

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA
DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES
ATENDIDOS EN UN HOSPITAL
PÚBLICO DE TACNA, 2024**

TESIS

PRESENTADA POR:

JORELINE ORIANA HUACANI VARGAS

Para optar el Grado Académico de:


**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*)
CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA**

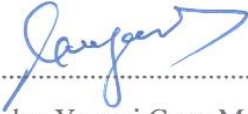
TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**Escuela de Posgrado****MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA****FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA DE
BENZODIACEPINAS EN PACIENTES ATENDIDOS
EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TACNA, 2024**

Tesis sustentada y aprobada el 04 de enero del 2025; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE : 
.....
Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente

SECRETARIO : 
.....
Mgr. Carlos Yovani Cuya Mamani

MIEMBRO : 
.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra

ASESORA : 
.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dra. Rina María Álvarez Becerra, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Escuela de Posgrado N°14547-2024-ESPG/UNJBG, del trabajo de tesis titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TACNA, 2024", para optar el Grado Académico de Maestro en Ciencias (Magister Scientiae) en Salud Pública.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 4 %.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis y está de acuerdo con el nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado a solicitud del interesado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del Grado Académico de Maestro en Ciencias (*Magister Scientiae*) con mención en Salud Pública.

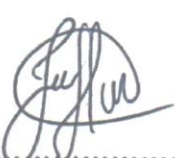
Tacna, 04 diciembre de 2024

FIRMA ASESOR
Nombres y apellidos


.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra
DNI N° 00425041



FIRMA TESISTA
Nombres y apellidos


.....
Joreline Oriana Huacani Vargas
DNI N°75148226



DEDICATORIA

A Dios por ser mi Luz y llenar mi espíritu con sabiduría para ser un mejor ser humano y profesional.

A mis padres Humberto y Clarita por ser el motor y motivo en cumplir cada una de mis metas

A mi querida hermana por darme su apoyo incondicional y confianza en mis decisiones

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme su guía y perseverancia en mi vida. A mis padres Humberto y Clarita por apoyarme en mi educación y crecimiento profesional con mucho amor y respeto. A mi querida asesora Rina Álvarez Becerra por su paciencia y brindarme sus conocimientos en el desarrollo de este importante trabajo.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1. Antecedentes del problema.....	3
1.1.2. Problemática de la investigación	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2.1. Problema General.....	5
1.2.2. Problemas Específicos.....	5
1.3.JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	6
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	8
1.5. OBJETIVOS	9
1.5.1. Objetivo general.....	9
1.5.2. Objetivos específicos	9
1.6. HIPÓTESIS	9
1.6.1. Hipótesis general	9
1.6.2. Hipótesis específicas	9
CAPÍTULO II:	11
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	11
2.2.2. Marco teórico.....	24
2.2.1. Generalidades	24

2.2.2.2. Mecanismo de acción.....	26
2.2.2.3. Farmacocinética de las benzodiazepinas	26
2.2.2.4. Farmacodinamia de las benzodiazepinas	28
2.2.2.4. Reacciones adversas	30
2.2.2.4. Dependencia.....	31
2.2.2.5. Factores vinculados a la dependencia de benzodiazepinas	33
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	34
CAPÍTULO III METODOLÓGICO.....	36
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	36
3.2.1 Población	36
3.2.2 Muestra	36
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37
3.3.1. Caracterización de las variables	37
3.4 Operacionalización de las variables.....	37
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.5.1. Consideraciones éticas	39
3.5.2. Técnicas e Instrumentos	42
3.6. Procesamiento y análisis de datos.....	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	43
DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pacientes según características sociodemográficas, 2024.....	43
Tabla 2. Pacientes según características del tratamiento	48
Tabla 3. Participantes según si conocen el motivo por el que toma el fármaco.....	52
Tabla 4. Participantes según si padecen enfermedades.....	55
Tabla 5. Participantes según si han usado medicamentos.....	57
Tabla 6. Pacientes según dependencia a benzodiazepinas	59
Tabla 7. Regresión logística binaria	61
Tabla 8. Regresión logística binaria	63
Tabla 9. Regresión logística binaria	65
Tabla 10. Regresión logística.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.Receptor de ácido gamma amino butírico con sitios diana	30
Figura 2.Pacientes según edad, 2024	44
Figura 3.Pacientes según sexo,2024.....	44
Figura 4.Pacientes según estado civil,2024	45
Figura 5.Pacientes según nivel educativo,2024	45
Figura 6. Pacientes según condición de actividad laboral, 2024	46
Figura 7.Pacientes según años de tratamiento,2024	48
Figura 8. Pacientes según tipo de tratamiento,2024.....	49
Figura 9.Pacientes según número de medicamentos	49
Figura 10.Pacientes según médico prescriptor	50

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre factores sociodemográficos, la pauta farmacéutica, la morbilidad y la pauta posológica con la probabilidad de desarrollar dependencia a benzodiazepinas en pacientes de un hospital público en Tacna en 2023. **Metodología:** Se utilizó un diseño de estudio observacional con enfoque cuantitativo, con 70 hombres (n= 30) y mujeres (n=40) con edad promedio 38,37 DS 13,59 con tratamiento ambulatorio con benzodiazepinas. Se aplicaron análisis de regresión logística para identificar la asociación entre las variables predictoras y la dependencia. Las variables evaluadas incluyeron sexo, edad, estado civil, años de tratamiento, diagnóstico de ansiedad y antecedentes de caídas. **Principales resultados:** Los factores socio demográficos, en especial ser mujer (B = -1,768, p = 0,015) y edad avanzada (B = 0,188, p = 0,001), mostraron una asociación significativa con la dependencia. Además, el tiempo en tratamiento (B = 0,602, p = 0,001) y la ansiedad (B = 2,015, p = 0,028) aumentaron el riesgo de dependencia, mientras que el haber sufrido caídas (B = 1,314, p = 0,028) también se asoció significativamente con la probabilidad de dependencia. **Conclusión:** Los hallazgos sugieren que factores socio demográficos y de tratamiento están asociados con la dependencia a benzodiazepinas.

Palabras clave: Dependencia, benzodiazepinas, factores sociodemográficos, pauta farmacéutica, monitoreo clínico.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between sociodemographic factors, pharmacotherapy, morbidity, and posology with the probability of developing benzodiazepine dependence in patients at a public hospital in Tacna in 2024. **Methodology:** An observational study with a quantitative approach was conducted, including 70 patients (30 men and 40 women) with a mean age of 38.37 years (SD = 13.59) undergoing outpatient benzodiazepine treatment. Logistic regression analysis was applied to identify the association between predictive variables and dependence. Variables evaluated included sex, age, marital status, years of treatment, anxiety diagnosis, and history of falls. **Main Results:** Sociodemographic factors, especially being female ($B = -1.768$, $p = 0.015$) and older age ($B = 0.188$, $p = 0.001$), showed a significant association with dependence. Additionally, treatment duration ($B = 0.602$, $p = 0.001$) and anxiety ($B = 2.015$, $p = 0.028$) increased the risk of dependence, while a history of falls ($B = 1.314$, $p = 0.028$) was also significantly associated with the likelihood of dependence. **Conclusion:** The findings suggest that sociodemographic and treatment-related factors are associated with benzodiazepine dependence. This relationship underscores the importance of personalized monitoring in high-risk patients, adjusting treatment based on sociodemographic and clinical characteristics to reduce the probability of dependence.

Keywords: dependence, benzodiazepines, sociodemographic factors, pharmacotherapy, clinical monitoring.

INTRODUCCIÓN

Las benzodiacepinas son una clase de medicamentos ampliamente utilizadas en la práctica clínica debido a sus efectos ansiolíticos, sedantes, hipnóticos y anticonvulsivantes. Se prescriben comúnmente para el tratamiento de trastornos de ansiedad, insomnio, espasmos musculares y epilepsia, entre otros.

Las benzodiazepinas (BZDs) han estado presentes en la práctica clínica durante más de 60 años, siendo ampliamente utilizadas por su eficacia en el tratamiento de diversas condiciones psiquiátricas y no psiquiátricas. Sin embargo, su potencial para el abuso y la dependencia fue reconocido poco después de su introducción. A pesar de sus efectos adversos bien documentados, las BZDs continúan siendo un problema significativo, especialmente debido a su uso prolongado, su tolerancia rápida y las estrategias complejas necesarias para manejar la dependencia

Las benzodiazepinas y los fármacos relacionados con ellas (BZDs) constituyen, a nivel mundial, uno de los grupos de medicamentos más consumidos (1). Estas sustancias se utilizan en diversas indicaciones clínicas, como el tratamiento de la ansiedad y el insomnio. Las preocupaciones acerca de su potencial para generar dependencia surgieron por primera vez a mediados de la década de 1960, seguidas de campañas de salud pública en los años 70 que buscaban limitar su uso (1). No obstante, durante esa misma década, el consumo habitual de BZDs seguía siendo prevalente en países occidentales, donde incluso se describió la prescripción de estos medicamentos como algo apasionado (1). A partir de los años 80, se publicaron numerosas guías clínicas (2) con una recomendación uniforme: cuando se prescriban BZDs, la duración del tratamiento debe limitarse al menor tiempo posible, con un máximo de cuatro semanas (3). Estas recomendaciones se basan en el riesgo elevado de

desarrollar tolerancia y dependencia asociado al uso de BZDs (4), junto con la evidencia relativamente limitada sobre su eficacia en tratamientos a largo plazo (3). En los usuarios crónicos, los riesgos de efectos adversos graves, como el deterioro de las funciones psicomotoras y cognitivas, aumentan considerablemente, en especial en las personas mayores (5). Además, investigaciones recientes han señalado posibles vínculos entre el uso prolongado de BZDs y un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer, accidentes cerebrovasculares y tumores cerebrales malignos (6)

A pesar de estas preocupaciones, el consumo de BZDs durante periodos prolongados, que pueden extenderse incluso por años o décadas, sigue siendo habitual entre la población general, con una prevalencia aún mayor en pacientes psiquiátricos y en usuarios mayores (3) Esta discrepancia entre las recomendaciones clínicas y la práctica habitual ha sido objeto de numerosos estudios y debates tanto entre profesionales de la salud como en el ámbito social (1) Aunque el uso prolongado de BZDs es un tema ampliamente debatido, todavía no se ha alcanzado un consenso sobre su definición en la práctica clínica.

El presente estudio tiene como objetivo identificar los factores asociados a la dependencia de benzodiazepinas en pacientes atendidos en un hospital público de Tacna durante el año 2024. Mediante un análisis detallado de las características de los pacientes, su historia de uso de benzodiazepinas y las comorbilidades presentes, se busca proporcionar una base de evidencia sólida que permita mejorar las estrategias de manejo de estos pacientes, reducir la incidencia de dependencia y optimizar los resultados terapéuticos. Este estudio pretende contribuir al entendimiento de la problemática en el contexto regional y apoyar el desarrollo de políticas de salud pública orientadas a un uso racional y seguro de las benzodiazepinas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del problema

Las enfermedades neuropsiquiátricas representan la primera causa de carga de enfermedad en el Perú, mostrándose un 16 % de años de vida saludable perdidos (1). Por otro lado un 29 % de la población ha presentado un trastorno mental alguna vez en su vida. (2) Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia de sustancias es multifactorial: está determinada por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante, y por factores psicosociales, culturales y ambientales.(3)

1.1.2. Problemática de la investigación

El uso de benzodiazepinas (BZDs) ha crecido significativamente a nivel mundial, consolidándose como una herramienta terapéutica de amplio uso para el manejo de ansiedad, insomnio y otros trastornos psiquiátricos. Sin embargo, su eficacia se acompaña de riesgos sustanciales, especialmente cuando se administran de forma prolongada o sin supervisión médica adecuada. Este panorama configura un problema de salud pública que involucra el abuso, la dependencia y las consecuencias adversas relacionadas con estas sustancias. La revisión de múltiples estudios evidencia que el problema afecta tanto a países desarrollados como a los de América Latina, incluyendo el Perú, donde las brechas en regulación y educación sanitaria agravan esta problemática.

En Estados Unidos, el consumo de benzodiazepinas es una preocupación creciente debido a su prevalencia en los servicios

ambulatorios y su asociación con el abuso de otras sustancias. Entre 2003 y 2015, la tasa de prescripción casi se duplicó, incrementando la coprescripción con opioides, lo que ha llevado a una mayor incidencia de sobredosis fatales y dependencia (7) En Finlandia, un estudio encontró que el 39,4 % de los nuevos usuarios desarrollan un uso a largo plazo, con tasas alarmantes en adultos mayores, quienes son especialmente vulnerables a los efectos adversos como caídas, fracturas y deterioro cognitivo (8). Estas cifras resaltan la importancia de medidas regulatorias y educativas para controlar el consumo y promover alternativas terapéuticas.

En América Latina, las benzodiacepinas también son ampliamente utilizadas, muchas veces sin supervisión adecuada. En México, la prevalencia de consumo en adultos mayores alcanzó el 28 %, siendo las mujeres las principales consumidoras, lo que refleja una alta incidencia de efectos adversos como deterioro cognitivo y riesgo de caídas (9). Por su parte, en Colombia, un estudio mostró que el 25 % de los usuarios regulares de benzodiacepinas desarrolla dependencia en menos de seis meses, reflejando un patrón preocupante de uso prolongado y automedicación (10). Estas problemáticas evidencian la falta de control en la prescripción y la limitada disponibilidad de alternativas no farmacológicas. En el Perú, los estudios locales confirman que el consumo de benzodiacepinas sigue patrones similares a los observados en otros países latinoamericanos. En el distrito de Chilca, el 54 % de los consumidores eran mujeres, y el 62 % de los pacientes reportaron uso prolongado, lo que excede ampliamente las recomendaciones clínicas para estas sustancias (11). Asimismo, investigaciones en Chimbote y Lima evidenciaron la prevalencia de la automedicación, impulsada por la recomendación de familiares o amigos y el acceso sin control a estos medicamentos (12,13). Estos datos destacan la necesidad urgente de regulación y sensibilización para un uso racional de las benzodiacepinas en el país.

En el ámbito de estudio de la atención hospitalaria pública, se ha observado que la prescripción de benzodiazepinas es frecuente. El manejo de trastornos de ansiedad, insomnio y otras condiciones de salud mental a menudo incluye la prescripción de benzodiazepinas debido a su eficacia y rapidez de acción. Sin embargo, el uso prolongado de estas sustancias puede llevar a dependencia, una condición caracterizada por la necesidad compulsiva de consumirlas para evitar síntomas de abstinencia o mantener un estado de bienestar percibido. La dependencia a benzodiazepinas puede provocar efectos secundarios como deterioro cognitivo, somnolencia diurna, y alteraciones emocionales, afectando la calidad de vida del paciente y aumentando la carga para el sistema de salud.

Esta situación problemática amerita indagar los factores asociados a la dependencia de benzodiazepinas en pacientes atendidos en un hospital público de Tacna. En particular, resulta imprescindible explorar cómo las prácticas de prescripción médica, las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes se asocian con la dependencia de benzodiazepinas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Se asocian los factores sociodemográficos, la pauta farmacéutica y posológica con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Se asocian los factores sociodemográficos con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024?

- ¿Se asocia el factor pauta farmacéutica con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024?
- ¿Se asocia el factor pauta posológica con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024?

1.3.JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Desde una perspectiva teórica, la dependencia a benzodiazepinas representa un fenómeno complejo que integra aspectos farmacológicos, psicológicos y sociales. Las benzodiazepinas actúan sobre los receptores GABA-A del sistema nervioso central, potenciando los efectos inhibitorios del neurotransmisor GABA, lo cual conduce a sus efectos sedantes y ansiolíticos. Sin embargo, este mismo mecanismo de acción es responsable del desarrollo de tolerancia y dependencia con el uso prolongado, ya que el sistema nervioso se adapta a la presencia constante del medicamento, reduciendo su eficacia y generando una necesidad fisiológica de mantener su consumo.

Teóricamente, la dependencia a benzodiazepinas no solo es un resultado del uso farmacológico prolongado, sino que también está influenciada por factores individuales como la predisposición genética, las comorbilidades psiquiátricas y las características de la personalidad del paciente, como la tendencia a la búsqueda de alivio rápido ante situaciones de estrés [3]. Además, los modelos teóricos del comportamiento adictivo, como la teoría de la autoadministración negativa, sugieren que la dependencia puede desarrollarse como un mecanismo para evitar los síntomas de abstinencia y la ansiedad recurrente. Por lo tanto, comprender estos factores es esencial para desarrollar intervenciones efectivas que aborden tanto la dependencia física como la psicológica.

Desde un enfoque pragmático, la investigación sobre los factores asociados a la dependencia de benzodiazepinas es crucial para la implementación de políticas de salud pública que promuevan el uso racional de estos medicamentos. En la práctica clínica, las benzodiazepinas son frecuentemente prescritas debido a su eficacia comprobada y rápida acción en el manejo de trastornos de ansiedad y otros problemas psiquiátricos [5]. No obstante, la falta de protocolos claros para su prescripción a largo plazo y la automedicación contribuyen significativamente al riesgo de dependencia.

La identificación de los factores asociados permitirá a los profesionales de la salud reconocer tempranamente a los pacientes en riesgo, facilitando la implementación de estrategias preventivas, como la reducción progresiva de la dosis, la utilización de terapias alternativas no farmacológicas y la educación del paciente sobre los riesgos de la dependencia. Además, los resultados de este estudio pueden guiar la creación de directrices más estrictas y estandarizadas para la prescripción de benzodiazepinas en el sistema de salud pública, contribuyendo así a la reducción del uso inadecuado y a la prevención de la dependencia.

En el ámbito clínico, la dependencia a benzodiazepinas plantea desafíos significativos para el manejo integral de los pacientes, incluyendo el riesgo de síndrome de abstinencia, que puede ser grave e incluir síntomas como convulsiones, ansiedad severa y alucinaciones. Además, la dependencia a estos fármacos puede complicar la adherencia a otros tratamientos y aumentar el riesgo de interacciones medicamentosas perjudiciales. Por lo tanto, es esencial para los profesionales de la salud identificar los factores de riesgo y desarrollar planes de manejo individualizados para aquellos pacientes que requieran tratamiento con benzodiazepinas.

La dependencia no solo tiene implicaciones físicas, sino también un impacto negativo en la calidad de vida, incluyendo deterioro cognitivo, aislamiento social y dificultades en la funcionalidad diaria [8]. Identificar y abordar la dependencia a benzodiazepinas es crucial para mejorar los resultados clínicos a largo plazo, reduciendo la morbilidad asociada y optimizando la calidad de vida de los pacientes. Este estudio busca proporcionar una base de datos sólida que permita desarrollar programas clínicos y estrategias terapéuticas basadas en la evidencia, centradas en la prevención y manejo adecuado de la dependencia a benzodiazepinas.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

La investigación abarca a pacientes del hospital público que están en tratamiento con benzodiazepinas, proporcionando una visión específica y detallada del problema en un contexto hospitalario peruano. Este enfoque permite obtener datos relevantes y contextualmente aplicables para la población atendida en instituciones públicas de salud.

