERIOR	85.16%	109	14.84%	19

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

Se evaluó la relación entre el uso de benzodiazepinas y las enfermedades crónicas al momento del estudio con una prevalencia del consumo de benzodiazepinas en población sin enfermedades crónicas de 6.98%(n=6), seguida de Diabetes mellitus con 27.78%(n=5), Hipertensión arterial 6.25%(n=1), el conjunto Diabetes mellitus e Hipertensión arterial 33.33%(n=4), enfermedades reumatológicas con 31.35%(n=10).

Se resalta que los pacientes con el conjunto diabetes e hipertensión arterial fué el de mayor consumo, seguido de enfermedades reumatológicas y el de menor consumo fué hipertensión arterial como único diagnóstico. (Ver tabla 8).

Tabla 8. Uso de benzodiazepinas y su relación con enfermedades crónico-degenerativas

ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS	USO DE BENZODIAZEPINAS			
	NO USAN		SI USAN	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN ENFERMEDADES	93.02%	80	6.98%	6
DIABETES MELLITUS	72.22%	13	27.78%	5
HIPERTENSION ARTERIAL	93.75%	15	6.25%	1
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL	66.67%	8	33.33%	4
REUMATOLOGICAS	68.75%	22	31.35%	10
OTRAS*	100%	6	0%	0

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2023.

En el estudio se observó la relación entre el uso de benzodiazepinas y las enfermedades afectivo-emocionales diagnosticadas al momento del estudio reportando los siguientes resultados:

Del grupo que no contaba con ninguna enfermedad afectivo-emocional al momento del estudio se encontró un porcentaje del uso de benzodiazepinas del 2.65%(n=3), la población con diagnóstico de depresión cuenta con un porcentaje del uso de benzodiazepinas del 22.73%(n=5), en pacientes con diagnóstico de ansiedad con 35.71%(n=5), seguido de insomnio con 75%(n=3), conjunto de enfermedades (previamente comentadas) con 75%(n=9) y Otras en las que se encuentran diagnósticos únicos como trastornos de la personalidad, TDAH, trastorno de estrés post-traumático con 20%(n=1).

Destacando que el grupo de mayor consumo en relación a las enfermedades afectivo-emocionales fue el de insomnio junto con el conjunto de enfermedades, seguida de ansiedad, cabe destacar que el grupo que no tenía algún diagnóstico de éste rubro contaba con uso de benzodiazepinas. (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Uso de benzodiazepinas y su relación con enfermedades afectivo-emocionales

ENFERMEDADES AFECTIVO-EMOCIONALES	USO DE BENZODIAZEPINAS			
	NO USAN		SI USAN	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN ENFERMEDAD	97.35%	110	2.65%	3
DEPRESION	77.27%	17	22.73%	5
ANSIEDAD	64.29%	9	35.71%	5
INSOMNIO	25.00%	1	75.00%	3
CONJUNTO	25.00%	3	75.00%	9
OTRAS	80%	4	20%	1

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

Al evaluar la dependencia en los pacientes que se identificó el consumo de benzodiazepinas se encontró que, los hombres tienen dependencia del 100%(n=4) y las mujeres del 54.55%(n=12), con un resultado global de dependencia de 61.54%(n=16). (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Dependencia del uso de benzodiazepinas y su relación con el sexo

DEPENDENCIA A BENZODIAZEPINAS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN DEPENDENCIA A BENZODIAZEPINAS	0.00%	0	45.45%	10	38.46%	10
DEPENDENCIA A BENZODIAZEPINAS	100.00%	4	54.55%	12	61.54%	16

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

Dentro de los grupos de edad se recabaron los siguientes datos en relación a la dependencia de benzodiazepinas: 19-29 años con el 60%(n=3), 30-39 años con el 100%(n=1), 40-49 años con el 62.50%(n=5) y 50-59 años 58.33%(n=7). Se identificó que el grupo de edad de mayor dependencia fue el de 30-39 años de edad, y el de menor grado de dependencia el de 50-59 años de edad. (Ver tabla 11).

Tabla 11. Dependencia del uso de benzodiazepinas y su relación con los grupos de edad

DEPENDENCIA A BENZODIAZEPINAS	GRUPOS DE EDADES							
	19-29		30-39		40-49		50-59	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
NO HAY DEPENDENCIA A BENZODIAZEPINAS	40.00%	2	0.00%	0	37.50%	3	41.67%	5
DEPENDENCIA A BENZODIAZEPINAS	60.00%	3	100.00%	1	62.50%	5	58.33%	7

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

En la variable ocupación y su relación con la dependencia del uso de benzodiazepinas se encontró lo siguiente: pacientes sin ocupación con un 50%(n=5), atención a cliente 75%(n=3), servidores públicos (66.67%(n=4), administrativos 100%(n=1) y no profesionales 60%(n=3). Detectando así que el grupo con la ocupación de administrativos tiene el mayor índice de dependencia a benzodiazepinas seguido de atención a cliente. Y la ocupación con menor dependencia se encontró el grupo sin ocupación. (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Dependencia del uso de benzodiazepinas y su relación con la ocupación

ESCOLARIDAD	USO DE BENZODIAZEPINAS			
	NO USAN		SI USAN	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN ESCOLARIDAD	100.00%	1	0.00%	0
NIVEL BASICO	82.93%	34	17.07%	7
NIVEL SUPERIOR	85.16%	109	14.84%	19

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

Se evaluó la relación entre la dependencia a benzodiazepinas respecto a la escolaridad y los resultados fueron los siguientes:

Pacientes con nivel básico sin dependencia con 57.14%(n=4), y nivel superior con un 31.58%(n=6).