El estudio pretende identificar tanto factores sociodemográficos (como la edad, género, y nivel educativo) como clínicos (como comorbilidades psiquiátricas y duración del tratamiento) asociados a la dependencia de benzodiazepinas. Este análisis integral proporciona una comprensión profunda de las características que predisponen a los pacientes al desarrollo de la dependencia. Los hallazgos pueden ser utilizados para desarrollar directrices clínicas y políticas de salud pública que promuevan el uso racional de benzodiazepinas, así como para diseñar intervenciones preventivas y programas educativos dirigidos a profesionales de la salud y pacientes. El uso de cuestionarios estructurados y la revisión de historias clínicas permiten la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos precisos, facilitando un análisis robusto de los factores asociados a la dependencia.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Determinar si los factores sociodemográficos, la pauta farmacéutica y posológica se asocian con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024.

1.5.2. Objetivos específicos

- a) Determinar si los factores sociodemográficos se asocian con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024.
- b) Determinar si el factor pauta farmacéutica se asocia con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024.
- c) Determinar si el factor pauta posológica se asocia con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024.

1.6. HIPÓTESIS

1.6.1. Hipótesis general

Los factores sociodemográficos, la pauta farmacéutica y la posológica se asocian significativamente con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024.

1.6.2. Hipótesis específicas

- a) Los factores sociodemográficos se asocian significativamente con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024.

- b) El factor pauta farmacéutica se asocia significativamente con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024.
- c) El factor pauta posológica se asocia significativamente con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

- A nivel internacional

Mc Cabe et al (14) en Michigan estudió sobre las transiciones en el uso médico y no médico de benzodiazepinas en personas que tenían hasta 50 años, a través del consumo, uso y abuso de benzodiazepinas en una muestra representativa de 26 575 estadounidenses. El análisis, llevado a cabo entre los 18 y 50 años, revela patrones preocupantes en el uso de estos medicamentos. Según los resultados, el 70,9 % de los participantes no reportó haber usado ni abusado de benzodiazepinas para los 35 años, mientras que el 11,1 % indicó un uso médico exclusivo, el 7,5% combinó el uso médico con el abuso, y el 10,4% reportó únicamente abuso. Entre quienes abusaron de estas sustancias, el 43,6 % comenzó antes de los 18 años y el 56,4 % inició en la adultez. Además, quienes tenían un historial de abuso antes de los 35 años mostraron una prevalencia del 40 % en síntomas de trastorno por uso de sustancias en la mediana edad. Este grupo también tuvo una probabilidad significativamente mayor de presentar abuso de opioides y benzodiazepinas en etapas posteriores de la vida. El uso médico exclusivo de benzodiazepinas antes de los 35 años incrementó el riesgo de abuso posterior, con un odds ratio ajustado de 2,17 (IC=1,72–2,75) para el abuso de benzodiazepinas y de 1,40 (IC=1,05–1,86) para el abuso de opioides. El estudio también destaca que el uso frecuente de benzodiazepinas está asociado con un aumento en los síntomas de trastorno por consumo de alcohol, cannabis y otras sustancias entre los 40 y 50 años. Los investigadores concluyen que tanto el uso médico como el abuso de benzodiazepinas hasta los 35 años representan factores de riesgo

significativos para el desarrollo de trastornos por abuso de sustancias en la adultez media.

En Croacia Delaš et al. (15) estudiaron el uso ambulatorio de benzodiazepinas para examinar los patrones de uso de benzodiazepinas (BZDs) en un periodo de dos años (2015-16). Metodología: estudio retrospectivo, para lo cual se utilizó la base de datos de prescripción del Fondo de Seguro de Salud de Croacia (CHIF). Resultados: la frecuencia de prescripción de ansiolíticos se reflejó en las prescripciones emitidas, las que en 2015 fueron de 5 085 695 prescripciones de BZDs, cifra que aumentó a 5 294 075 en 2016 (4,1 % de incremento). En el mismo periodo, el número de pacientes que utilizaron BZDs pasó de 860 664 (8,67 %) a 876 046 (8,76 %). Los medicamentos más prescritos fueron diazepam y alprazolam, representando el 41,9 % y el 28,3 % del total, respectivamente. La prevalencia de uso fue más alta en mujeres (64,3 % en 2016) y en adultos mayores de 80 años, quienes tuvieron un promedio de siete prescripciones por paciente anualmente. Los resultados evidenciaron que las BZDs se prescribieron principalmente para trastornos psiquiátricos como ansiedad (17%), episodios depresivos (8 %) y trastornos neuroticos (8 %). También se observó un aumento significativo de prescripciones en casos de hipertensión esencial, posiblemente asociado con comorbilidades como ansiedad o insomnio. A pesar de las guías internacionales que desaconsejan el uso prolongado debido a riesgos como dependencia, pérdida de memoria y caídas, las prácticas de prescripción en Croacia no están alineadas con estas recomendaciones.

En México, Maravillas et al.(16) realizaron el estudio de algunos factores vinculados a la dependencia de benzodiazepinas en pacientes que padecían de insomnio. Metodología : se investigó la dependencia a benzodiazepinas en 107 pacientes mayores de 18 años con insomnio crónico y prescripción de estos medicamentos, destacando una prevalencia de dependencia del 54 %. La mayoría de los pacientes eran mujeres (72 %) y utilizaban clonazepam (84 %). Los factores asociados a un mayor riesgo de dependencia incluyeron

más de tres años de diagnóstico de insomnio (RM: 2,43, IC95 %: 1,03-5,71, $p = 0,040$) y consumo diario de benzodiazepinas (74,1 % de los dependientes, RM: 2,15, IC95 %: 0,95-4,86). Por otro lado, una escolaridad primaria mostró ser un factor protector (RM: 0,39, IC95 %: 0,15-0,96, $p = 0,038$). Además, el 87 % de los pacientes presentaban comorbilidades, como depresión y ansiedad (63 %), y el tiempo promedio de tratamiento fue de cuatro años, superando las recomendaciones de dos a cuatro semanas. Los hallazgos subrayan la necesidad de monitorear el uso de benzodiazepinas, implementar terapias alternativas como la cognitivo-conductual y educar tanto a médicos como a pacientes sobre los riesgos del uso prolongado, especialmente en adultos mayores, quienes son particularmente vulnerables a los efectos adversos. Este trabajo enfatiza la importancia de un enfoque integral y multidisciplinario para prevenir la dependencia y promover un manejo más seguro del insomnio.

En el noreste de los Estados Unidos, McHugh et al (17). estudiaron el abuso de benzodiazepinas en adultos que reciben tratamiento psiquiátrico en el McLean Hospital, Belmont, Massachusetts. Método: muestra de 589 pacientes en tratamiento psiquiátrico agudo. De los participantes, el 67,8 % reportó haber tenido al menos una prescripción de benzodiazepinas en su vida, y el 26 % informó haber hecho un uso indebido en algún momento. Este uso se definió como tomar el medicamento sin receta o en dosis o frecuencia superiores a las prescritas. Entre quienes reportaron uso indebido, el 66,6 % obtuvo las benzodiazepinas de familiares o amigos, y el 12,5 % a través de métodos no autorizados, como el robo. El análisis estadístico reveló que los participantes con antecedentes de prescripción tenían cuatro veces más probabilidades de hacer un uso indebido (OR = 4,08; IC95 %: 2,39-6,97, $p < 0,001$). Asimismo, se encontró que cada incremento en los problemas relacionados con el uso de drogas aumentaba un 30 % la probabilidad de abuso (OR = 1,30; IC95 %: 1,17-1,44, $p < 0,001$). Sin embargo, factores como la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión no mostraron asociación significativa con el uso indebido. En términos sociodemográficos,

no se encontraron diferencias significativas entre sexos ni según la orientación sexual. Conclusión: el abuso de benzodiazepinas no está limitado a poblaciones con trastornos por uso de sustancias, ya que también es prevalente en pacientes psiquiátricos debido a su mayor exposición a estas prescripciones. Además, resalta la necesidad de mejorar la educación sobre el almacenamiento y la eliminación segura de medicamentos, así como de desarrollar herramientas de evaluación para identificar a pacientes en riesgo.

En Francia, Panes et al. (18) investigaron la prevalencia y efectos del uso indebido de benzodiazepinas en pacientes hospitalizados con trastornos psiquiátricos en Burdeos. Métodos: muestra de 511 pacientes hospitalizados de ambos sexos. Resultados : el 89 % había estado expuesto a benzodiazepinas durante su ingreso, ya sea para indicaciones ansiolíticas (98,2 %) o hipnóticas (14,1 %). El 31,4 % de los pacientes presentó al menos un criterio de uso indebido, como duración excesiva del tratamiento, prescripción de dosis superiores a las recomendadas o la combinación de múltiples benzodiazepinas. Por ejemplo, el 43,8 % de los tratamientos hipnóticos excedieron las dosis recomendadas, mientras que el 14,3 % de los tratamientos ansiolíticos también sobrepasaron los límites indicados. Además, el uso de benzodiazepinas de vida media larga, como el diazepam, se observó en el 21,6 % de los pacientes mayores de 65 años, una práctica desaconsejada según las guías clínicas. Se identificaron factores asociados con el uso indebido, por ejemplo, los pacientes mayores de 65 años tuvieron 11,57 veces más probabilidad de recibir dosis excesivas (IC95 %: 4,92–27,17), mientras que aquellos con trastornos por uso de sustancias o alcohol tuvieron 3,35 veces más riesgo (IC95 %: 1,70–6,62). Por otro lado, tener hijos resultó ser un factor protector, reduciendo en un 51 % la probabilidad de abuso de dosis (OR ajustado = 0,49, IC95 %: 0,25–0,97). En cuanto a los eventos adversos, el mal uso de benzodiazepinas estuvo vinculado a un aumento en la incidencia de síntomas psicóticos (OR ajustado = 2,58, IC95 %: 1,16–5,75) y a un riesgo incrementado de insomnio en quienes recibieron

dosis superiores a las recomendadas (OR ajustado = 2,18, IC95 %: 1,00–4,73). Además, tratamientos de duración prolongada se asociaron con mayor agitación (OR ajustado = 7,88, IC95 %: 1,63–38,12) y pensamientos suicidas (OR ajustado de 11,24, IC95 %: 1,01–125,08). Conclusión: el uso indebido de benzodiazepinas es prevalente en entornos psiquiátricos con implicaciones clínicas significativas, como un mayor riesgo de eventos adversos graves.

En Estados Unidos, Agarwal & Landon (7) investigaron los patrones de prescripción ambulatoria de benzodiazepinas y los factores asociados a la prescripción de benzodiazepinas en consultas ambulatorias entre 2003 y 2015. Metodología: estudio con retrospectivo con datos de la Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria (NAMCS). Resultados: la tasa de visitas en las que se prescribieron benzodiazepinas se duplicó, pasando del 3,8 % en 2003 al 7,4 % en 2015, lo que representa un incremento del 95 %. Este aumento se observó principalmente en consultas realizadas por médicos de atención primaria, que representaron aproximadamente el 52,3 % de todas las visitas con prescripción de benzodiazepinas, mientras que las consultas con psiquiatras mantuvieron una tasa estable cercana al 30 %. Las especialidades quirúrgicas y médicas también mostraron aumentos significativos en la prescripción. En cuanto a las indicaciones, las benzodiazepinas fueron prescritas principalmente para trastornos de ansiedad y depresión, donde la tasa de visitas aumentó del 26,6 % al 33,5 %. Sin embargo, el incremento más marcado ocurrió en condiciones relacionadas con el dolor crónico y de espalda (del 3,6 % al 8,5 %) y en otros diagnósticos menos específicos (del 1,8 % al 4,4 %). Por otro lado, la prescripción para insomnio se mantuvo estable, oscilando en torno al 26,9 %. Se observó una tendencia al incremento de coprescripción de benzodiazepinas con otros depresores del sistema nervioso central, incluidos opioides, hipnóticos no benzodiazepínicos, relajantes musculares y antipsicóticos. La tasa de coprescripción con opioides se cuadruplicó, pasando del 0,5 % en 2003 al 2 % en 2015, mientras que la coprescripción

con otros sedantes se duplicó, alcanzando el 1,5 % en el mismo período. En el contexto de la crisis de opioides, esta combinación representa un riesgo significativo de sobredosis y otros efectos adversos graves. Según el análisis multivariado existen predictores asociados al uso de benzodiazepinas: ser mujer (OR: 1,31), adulto y adulto mayor (OR: 1,40 para personas de 45 a 64 años) y aquellos con seguros públicos (OR: 1,81) tuvieron mayor probabilidad de recibir prescripciones de benzodiazepinas. También, los pacientes no blancos mostraron menor probabilidad de recibir estos medicamentos. Conclusión: el incremento en la prescripción ambulatoria de benzodiazepinas plantea serios desafíos de salud pública.

En Finlandia, Taipale et al. (8) estudiaron las características relacionadas con el uso a largo plazo de las benzodiazepinas. El propósito se centró en la prevalencia del uso prolongado de benzodiazepinas y fármacos relacionados en una cohorte nacional de 129 732 nuevos usuarios. El objetivo fue identificar la incidencia del uso a largo plazo de estos medicamentos, definirlo como un consumo continuo superior a 180 días, y los factores asociados a su desarrollo. Los datos fueron obtenidos del registro de prescripciones mantenido por la Institución de Seguros Sociales de Finlandia del periodo de 2006- 15. Resultados: en el seguimiento a la cohorte se observó que el 39,4 % de los usuarios nuevos de benzodiazepina y fármacos relacionados se convirtieron en usuarios a largo plazo, con un incremento en la cohorte de personas mayores de 65 años, alcanzando un 54,5 % de prevalencia de uso a largo plazo. A los seis meses de inicio del tratamiento, el 22,0 % de los usuarios ya había desarrollado un uso prolongado, con una mayor incidencia en los adultos mayores (33,7 % frente al 17,7 % en los menores de 65 años). Los medicamentos más asociados con el desarrollo de uso a largo plazo fueron el nitrazepam, temazepam, lorazepam y clonazepam, con tasas de conversión superiores al 50 %. En comparación, aquellos que iniciaron con zolpidem presentaron una menor probabilidad de uso prolongado (27,9 %). La estadística multivariada reveló que algunos factores sociodemográficos y de comorbilidades estaban

asociados con un mayor riesgo de uso a largo plazo. Por ejemplo, los adultos menores de 65 años, estos factores incluyeron el sexo masculino, la edad avanzada dentro del rango laboral, el uso concomitante de opioides y antidepresivos, y la presencia de comorbilidades como esquizofrenia, abuso de sustancias, insuficiencia cardíaca crónica y enfermedad de Parkinson. Para los mayores de 65 años, las características asociadas incluyeron, además de los factores mencionados, la presencia de enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer y el uso de tratamientos combinados. La presencia de beneficios sociales también aumentó la probabilidad de uso a largo plazo. También se evidencia un patrón de uso prolongado de benzodiazepinas, especialmente entre los adultos mayores, y subraya que el inicio con ciertos medicamentos como clonazepam y lorazepam se asocia con un mayor riesgo de dependencia. Aunque las pautas de prescripción sugieren que estos fármacos deben ser utilizados solo a corto plazo (4-12 semanas), el estudio evidencia que una proporción considerable de pacientes continúa con el tratamiento durante periodos mucho más largos, a menudo sin que se interrumpa su uso. Además, se identificaron posibles riesgos asociados, como el aumento de la incidencia de caídas, fracturas y efectos adversos cognitivos en la población de edad avanzada, lo que pone en evidencia la necesidad de estrategias más estrictas para la prescripción y monitorización de estos medicamentos. Conclusión: la elección inicial de la benzodiazepina, junto con características clínicas y sociodemográficas específicas, debe ser cuidadosamente considerada para reducir los riesgos de uso prolongado.

Asimismo, en Colombia Pérez & Acuña (19) investigaron el uso de benzodiazepinas en paciente ingresados en una institución de alta complejidad. en un contexto intrahospitalario, abordando las frecuencias, los patrones de prescripción y los diagnósticos asociados. Metodología: estudio descriptivo y retrospectivo con datos de prescripciones realizadas en el Hospital Universidad del Norte, incluyendo un total de 49243 prescripciones correspondientes a 17 249 pacientes. Resultados: el 57,2 % de las

prescripciones se realizaron a mujeres, mientras que el 42,8 % correspondió a hombres. En términos de distribución por edad, la mayor proporción de prescripciones se observó en pacientes mayores de 60 años (46,6 %), seguidos por adultos entre 27 y 59 años (39,5 %). Los grupos de menor frecuencia incluyeron la infancia (3,2 %) y la primera infancia (0,5 %). En cuanto a los medicamentos, el midazolam en su presentación intravenosa fue el fármaco más utilizado, representando el 91,0 % de las prescripciones totales. En cuanto a los diagnósticos asociados al uso de benzodiazepinas, las patologías más comunes fueron los trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico (19,67 %), seguidos por enfermedades del sistema nervioso (16,0 %) y del aparato circulatorio (15,13 %). Estas tres categorías abarcaron más del 50 % de las indicaciones totales. La mayoría de las prescripciones involucraron benzodiazepinas de alta potencia, mientras que las de baja potencia tuvieron un uso significativamente menor. El análisis del patrón de uso revela que las benzodiazepinas fueron comúnmente prescritas para condiciones psiquiátricas, lo que subraya su relevancia clínica en el manejo de trastornos como la ansiedad y la depresión. No obstante, el uso frecuente en adultos mayores genera preocupaciones debido al riesgo elevado de efectos adversos en esta población, incluidos caídas, deterioro cognitivo y dependencia. Conclusión: la prescripción es prevalente, en especial en la población adulta mayor.

En Costa Rica, García (19) estudió la prevención y abordaje de la adicción a las benzodiazepinas. El análisis identifica que las benzodiazepinas, medicamentos psicotrópicos ampliamente utilizados por sus efectos ansiolíticos y sedantes, presentan un alto potencial adictivo cuando se usan de manera prolongada o indebida. Este riesgo es particularmente elevado en la población mayor de 60 años, que frecuentemente padece insomnio, trastornos de ansiedad y otras condiciones relacionadas que facilitan la prescripción de estos fármacos. Según el estudio, la adicción a benzodiazepinas se caracteriza por

tolerancia, dependencia física y emocional, y patrones de uso compulsivo, lo que refuerza la necesidad de una monitorización adecuada. Entre los factores asociados a la dependencia se informó características del medicamento, como su rápida absorción y alta lipofilia, así como factores individuales y sociales. En el plano personal de la población estudiada, la edad avanzada, las comorbilidades como la ansiedad y la depresión, y antecedentes de abuso de sustancias son determinantes. En el entorno social, la disponibilidad y el acceso fácil a las benzodiazepinas, junto con una prescripción inadecuada, contribuyen al riesgo de dependencia.