Para los que se registraron con dependencia se encontró que el 42.86%(n=3) contaba con nivel básico y el 68.42%(n=13) con nivel superior. (Ver Tabla 13)

Tabla 13. Dependencia del uso de benzodiazepinas y su relación con la ocupación

ESCOLARIDAD	DEPENDENCIA A BENZODIAZEPINAS			
	SIN DEPENDENCIA		CON DEPENDENCIA	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
NIVEL BASICO	57.14%	4	42.86%	3
NIVEL SUPERIOR	31.58%	6	68.42%	13

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

Continuando las asociaciones con la dependencia a las benzodiazepinas dentro del grupo de enfermedades crónico-degenerativas se encontraron los siguientes resultados: Sin enfermedades 50%(n=3), Diabetes mellitus 60%(n=3), Hipertensión arterial 100%(n=1), conjunto de Diabetes mellitus e Hipertensión arterial 75%(n=3) y enfermedades reumatológicas 40%(n=4).

Resumiendo que la enfermedad con mayor dependencia a benzodiazepinas fué Hipertensión arterial, seguido del conjunto Diabetes e hipertensión, y dentro de lla enfermedad de menor dependencia se encontraron las enfermedades reumatológicas. (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Dependencia a benzodiazepinas y su relación con enfermedades crónico-degenerativas

ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS	DEPENDENCIA A BENZODIAZEPINAS			
	SIN DEPENDENCIA		CON DEPENDENCIA	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN ENFERMEDADES	50.00%	3	50.00%	3
DIABETES MELLITUS	40.00%	2	60.00%	3
HIPERTENSION ARTERIAL	0.00%	0	100.00%	1
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL	25.00%	1	75.00%	3
REUMATOLOGICAS	60.00%	6	40.00%	4

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

Por último se evaluó la relación de enfermedades afectivo-emocionales con la dependencia de benzodiazepinas identificando los siguientes resultados: sin enfermedades disgnosticadas 66.67%(n=2), Depresión 20%(n=1), Ansiedad 40%(n=2), Insomnio 66.67%(n=2), conjunto de enfermedades afectivo-emocionales previamente explicadas 88.89%(n=8) y otras (mencionadas en textro previo) con 100%(n=1). Observando que la enfermedad afectivo emocional que cursa con mayor grado de dependencia a benzodiazepinas es el grupo de Otras, seguido del conjunto de enfermedades afectivo-emocionales. Se destaca que en el grupo sin enfermedades afectivo-emocionales se encontró el mismo grado de dependencia al de insomnio. (Ver Tabla 15).

Tabla 15. Dependencia a benzodiazepinas y su relación con enfermedades afectivo-emocionales

ENFERMEDADES AFECTIVO-EMOCIONALES	DEPENDENCIA A BENZODIAZEPINAS			
	SIN DEPENDENCIA		CON DEPENDENCIA	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN ENFERMEDAD	33.33%	1	66.67%	2
DEPRESION	80.00%	4	20.00%	1
ANSIEDAD	60.00%	3	40.00%	2
INSOMNIO	33.33%	1	66.67%	2
CONJUNTO	11.11%	1	88.89%	8
OTRAS	0%	0	100%	1

FUENTE: n=170, García-B C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Bravo-S G, Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 19 a 59 años de edad atendidos en primer nivel del HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” 2023.

DISCUSIÓN

En el estudio de Lueiro-González N, et. al “ Prevalencia y características del consumo de benzodiazepinas en una comunidad rural” (2018), se documenta una prevalencia del uso de benzodiazepinas del 19.8%, y en el artículo de Colell E, et.al “Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados” se reporta una prevalencia de 9.8%, teniendo en cuenta que éste último está realizado en población europea, Sin embargo en el estudio “Benzodiazepine use and misuse among adults in the United States” Maust D, et.al. Se reporta una prevalencia del 12.6%, en donde se incluye población hispana. En comparación a nuestro estudio, se reportó una prevalencia del uso de benzodiazepinas del 15.29% en la población estudiada.

La prevalencia del uso de benzodiazepinas en México se ve influenciada por múltiples factores. La accesibilidad generalizada a estas drogas, tanto con receta médica como sin ella, contribuye a su uso extendido. Además, las prácticas médicas que incluyen la prescripción excesiva o inapropiada también influyen en su prevalencia. Nuestra cultura puede tener menos estigma asociado con el uso de medicamentos psicotrópicos, la falta de acceso a otros tratamientos para trastornos mentales, debido a limitaciones socioeconómicas, también contribuyen a esta tendencia, así como la mala información que puede adquirirse de este grupo farmacológico.

Dentro del estudio de Lueiro-González N, et. al “ Prevalencia y características del consumo de benzodiazepinas en una comunidad rural” (2018). Se reportó una prevalencia del consumo de benzodiazepinas de predominio en el género mujer del 19.0%, con respecto al género hombre 10.4%. Similar al estudio realizado por Cabanillas-Tejada, J “Automedicación y riesgo de abuso con benzodiazepinas en pacientes adultos Lima-Perú”, (2019), en donde los resultados obtenidos resultan similares con un porcentaje del uso en mujeres del 74.5% en comparación con el de hombres de 25.5% en dichos estudios con poblaciones similares, son de suma importancia ya que se aprecia el mismo predominio de género para el consumo de benzodiazepinas. Cifras que resultan similares en este estudio con una prevalencia de uso de benzodiazepinas en mujeres del 17.74% y en hombres del 8.70%.