En México, Palomar et al. (9) investigaron la prevalencia de uso de benzodiazepinas por adultos mayores atendidos en la consulta externa de un hospital público de México. El objetivo principal fue determinar la prevalencia de consumo de benzodiazepinas y su relación con síndromes geriátricos en adultos mayores, resaltando los efectos clínicos adversos asociados a su uso. Muestra: 405 pacientes geriátricos atendidos entre octubre de 2021 y marzo de 2022, siendo un análisis transversal, retrospectivo y descriptivo. La prevalencia de consumo de benzodiazepinas fue del 28 %, lo que equivale a 113 pacientes. Resultados: Las benzodiazepinas más utilizadas fueron de acción prolongada, particularmente prescritas para trastornos como ansiedad, insomnio y dolor crónico. Además, el estudio encontró que el 76 % de los participantes presentaban entre 6 y 15 síndromes geriátricos, siendo los más frecuentes la polifarmacia (76 %), fragilidad (66 %), constipación (61 %), sarcopenia (53 %) e inmovilidad (52 %). Otros síndromes relevantes incluyeron deterioro cognitivo (49 %), incontinencia urinaria (49 %), depresión (39 %) y ansiedad (32 %). Las características sociodemográficas características fueron: el 59 % de los pacientes eran mujeres, y la edad promedio de la población fue de 79,95 años. El 54 % de los participantes vivía sin pareja y el 92 % reportó un nivel educativo bajo o nulo, lo que puede influir en su acceso a la información sobre los riesgos del uso de estos medicamentos. El análisis multivariado mostró una asociación estadísticamente significativa entre el

uso de benzodiazepinas y síndromes como fragilidad, constipación, inmovilidad, sarcopenia y polifarmacia ($p < 0,001$). Conclusión: existe necesidad de implementar estrategias para el uso racional de benzodiazepinas en adultos mayores, promoviendo alternativas terapéuticas no farmacológicas para el manejo de los trastornos asociados.

También en México, Valenzuela (10) investigó sobre el curso del tratamiento a la dependencia y la adicción de benzodiazepinas. Resultados: el 25 % de los usuarios regulares de benzodiazepinas desarrolla algún grado de dependencia en un plazo de seis meses, mientras que el 17 % muestra síntomas de abuso. Este riesgo aumenta con el uso prolongado, especialmente cuando las dosis superan las recomendadas o cuando se combina con otras sustancias depresoras del sistema nervioso central, como opioides o alcohol. Se identificó factores de riesgo clave que predisponen a la dependencia, incluyendo la automedicación, el uso prolongado más allá de las doce semanas recomendadas y la falta de monitoreo médico adecuado. Asimismo, el consumo en adultos mayores es preocupante, dado que este grupo representa el 40 % de los pacientes con prescripciones prolongadas, lo que aumenta su vulnerabilidad a caídas, fracturas y deterioro cognitivo. La dependencia a benzodiazepinas está asociada con síntomas de abstinencia significativos, que incluyen ansiedad, insomnio, irritabilidad y en casos graves, convulsiones. El proceso para lograr la desintoxicación suele ser complejo, requiriendo una reducción gradual de la dosis y, en algunos casos, la introducción de terapias alternativas como la cognitivo-conductual. Conclusión: el consumo de benzodiazepinas plantea importantes desafíos de salud pública, no solo por su impacto en la calidad de vida de los pacientes, sino también por la carga que representa para los sistemas de salud.

– **Antecedentes nacionales**

En Huancayo, Balbuena & Cuya (20) , analiza la relación entre la automedicación con benzodiazepinas y el riesgo de abuso en estudiantes universitarios. Esta investigación descriptiva correlacional se realizó en una muestra de 322 estudiantes seleccionados mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, y utilizó herramientas como el cuestionario ASSIST para evaluar los niveles de consumo y riesgo. Resultados: el 23,9 % de los estudiantes consume benzodiazepinas sin receta médica, mientras que el 24,5 % lo hace con receta. Del total, el 68,9 % nunca ha consumido estas sustancias bajo ninguna circunstancia, y solo un 17,4 % ha reportado consumo tanto con receta como sin receta. La población estudiada tiene una media de edad de 28,13 años (DE = 8,34), con un predominio del sexo femenino (81,1 %). Respecto a la situación laboral, el 42,2 % son solo estudiantes, mientras que el 36,6 % trabaja de manera independiente, y el 12,1 % lo hace en el sector salud. En relación al riesgo de abuso, la investigación identifica que el 85,7 % de los participantes presenta un riesgo bajo, el 11,8 % un riesgo moderado, y solo el 2,5 % tiene un riesgo alto. El análisis estadístico utilizando la prueba Chi-cuadrada demuestra una asociación significativa entre la automedicación y el riesgo de abuso, con un valor de $p < 0,05$ y una intensidad de relación medida con la V de Cramer de 0,728. Conclusión: El uso automedicado con benzodiazepinas está asociado significativamente al riesgo de abuso.

En Lima, Flores & Roque (13) estudió los patrones de uso de antidepresivos y ansiolíticos en pacientes atendidos en una botica en 2021-22. Metodología: estudio descriptivo y transversal que incluyó 384 recetas recopiladas durante el periodo indicado, seleccionadas mediante muestreo aleatorio. Resultados: el consumo de ansiolíticos representó el 71,9 % del total de las prescripciones, siendo el alprazolam (35,4 %) y el clonazepam (32,6 %) los más frecuentes. En el caso de los antidepresivos, la sertralina destacó con un 19,3 % del total. En cuanto a la duración del tratamiento, el

53,1 % de las prescripciones correspondió a periodos de hasta un mes, mientras que el 29,4 % abarcó entre uno y seis meses. Los tratamientos de más de seis meses fueron menos comunes (4,7 %), aunque representan un área de riesgo por los efectos adversos asociados al uso prolongado. En cuanto a las patologías tratadas, la ansiedad fue la condición más prevalente, con un 29,7 % de los casos, seguida por los subcasos de depresión (27,1 %) y el insomnio (22,4 %). Los análisis por género revelaron una ligera mayoría de pacientes femeninas (51 %), con predominancia de adultos entre 30 y 59 años (60,4 %). Además, el 29,7 % de las prescripciones fueron consideradas potencialmente inapropiadas debido a que fueron emitidas por especialidades no relacionadas directamente con el tratamiento de psicopatologías, como cirugía general y cardiología. Cabe resaltar que la sertralina fue el antidepresivo más utilizado para tratar cuadros de depresión y sus subcasos, mientras que el alprazolam y el clonazepam fueron los principales fármacos empleados para la ansiedad e insomnio. Conclusión: existe un uso elevado de psicofármacos en esta población, en muchos casos prescrito por especialistas no psiquiátricos, lo que aumenta el riesgo de prácticas inadecuadas.

En Chimbote, Alvarez (12) estudió la prevalencia de consumo de ansiolíticos en una cadena de Mifarma en Chimbote en el lapso de 2019-20. Metodología: diseño descriptivo y transversal, con una muestra de 153 prescripciones: Resultados: del total 92 prescripciones respondieron a prescripciones de ansiolíticos, lo que representa una prevalencia puntual del 60,1 %. Entre los fármacos más utilizados, el clonazepam ocupó el primer lugar con el 41,3 %, seguido de alprazolam con el 40,2 %. Otros, como bromazepam y diazepam, fueron menos consumidos (14,1 % y un 2,2 %, respectivamente). Todas las prescripciones se realizaron en forma farmacéutica de tabletas, lo que refleja la preferencia por esta presentación debido a su accesibilidad y facilidad de administración. Respecto a las características demográficas, el 60,9 % de los usuarios fueron mujeres,

mientras que el 39,1 % correspondió a hombres. Esta diferencia podría explicarse por la mayor prevalencia de trastornos relacionados con la ansiedad y el estrés en las mujeres, asociada a factores sociales y económicos. Además, los principales antecedentes mórbidos de los pacientes fueron ansiedad (41,3 %) y depresión crónica (34,8 %), seguidos por trastornos agudos (10,9 %), lo que confirma el uso predominante de ansiolíticos para el manejo de estas condiciones. Se evidencia que el 84,7 % de las recetas no incluyó un diagnóstico explícito. Esto sugiere la necesidad de mejorar la documentación y el control en la prescripción de medicamentos psicotrópicos, especialmente en un contexto donde su uso prolongado puede conducir a dependencia y otros efectos adversos.

En Chilca, Meza & Asto (11) indagaron sobre la prevalencia de consumo de ansiolíticos en pacientes ambulatorios atendidos en el Centro de Salud de Chilca en 2023. Metodología : investigación, de enfoque cuantitativo y diseño descriptivo, incluyó a 157 participantes seleccionados del Centro de Salud Chilca en Huancayo. Se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado validado por expertos. Resultados: Entre los principales resultados, el 54 % de los participantes fueron mujeres, mientras que el 46 % fueron hombres. La edad predominante estuvo entre los 27 y 59 años (43 %), seguida del grupo de 18 a 26 años (41 %), y mayores de 60 años (15 %). En términos de frecuencia, el diazepam fue la benzodiacepina más consumida (29 %), seguido del alprazolam (25 %) y el clonazepam (22 %). Estos medicamentos se emplearon mayoritariamente para tratar la ansiedad (25 %), el insomnio (18 %) y los trastornos afectivos (15 %). Otras razones incluyeron esquizofrenia (12 %) y trastornos obsesivo-compulsivos (11 %). Los patrones de consumo revelaron que el 37 % de los usuarios adquirió las benzodiacepinas en farmacias o boticas, mientras que el 28 % lo hizo por prescripción médica. Un 23 % destacó el bajo costo como un factor determinante, y el 12 % mencionó la recomendación de familiares o amigos como motivo de uso. Los factores motivadores incluyeron problemas

de salud (31 %), actividades diarias exigentes (27 %), falta de dinero para consultas médicas (22 %) y limitaciones de tiempo (20 %). En cuanto a la duración del consumo, el 62 % de los participantes reportó haber consumido benzodicepinas durante un mes, el 22 % durante más de tres meses, y el 16 % por dos meses. Conclusión: existe una elevada prevalencia de uso de benzodiazepinas asociados a factores socioeconómicos.

2.2.2. Marco teórico

2.2.1. Generalidades

En 1955, el químico Leo Sternbach de Hoffmann-La Roche descubrió accidentalmente el clordiazepóxido, el primer BZD, comercializado como Librium en 1960. Posteriormente, el Valium (diazepam) fue lanzado en 1963, despertando un amplio interés comercial. Inicialmente, las BZDs fueron elogiadas por ser menos tóxicas y menos propensas a causar depresión respiratoria en comparación con los barbitúricos, lo que las llevó a ganar popularidad rápidamente entre los médicos y pacientes. (21)

Durante los años 70, las BZDs encabezaron las listas de medicamentos más recetados. Sin embargo, pasaron 15 años antes de que los investigadores comprendieran su mecanismo de acción, relacionado con el ácido gamma-aminobutírico (GABA). (21) En la década de 1980, comenzaron a surgir preocupaciones sobre su potencial para causar abuso y dependencia, lo que cambió la percepción inicial positiva. A medida que se acumuló evidencia sobre sus beneficios y riesgos, los líderes de salud y los legisladores introdujeron regulaciones y guías clínicas que limitaban su uso, recomendando tratamientos de corta duración, generalmente no superiores a cuatro semanas. También se reconocieron los riesgos particulares para los pacientes mayores, quienes muestran mayor sensibilidad a los efectos secundarios y menor respuesta terapéutica, lo que requiere precaución adicional por parte de los prescriptores.(21)

Los medicamentos psicoactivos con uso terapéutico, conocidos como medicamentos psicoactivos, entre los que figuran las benzodiazepinas, desempeñan un rol esencial en el tratamiento y alivio sintomático de diversos trastornos de salud mental, como la depresión, la psicosis y la ansiedad, así como en la epilepsia y el dolor. No obstante, a pesar de sus beneficios clínicos, los medicamentos psicoactivos constituyen un grupo singular de productos farmacéuticos debido a su alto riesgo de uso indebido. El concepto de uso indebido de medicamentos varía en la literatura (22), incluyendo el uso no médico (consumo de un medicamento sin prescripción o de manera no indicada por el médico(22–24), el abuso en cuanto uso intencionado en exceso acompañado de efectos físicos o psicológicos perjudiciales (25) y como uso intencionado de dosis superiores a las prescritas mediante la consulta a múltiples médicos para obtener varias recetas. (26)

Las benzodiazepinas conforman un grupo de fármacos ampliamente utilizados para el tratamiento de afecciones como la ansiedad, el insomnio y las convulsiones (27). Fuera del contexto médico, su consumo se asocia con la búsqueda de alivio del estrés psicológico y la ansiedad, el manejo de situaciones de presión o problemas psicológicos, e incluso con la mitigación de efectos secundarios de otras sustancias, ya sea por sobreestimulación o abstinencia. Sin embargo, su uso crónico puede generar tolerancia y llevar al desarrollo de adicción. (28,29)

En cuanto a otros agonistas del receptor de benzodiazepinas, destacan los hipnóticos conocidos como “compuestos Z”, entre los que se incluyen el zolpidem, el zaleplon, la zopiclona y la eszopiclona. Estos fármacos tienen un efecto anticonvulsivo y miorelajante menor en comparación con las benzodiazepinas, pero presentan una alta eficacia como hipnóticos. Por esta razón, en los últimos años han sustituido a las benzodiazepinas en el tratamiento del insomnio. (30)

2.2.2.2. Mecanismo de acción

Las benzodiazepinas (BZD) son fármacos que actúan como depresores del Sistema Nervioso Central (SNC). Su mecanismo de acción se vincula a los efectos del ácido gamma-aminobutírico (GABA), dado que potencian la neurotransmisión en las sinapsis GABAérgicas al aumentar la acción de este neurotransmisor. Específicamente, estas sustancias activan el receptor GABAA, considerado el principal neurotransmisor inhibitorio del cerebro. (30)

El receptor GABAA está compuesto por varios subtipos (α , β , γ , entre otros), y cada uno de estos subtipos contiene diversas subunidades ($\alpha 1$, $\alpha 2$, $\alpha 3$, entre otras). Las benzodiazepinas interactúan con diferentes subtipos de este receptor, lo que explica la heterogeneidad de sus efectos. Estudios revisados destacan la relación existente entre ciertas subunidades α del receptor GABAA y algunos de los efectos principales de las benzodiazepinas. (30) Los efectos secundarios comunes de las benzodiazepinas implican sensación de somnolencia, mareos, debilidad y dependencia física. (27)

2.2.2.3. Farmacocinética de las benzodiazepinas

Las propiedades farmacocinéticas de un medicamento determinan el inicio de su acción y la duración de su efecto. La farmacocinética describe procesos como la absorción, distribución, metabolismo y excreción de un fármaco, es decir, cómo el organismo actúa sobre el medicamento. Por otro lado, la farmacodinámica se refiere a la respuesta de los receptores frente al medicamento y al mecanismo por el cual ocurren estos efectos, es decir, lo que el medicamento hace en el organismo. Las respuestas individuales a un mismo medicamento varían y suelen reflejar diferencias en los procesos farmacocinéticos o farmacodinámicos entre los pacientes. (31)

La farmacocinética, que regula el inicio de acción y la duración del efecto del medicamento, depende de factores como la vía de administración, absorción y volumen de distribución. Las benzodiazepinas (BZDs) pueden administrarse por vía intramuscular, intravenosa, oral, sublingual, intranasal o como gel rectal. Propiedades como la solubilidad lipídica, la unión a proteínas plasmáticas y el tamaño molecular influyen en el volumen de distribución. La farmacodinámica y los efectos farmacológicos se explican mediante curvas de dosis-respuesta, que representan la relación entre la dosis y el efecto farmacológico obtenido. Estas curvas permiten prever el efecto del medicamento al aumentar la dosis. La titulación debe basarse en las expectativas farmacodinámicas, considerando aspectos como la condición del paciente (insuficiencia renal o hepática, exposición previa al medicamento), los incrementos en la dosis y el monitoreo periódico.(32)

Las enfermedades preexistentes y los cambios relacionados con la edad afectan la vida media de eliminación, un factor crucial al administrar BZDs. Esta vida media se define como el tiempo necesario para reducir la concentración plasmática del medicamento al 50 % durante su fase de eliminación. La vida media está directamente relacionada con el volumen de distribución e inversamente con la depuración. Por lo tanto, patologías renales y hepáticas alteran estos parámetros, afectando la eliminación del fármaco.

Sin embargo, la vida media de eliminación no refleja el tiempo necesario para la recuperación de los efectos del medicamento. Es una estimación del tiempo que toma reducir la concentración plasmática a la mitad. Después de aproximadamente cinco vidas medias de eliminación, el fármaco se elimina casi por completo, lo que significa que si los intervalos entre dosis son más cortos, puede producirse acumulación.

Desde una perspectiva farmacológica, las BZDs son generalmente bien absorbidas por el tracto gastrointestinal tras la administración oral. Luego de la administración intravenosa, se distribuyen rápidamente al

cerebro y al sistema nervioso central, y su actividad cesa por redistribución, similar a los barbitúricos liposolubles. En contraste, la absorción intramuscular de diazepam o clordiazepóxido es lenta e irregular, mientras que la absorción intramuscular de lorazepam o midazolam es rápida y completa. El lorazepam, administrado por vía sublingual, alcanza niveles máximos en 60 minutos.(31)

Las BZDs y sus metabolitos tienen una alta unión a proteínas plasmáticas y se distribuyen ampliamente en el organismo, acumulándose preferentemente en tejidos ricos en lípidos como el sistema nervioso central y el tejido adiposo. Los agentes más lipofílicos presentan mayores tasas de absorción e inicios de acción más rápidos. La mayoría de las BZDs son metabolizadas por oxidación mediante enzimas del citocromo P450 (fase I), conjugadas con glucurónido (fase II) y excretadas casi en su totalidad por la orina.(31)

Algunas BZDs producen metabolitos activos, lo que es relevante al prescribir estos medicamentos. Por ejemplo, el midazolam, una BZD de acción corta, no produce metabolitos activos, mientras que el diazepam, de acción prolongada, genera metabolitos activos como oxazepam, desmetildiazepam y temazepam, que prolongan la duración de la acción del medicamento. Esto debe considerarse especialmente en pacientes mayores y aquellos con enfermedades hepáticas severas.(31)

2.2.2.4. Farmacodinamia de las benzodiazepinas

Las benzodiazepinas (BZDs) actúan como moduladores alostéricos positivos en los receptores GABA-A, que son canales iónicos selectivos para el cloruro activados por ligando. El GABA, neurotransmisor inhibitorio predominante en el sistema nervioso central, se encuentra en altas concentraciones en la corteza y el sistema límbico, donde ejerce un efecto calmante al reducir la excitabilidad neuronal. Los receptores GABA-A están compuestos por cinco

subunidades glicoproteicas: dos subunidades α , dos β y una γ (Figura 1) . Cada receptor tiene dos sitios de unión para GABA y un único sitio para benzodiazepinas, ubicado en la intersección de las subunidades α y γ . Las benzodiazepinas se unen a este sitio, inducen un cambio conformacional en el receptor y potencian la unión de GABA, lo que incrementa el flujo de iones cloruro y genera una hiperpolarización celular que amplifica el efecto inhibitorio del GABA en el sistema nervioso central.