Este resultado está en concordancia con la bibliografía que indica que el sexo femenino tiene más tendencia a consumir este tipo de productos; así lo mencionan los informes de la OMS y la OEA. Además, estudios locales lo han corroborado. Por ejemplo, un estudio demostró que dentro de las personas que automedican con ansiolíticos 60% eran mujeres y otro estudio indicó que eran 66%; asimismo, 2 estudios epidemiológicos sobre el uso de droga en todo Lima demostraron también una tendencia similar (hechos por de DEVIDA en el 2014 y 2016).

Se observa en la bibliografía y en los resultados obtenidos una prevalencia de casi dos veces mayor del uso en mujeres que en hombres. Lo que pone en perspectiva los diferentes motivos por los cuales una persona decide o inicia tratamiento con benzodiazepinas, y se propone una teoría relacionada al género femenino probablemente condicionada por el rol en la sociedad que éstas desempeñan.

Se debe recordar que este resultado está relacionado al hecho que se comentó donde las mujeres fueron el grupo donde se encontró mayor nivel de prevalencia. Un estudio de prevalencia de automedicación en Perú indica a las amas de casa como las que tienen mayor prevalencia en esta práctica. Además, un estudio extranjero indica que las mujeres amas de casa tienen más tendencia a la práctica de la automedicación, esto a comparación de las mujeres que cuentan con un trabajo remunerable.

En conclusión la prevalencia del uso de benzodiazepinas apunta hacia el género femenino, debido a varias razones. Las mujeres experimentan más trastornos de ansiedad, lo que conduce a una mayor prescripción de benzodiazepinas para tratar estos trastornos. Además, las mujeres tienden a buscar ayuda médica con más frecuencia que los hombres, lo que contribuye a una mayor frecuencia de prescripción de estos medicamentos. La propensión de las mujeres a informar síntomas de ansiedad y buscar tratamiento también puede influir en la prescripción. Las posibles diferencias en las respuestas a los medicamentos entre hombres y mujeres también pueden afectar las decisiones de prescripción. Además, las expectativas sociales y culturales sobre el rol de género pueden influir en la percepción y expresión de la ansiedad, así como en la disposición a buscar tratamiento.

En el estudio de Cabanillas-Tejada, J “Automedicación y riesgo de abuso con benzodiazepinas en pacientes adultos Lima-Perú”, (2019) se reporta el porcentaje de sujetos consumidores de benzodiazepinas en relación a su grado de estudio fue el siguiente: para ningún tipo de educación 3.8%, para nivel básico 60.4% y para nivel superior 25.7%, en contraste con nuestro estudio realizado en donde se encontró una relación entre el uso de benzodiazepinas y el nivel de estudios, siendo para el grupo de ningún tipo de educación el 0%, para el nivel básico 17.07%, y para el nivel superior 14.84%. Encontrando similitud en nuestro estudio entre el grupo de sujetos que no contaban con estudios siendo la población que menos consumía, se propone por falta de conocimiento respecto a la existencia del medicamento, la falta de automedicación, entre otras cosas.

Se observó que el grupo que mayor consume benzodiazepinas sigue siendo el grupo de nivel básico y concordando con la bibliografía con población similar. Sin embargo en la evaluación de la dependencia a las benzodiazepinas se contró que el nivel de escolaridad superior tiene mayor porcentaje de dependencia.

La relación entre la escolaridad y la dependencia a las benzodiazepinas puede ser compleja y no se puede generalizar fácilmente, ya que depende de una variedad de factores biopsicosociales. Sin embargo, hay algunas razones por las cuales los pacientes con un nivel educativo más alto podrían estar en mayor riesgo de desarrollar dependencia a las benzodiazepinas. Por un lado, las personas con un nivel educativo más alto pueden tener más acceso a información sobre las benzodiazepinas y sus efectos, aunque esto no garantiza una toma de decisiones más informada sobre su consumo. Además, los niveles más altos de estrés y presión en la vida de quienes tienen mayor educación pueden llevar a un uso más frecuente de benzodiazepinas como mecanismo para enfrentar estas situaciones.

A su vez, la tendencia a autodiagnosticar problemas de salud y autoadministrar medicamentos, incluidas las benzodiazepinas, podría ser más común entre personas con mayor nivel educativo, sin la supervisión adecuada de un profesional de la salud. Asimismo, el acceso más fácil a la atención médica y a las recetas entre individuos con mayor educación podría facilitar la obtención de benzodiazepinas.

Además, las expectativas sociales y culturales también pueden influir, ya que en algunos entornos se puede considerar más aceptable o incluso deseable el consumo de medicamentos recetados entre personas con niveles educativos más altos.

Puede deberse al alcance que tiene en nuestro país este tipo de medicamentos, y a pesar de ser controlados, no existe una adecuada regulación de su uso. También se propone el grado de estrés laboral que presenta un puesto que solicita nivel superior de estudio, y en la actualidad las personas que han estudiado un nivel superior no siempre terminan trabajando en lo que suponía y esto puede llevar a aumento de automedicación y buscar soluciones desesperadas a problemas crónicos.

Esta hipótesis deberá ser evaluada en futuros estudios que analicen el impacto de la escolaridad en el desarrollo de la dependencia a sustancias.

Cabanillas-Tejada, J, plantea en los resultados obtenidos la relación entre la ocupación y el consumo de benzodiazepinas en el que concluye que el 58.2% de la población que consume benzodiazepinas es no trabajadora, siendo el grupo que más consume. En los resultados de nuestro estudio se observó que la población no trabajadora se encontraba en el segundo grupo de frecuencia del consumo con un porcentaje del 18.87%(n=10). Y en nuestro estudio se encontró que el grupo de mayor consumo relacionado a ocupación fue el no profesionales con un 21.74%(n=5) en contraste con Cabanillas-Tejada, J, que ocupa el 6.6%.