El sitio de unión de las benzodiazepinas está determinado por la presencia de residuos específicos en las subunidades α . Las isoformas $\alpha 1$, $\alpha 2$, $\alpha 3$ y $\alpha 5$ contienen un residuo de histidina con alta afinidad por las benzodiazepinas, mientras que las isoformas $\alpha 4$ y $\alpha 6$ presentan un residuo de arginina que carece de esta afinidad. Estos sitios de unión específicos explican las diferentes afinidades y efectos clínicos de las benzodiazepinas según su estructura molecular (33). Existen varios tipos de receptores de benzodiazepinas asociados a efectos clínicos específicos. Los receptores BZ1, asociados a la subunidad $\alpha 1$, se concentran en la corteza, el tálamo y el cerebelo, y median efectos como sedación, amnesia anterógrada y algunas propiedades anticonvulsivas.

Por otro lado, los receptores BZ2, vinculados a la subunidad $\alpha 2$, están presentes en el sistema límbico, las neuronas motoras y el asta dorsal de la médula espinal, siendo responsables de los efectos ansiolíticos y relajantes musculares.(34) La afinidad variable de las benzodiazepinas por estos receptores explica la diversidad de respuestas terapéuticas observadas en distintos pacientes y condiciones.(35)

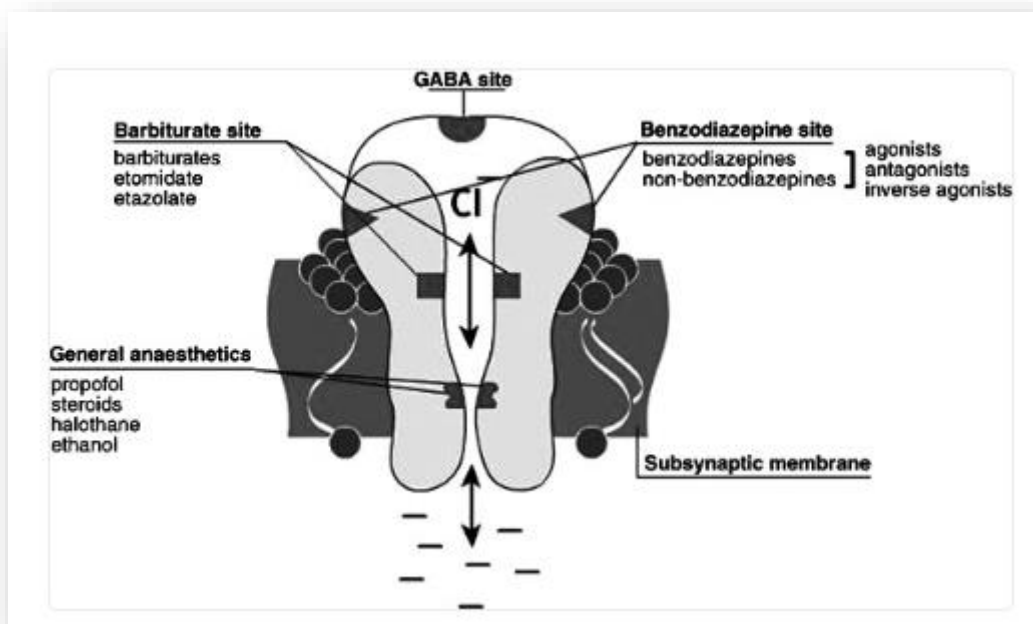


Figura 1. Receptor de ácido gamma amino butírico con sitios diana

Fuente:(31)

2.2.2.4. Reacciones adversas

Las reacciones adversas asociadas al uso de benzodiazepinas suelen originarse por un desajuste entre la dosis administrada y el efecto terapéutico esperado. Entre los efectos secundarios se incluyen sedación, somnolencia, ataxia, disartria, incoordinación motora e incapacidad para realizar movimientos finos o responder de manera rápida y adecuada a estímulos verbales o motrices. También pueden inducir amnesia anterógrada. (30)

En ciertos casos, las benzodiazepinas pueden desencadenar conductas agresivas o hostiles debido a la desinhibición, así como nerviosismo transitorio antes de alcanzar el efecto ansiolítico o sedante. Los preparados de acción corta pueden provocar ansiedad como fenómeno de

rebote tras la desaparición del efecto del fármaco, por lo que se recomienda el uso de compuestos de acción prolongada en estas situaciones. (30)

Cuando se administran por vía intravenosa rápida, las benzodiazepinas pueden ocasionar hipotensión y depresión respiratoria; sin embargo, su potencial letal es bajo. El riesgo aumenta considerablemente si se combinan con otros depresores del SNC, como alcohol, anestésicos u opioides.

Aunque no está completamente confirmado, se ha sugerido que el diazepam podría tener un efecto teratógeno asociado al desarrollo de labio leporino, por lo que se aconseja evitar su uso durante el primer trimestre del embarazo. En casos raros, pueden presentarse reacciones adversas dermatológicas, hematológicas o hepáticas. Las interacciones farmacodinámicas son comunes cuando las benzodiazepinas se combinan con otros psicofármacos. Estas interacciones, que incluyen abuso de la sustancia, pueden potenciar tanto los efectos desinhibitorios, como la euforia, como los depresores, especialmente al asociarse con alcohol, barbitúricos, opioides o antihistamínicos sedantes. (30)

2.2.2.4. Dependencia

De acuerdo con la OMS (30), la farmacodependencia, entendida como el consumo de drogas, se define como un estado psicológico y, en ocasiones, físico provocado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Este estado se caracteriza por alteraciones en el comportamiento y una necesidad imperiosa de consumir el fármaco de manera continua o periódica, ya sea para experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar que surge al interrumpir su consumo. (30)

A. Dependencia psíquica

La dependencia psíquica se refiere a un impulso mental que lleva a consumir la sustancia de forma continua o periódica con el objetivo de obtener placer o aliviar un estado de malestar. Este tipo de dependencia es el componente más importante en la intoxicación crónica por drogas. A diferencia de la dependencia física, la interrupción del consumo no genera un síndrome de abstinencia significativo, aunque puede provocar inquietud psicológica. En personas predispuestas, este tipo de dependencia puede fomentar el uso de otras sustancias adictivas. Para abordar la dependencia psíquica, la psicoterapia es una herramienta fundamental. (30)

B. Dependencia física

La dependencia física implica un estado de adaptación en el que la suspensión del consumo de la sustancia, o su bloqueo mediante un antagonista, desencadena intensos síntomas físicos. Los mecanismos que la sustentan varían según el tipo de droga y los órganos o sistemas afectados, siendo el sistema nervioso central (SNC) el más comprometido. En este contexto, los neurotransmisores desempeñan un papel crucial tanto en la dependencia como en los síntomas de abstinencia. (30)

La farmacodependencia se sostiene en tres pilares principales:

1. **Sustancia psicoactiva:** Es fundamental la presencia de un compuesto que altera funciones del SNC, modificando el humor, la cognición o la conducta. Las sustancias psicoactivas pueden estimular los circuitos de recompensa, motivando la conducta de búsqueda. No todas las sustancias psicoactivas son adictivas, pero todas las sustancias adictivas tienen propiedades psicoactivas. (30)
2. **Condicionamiento operante:** El fármaco actúa como un reforzador, condicionando la conducta de autoadministración, que tiende a perpetuarse. Con el tiempo, esta conducta se vuelve menos voluntaria, disminuyendo o desapareciendo el control consciente sobre ella. (30)

- 3. Estímulos asociados:** Diversos estímulos, tanto internos (como el estrés o la tristeza) como externos (un lugar, un olor o ciertas personas), pueden asociarse al consumo de la sustancia, desencadenando el deseo de consumir. Estos estímulos no dependen de las propiedades farmacológicas de la droga, pero refuerzan el hábito. (30)

2.2.2.5. Factores vinculados a la dependencia de benzodiazepinas

Una de las principales preguntas en esta temática es entender por qué algunas personas pasan de un uso terapéutico de las benzodiazepinas (BZD) a un patrón de abuso y adicción. Diversas variables parecen intervenir en el desarrollo de la adicción a estos psicofármacos, lo que indica que existen múltiples factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de dependencia. (36)

Entre los posibles factores vinculados, la edad es un factor relevante en el consumo de sustancias adictivas, incluidas las benzodiazepinas (BZD). Estudios realizados en diferentes contextos muestran que las personas mayores, especialmente los adultos de 50 años o más, tienen una mayor probabilidad de consumir benzodiazepinas, lo que se atribuye a la mayor prevalencia de insomnio en esta etapa de la vida(36) (37). Un estudio en Valencia, España, reveló que entre el 14 % y el 25 % de los ancianos en tratamiento reciben prescripciones inadecuadas, destacándose el mal uso de BZD de vida media larga como el dipiridamol, junto con otros medicamentos como la amitriptilina y la clorpropamida, lo que aumenta el riesgo de efectos adversos e interacciones farmacológicas. (38,39)

En Estados Unidos, el inicio del uso indebido de benzodiazepinas suele darse en la adultez temprana, entre los 18 y los 25 años, mientras que el mayor uso prescrito se observa en adultos de entre 50 y 64 años (12,9 %) (40) (37). Asimismo, las mujeres representan el grupo que más recurre al

uso de BZD, lo cual podría estar relacionado con la influencia de la progesterona, que potencia los efectos de estas sustancias y favorece su consumo y abuso (41). En un estudio realizado en Sao Paulo, Brasil, se encontró que el 91,6 % de los participantes eran mujeres de entre 51 y 64 años, quienes habían usado hipnóticos durante un promedio de 34,8 meses, con una dosis diaria media de 0,72. (41)

También se comprenden factores situacionales, como las vivencias adversas antes de iniciar el tratamiento y la falta de adecuación a este juegan un papel importante en el uso y abuso de benzodiazepinas. Asimismo, se afirma que la naturaleza farmacológica de las benzodiazepinas también influye en su potencial de abuso. Las BZD con alta lipofilia, y por ende con mayor velocidad de absorción, presentan un mayor riesgo de abuso en comparación con las de absorción más lenta. Por ejemplo, en Europa, el flunitrazepam, conocido por su elevada lipofilia, es la BZD con mayores tasas de abuso, mientras que en Estados Unidos esta tendencia se observa con el diazepam. (42)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Abstinencia

La abstinencia, un proceso psicofarmacológico, se manifiesta con síntomas físicos y psicológicos desagradables cuando el consumo de un fármaco se reduce bruscamente o se interrumpe. Estos síntomas pueden variar desde leves, como los que aparecen tras reducir el consumo de cafeína, hasta graves, que pueden poner en riesgo la vida. (43)

Dependencia

El uso reiterado de un fármaco genera adaptaciones en las neuronas cerebrales, que comienzan a funcionar de forma normal solo en presencia de la sustancia. Esto resulta en una necesidad irresistible y en el uso compulsivo del medicamento. (43)

Serotonina

Neurotransmisor sintetizado en múltiples partes del organismo, incluido el cerebro que desempeña un papel esencial en la regulación del estado de ánimo (4).

Tolerancia

El uso repetido de ciertas sustancias provoca en los consumidores el desarrollo de tolerancia, lo que significa que dejan de responder al fármaco de la misma manera que lo hacían inicialmente. Esta tolerancia lleva a los usuarios a aumentar las dosis para lograr el mismo efecto que experimentaron en el primer consumo. (43)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo basado en el paradigma positivista (44). El tipo de estudio fue básico (45). El diseño no experimental (46,47), prospectivo (48) transversal (49). El estudio se clasifica de campo ya que se recogió la información directamente los participantes. Se encuentra dentro del nivel de investigación analítico o relacional.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población

La población de estudio comprendió a 100 pacientes atendidos en el centro hospitalario.

3.2.2 Muestra

- Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra para un nivel de confianza de 95 %; error del 5%, proporción de éxito de 42 % (50) es de 80 , a lo cual se añadió un porcentaje adicional de pérdidas de 11 %, lo que determina una muestra de 70 unidades de análisis.

- Tipo de muestreo

Se optó por un muestreo aleatorio consecutivo, según criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Pacientes hombres o mujeres adultos de 18 a 70 años , atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Criterios de exclusión

Pacientes con algún trastorno mental que no le permita completar el cuestionario.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.3.1. Caracterización de las variables

Variable independiente: Factores

Variable dependiente: Dependencia

3.4 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicador	Categorías	Escala		
Variable Independiente Factores	Sociodemográficos	Edad	Fecha de nacimiento	Nominal		
		Sexo	Hombre / Mujer	Nominal		
		Estado civil	Soltero/Casado/Viudo	Nominal		
		Con quien vive	Solo/acompañado	Nominal		
		Nivel educativo	Primaria, secundaria y superior			
		Condición laboral	Con y sin trabajo			
	Pauta farmacéutica	Tipo de tratamiento y morbilidad			Nominal	
		N° de medicamentos	Número		Nominal	
		Motivo de prescripción	Directo		Nominal	
		Tiempo de tratamiento	Años		Ordinal	
		Pauta posológica	Antipsicóticos	Si-No		Nominal
			Analgésicos opioides	Si-No		Nominal
			Tratamiento alternativo	Si-No		Nominal
			Posología y consecuencias	Si-No		Nominal
	Posología y trabajo	Si-No		Nominal		

Variable dependiente	Control de consumo	Cierto grado de riesgo de dependencia	
Dependencia a las benzodiazepinas	Preocupación por no disponer o consumir benzodiazepinas	Elevado riesgo de dependencia	Ordinal
	Dificultad o no para dejar de tomar benzodiazepinas	Dependencia presente	

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

– Técnicas

Siendo el propósito medir la relación entre variables y establecer patrones o asociaciones, la técnica que se utilizó fue la encuesta y la técnica de investigación documental.(51)

– Instrumentos

- a) Cuestionario sociodemográfico, de pautas farmacéuticas y pautas posológicas (Apartados del Specific questionnaire for dispensing benzodiazepines in community pharmacy: Justification and design)(52)

El cuestionario cuenta con la validación de expertos en atención farmacéutica, además de una prueba piloto, habiéndose sido aplicado a una muestra de pacientes (n=25) para identificar problemas en los ítems y ajustar su complejidad, tiempo de respuesta y correlación entre preguntas.La validación tuvo la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) y otras instituciones relevantes (52).

- Sociodemografía :Edad,sexo,estado civil,educación, con quién vive y condición laboral.
- Pautas posológicas:Antipsicótico, analgésicos, tratamiento alternativo, posología.
- Pautas farmacéuticas: Registra problemas número de medicamentos, motivo de prescripción, tiempo de tratamiento, tipo

b) Test de Tyrer para medir el grado de dependencia a benzodiazepinas

El test de dependencia de Tyrer para evaluar la dependencia a benzodiazepinas (Anexo) consta de 6 ítems, donde se asigna una puntuación específica a cada paciente (52). En base a esta puntuación, se clasifica el nivel de dependencia en una escala gradual que incluye las categorías de sin dependencia, cierto grado de dependencia, alto riesgo de dependencia y dependencia presente, con un rango de 0 a 13.

3.5.1. Consideraciones éticas

Las acciones de investigación se rigieron según los principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación según el Informe Belmont del 18 abril de 1979 , la Declaración de Helsinki (53) y las pautas internacionales de la Asociación Médica Mundial para la investigación con seres humanos (54).

Respeto a las personas: se consideró a todos los individuos como agentes autónomos.(55–57) En el caso de personas que tienen la capacidad, se respetó su autonomía solicitándoles un consentimiento informado (56), para lo cual se les explicará con un lenguaje comprensible sobre la investigación (responsables, propósito, objetivos, metodología, resultados que se esperan, forma de participación, derecho a ser informados, derecho de dejar de participar en cualquier momento sin ningún tipo de responsabilidad) y su deseo de participar libremente. También, se aseguró la comprensión de la información, a través de un *feedback*.

Cabe recalcar que se evaluó la capacidad de decisión según tres criterios:

- Que el participante pueda comprender la información

- Que aprecie la situación y las consecuencias de su participación en el estudio. Que pudiera ser capaz de comunicar su decisión en este contexto, tiempo y tarea específica para responder un cuestionario.

Se realizó un piloto para evaluar la complejidad de la redacción de consentimiento informado y el nivel de comprensión de este.

Asimismo, un criterio adicional es que no se les ha solicitado un tutor para recibir atención sanitaria, lo que supone que poseen capacidad cognitiva y de dar un consentimiento informado individual. Se les hizo saber que no tienen que decidirlo en ese momento, y que pueden dar su consentimiento en una segunda oportunidad. Asimismo, se les consultó su decisión y elección libre y voluntaria de participar de la investigación.

Se les comunicó a los participantes que la recolección de los datos se realizaría en el recinto hospitalario, preferentemente al finalizar la consulta y en la sala de espera, resguardando en todo momento su tranquilidad para responder. Cabe precisar, que teniendo en cuenta las características de los sujetos de estudio, el abordaje para la recolección de los datos en un ambiente hospitalario podría generar mayor confianza y seguridad en los encuestados. Cabe precisar, que los ítems del cuestionario aluden a preguntas de caracterización demográfica, relacionados con la medicación y dependencia, más no indagan aspectos sensibles vinculados con la vida personal o íntima de las personas.

No se comprendió en el estudio a los adultos que sin capacidad para otorgar el consentimiento informado, ya que se requiere que el tutor legal tenga competencias legales para decidir la participación de aquellos en el estudio, lo que requeriría de consultas legales por parte del tutor.

Beneficencia y no maleficencia: En este principio se aseguró el bienestar de los participantes que son pacientes ambulatorios, respetando sus decisiones de iniciar, continuar o dejar de contestar las preguntas del

cuestionario que se aplicará que contiene preguntas sociodemográficas, relacionadas con la medicación que toma, capacidad cognitiva y nivel de dependencia, el cual no supone riesgos físicos, ya que en el estudio no se ha considerado realizar ningún procedimiento invasivo. Sin embargo, en caso de que un participante hubiera incomodidad (ansiedad, angustia u otro), se le ofreció contención emocional por parte de un profesional psicólogo.