Se considera el tipo de población, lugar geográfico y demográfico de cada uno de los estudios para poder entender la diferencia de los resultados.

En conclusión, el uso más frecuente de benzodiazepinas entre los trabajadores no profesionales puede deberse a varios factores. Por un lado, estos trabajadores pueden enfrentar condiciones laborales más estresantes y menos estables, lo que puede aumentar la probabilidad de recurrir a medicamentos como las benzodiazepinas para hacer frente al estrés y la ansiedad. Además, es posible que tengan un acceso más limitado a recursos de salud mental y tratamientos alternativos debido a barreras económicas o de acceso al sistema de salud. Esto podría llevarlos a buscar soluciones rápidas y accesibles para sus problemas de salud mental, como el uso de benzodiazepinas. Además, la falta de educación formal y la información limitada sobre los riesgos asociados con estas drogas podrían contribuir a una mayor dependencia en este grupo de la población.

En contraste con los resultados obtenidos con la relación a la dependencia de éste grupo farmacológico en donde se encontró que el grupo con mayor grado de dependencia se encontraban los administradores seguido de atención a cliente.

Los trabajadores administrativos y de atención al cliente pueden enfrentar mayores niveles de estrés en sus roles laborales, ya sea debido a la presión de cumplir con plazos ajustados, lidiar con clientes exigentes o manejar situaciones conflictivas.

Esta presión constante puede llevarlos a recurrir a las benzodiazepinas como una forma rápida de aliviar la ansiedad y el estrés. Además, suelen tener un acceso más fácil a los servicios de atención médica y a las recetas, lo que facilita la obtención de benzodiazepinas. La naturaleza de sus trabajos, que a menudo implican interacciones sociales intensas y demandantes, puede aumentar la vulnerabilidad a la dependencia de estas drogas, ya que buscan aliviar los síntomas asociados con el estrés laboral y mejorar su desempeño en el trabajo.

En la bibliografía se encontraron diferentes estudios que refieren que a mayor edad mayor prevalencia del uso de benzodiazepinas, quienes tienen a su vez mayor grado de dependencia de la misma. En nuestro estudio se encontró que el grupo de mayor consumo fue el de 40 a 49 años de edad, similar al Reporte Nacional de Salud de Estados Unidos, en donde se incluía a pacientes hispanos.

La población mayor de 40 años tiene una mayor prevalencia en el consumo de benzodiazepinas debido a varios factores. En esta etapa de la vida, es común enfrentar condiciones de salud crónicas, como dolor crónico, trastornos del sueño, ansiedad y depresión, que pueden requerir tratamiento farmacológico. Las benzodiazepinas son prescritas con frecuencia para tratar estos problemas de salud mental y física en personas mayores, ya que pueden proporcionar alivio rápido de los síntomas. Además, los cambios en la estructura familiar, como la jubilación, la pérdida de seres queridos o la soledad, pueden aumentar la ansiedad y la depresión en esta población, lo que lleva a un mayor uso de benzodiazepinas como una forma de hacer frente a estos cambios emocionales y sociales. Sin

embargo, el uso prolongado de benzodiazepinas en personas mayores también está asociado con un mayor riesgo de efectos secundarios adversos, como deterioro cognitivo, caídas y dependencia, lo que subraya la importancia de un uso cuidadoso y supervisado de estas medicaciones en esta población.

En referente a la dependencia al uso de benzodiazepinas el grupo de mayor consumo que fue el de 40 a 49 años se encontró en el segundo lugar, y quienes más consumían se encontraban entre 30 a 39 años de edad.

Es importante destacar que no todas las personas experimentarán estos efectos de la misma manera, y algunos individuos pueden utilizar benzodiazepinas de manera segura y funcional. No obstante, es crucial que los médicos receten estos medicamentos con precaución, evaluando cuidadosamente los riesgos y beneficios, y monitoreando de cerca a los pacientes para minimizar los impactos negativos en su capacidad laboral y calidad de vida.

La principal limitación del presente artículo son los sesgos inherentes a la realización de un estudio transversal. Aun cuando nuestros resultados apoyan lo reportado previamente en la literatura científica en relación con los factores sociodemográficos y de consumo de BZD, futuros estudios longitudinales darán un sustento más sólido a estos hallazgos.

La relevancia e impacto de la presente investigación radica en resaltar la prevalencia del uso de BZD en un elevado porcentaje de pacientes que son tratados con éstas y que no han recibido intervención para este diagnóstico comórbido, el cual puede disminuir la eficacia del tratamiento por el que originalmente acuden a atención especializada, con lo que resulta afectada su calidad de vida. Es de vital importancia fomentar en el personal médico y paramédico la prevención y detección oportuna de la dependencia a BZD en pacientes psiquiátricos.

En una entrevista de inicio es necesario evaluar los potenciales factores de riesgo que posee cada uno de los pacientes para el desarrollo de dependencia a BZD. Una vez evaluados los riesgos y beneficios del tratamiento, es necesario definir metas a corto plazo en cuanto a su uso y establecer alternativas de tratamiento eficaces una vez concluido el tratamiento.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio se alcanzó ya que se obtuvieron resultados que demuestran la prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes derechohabientes del HGZMF No. 8, y se evaluó que el grupo etáreo de mayor consumo fueron 40-49 años, la relación del uso de benzodiazepinas con el género, siendo el predominio femenino, la ocupación cuyo grupo con mayor uso de benzodiazepinas fue administrativo, escolaridad en cuyo grado el nivel superior fue el mayor consumidor de este grupo de fármacos.