Los beneficios para los participantes a partir de los resultados del estudio no son directos, no obstante, previa coordinación con el jefe del Servicio de Salud Mental, se ofrecerá educación, información y comunicación (IEC) bajo el formato de Charlas, sobre el uso responsable de fármacos y otros contenidos que los sugiera el jefe del Servicio. Las charlas se desarrollaron en el periodo de ejecución del estudio, después de la aprobación del Comité de Ética y la autorización administrativa para realizar el estudio en el establecimiento hospitalario. Asimismo, se le ofreció al respondiente si desea que se le aclare dudas o información farmacéutica por parte de la investigadora responsable del estudio. Esta información no comprende aspectos terapéuticos ni de dosificación o prescripción médica. Se otorgó además material educativo para retroalimentación de población de estudio junto a un objeto terapéutico (pelotas antiestres).

Justicia: Se trató a los participantes por igual, sin distinción o trato diferente. La participación de los sujetos dependientes de benzodiazepinas es valiosa para obtener la información directa para los fines del estudio, siendo una necesidad de salud que es necesaria de investigarse, por lo que se garantizará el reclutamiento equitativo.

Custodia de la Información: (a) se garantizó la confidencialidad ya que solo la investigadora responsable tuvo acceso al contenido y archivo digital de los cuestionarios, limitando el acceso a terceros. La información se almacenará en un USB con contraseña de conocimiento exclusivo de la

investigadora. (b) Anonimato: se garantizó a través del uso de un pseudónimo en la identificación del cuestionario. (c) La información que se obtuvo se utilizó exclusivamente para el presente estudio. No se destinó para otro estudio o finalidad. (d) Asimismo, se les informó que cuestionarios físicos y la data digital se destruirán tres meses después de la obtención del grado académico.

3.5.2. Técnicas e Instrumentos

- **Instrumento para medir los factores**

Se aplicó un cuestionario de 21 preguntas que fueron clasificadas en tres dimensiones: sociodemográfica, pauta farmacéutica y pauta posológica.

- **Instrumentos para medir la dependencia**

Se realizó un test para determinar el grado de dependencia a BZP.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Todos los datos obtenidos a través del cuestionario y del test fueron llevados a una base de datos del programa estadístico SPSS, para poder lograr una interpretación de toda la información recogida. Se realizó un análisis descriptivo univariado y bivariado, cuyos resultados se presentarán en tabla y figuras estadísticas. Para el análisis inferencial, se aplicó la prueba de regresión logística binaria.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

- Características de los participantes

Tabla 1. Pacientes según características sociodemográficas, 2024

	Nº=70	%=100
Grupo etario		
De 18 a 29 años	23	32,9
De 30 a 59 años	42	60,0
De 60 a más	5	7,1
Sexo		
Mujer	40	57,1
Hombre	30	42,9
Estado civil		
Soltero/a	49	70,0
Casado/a	18	25,7
Viudo/a	3	4,3
Nivel de estudios		
Primaria	4	5,7
Secundaria	32	45,7
Superior técnica	16	22,9
Superior universitaria	18	25,7
Estado laboral		
En actividad	37	52,9
Parado	33	47,1

Fuente: base de datos

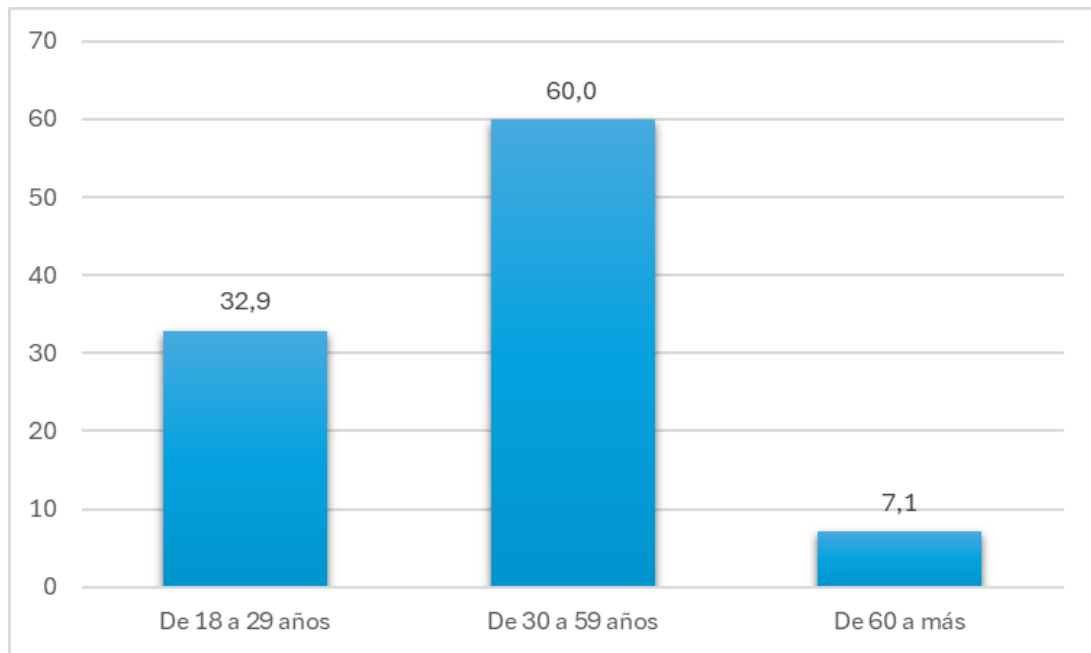


Figura 2. Pacientes según edad, 2024

Fuente: Tabla 1

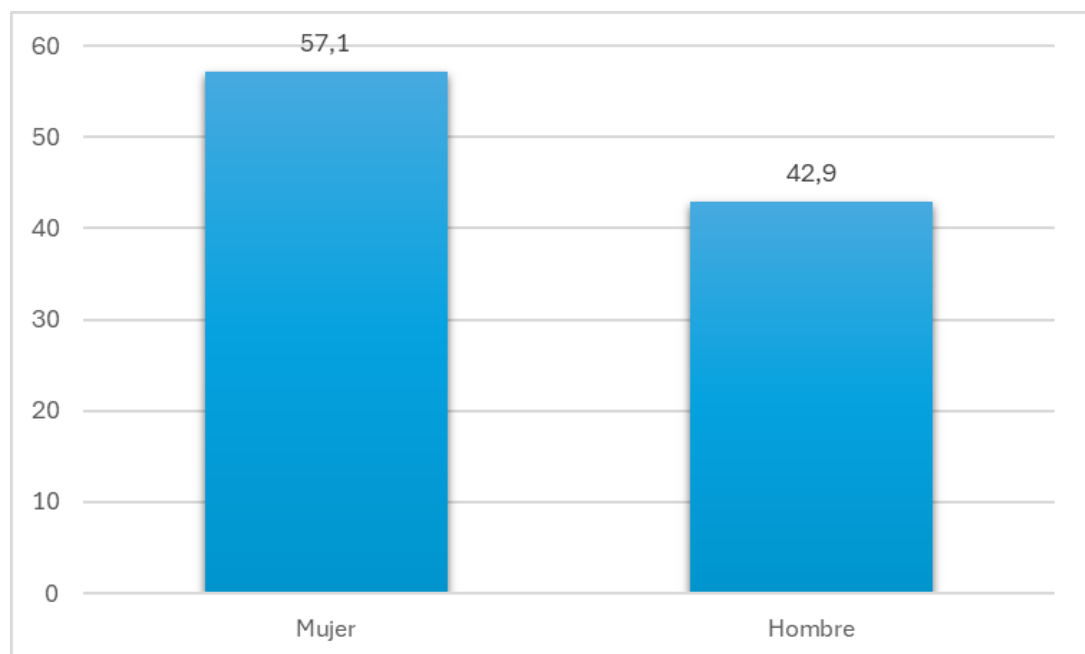


Figura 3. Pacientes según sexo, 2024

Fuente: Tabla 1

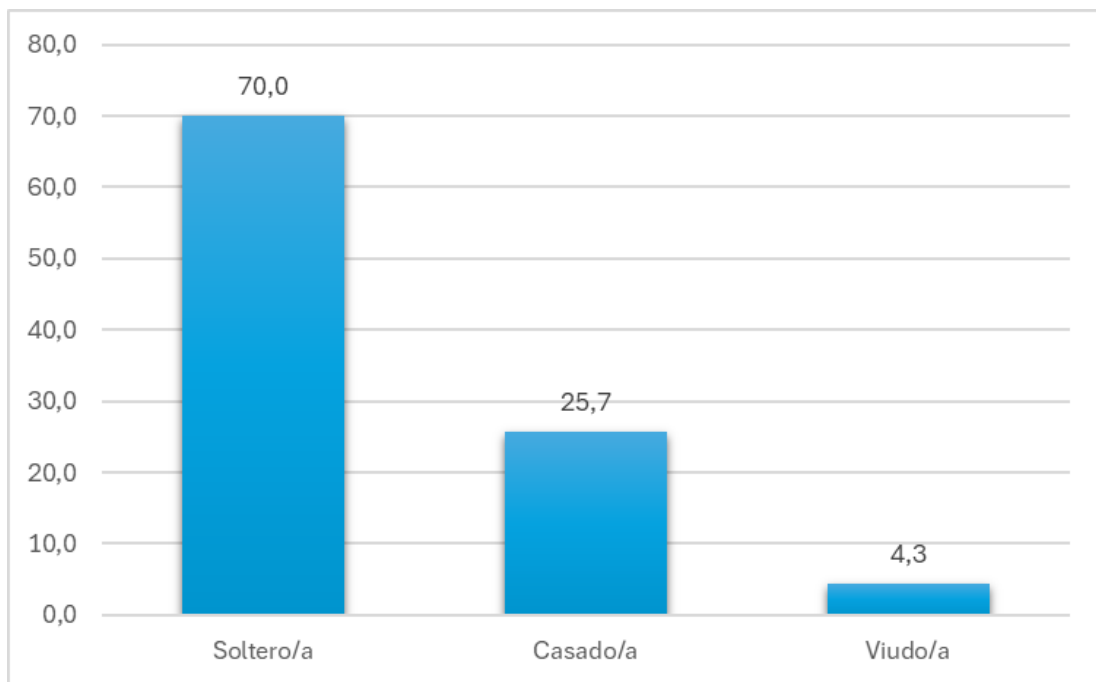


Figura 4. Pacientes según estado civil, 2024

Fuente: Tabla 1

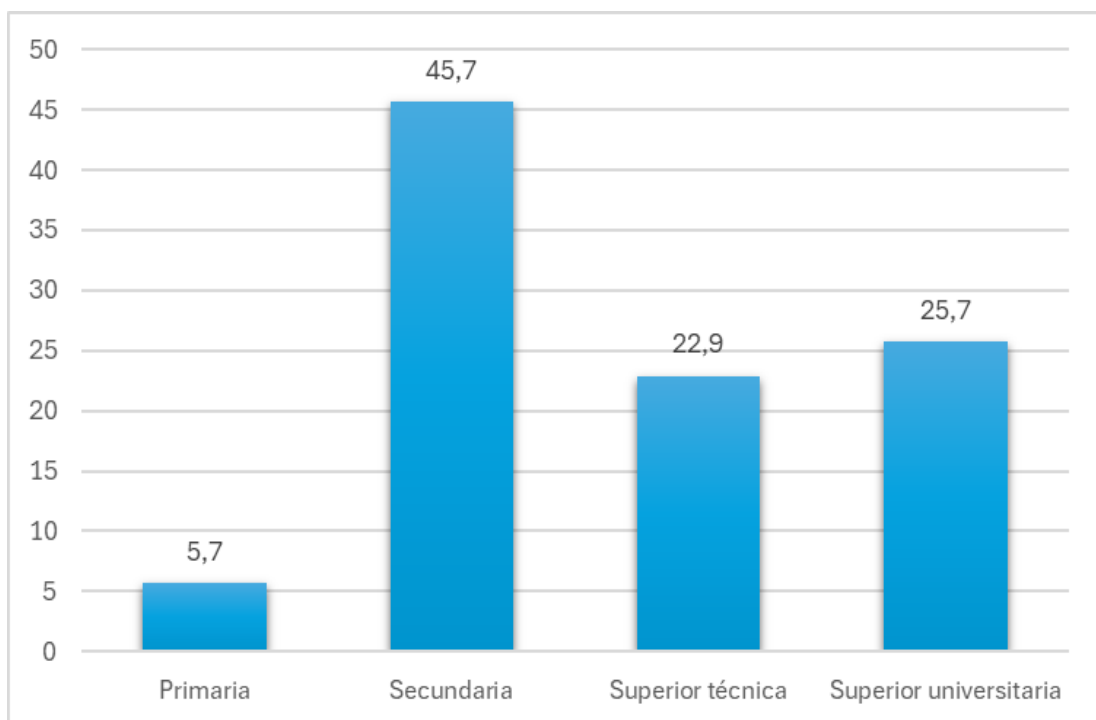


Figura 5. Pacientes según nivel educativo, 2024

Fuente: Tabla 1

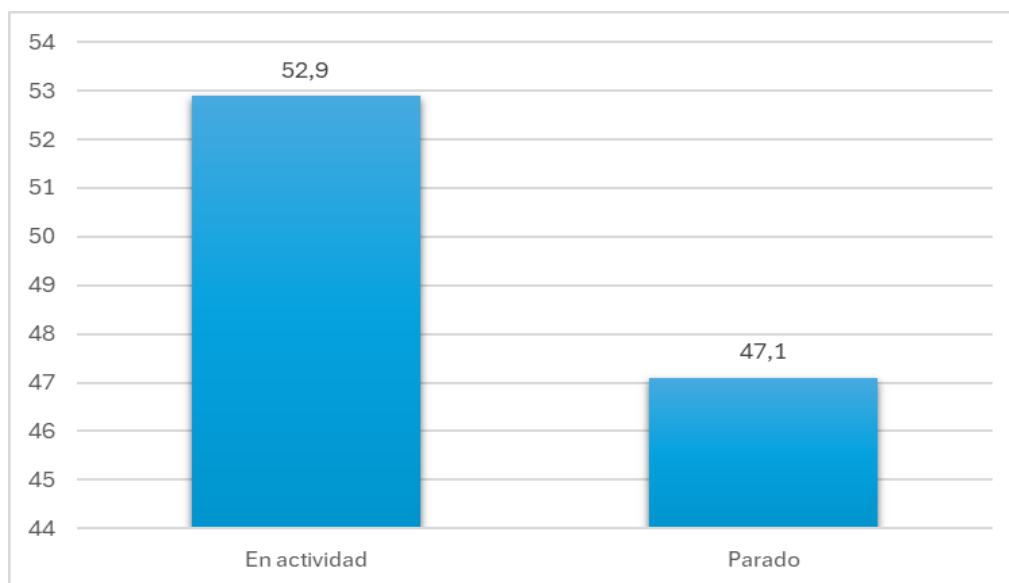


Figura 6. Pacientes según condición de actividad laboral, 2024

Fuente: Tabla 1

Interpretación

Respecto al grupo etario, la muestra estudiada está compuesta mayoritariamente por personas en el grupo etario de 30 a 59 años, que representan el 60 % (n=42) de los participantes. Esto sugiere que la mayoría de los individuos en el estudio se encuentran en una etapa de vida adulta donde la prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo para la salud pueden ser más relevantes. El 32,9 % (n=23) corresponde al grupo de 18 a 29 años, mientras que solo el 7,1 % (n=5) pertenece al grupo de 60 años o más. Esta distribución etaria indica una mayor participación de adultos jóvenes y de mediana edad, lo cual podría influir en la percepción y manejo de la salud pública debido a las diferencias en necesidades y comportamientos de salud entre estos grupos.

Respecto a la distribución pro sexo, se aprecia que el 57,1 % (n=40) de los participantes son mujeres y el 42,9 % (n=30) son hombres. Este predominio femenino puede reflejar la tendencia general en la investigación en salud pública, donde las mujeres suelen participar en mayor número en

estudios de este tipo. La diferencia de género también puede influir en los resultados relacionados con condiciones de salud específicas y el acceso a servicios de salud, dado que las mujeres y los hombres a menudo experimentan y manejan las enfermedades de manera diferente.

Asimismo, el estado civil se caracterizó por un alto porcentaje de los participantes son solteros (70,0 %, n=49), seguidos de los casados (25,7 %, n=18) y una minoría viudos (4,3 %, n=3). Este perfil puede tener implicaciones importantes para la salud pública, ya que el estado civil está asociado con diferentes patrones de salud y apoyo social. Los individuos solteros pueden tener menos apoyo social, lo cual puede afectar negativamente su salud mental y física, mientras que los casados a menudo tienen mejores resultados en salud debido al apoyo mutuo en el hogar.

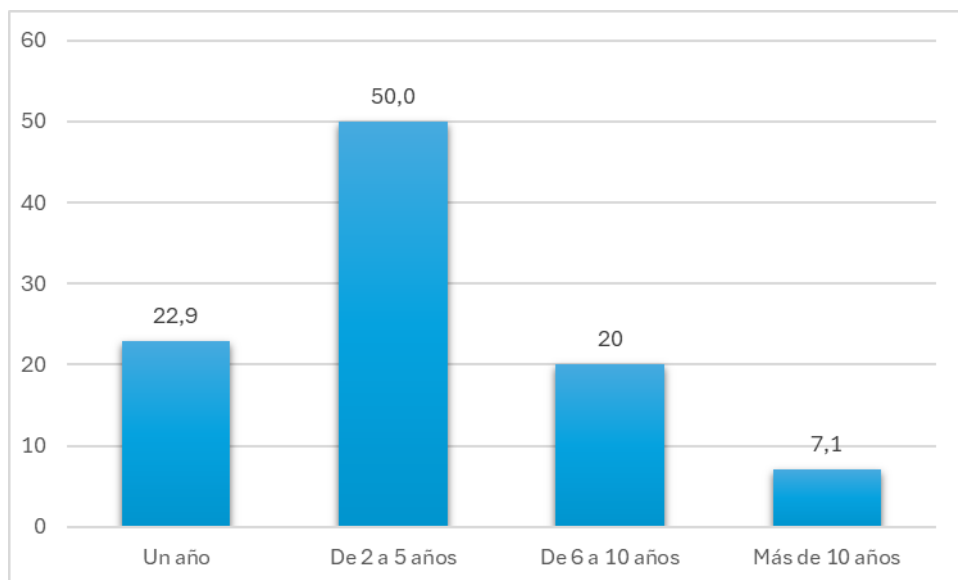
Respecto al nivel de estudio, la mayoría de los participantes tienen educación secundaria (45,7 %, n=32), seguida por educación superior universitaria (25,7 %, n=18) y educación superior técnica (22,9 %, n=16). Solo el 5,7 % (n=4) posee educación primaria. Estos datos sugieren una diversidad en los niveles de instrucción entre los participantes, lo cual puede influir en la comprensión y manejo de temas de salud, así como en el acceso a servicios de salud y oportunidades laborales.