Se determinó la dependencia del uso de benzodiazepinas mediante el cuestionario BENDEP-SRQ y se concluyó que dentro de la población estudiada que usa benzodiazepinas más de la mitad presentan dependencia a dichos fármacos.

Dentro de las hipótesis se acepta la hipótesis alterna la cual establece que la prevalencia de las benzodiazepinas en pacientes atendidos en el primer nivel del HGZ/MF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo entre 19 y 59 años de edad es menor al 19.8%, siendo la prevalencia de esta población de 15.29% y se refuta la hipótesis nula.

Nuestra investigación pretende lograr un impacto de forma positiva para identificar relaciones entre las variables antes explicadas, y hacer conciencia sobre el uso indiscriminado de este tipo de medicamentos.

Como médicos familiares, jugamos un papel clave en el primer nivel de atención, somos el primer médico a quien una persona con diversas patologías como insomnio, ansiedad, estrés, burnout entre otras se acerca a nosotros y tenemos la capacidad y la oportunidad de iniciar una atención y tratamiento oportuno sin incidir en el uso indiscriminado de benzodiazepinas, dando un manejo apropiado con medidas y técnicas no farmacológicas incluidas terapia psicológica y coadyuvantes farmacológicos.

Es importante recalcar que es necesaria la constante actualización de estos datos, ya que es un problema a nivel mundial que se ha documentado afecta y repercute en la población trabajadora de nuestro país.

También se propone evaluar constantemente a la población que consume benzodiazepinas y detectar factores de riesgo para prevenir dependencia.

Pero lo más importante será para futuras investigaciones en quienes se propone investigar factores de riesgo y medidas preventivas, así como mejorar los tratamientos para diversos tipos de enfermedades cuyos tratamientos incluyan benzodiazepinas.

BIBLIOGRAFIA

1. Fresán A, Minaya O, Cortés-López JL, Ugalde O. Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos. *Salud mental* [Internet]. 2011 [citado el 11 de enero de 2023];34(2):103–9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Silva-Herrera L, Vergara-Fabián E, Yera-Alós I, Freijoso E. Utilización de las benzodiazepinas en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. junio de 2002 [citado el 26 de enero de 2023];18(3):187–90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Peter J. Kennelly, Kathleen M. Botham, Owen P. McGuinness, Victor W. Rodwell, P. Anthony Weil, Warren Levinson. Harper, *Bioquímica ilustrada* [Internet]. 32a ed. Kathleen M. Botham, Victor W. Rodwell, editores. Vols. 1 y 2. California: Mc Graw Hill; 2022 [citado el 3 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.pbidi.unam.mx:2443/book.aspx?bookid=3284>
4. Rosas-Gutiérrez I, Simón-Arceo K, Mercado F. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Actualización por temas Salud Mental*. el 19 de diciembre de 2013;325(4):325–9.
5. López-Vantour A, Aroche-Arzuaga A, Bestard-Romero J, Ocaña-Fontela N. Uso y abuso de las benzodiazepinas. *MEDISAN*. 2010;14(4):555.
6. Bender D.A., Mayes P.A., Rodwell V.W., Kennelly P.J., Owen P. McGuinness. *La vía de la pentosa fosfato y otras vías del metabolismo de las hexosas*. 32a ed. Kennelly P.J., editor. Vol. McGraw Hill. Estados Unidos; 2022. 1–13 p.
7. Fernández García A, González Viña A, Peña Machado M de los Á. Bases científicas para el uso de las benzodiazepinas. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2003 [citado el 3 de febrero de 2023];19(1):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Randa Hilal-Dandan, Laurence L. Brunton. Goodman & Gilman. *Manual de Farmacología y Terapéutica* [Internet]. 2a ed. James Shanahan Christie Naglieri Saloni Narang, editor. Vols. 1 y 2. Mc Graw Hill; 2015 [citado el 3 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.pbidi.unam.mx:2443/content.aspx?bookid=1468§ionid=93489635>.
9. Alfaro Argüello Ó. Descontinuación de Benzodiazepinas: Artículo de revisión. *Revista Cúpula*. 2017;31(2):44–51.
10. Marin G, del Mauro J, Marin L, Urtasun MA, Marin G, Nucher D, et al. Consumo de benzodiazepinas y fármacos Z en una organización de la seguridad social nacional argentina: ¿uso racional o excesivo? *Salud Colect*. el 27 de septiembre de 2021;17:e3583.
11. Domínguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamosiunas G. Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*. el 10 de noviembre de 2016;3(2393–6797):14–24.

12. Correa Alfaro FA, García Hernández MN, Correa Alfaro FA, García Hernández MN. Uso recreativo de benzodiazepinas en la población joven. Ene [Internet]. 2019 [citado el 11 de enero de 2023];13(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. González L, Rodríguez P, Merino F, Sampetro Francisco G. Prevalencia y características del consumo de benzodiazepinas en una comunidad rural. *Cadernos Atención primaria*. 2018;24(1):11–6.
14. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020. p. 470–3.
15. Sánchez JG. Intento de suicidio antes y durante la pandemia de COVID-19. Estudio comparativo desde el servicio de urgencias. *Medicina de Familia SEMERGEN* [Internet]. enero de 2023;101922. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359323000011>
16. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020. p. 912–20.
17. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora M. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex*. el 16 de abril de 2010;52(4):292–304.
18. INEGI 2022. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 503/22. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO [Internet]. México; 2022 sep. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd/en/
19. Guzmán-Aguilar F. Aumentan suicidios en México. *Gaceta UNAM-FM*. el 23 de junio de 2022;
20. Colell E, Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, Delclós J, G. Benavides F. Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. *Gac Sanit*. septiembre de 2014;28(5):369–75.
21. Contreras A, Pérez C. Insomnio, en busca del tratamiento ideal: fármacos y medidas no farmacológicas. *Revista Médica Clínica Las Condes*. septiembre de 2021;32(5):591–602.
22. Carrillo-Mora P, Gabriela Barajas-Martínez K, Sánchez-Vázquez I, Fernanda Rangel-Caballero M. Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. el 30 de octubre de 2018;61(1).
23. Marmolejo-Torres ME, Torres-Fraga MG, Rodríguez-Reyes YG, Guerrero-Zúñiga S, Vargas-Ramírez LK, Carrillo-Alduenda JL. How to score a respiratory polygraphy? *The american academy of sleep medicine rules*. *Neumología y Cirugía de Torax(Mexico)*. 2020;79(2):110–5.
24. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation’s updated sleep duration recommendations: Final report. *Sleep Health*. el 1 de diciembre de 2015;1(4):233–43.
25. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groseelj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. el 1 de diciembre de 2017;26(6):675–700.

26. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American academy of sleep medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2017;13(2):307–49.
27. Fabres L, Moya P. Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes*. septiembre de 2021;32(5):527–34.
28. Urrestarazu E, Escobar F, Iriarte J. Sleep pathology. *Medicine de España*. el 15 de marzo de 2015;11(73):4385–94.
29. Moreno Reyes P, Muñoz Gutiérrez C, Pizarro Mena R, Jiménez Torres S. Effects of physical exercise on sleep quality, insomnia, and daytime sleepiness in the elderly. A literature review. Vol. 55, *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*. Ediciones Doyma, S.L.; 2020. p. 42–9.
30. Álvarez - Mon González MA, Ortuño F. Tratamiento del insomnio. *Medicine (Spain)*. el 1 de diciembre de 2016;12(23):1359–68.
31. Marrero RR, De E, Fernández P, Rivero D. Trastornos de ansiedad Introducción y concepto. Vol. 12, *Medicine*. 2019.
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. 5a ed. American Psychiatric Association; 2013.
33. García Diez S, de Nicolás Valdés M, Diéguez Varela C, Fernández Martínez P, Suárez Gil P, Navarro Rodríguez Y. Impact of COVID-19 lockdown on the prescription of benzodiazepines. *Aten Primaria*. el 1 de marzo de 2023;55(3).
34. Krüger-Malpartida H, Arevalo-Flores M, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M, Pedraz-Petrozzi B. Medical Conditions, Symptoms of Anxiety, and Depression During the COVID-19 Pandemic in a Population Sample of Lima, Peru. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2022;
35. García Diez S, de Nicolás Valdés M, Diéguez Varela C, Fernández Martínez P, Suárez Gil P, Navarro Rodríguez Y. Impact of COVID-19 lockdown on the prescription of benzodiazepines. *Aten Primaria*. el 1 de marzo de 2023;55(3).
36. González González M, Fadón Martín P. Protocolo diagnóstico y terapéutico del trastorno por crisis de ansiedad. *Protocolos de práctica asistencial*. diciembre de 2019;12(84):4957–61.
37. Caldenty CV, Verdú ES, Gelabert FF. Estrategias para reducir el uso prolongado de benzodiazepinas. *Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria*. el 1 de noviembre de 2015;22(9):510–8.
38. García Atienza EM, López-Torres Hidalgo J, Minuesa García M, Ruipérez Moreno M, Lucas Galán FJ, Agudo Mena JL. Health-related quality of life in patients consuming benzodiazepine. *Aten Primaria*. el 1 de mayo de 2021;53(5).
39. Manthey L, van Loenen-Frösch F, Giltay EJ, van Veen T, Glashouwer K, Penninx BWJH, et al. High dose benzodiazepines prolong reaction times in chronic users who have major depressive and/or anxiety disorders. *Br J Clin Pharmacol*. marzo de 2014;77(3):571–7.
40. Gómez S, León T, Macuer M, Alvez M, Ruiz S. Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. *Revista Médica Chilena*. el 6 de junio de 2017;145:351–9.
41. Maust DT, Lin LA, Blow FC. Benzodiazepine use and misuse among adults in the United States. *Psychiatric Services*. el 1 de febrero de 2019;70(2):97–106.