En lo que respecta al estado laboral, la distribución del estado laboral muestra que el 52,9 % (n=37) de los participantes están en actividad laboral, mientras que el 47,1 % (n=33) se encuentran desempleados. Esta casi equitativa división resalta la importancia de considerar los factores socioeconómicos en la interpretación de los datos de salud, ya que el empleo no solo proporciona ingresos, sino también acceso a seguros de salud y otros beneficios. El desempleo, por otro lado, puede estar asociado con mayores niveles de estrés, menor acceso a servicios de salud y peores resultados en salud.

Tabla 2. Pacientes según características del tratamiento

	N°=70	%=100
Años de tratamiento		
Un año	16	22,9
De 2 a 5 años	35	50,0
De 6 a 10 años	14	20
Más de 10 años	5	7,1
Tipo de tratamiento		
Puntual	37	52,9
Crónico	33	47,1
Número de medicamentos		
Monoterapia	10	14,3
De dos a cuatro	60	85,7
Médico prescriptor		
Psiquiatra	31	44,3
Otro	39	55,7

Fuente: base de datos

**Figura 7.** Pacientes según años de tratamiento, 2024

Fuente: Tabla 2

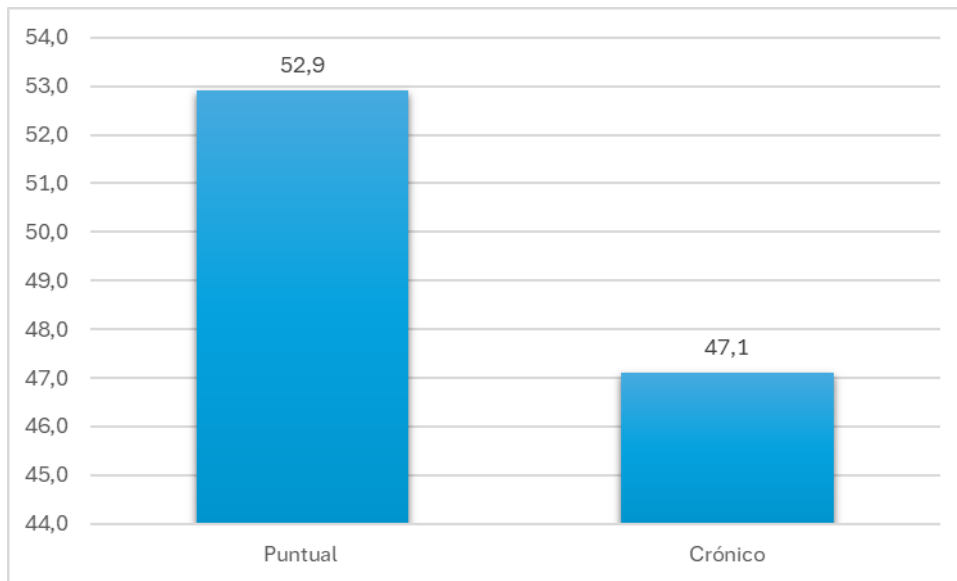


Figura 8. Pacientes según tipo de tratamiento, 2024

Fuente: Tabla 2

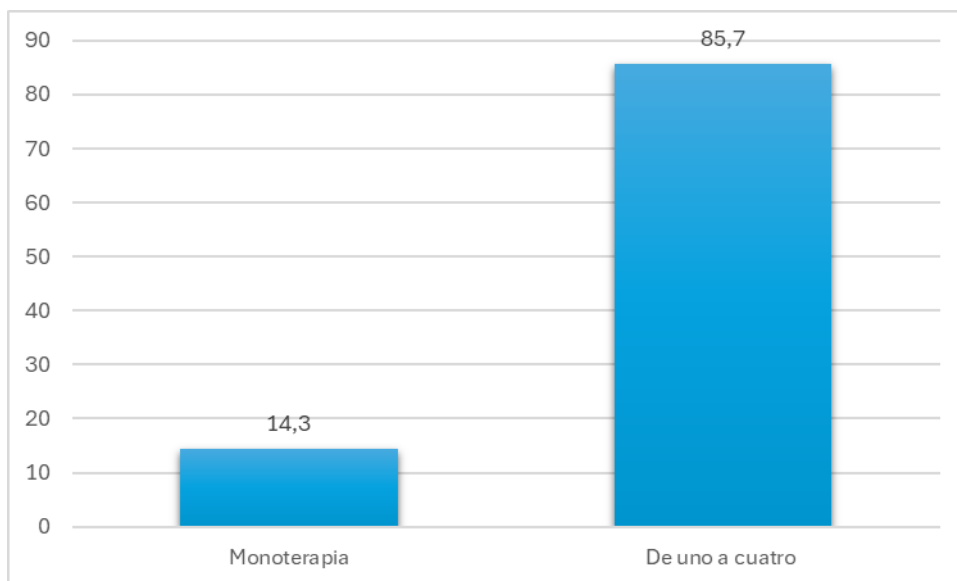


Figura 9. Pacientes según número de medicamentos

Fuente: Tabla 2

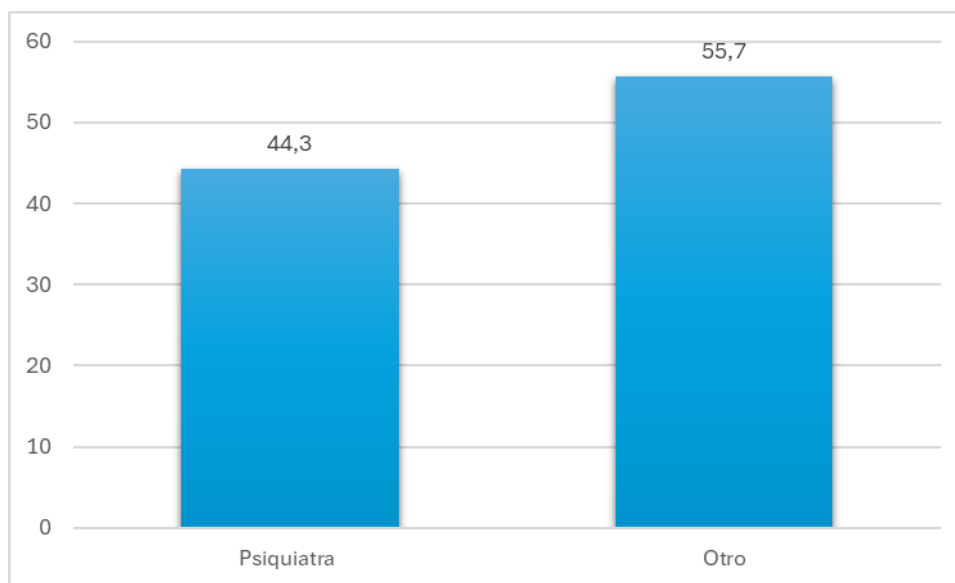


Figura 10. Pacientes según médico prescriptor

Fuente: Tabla 2

Interpretación

La distribución según años de tratamiento en la muestra de estudio, revela que la mayoría de los participantes han recibido tratamiento durante un periodo de 2 a 5 años (50,0 %, n=35), seguido por aquellos en tratamiento durante un año (22,9 %, n=16). Un menor porcentaje ha estado en tratamiento entre 6 a 10 años (20,0 %, n=14) y más de 10 años (7,1 %, n=5). Esta variabilidad en la duración del tratamiento sugiere diferencias en la cronicidad de las condiciones tratadas y posiblemente en la efectividad o adherencia al tratamiento a lo largo del tiempo. Los datos indican una tendencia hacia tratamientos de mediana duración, lo cual podría reflejar condiciones que requieren manejo continuo o ajustes en el régimen terapéutico con el tiempo.

En cuanto al tipo de tratamiento, un 52,9 % (n=37) de los participantes reciben tratamiento puntual, mientras que el 47,1 % (n=33) siguen un tratamiento crónico. Este hallazgo es relevante para la salud pública, ya que

los tratamientos crónicos pueden estar asociados con un mayor riesgo de dependencia a medicamentos, efectos adversos a largo plazo y desafíos en la adherencia terapéutica. Por otro lado, los tratamientos puntuales podrían reflejar episodios agudos o tratamientos a corto plazo que no requieren un seguimiento continuo, lo que podría influir en los resultados de salud y en la carga de la enfermedad en la población estudiada.

Respecto al número de medicamentos, mayormente los pacientes (85,7 %, n=60) están en tratamiento con un rango de uno a cuatro medicamentos, mientras que solo el 14,3 % (n=10) están en monoterapia. Este patrón sugiere un enfoque multimodal en el manejo de las condiciones de salud, lo cual es común en el tratamiento de enfermedades crónicas y condiciones complejas que requieren la combinación de diferentes medicamentos para el control óptimo de los síntomas. El uso de múltiples medicamentos, sin embargo, aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas y efectos secundarios, lo cual subraya la necesidad de una gestión cuidadosa del régimen terapéutico. En relación al profesional que prescribe los medicamentos, el 44,3 % (n=31) de los tratamientos son prescritos por psiquiatras, mientras que el 55,7 % (n=39) son prescritos por otros profesionales de la salud.

Tabla 3. Participantes según si conocen el motivo por el que toma el fármaco

	N°=70	%=100
Ansiedad		
Si	24	34,3
No	46	65,7
Ansiedad senil		
Si	5	7,1
No	65	92,9
Depresión		
Si	43	61,4
No	27	38,6
Trastornos del comportamiento		
Si	38	54,3
No	32	45,7
Trastornos del sueño		
Si	8	11,4
No	62	88,6
Distonias neurovegetativas		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Por intervención quirúrgica/preanestesia		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Relajante muscular		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Síndrome secundario postraumático		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Coadyuvante por epilepsia		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Privación alcohólica		
Si	0	0,0
No	70	100,0

Fuente: base de datos

Interpretación

En la muestra, el 34,3 % (n=24) de los participantes toman medicamentos para tratar la ansiedad, mientras que el 65,7 % (n=46) no lo hacen por esta razón. En cuanto a la ansiedad senil, solo el 7,1 % (n=5) toma fármacos para esta condición, y un abrumador 92,9 % (n=65) no. Estos

resultados indican que, aunque la ansiedad es un motivo relativamente común para la medicación en esta población, la ansiedad senil es raramente reconocida o tratada como tal. Esto podría sugerir un posible subdiagnóstico o una menor prevalencia de la ansiedad senil, lo cual requiere una evaluación más detallada en los adultos mayores.

El 61,4 % (n=43) de los participantes informaron tomar medicamentos para la depresión, mientras que el 38,6 % (n=27) no lo hacen por esta razón. La alta prevalencia de uso de medicamentos para la depresión resalta la carga significativa de este trastorno en la población. Esto subraya la importancia de los tratamientos farmacológicos en el manejo de la depresión y la necesidad de programas de salud pública enfocados en la identificación y tratamiento adecuado de este trastorno mental.

Un 54,3 % (n=38) de los participantes toman medicamentos para trastornos del comportamiento, y un 45,7% (n=32) no lo hacen. La prevalencia moderada de uso de medicamentos para este motivo sugiere una necesidad considerable de intervención farmacológica para manejar alteraciones conductuales, que pueden incluir condiciones como el trastorno de déficit de atención, hiperactividad, y otros trastornos conductuales. La falta de tratamiento en casi la mitad de los casos podría indicar barreras en el acceso o la adherencia al tratamiento.

Asimismo, solo el 11,4 % (n=8) de los participantes reportan tomar medicamentos para trastornos del sueño, mientras que la mayoría, el 88,6% (n=62), no lo hace. La baja proporción de participantes que toma fármacos para trastornos del sueño puede reflejar una subestimación del impacto de estos trastornos, una falta de diagnóstico, o la preferencia por tratamientos no farmacológicos. Dado que los trastornos del sueño están estrechamente relacionados con una variedad de problemas de salud, este hallazgo resalta la necesidad de una mayor concienciación y mejor manejo de estas condiciones.

Para seis motivos que son: distonías neurovegetativas, intervención quirúrgica/preanestesia, relajante muscular, síndrome secundario postraumático, coadyuvante por epilepsia y privación alcohólica, el 100 % (n=70) de los participantes no están tomando medicamentos.

Tabla 4. Participantes según si padecen enfermedades

	N°=70	%=100
Miastemia gravis		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Insuficiencia respiratoria descompensada/severa		
Si	2	2,9
No	68	97,1
Insuficiencia hepática severa		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Síndrome de apnea de sueño		
Si	2	2,9
No	68	97,1

Fuente: base de datos

Interpretación

Ninguno de los participantes (0 %, n=0) padece de miastenia gravis, una condición autoinmune que afecta la comunicación neuromuscular y provoca debilidad muscular severa. La ausencia de miastenia gravis en la población estudiada puede ser indicativa de una baja prevalencia de esta enfermedad en la población general o en el grupo específico analizado. Esto es consistente con la naturaleza relativamente rara de la miastenia gravis, lo cual sugiere que no representa una carga significativa para esta población en particular.

Un porcentaje menor de los participantes (2,9%, n=2) reporta padecer insuficiencia respiratoria descompensada o severa, mientras que el 97,1% (n=68) no presenta esta condición. La baja prevalencia de insuficiencia respiratoria severa es esperable en una muestra general, dado que esta condición suele estar asociada con enfermedades pulmonares crónicas o situaciones agudas graves que no son comunes en la población general. Sin embargo, su presencia, aunque limitada, subraya la necesidad de monitoreo

y manejo adecuado en los individuos afectados, dado el alto riesgo de complicaciones y la importancia de un tratamiento oportuno.

Ningún participante (0%, n=0) presenta insuficiencia hepática severa, lo que sugiere que esta condición no es prevalente en la muestra estudiada. La insuficiencia hepática severa es una condición grave que generalmente requiere atención médica intensiva y puede estar asociada con una alta morbilidad y mortalidad. La ausencia de esta condición en la muestra puede reflejar una menor exposición a factores de riesgo relevantes o una selección natural hacia individuos con mejor estado de salud hepática.

El síndrome de apnea del sueño está presente en el 2,9% (n=2) de los participantes, mientras que el 97,1% (n=68) no padece esta condición. Esta prevalencia es consistente con estudios epidemiológicos que muestran que, aunque la apnea del sueño es común, su diagnóstico puede estar subestimado en la población general debido a la falta de detección o subdiagnóstico. La apnea del sueño puede tener implicaciones importantes para la salud pública debido a sus efectos adversos sobre la salud cardiovascular, la calidad del sueño y la función.

Tabla 5. Participantes según si han usado medicamentos

	N°=70	%=100
Antidepresivos		
Si	51	72,9
No	19	27,1
Antipsicóticos		
Si	50	71,4
No	20	28,6
Antiepilepticos		
Si	5	7,1
No	65	92,9
Relajante_muscular		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Analgésicos_opiodes		
Si	1	1,4
No	69	98,6
Antitusígenos_opioides		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Antihistamínicos		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Teofilina		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Antiácidos		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Carbamazepina		
Si	1	1,4
No	69	98,6
Levodopa		
Si	1	1,4
No	69	98,6
Valproato		
Si	4	5,7
No	66	94,3
Anticonceptivos		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Betabloqueantes		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Omeprazol		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Ketoconazol		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Eritromicina		
Si	0	0,0
No	70	100,0
Digoxina		
Si	0	0,0
No	70	100,0

Fuente: base de datos

Interpretación

Una gran mayoría de los participantes (72,9%, n=51) ha utilizado antidepresivos, lo que sugiere una alta prevalencia de trastornos depresivos o relacionados en esta población. Este hallazgo destaca la importancia del tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en la población estudiada y puede indicar un enfoque clínico centrado en la gestión de la depresión. La proporción significativa de uso de antidepresivos subraya la necesidad de monitoreo continuo para evaluar la efectividad, adherencia y posibles efectos secundarios asociados con estos tratamientos a largo plazo.

El uso de antipsicóticos es también elevado, con el 71,4% (n=50) de los participantes reportando su uso. Esto indica que una proporción considerable de la población puede estar recibiendo tratamiento para trastornos psicóticos, trastornos del comportamiento o condiciones psiquiátricas graves, como esquizofrenia o trastorno bipolar. El uso frecuente de estos medicamentos resalta la necesidad de un manejo integral y coordinado de la salud mental, considerando los riesgos de efectos secundarios significativos, como el síndrome metabólico y otros problemas de salud asociados a largo plazo.

Solo el 7,1% (n=5) de los participantes han utilizado antiepilépticos, lo que sugiere una baja prevalencia de epilepsia u otras condiciones convulsivas en la muestra. Los antiepilépticos pueden también utilizarse en otras indicaciones, como el manejo del dolor neuropático o trastornos del ánimo resistentes al tratamiento convencional, lo cual podría ser relevante en la interpretación del uso en esta población.

Ningún participante ha utilizado relajantes musculares, antitusígenos opioides, o antihistamínicos, y solo un 1,4% (n=1) ha utilizado analgésicos opioides. Esto puede reflejar una baja prevalencia de condiciones que requieren estos medicamentos, como el dolor agudo o crónico severo, o una

posible restricción en la prescripción de opioides dada la actual preocupación por la crisis de opioides. Además, la ausencia de uso de relajantes musculares podría indicar una baja incidencia de condiciones musculoesqueléticas graves o una preferencia por otros métodos de tratamiento.

Para otros medicamentos, como la teofilina, antiácidos, carbamazepina, levodopa, valproato, anticonceptivos, betabloqueantes, omeprazol, ketoconazol, eritromicina y digoxina, el uso es nulo o extremadamente bajo. Esto sugiere que estas clases de medicamentos no son ampliamente necesarias en la población estudiada o que los participantes no presentan condiciones que justifiquen su uso, como enfermedades cardiovasculares, gástricas, infecciosas o metabólicas, lo cual podría reflejar un perfil de salud más centrado en trastornos mentales y menos en otras condiciones crónicas.

Tabla 6. Pacientes según dependencia a benzodiazepinas

	N°	%
Cierto grado de riesgo de dependencia	5	7,1
Elevado riesgo de dependencia	30	42,9
Dependencia presente	35	50,0
Total	70	100,0

Fuente: base de datos

Interpretación

Según los resultados mostrados en la Tabla 5 sobre la dependencia a las benzodiazepinas, se observa que de los 70 pacientes evaluados, el 50% (n=35) presentan una dependencia ya establecida a estas sustancias en la población estudiada.