42. Friestino JKO, Luzardo AR, Cralak ÉZ, Cass LS, Guimarães PGZ, Barbato PR. Profile of benzodiazepine users attending primary healthcare services in the city of Chapecó, Santa Catarina, Brazil. *Salud Colect.* el 1 de enero de 2020;16:1–11.
43. Descripción de la disponibilidad y normas para el uso de las benzodiazepinas en algunos países de Latinoamérica, 2016. *REVISTA MEDICA DEL URUGUAY.* el 6 de agosto de 2022;38(2).
44. Sanz-Valero J, Cantos-Azorín C. Consecuencias derivadas de la automedicación con benzodiazepinas en personas adultas: revisión exploratoria. *Ars Pharmaceutica (Internet).* el 20 de septiembre de 2021;62(4):404–18.
45. Kan CC, Breteler MHM, Fimmermans EAY", Van Der Ven AHGS, Zitman FG. Scalability, Reliability, and Validity of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire in Outpatient Benzodiazepine Users. *Compr Psychiatry.* agosto de 1999;40(4):283–91.
46. Oude Voshaar RC, Mol AJJ, Gorgels WJMJ, Breteler MHM, van Balkom AJLM, van de Lisdonk EH, et al. Cross-validation, predictive validity, and time course of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire in a benzodiazepine discontinuation trial. *Compr Psychiatry.* mayo de 2003;44(3):247–55.
47. Curado DF, Barros VV de, Opaleye ES, Noto AR. Psychometric properties of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire – Portuguese Version (BENDEP-SRQ-PV). *Trends Psychiatry Psychother.* diciembre de 2020;42(4):358–67.
48. Campagne DM, García-Campayo J. El inadecuado uso de las benzodiazepinas. *Semergen.* julio de 2005;31(7):319–24.
49. Andrea Tejada P, Eduardo Jaramillo L, Sánchez-Pedraza R, Sharma V. Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. *Rev Fac Med [Internet].* el 3 de diciembre de 2014 [citado el 11 de enero de 2023]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n1/v62n1a13.pdf>
50. Cacciola JS, Alterman AI, Habing B, McLellan AT. Recent status scores for version 6 of the addiction severity index (ASI-6). *Addiction.* septiembre de 2011;106(9):1588–602.
51. Minaya O, Fresán A, Cortes-Lopez JL, Nanni R, Ugalde O. The Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ): Validity and reliability in Mexican psychiatric patients. *Addictive Behaviors.* agosto de 2011;36(8):874–7.
52. Cabanillas-Tejada JK, Allpas-Gómez HL, Brito-Nuñez JD, Mejía CR, Cabanillas-Tejada JK, Allpas-Gómez HL, et al. Automedicación y riesgo de abuso con benzodiazepinas en pacientes adultos Lima-Perú, 2019. *Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet].* septiembre de 2022 [citado el 11 de enero de 2023];60(3):273–80. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272022000300273&lng=en&nrm=iso&tlng=en

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)**

Nombre del estudio:	Prevalencia del uso de benzodiazepinas en pacientes de 20 a 59 años de edad atendidos en el primer nivel de atención del Hospital General De Zona Con Unidad De Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Servicio de Medicina Familiar del H.G.Z. M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
Número de registro institucional:	En Trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Le estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en medir la prevalencia del uso de benzodiazepinas en población de entre 20 y 59 años.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se le aplicará de forma individual un cuestionario llamado BENDEP-SRP. Se dará un tiempo de 10 minutos para la realización de la prueba previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas.
Posibles riesgos y molestias:	Investigación de mínimo riesgo (se realizará una encuesta), que puede ocasionar incomodidad por las preguntas establecidas..
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Determinar la prevalencia del uso de benzodiazepinas y determinar la severidad de la dependencia a la sustancia que consume, se dará breve información individualizada sobre su padecimiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará en caso de datos relevantes, se realizará plática informativa posterior a la entrevista.
Participación o retiro:	El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario, sin que se afecte su atención en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio o en su caso, de estudios futuros.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio

Si acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:	Maravillas Estrada Angelica Matricula: 98113861 Médica Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar. Adscripción: HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo IMSS. Teléfono: 554500034. Fax: No Fax. E-mail: angelica.maravillas@imss.gob.mx
Colaboradores:	Mendiola Pastrana Indhira Rocio. Médico Familiar. Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica, Jefe de Servicio de Medicina Familiar. Adscrita al HGZ con MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS Matricula: 99126743. Teléfono: 2222395398 Fax: No Fax Correo electrónico: dramendiolapastrana@gmail.com Claudia Fernanda García Bustos. Médico Residente de Medicina Familiar. Adscripción HGZMF N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Teléfono: 5588050528 Fax: No Fax, Correo electrónico dra.claudia.garbu@gmail.com . Gabriel Bravo Sosa. Psicólogo clínico, pasante de maestría psicoterapia integral adscrito al HGZ con MF N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Matricula 97377201. Teléfono 5522166036 Fax: No Fax. Correo electrónico: gabs64@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Claudia Fernanda García Bustos
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PREVALENCIA DEL USO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN PRIMER NIVEL DEL HGZ MF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

Investigadores a cargo:

García Bustos Claudia Fernanda, Médico Residente de primer año de la especialidad de Medicina Familiar. HGZMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Maravillas Estrada Angélica Médico Especialista en Medicina Familiar Coordinadora de enseñanza de Medicina Familiar en HGZ con MF N.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Médico Especialista en Medicina Familiar. Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica, Jefe de Servicio de Medicina Familiar en HGZ con MF N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Psicólogo clínico. Pasante de maestría en Psicoterapia integral, en HGZ con MF N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Nombre: _____

NSS: _____

Edad: _____ **Sexo:** 1. () Hombre 2. () Mujer

Ocupación:

1. () Trabajador (Especificar) _____ 2. () Pensionado 3. () No trabajador

Escolaridad: 1. () Primaria 2. () Secundaria 3. () Bachillerato

4. () Licenciatura 5. () Posgrado

Enfermedades crónico-degenerativas:

1. () No 2. () Si (Especificar) _____

Diagnóstico psiquiátrico:

1. () No 2. () Si (Especificar) _____

Cantidad de benzodiazepinas utilizadas:

1. () Una (Especificar) _____ 2. () Mas de 1 (Especificar) _____

Tiempo de uso de benzodiazepinas:

1. () Menos de 1 mes 2. () entre 6 meses y un año 3. () Mas de 1 año

Incapacidades laborales por el instituto desde el inicio del tratamiento con benzodiazepinas:

1. () No 2. () Si (Especificar número) _____

ANEXO 3 INSTRUMENTO DE MEDICIONCUESTIONARIO BENDEP-SRQ-PV.

CUESTIONARIO BENDEP-SRQ-PV.

Instrucciones: Lea las afirmaciones y marque la respuesta que considere más apropiada sobre el uso de su medicamento (benzodicepina) en los últimos 6 meses.

CONTINUACION DEL CUESTIONARIO BENDEP-SRQ-PV

	Estoy completamente en desacuerdo	Estoy un poco en desacuerdo	No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy un poco de acuerdo	Estoy completamente de acuerdo
1. Tomo más dosis de mi medicamento, porque de lo contrario me genera molestias.	1	2	3	4	5
2. Me pongo nervioso/a si mi medicamento esta fuera de mi alcance.	1	2	3	4	5
3. Otras personas me han sugerido que debo usar menos dosis del medicamento	1	2	3	4	5
4. Tomo más dosis de lo que me indicó mi médico.	1	2	3	4	5
5. Me siento seguro/a cuando tengo mi medicamento conmigo.	1	2	3	4	5
6. En este momento mi medicamento me hace menos efecto que antes.	1	2	3	4	5
7. Se me acaba mi medicamento muy rápido.	1	2	3	4	5
8. Me ha traído problemas usar este medicamento.	1	2	3	4	5
9. He llegado a mentirle a mis médicos para conseguir más medicamento.	1	2	3	4	5
10. He pensado en dejar de tomar mi medicamento.**	1	2	3	4	5
11. No puedo dejar de pensar en tomarme mi medicamento hasta que lo hago.	1	2	3	4	5
12. Invierto mucho tiempo pensando en mi medicamento.	1	2	3	4	5
13. Pienso que el medicamento está afectando negativamente a mi vida	1	2	3	4	5
14. He acudido por mi medicamento antes del tiempo que correspondía.	1	2	3	4	5
15. He tomado mucha más dosis de medicamento en una sola toma.	1	2	3	4	5

Disminuir o dejar de tomar benzodiazepinas puede llevar a varias molestias; A continuación se mencionan algunas. Seleccione la respuesta más apropiada de lo que experimentó la última vez que disminuyó el uso, o dejó de tomar su medicamento.

	Ningun problema	Ligeros problemas	Varios problemas	Gran cantidad de problemas	Una excesiva cantidad de problemas
Sentirse deprimido/a	1	2	3	4	5
Cansacio	1	2	3	4	5
Temblores	1	2	3	4	5
Irritabilidad	1	2	3	4	5
Intranquilidad / inquietud	1	2	3	4	5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**PREVALENCIA DEL USO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES DE 20 A
 59 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN PRIMER NIVEL DEL HGZMF No.8 DR.
 GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

2022-2023

FECHA	MAR 2022	ABR 2022	MAY 2022	JUN 2022	JUL 2022	AGO 2022	SEP 2022	OCT 2022	NOV 2022	DIC 2022	ENE 2023	FEB 2023	MAR 2023
TITULO	X												
ANTECEDENTES	X												
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X												
OBJETIVOS		X											
HIPOTESIS		X											
PROPOSITOS			X										
DISEÑO METODOLOGICO				X									
ANALISIS ESTADISTICO					X								
CONSIDERACIONES ETICAS						X							
RECURSOS							X						
BIBLIOGRAFIA								X	X				
ASPECTOS GENERALES										X	X	X	
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS													/

SIMBOLOGÍA

X= REALIZADO

/ = NO REALIZADO

Elaboro: García Bustos Claudia Fernanda

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**PREVALENCIA DEL USO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES DE 20 A
 59 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN PRIMER NIVEL DEL HGZMF No.8 DR.
 GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

2023-2024

FECHA	MAR 2023	ABR 2023	MAY 2023	JUN 2023	JUL 2023	AGO 2023	SEP 2023	OCT 2023	NOV 2023	DIC 2023	ENE 2024	FEB 2024
PRUEBA PILOTO	/											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		/	/	/								
RECOLECCION DE DATOS					/	/	/	/	/			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									/			
ANALISIS DE DATOS									/			
DESCRIPCION DE DATOS										/		
DISCUSIÓN DE DATOS											/	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											/	
INTEGRACION Y REVISION FINAL											/	
REPORTE FINAL											/	
AUTORIZACIONES												/
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												/
PUBLICACION												/

Elaboro: García Bustos Claudia Fernanda

SIMBOLOGÍA X= REALIZADO /= NO REALIZADO
--



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
HGZMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORD. CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Ciudad de México, a 28 de Diciembre del 2022
CCEIS/409/2022

Carta de no inconveniente del director de la Unidad donde se efectuará el protocolo de investigación.

Polaco de la Vega Thalyna

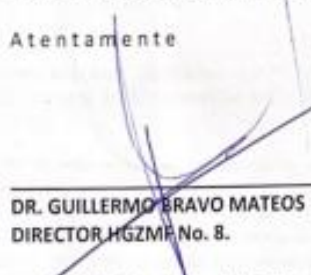
Titular de la Coordinación de Investigación en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Presente.

En mi carácter de Director General del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" declaro que no tengo inconveniente en que se efectúe en esta institución el protocolo de investigación en salud con el título "Prevalencia del uso de Benzodiazepinas en población de 20 a 59 años de edad en Hospital General de Zona con UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo". El protocolo será realizado bajo la dirección de la Dra. Angélica Maravillas Estrada, como Investigadora Responsable, en caso de que sea aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud y el Comité de Investigación del Comité Nacional de Investigación Científica.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, así como los recursos humanos capacitados para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del estudio citado.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente


DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR HGZMF No. 8.



Avenida Río Magdalena 289, Tizapán San Ángel.
Alcaldía Álvaro Obregón. C.P. 01090. Ciudad de México.
(55) 5550 6422 Ext. 28235.



2022 Flores
Año de Magón