Por otro lado, un 42,9% de los pacientes (n=30) se encuentran en una situación de alto riesgo de desarrollar dependencia. Este grupo, aunque aún no ha desarrollado una dependencia completa, está en una condición vulnerable que podría evolucionar hacia una franca dependencia. Finalmente, un 7,1% de los pacientes (n=5) muestra un cierto grado de riesgo de dependencia, aunque no alcanza niveles críticos como en los grupos anteriores.

Prueba de hipótesis

La regresión logística es una técnica estadística utilizada para analizar la relación entre una variable dependiente binaria , que en el presente estudio es dependencia =1 y no dependencia = 0 y una o más variables independientes (factores sociodemográficos, pauta farmacéutica y pauta posológica). Este método estadístico permite estimar la probabilidad de ocurrencia de un evento, ajustando el modelo en función de factores predictivos.

Hipótesis específica 1

Hipótesis nula (H_0): No existe una asociación significativa entre las variables predictoras sociodemográficas y la probabilidad de que un paciente presente dependencia a benzodiazepinas.

Hipótesis alterna (H_1): Existe una asociación significativa entre al menos una de las variables predictoras sociodemográficas y la probabilidad de que un paciente presente dependencia a benzodiazepinas.

Tabla 7. Regresión logística binaria

		B	Wald	gl	Sig.
Paso	Sexo mujer (1)	-1,768	5,914	1	0,015
1 ^a	Edad	0,188	10,858	1	0,001
	estado_civil		5,662	2	0,059
	estado_civil soltero	-1,708	2,285	1	0,131
	(1)				
	estado_civil casado	-7,019	5,655	1	0,017
	(2)				
	nivel_estudios		0,003	3	1,000
	nivel_estudios	-19,413	0,000	1	0,999
	primaria(1)				
	nivel_estudios	-19,403	0,000	1	0,999
	secundaria (2)				
	nivel_estudios	-19,456	0,000	1	0,999
	universitaria (3)				
	estado_laboral(1)	-2,236	5,774	1	0,016

Fuente: base de datos

Interpretación

En la Tabla 6 se observa que algunas características presentan una asociación significativa con la probabilidad de dependencia a benzodiazepinas. En primer lugar, el sexo muestra un efecto importante, ya que ser mujer está asociado con una menor probabilidad de desarrollar dependencia en comparación con el grupo de referencia que son hombres (coeficiente de B -1,768 ; p-valor 0,015), lo que sugiere una menor vulnerabilidad en las mujeres frente a la dependencia.

Asimismo, la edad presenta una relación positiva y significativa con la dependencia (B = 0,188 ; p-valor 0,001), lo que significa que el incremento en edad aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia a benzodiazepinas. También, el estado civil también influye en la probabilidad de dependencia, especialmente en el caso de los pacientes casados (B -

7,019; p-valor 0,017), lo cual indica una menor probabilidad de dependencia en comparación con otros estados civiles. Este factor podría relacionarse con el apoyo social o la estabilidad emocional que aporta una relación estable.

Finalmente, el estado laboral muestra que los pacientes empleados presentan una menor probabilidad de desarrollar dependencia en comparación con aquellos sin empleo o en otros estados laborales (B -2,236 ; p-valor 0,016). La ocupación laboral podría actuar como un factor protector, al brindar respaldo económico que podría intervenir en la menor dependencia del uso de benzodiazepinas. Por lo que ser mujer, estar casado y estar empleado son factores protectores asociados con una menor probabilidad de dependencia, mientras que la edad constituye un factor de riesgo.

Hipótesis específica 2

Hipótesis nula (H_0): No existe una asociación significativa entre las variables predictoras de pauta farmacéutica y morbilidad la probabilidad de que un paciente presente dependencia a benzodiazepinas.

Hipótesis alterna (H_1): Existe una asociación significativa entre al menos una de las variables predictoras de pauta farmacéutica y morbilidad la probabilidad de que un paciente presente dependencia a benzodiazepinas.

Tabla 8. Regresión logística binaria

	B	Wald	gl	Sig.
Paso 1 ^a Tipo_tratamiento(1)	-1,307	2,984	1	0,084
Nº_medicamentos(1)	-0,520	,227	1	0,634
p10_1Ansiedad(1)	2,015	4,850	1	0,028
p10_2Ansiedad_senil(1)	0,349	,044	1	0,833
p10_3Depresión	-0,298	,130	1	0,718
p10_4Trastornos_comportamiento	-1,057	1,418	1	0,234
p10_5Trastornos_sueño	-2,187	3,191	1	0,074
p14Conoce_efectos_secundarios	0,262	,098	1	0,754
p14_1Ha_tenido	0,004	,203	1	0,652
Años_tratamiento	0,602	10,794	1	0,001

Fuente: base de datos

Interpretación

Según se aprecia en la Tabla 7 que existe una asociación entre la variable ansiedad y años de tratamiento con la dependencia a las benzodiazepinas. En el caso de la ansiedad, los hallazgos revelan que los pacientes que presentan ansiedad tienen una mayor probabilidad de desarrollar dependencia a benzodiazepinas (B 2,015 ; p-valor 0,028), y siendo el valor B positivo, sugiere que la ansiedad incrementa la probabilidad

de dependencia. La variable años de tratamiento ($B = 0,602$; p -valor $0,001$), se asoció de forma significativa con la dependencia, lo que significa que a mayor número de años en tratamiento con benzodiazepinas, mayor es la probabilidad de desarrollar dependencia.

Las otras variables como el tipo de tratamiento (p -valor $0,084$), el número de medicamentos (p -valor $0,634$), ansiedad senil (p -valor $0,833$), depresión ($p = 0,718$), trastornos del comportamiento (p -valor $0,234$), trastornos del sueño (p -valor $0,074$), el conocimiento sobre los efectos secundarios (p -valor $0,754$) y el hecho de haber experimentado efectos secundarios (p -valor $0,652$), no presentan significancia estadística.

Hipótesis específica 3

Hipótesis nula (H_0): No existe una asociación significativa entre las variables predictoras de pauta posológica y la probabilidad de que un paciente presente dependencia a benzodiazepinas.

Hipótesis alterna (H_1): Existe una asociación significativa entre al menos una de las variables predictoras de pauta posológica y la probabilidad de que un paciente presente dependencia a benzodiazepinas.

Tabla 9. Regresión logística binaria

	B	Wald	gl	Sig.
PasoAntidepresivos (1)	-0,394	0,405	1	0,525
1 ^a Antipsicóticos(1)	1,177	3,484	1	0,062
Analgésicos_opiodes(1)	-18,768	0,000	1	1,000
Tratamiento_alternativo(1)	-0,145	0,068	1	0,795
Ha_sufrido_caída(1)	1,314	4,804	1	0,028
Usa maquinarias a pesar de safer de las interacciones del medicamento(1)	-1,509	1,505	1	0,220
Constante	-0,782	1,058	1	0,304

Fuente: base de datos

Interpretación

Según se observa en la Tabla 8, se evidenció en la regresión logística que existe una asociación significativa entre diversas variables de la pauta posológica y la probabilidad de que un paciente presente dependencia a benzodiazepinas. Evaluando los valores de significancia, solo la variable “ha sufrido una caída” destaca con p-valor menor a 0,05 (coeficiente B = 1,314; p-valor 0,028) , lo que permite rechazar la hipótesis nula para ese factor específico. Estos hallazgos sugieren que los pacientes que han sufrido una

caída tienen mayor probabilidad de desarrollar dependencia, posiblemente por una vulnerabilidad asociada o la necesidad de mayor control sintomático.

Las demás variables no muestran significancia estadística (p-valor > 0,05), lo que indica que no se ha encontrado evidencia suficiente para afirmar que asocian con la dependencia a las benzodiazepinas en este modelo. Esto incluye el uso de antidepresivos (p-valor 0,525), antipsicóticos (p-valor 0,062), analgésicos opioides (p-valor 1,000), tratamientos alternativos (p-valor 0,795) y el hecho de usar maquinarias a pesar de conocer las interacciones del medicamento (p-valor 0,220).

Hipótesis general

Hipótesis nula (H_0): No existe una asociación significativa entre las variables predictoras factores sociodemográficos, pauta farmacéutica y morbilidad y pauta posológica y la probabilidad de que un paciente presente dependencia a benzodiazepinas.

Hipótesis alterna (H_1): Existe una asociación significativa entre las variables predictoras factores sociodemográficos, pauta farmacéutica y morbilidad y pauta posológica y la probabilidad de que un paciente presente dependencia a benzodiazepinas.

Tabla 10. Regresión logística

	B	Wald	gl	Sig.
Paso 1 ^a Mujer(1)	-1,664	4,825	1	0,028
Edad	0,099	3,674	1	0,055
Estado_civil		3,073	2	0,215
Estado_civil soltera(1)	4,364	2,634	1	0,105
Estado_civil casada (2)	2,618	1,504	1	0,220
Años_tratamiento	0,492	8,582	1	0,003
Ansiedad(1)	1,148	2,442	1	0,118
Ha_sufrido_caída(1)	1,322	2,280	1	0,131

Fuente: base de datos

Interpretación

En la Tabla 9, se observa que los hallazgos para la variable mujer tiene un efecto significativo en la probabilidad de dependencia, con un coeficiente de $B = -1,664$ y un p -valor = 0,028. Este resultado sugiere que ser mujer está asociado con una menor probabilidad o es un factor protector ante la dependencia en comparación con los hombres (grupo de referencia).

En cuanto a los años de tratamiento , se encontró un coeficiente de $B = 0,492$ ($p = 0,003$), lo que evidencia una fuerte relación significativa con la dependencia. Se interpreta en el sentido de que a mayor número de años de tratamiento con benzodiazepinas, se incrementa la probabilidad de desarrollar dependencia.

De otro lado, las demás como la edad (p -valor 0,055), estado civil en sus diferentes categorías, ansiedad, y el hecho de haber sufrido una caída, no presentan significancia estadística (p -valor en cada caso $>$ a 0,05). En este sentido, en el presente modelo estadístico no se encuentran asociadas de manera significativa con la probabilidad de dependencia a benzodiazepinas. Esto significa que, bajo este análisis, no aportan evidencia suficiente para rechazarse la hipótesis nula en estas variables.

DISCUSIÓN

El análisis de cómo los factores sociodemográficos se asocian con la dependencia a benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024 aporta información relevante para comprender las dinámicas que subyacen al uso prolongado de estos medicamentos. El objetivo fue determinar cómo se asocian los factores sociodemográficos con la dependencia a benzodiazepinas en pacientes de un hospital público. En relación con los resultados obtenidos para este objetivo específico 1, se identificó asociaciones significativas entre variables sociodemográficas y la dependencia a benzodiazepinas (BZDs). Ser mujer ($B = -1,768$, $p = 0,015$), la edad avanzada ($B = 0,188$, $p = 0,001$), el tiempo prolongado de tratamiento ($B = 0,602$, $p = 0,001$) y los antecedentes de ansiedad ($B = 2,015$, $p = 0,028$) fueron los principales factores asociados en el caso de la condición de ser mujer con menor riesgo y la edad y el tiempo prolongado de tratamiento con un mayor riesgo de dependencia en los pacientes estudiados.

Estos hallazgos no son similares a resultados de otros estudio, como por ejemplo, Maravillas et al. (16) encontraron que el 72 % de los dependientes a BZDs eran mujeres , más si es coincidente con la dependencia predominante en adultos mayores, con una mediana de edad de 67 años. En Finlandia, Taipale et al.(8) reportaron que el uso prolongado de benzodiazepinas era significativamente mayor en personas mayores de 65 años (54,5 %). En Perú, estudios realizados en Chimbote (12) y Lima (13) también corroboran que las mujeres representan la mayoría de los consumidores de benzodiazepinas (60,9 % y 51 %, respectivamente), lo que se relaciona con una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y la falta de alternativas terapéuticas disponibles en estos contextos. Al igual que en Tacna, en Croacia se encontró que las mujeres constituían el 64,3 % de los consumidores de benzodiazepinas y que el uso era especialmente alto en mayores de 80 años (15). Esto sugiere que los patrones de consumo

relacionados con género y edad son consistentes a nivel internacional y pueden atribuirse a factores biológicos y sociales similares. El predominio de mujeres entre los casos de dependencia podría explicarse por factores biológicos, como la mayor incidencia de ansiedad en este grupo, y sociales, como la mayor probabilidad de buscar tratamiento para trastornos afectivos. Además, la edad avanzada como factor de riesgo refleja cambios fisiológicos que afectan el metabolismo y la eliminación de BZDs, lo que aumenta su acumulación y el riesgo de dependencia. Este hallazgo es congruente con investigaciones que relacionan la acumulación de benzodiazepinas con efectos adversos, especialmente en pacientes mayores (8,9). Estos resultados relevan la necesidad de desarrollar estrategias clínicas y políticas para reducir el consumo prolongado de BZDs, especialmente en mujeres y adultos mayores. Medidas como la capacitación de profesionales de la salud, el fortalecimiento de las guías de prescripción y la promoción de alternativas terapéuticas no farmacológicas son esenciales para abordar esta problemática. Además, el monitoreo más riguroso de los pacientes en tratamiento con benzodiazepinas podría prevenir la dependencia y mejorar los resultados clínicos.

En relación con el **segundo objetivo específico**, referido a determinar cómo se asocia *la pauta farmacéutica y la morbilidad* con la dependencia a benzodiazepinas en pacientes atendidos en un hospital público de Tacna en 2024 se identificó en el presente estudio que una pauta farmacéutica prolongada (mayor a 12 semanas) y la ausencia de monitoreo médico adecuado fueron factores significativos en el desarrollo de dependencia a benzodiazepinas. Estos hallazgos son similares a los reportados en el estudio croata por Delaš (15) particularmente en relación con la duración prolongada del tratamiento y la falta de restricciones específicas en las prácticas de prescripción. En el presente estudio realizado en Tacna, el 72,9 % de los pacientes recibieron antidepresivos como medicación concomitante, mientras que el 71,4 % usaron antipsicóticos, lo que aumenta el riesgo de interacción y dependencia, especialmente cuando

las dosis exceden las recomendaciones estándar en relación entre morbilidad y dependencia. Asimismo, las condiciones de salud coexistentes, como trastornos de ansiedad y depresión, fueron prevalentes en pacientes dependientes de benzodiazepinas. Estudios previos también han demostrado que las comorbilidades psiquiátricas exacerban el riesgo de dependencia. Por ejemplo, en México, Valenzuela (10) reportó que el uso prolongado de benzodiazepinas está altamente asociado con enfermedades crónicas como insomnio y ansiedad, así como con patrones de uso no controlados en adultos mayores. Resultados similares se han reportado en otros contextos. En Finlandia, Taipale et al. (8) identificaron que la polifarmacia, común en adultos mayores con múltiples comorbilidades, contribuye significativamente al uso prolongado y la dependencia de benzodiazepinas. Asimismo, en Costa et al. destacaron que la disponibilidad y la fácil prescripción aumentan el riesgo de dependencia, especialmente en poblaciones vulnerables. El uso prolongado de benzodiazepinas, especialmente en combinación con otros medicamentos psicotrópicos, refuerza la probabilidad de dependencia debido a efectos sinérgicos que aumentan la tolerancia y la dependencia física. Además, la ausencia de un monitoreo adecuado y la automedicación complican el manejo clínico de estos pacientes.

Y en relación con los hallazgos vinculados con el tercer objetivo específico referido a determinar cómo se asocia el factor pauta posológica con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes atendidos en un hospital público de Tacna en 2024, se encontró que hubo variables relacionadas con la pauta posológica. Por ejemplo, el uso prolongado de benzodiazepinas (más de 12 semanas) y las altas dosis prescritas, están significativamente asociadas con el desarrollo de dependencia. Según la regresión logística, el factor de haber sufrido caídas como consecuencia del consumo mostró una asociación estadísticamente significativa con un coeficiente $B = 1,314$ y $p = 0,028$ lo que sugiere que las pautas que incluyen dosis elevadas o la falta de supervisión aumentan el riesgo de dependencia.

Estos resultados son coincidentes con investigaciones como las realizadas por Valenzuela (10) en México, donde el 25 % de los pacientes con uso regular de benzodiazepinas desarrolló dependencia en un periodo de seis meses, especialmente cuando las dosis superaban las recomendaciones clínicas . Asimismo, Taipale et al. (8) reportaron que la duración prolongada de las prescripciones y la falta de seguimiento aumentaban el riesgo de dependencia, lo que refleja patrones similares a los observados en Tacna. También con hallazgos de Perez & Acuña (19) en Colombia, quien reportó que las pautas posológicas mal controladas contribuyen al abuso y dependencia, con un enfoque particular en pacientes mayores, quienes mostraron una mayor vulnerabilidad a las caídas y deterioro cognitivo .

Asimismo, en relación con los hallazgos relacionados con el objetivo general encaminado a determinar cómo los factores sociodemográficos, la pauta farmacéutica y la pauta posológica se asocian significativamente con la dependencia a las benzodiazepinas en pacientes de un hospital público de Tacna en 2024, se evidenció al aplicar estadística multivariada que los factores sociodemográficos, como ser mujer ($B = -1,664$; $p = 0,028$) y la edad avanzada ($B = 0,188$; $p = 0,001$), tienen una asociación significativa con la dependencia a benzodiazepinas . Estos hallazgos coinciden en parte con estudios internacionales que destacan una mayor prevalencia en mujeres y adultos mayores, como en el caso de Valenzuela (10), quien identificó que el 28 % de las consumidoras de benzodiazepinas en México eran mujeres mayores, un grupo vulnerable a caídas y deterioro cognitivo. En el presente estudio ser mujer constituyó un factor protector. En comparación, estudios en Lima(13) y Chimbote(12) han evidenciado una tendencia similar, con un 51 % y 60,9 % de mujeres como principales usuarias, respectivamente. Este patrón puede explicarse por la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en mujeres y su búsqueda de atención médica frente al estrés.

La duración del tratamiento con benzodiazepinas ($B = 0,602$; $p = 0,001$) y el diagnóstico de ansiedad ($B = 2,015$; $p = 0,028$) fueron factores

farmacéuticos fuertemente asociados con la dependencia. En Costa Rica, García (58) también encontraron que la duración prolongada de la terapia aumenta significativamente el riesgo de dependencia, especialmente en pacientes con ansiedad crónica. Estos resultados resaltan el impacto del manejo farmacoterapéutico en la dependencia. La automedicación y la falta de monitoreo clínico adecuado exacerbaban este riesgo, como se observó en el estudio de Valenzuela (10), donde el 25 % de los consumidores regulares desarrolló dependencia en menos de seis meses. a pauta posológica, específicamente las altas dosis y el uso prolongado, mostró asociaciones significativas con la dependencia. Los pacientes que experimentaron caídas relacionadas con el consumo de benzodiazepinas presentaron un mayor riesgo de dependencia ($B = 1,314$; $p = 0,028$). Este resultado es consistente con los hallazgos de Taipale et al. (8) en Finlandia, quienes señalaron que las dosis elevadas y el uso continuado aumentan la vulnerabilidad a efectos adversos y dependencia en adultos mayores. La interpretación de los hallazgos obtenidos a través de la regresión logística multivariada subraya que la dependencia a benzodiazepinas no es resultado de un solo factor, sino de una interacción compleja entre variables sociodemográficas, farmacoterapéuticas y posológicas. Este enfoque interpretativo de interacción compleja entre algunos factores sociales, demográficos, farmacoterapéuticos y posológicos en el desarrollo de la dependencia y las implicancias en el desarrollo de dependencias es similar al enfoque de Delaš (15) en Croacia. Este modelo estadístico cuantifica cómo cada variable contribuye de manera independiente al riesgo de dependencia, ajustando el efecto de los demás factores en el análisis.

El estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre los factores analizados y la dependencia a benzodiazepinas, limitando las conclusiones a asociaciones en un momento específico. Además, el uso de datos autoinformados introduce el riesgo de sesgos de memoria y respuesta, especialmente en

variables como la duración del tratamiento y las dosis empleadas. La falta de un seguimiento longitudinal restringe la capacidad de evaluar cómo evolucionan la dependencia y los factores asociados a lo largo del tiempo. Asimismo, la muestra se circunscribió a pacientes de un hospital público en Tacna, lo que dificulta la generalización de los resultados a otras poblaciones con características diferentes. Otra limitación es la ausencia de una evaluación psiquiátrica estructurada para diagnosticar trastornos mentales, lo que puede haber subestimado la prevalencia de comorbilidades como la ansiedad y la depresión. Aunque se utilizó un modelo de regresión logística multivariada, algunos confusores potenciales, como las barreras económicas o el acceso a tratamientos alternativos, no fueron completamente abordados. Finalmente, el estudio no diferenció entre tipos específicos de benzodiazepinas ni consideró factores contextuales, como las prácticas de prescripción o la automedicación, que podrían influir significativamente en los resultados. No obstante, los resultados obtenidos de este estudio aportan información valiosa sobre los factores asociados con la dependencia a benzodiazepinas en una población específica, permitiendo identificar patrones y riesgos relevantes para la práctica clínica y la salud pública. En primer lugar, destaca la importancia de los factores sociodemográficos, farmacoterapéuticos y psicológicos en el desarrollo de dependencia, lo que subraya la necesidad de un enfoque integral en el manejo de estos medicamentos. Además, los hallazgos proporcionan evidencia específica para el contexto de Tacna, una región donde las condiciones socioeconómicas y culturales pueden influir en los patrones de consumo de benzodiazepinas, lo que lo convierte en un punto de referencia clave para intervenciones locales.

Este estudio también contribuye a cerrar brechas en la literatura sobre el tema, especialmente en el ámbito latinoamericano, donde la investigación sobre el uso y abuso de benzodiazepinas es limitada. Los resultados pueden servir como base para diseñar políticas y estrategias de prescripción más seguras, promoviendo la reducción del uso prolongado y mejorando el

monitoreo clínico de los pacientes en riesgo. Además, al identificar factores específicos asociados con la dependencia, el estudio ofrece orientación para futuras investigaciones que exploren intervenciones personalizadas y enfoques preventivos en poblaciones similares. Por lo tanto, su relevancia radica en su capacidad para generar conocimiento aplicable y contextualizado a la realidad de Tacna.

De otro lado, a partir de los resultados del estudio se sugieren nuevas líneas de investigación como las posibles implicancias de las creencias sobre los medicamentos, prácticas de automedicación podrían influir en el uso y el abuso de benzodiazepinas. Igualmente el impacto de la poliformacia y las comorbilidades en el desarrollo de dependencia a éstos fármacos y estudios comparativos de variaciones de prácticas de prescripción de benzodiazepinas en el Perú y otros países, lo que podría ser útil para proponer guías clínicas adaptadas

CONCLUSIONES

1. Los factores sociodemográficos mujer y la edad se asocian con una menor y mayor probabilidad de dependencia, respectivamente, el estado civil de casado y el estado laboral de actividad están inversamente relacionados con la dependencia.
2. El factor años de tratamiento del factor pauta farmacéutica y la morbilidad ansiedad presentan una asociación significativa con la dependencia a benzodiazepinas.
3. El haber sufrido una caída relacionada con la pauta posológica se asocia de manera significativa con la dependencia a benzodiazepinas.
4. Los factores sociodemográficos ser mujer, edad, años de tratamiento y el haber sufrido una caída se asocian significativamente con la dependencia a las benzodiazepinas.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones se plantearon en base a los resultados obtenidos en el presente estudio:

1. Basado en los hallazgos , se sugiere al Jefe del Servicio que teniendo en cuenta que ser mujer, tener mayor edad, estar casado y estar empleado se asocian con diferentes probabilidades de desarrollar dependencia a las benzodiazepinas, se recomienda que los profesionales de salud mental realicen evaluaciones personalizadas en función de estos factores sociodemográficos. Asimismo, siendo que el ser mujer y tener más edad tienen un rol protector y de riesgo para la dependencia en cada caso, pueden beneficiarse de un monitoreo ajustado, que incorpore educación sobre el uso y riesgos de benzodiazepinas. Además, se recomienda implementar programas de apoyo para aquellos en situaciones de inestabilidad laboral o personal, ya que el empleo y el matrimonio parecen reducir la vulnerabilidad a la dependencia.
2. Al jefe del servicio se recomienda considerar como variables que pueden incrementar la dependencia las benzodiazepinas , el tiempo de tratamiento con benzodiazepinas y el diagnóstico de ansiedad , para implementar terapias alternativas, como intervenciones psicoterapéuticas, que apoyar a los pacientes con ansiedad a reducir la probabilidad de dependencia de fármacos. Asimismo, se recomienda capacitar a los pacientes y sus familiares en prácticas de reducción gradual, bajo supervisión médica, para minimizar los riesgos de dependencia.
3. Habiéndose demostrado la asociación significativa entre haber sufrido caídas y la dependencia a las benzodiazepinas, se sugiere al jefe del

servicio implementar evaluaciones de riesgo de caídas en pacientes en tratamiento prolongado, especialmente en personas mayores. También se recomienda implementar estrategias para reducir los efectos sedantes de estos medicamentos, como el ajuste de dosis o la alternancia con otros tratamientos menos propensos a causar pérdida de equilibrio, en la medida de lo posible.

4. Al jefe del servicio, se recomienda reforzar la educación del paciente sobre los riesgos asociados con el uso prolongado y la creación de intervenciones multidisciplinarias para abordar de manera integral los factores sociales, farmacológicos y clínicos relacionados con la dependencia a las benzodiazepinas, al igual que la implementación de protocolos de seguimiento que incluyan estos aspectos en los perfiles de riesgo de dependencia (especialmente pacientes con ansiedad, años de tratamiento y antecedente de caídas). Asimismo, se realiza la siguiente propuesta:

Propuesta de Monitoreo para la Dependencia a Benzodiazepinas en un hospital público de nivel II-2

La dependencia a benzodiazepinas representa un problema de salud pública. Su uso, aunque terapéuticamente efectivo para el manejo de trastornos de cierto tipo de trastornos, presenta riesgos significativos de dependencia y efectos secundarios, especialmente en ciertos perfiles sociodemográficos y clínicos. Esta situación no solo afecta la salud integral de los pacientes, sino que también aumenta los costos en los

sistemas de salud debido a la necesidad de intervenciones adicionales y al riesgo de comorbilidades.

- **Relevancia del programa y vinculación con el ODS 3**

En consonancia con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: Salud y Bienestar, esta propuesta se alinea con la meta de garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las personas de todas las edades. Específicamente, la propuesta aborda la meta 3.5 del ODS 3, que enfatiza la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluyendo el consumo indebido de medicamentos prescritos. Así, este programa de monitoreo no solo busca mejorar el tratamiento y seguimiento de pacientes que utilizan benzodiazepinas, sino también contribuir a una cultura de uso responsable y controlado de medicamentos, promoviendo la seguridad y el bienestar en la atención de la salud mental.

- **Propósito**

Implementar un sistema de monitoreo personalizado y eficiente que permita identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar dependencia a benzodiazepinas y gestionar su tratamiento de manera segura y efectiva. Mediante evaluaciones periódicas, educación y estrategias de prevención específicas, se espera no solo reducir la probabilidad de dependencia, sino también mejorar la calidad de vida de los pacientes y fortalecer las prácticas de salud pública en la región.

Esta propuesta de monitoreo está diseñada para aplicar un enfoque integral y ajustado a las características identificadas como predictores de dependencia a benzodiazepinas en el hospital público de nivel II-2 , brindando un seguimiento personalizado que ayude a reducir el riesgo de dependencia y optimice el manejo terapéutico de los pacientes en tratamiento.

- **Evaluación inicial personalizada**

- a. Perfil sociodemográfico: Realizar una evaluación inicial que incluya edad, sexo, estado civil, y estado laboral. Estos datos permitirán clasificar a los pacientes en categorías de riesgo y ajustar la frecuencia de las revisiones en función de factores protectores (como el empleo o estar casado) o de mayor riesgo (como la edad avanzada).
- b. Historia clínica detallada: Registrar antecedentes de ansiedad, otros trastornos de salud mental y el historial de caídas. Los pacientes con ansiedad diagnosticada o antecedentes de caídas deberán monitorearse con mayor frecuencia, ya que estos son factores asociados con mayor riesgo de dependencia.

- **Revisiones periódicas y ajustes en la pauta terapéutica**

- a. Frecuencia del seguimiento: Para pacientes en riesgo elevado, programar evaluaciones cada 3 meses, mientras que para aquellos en menor riesgo (ej., mujeres jóvenes empleadas o casadas), realizar seguimientos semestrales.
- b. Evaluación de la pauta farmacéutica: Revisar el tiempo en tratamiento y la dosificación actual, con el objetivo de reducir progresivamente la dosis en pacientes con más de un año de tratamiento. Las alternativas terapéuticas no farmacológicas, como la terapia cognitivo-conductual, deberían ofrecerse en pacientes con dependencia en manejo de ansiedad.
- c. Control de efectos secundarios y balance: Llevar un registro de efectos secundarios, especialmente los relacionados con la sedación y el equilibrio, para prevenir caídas y otros problemas asociados a la dependencia a benzodiazepinas.

- **Implementación de Programas Educativos**

- a. Educación al paciente y familiares: Organizar talleres mensuales para informar sobre los riesgos del uso prolongado de benzodiazepinas y la importancia de adherir a las pautas médicas, evitando la automedicación.
- b. Material de apoyo: Entregar folletos y guías con estrategias de reducción de dependencia y ejercicios para mejorar el equilibrio físico y la calidad del sueño, los cuales pueden contribuir a reducir la necesidad de benzodiazepinas.
- c. Charlas de sensibilización para el personal de salud: Formar a médicos, enfermeros y personal auxiliar sobre los signos de dependencia y las estrategias de ajuste de dosis, a fin de garantizar un seguimiento coherente y seguro.

- **Monitoreo y gestión**

- a. Evaluación del riesgo de caídas: Implementar una evaluación trimestral del riesgo de caídas, especialmente en pacientes mayores o con antecedentes de caídas.
- b. Plan de prevención de caídas: Instalar protocolos de prevención, como ejercicios de equilibrio y fuerza, bajo la supervisión de un fisioterapeuta, y ajustar la dosis de benzodiazepinas o cambiar el tratamiento en aquellos pacientes con alto riesgo.

- **Sistema de registro electrónico de seguimiento**

- a. Ficha electrónica de dependencia: Crear una ficha digital específica dentro del sistema hospitalario para registrar los datos sociodemográficos, el estado del tratamiento, la duración y las evaluaciones periódicas, lo cual permitirá al personal de salud acceder a la historia completa y monitorear patrones de riesgo.

- b. Alertas automatizadas: Configurar alertas en el sistema para notificar al equipo médico cuando un paciente alcanza un umbral de tiempo en tratamiento o se identifica algún factor de riesgo elevado.

- **Evaluación continua y ajustes en el programa**

- a. Revisión anual del programa: Evaluar los resultados del programa mediante análisis de los registros de dependencia y ajustar la frecuencia de los monitoreos o la estructura del programa en función de los resultados.
- b. Análisis de datos: Realizar estudios estadísticos anuales sobre la incidencia de dependencia en el hospital, diferenciando entre grupos de riesgo, para identificar patrones y mejorar continuamente el proceso de monitoreo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Muñoz F, Álamo C, García-García P. The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines: Half a century of anxiolytic drugs. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2011 May;25(4):554–62. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618511000077>
2. UK Committee of Safe Medicines. Benzodiazepine dependence and withdrawal symptoms. *UK Gov Bullet Prescr Dr*. 1988;21.
3. Lader M. Effectiveness of benzodiazepines: do they work or not? *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2008 Aug 9;8(8):1189–91. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/14737175.8.8.1189>
4. Tyrer P. Dependence on Benzodiazepines. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1980 Dec 29;137(6):576–7. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000021413/type/journal_article
5. Barker M. Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Arch Clin Neuropsychol* [Internet]. 2004 Apr;19(3):437–54. Available from: [https://academic.oup.com/acn/article-lookup/doi/10.1016/S0887-6177\(03\)00096-9](https://academic.oup.com/acn/article-lookup/doi/10.1016/S0887-6177(03)00096-9)
6. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* [Internet]. 2014 Sep 9;349(sep09 2):g5205–g5205. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.g5205>

7. Agarwal SD, Landon BE. Patterns in Outpatient Benzodiazepine Prescribing in the United States. *JAMA Netw open*. 2019;2(1):e187399.
8. Taipale H, Särkilä H, Tanskanen A, Kurko T, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Incidence of and Characteristics Associated with Long-term Benzodiazepine Use in Finland. *JAMA Netw Open*. 2020;3(10).
9. Palomar M, Salgado M de los Á, Palacios E, Caballero BL, Ocampo T. Prevalencia de ingesta de benzodiacepinas y su asociación con síndromes geriátricos en el servicio de Geriatria. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 2024;7(6):8543–67.
10. Valenzuela G. Del tratamiento a la dependencia y la adicción: el consumo de benzodiacepinas. *Rev Mex Enfermería [Internet]*. 2024;12(3). Available from: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=119145>
11. Meza F, Asto R. Estudio sobre el consumo de benzodiacepinas en usuarios que acuden al Centro de Salud Chilca, 2023 [Internet]. Universidad Roosevelt; 2023. Available from: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/2104/TESIS MEZA - ASTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Alvarez E. Prevalencia del uso de ansiolíticos según recetas atendidas en boticas Mifarma, distrito de Chimbote. Diciembre 2019-Septiembre 2020. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2021.
13. Flores N, Roque L. Patrones de uso de ansiolíticos y antidepresivos en pacientes atendidos en la botica Vidsalud de Ate Vitarte en el periodo de octubre 2021 – abril 2022 Lima- Perú [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2021. Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/7595>

14. McCabe SE, Schulenberg JE, Wilens TE, Schepis TS, McCabe V V., Veliz P. Transitions in Prescription Benzodiazepine Use and Misuse and in Substance Use Disorder Symptoms Through Age 50. *Psychiatr Serv.* 2023;74(11):1154–62.
15. Delaš Aždajić M, Likić R, Aždajić S, Šitum M, Lovrić I, Štimac Grbić D. Outpatient benzodiazepine utilization in Croatia: drug use or misuse. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2019;41(6):1526–35. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11096-019-00915-2>
16. Maravillas A, Roy I, Rivas R, Vilchis E. Factores asociados a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes con insomnio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2023;61:387–94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10732695/#:~:text=el uso de benzodiazepinas como,adultos e%2C incluso%2C dependencia.>
17. McHugh K, Peckham A, Björgvinsson T, Korte F, Courtney B. Benzodiazepine Misuse among Adults Receiving Psychiatric Treatment. *J Psychiatr Res.* 2020;128(5):139–48.
18. Panes A, Verdoux H, Fourier-Réglat A, Berdaï D, Pariente A, Tournier M. Misuse of benzodiazepines: Prevalence and impact in an inpatient population with psychiatric disorders. *Br J Clin Pharmacol.* 2020;86(3):601–10.
19. Pérez K, Acuña J. Caracterización del uso de benzodiazepinas (BZDP) en pacientes ingresados a una institución de alta complejidad del municipio de Soledad en el periodo 2015-2020 [Internet]. Universidad del Atlántico; 2009. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/8373/tesis338.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Balbuena E, Cuya L. Automedicación con benzodicepinas y riesgo de abuso en estudiantes de ciencias farmacéuticas y bioquímica de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, 2023 [Internet]. Universidad Roosevelt; 2023. Available from: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/1/1/browse?type=author&value=Balbuena+Carhuaz%2C+Esau+David>
21. Wick JY. The History of Benzodiazepines. *Consult Pharm* [Internet]. 2013 Sep 1;28(9):538–48. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/ascp/tcp/2013/00000028/0000009/art00001>
22. Barrett S, Meisner J, Stewart S. What Constitutes Prescription Drug Misuse? Problems and Pitfalls of Current Conceptualizations. *Curr Drug Abuse Rev* [Internet]. 2008 Nov 1;1(3):255–62. Available from: <http://www.eurekaselect.com/openurl/content.php?genre=article&issn=1874-4737&volume=1&issue=3&spage=255>
23. Araújo AC, Casal RJ, Goulão J, Martins AP. Protocol for a scoping review on misuse of psychoactive medicines and its consequences. *BMJ Open* [Internet]. 2022 Oct;12(10):e060519. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2021-060519>
24. Novak SP, Håkansson A, Martinez-Raga J, Reimer J, Krotki K, Varughese S. Nonmedical use of prescription drugs in the European Union. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 Dec 4;16(1):274. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0909-3>
25. European Medicines Agency. Good pharmacovigilance practices – Annex 1 definitions (Rev.4). *Good Pharmacovigilance Practices*.

2017; Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/good-pharmacovigilance-practices#final-gvp-annex-i—definitions-section>

26. Biernikiewicz M, Taieb V, Toumi M. Characteristics of doctor-shoppers: a systematic literature review. *J Mark Access Heal Policy* [Internet]. 2019 Jan 1;7(1):1595953. Available from: <https://www.mdpi.com/search?q=10.1080/20016689.2019.1595953>
27. FOOD&DRUG U., Administración. La FDA advierte acerca de los graves riesgos y muerte cuando se combinan medicamentos opioides para la tos o el dolor con benzodiazepinas; requiere su advertencia más enérgica. FDA. 2016
28. Update GS. El uso de las benzodiazepinas con fines no médicos: ¿Una amenaza para la salud pública? Of las Nac Unidas contra la Drog y el Delito. 2014;7:18.
29. Socidrogalcohol. Guía de consenso para el buen uso de Benzodiazepinas. Soc Cient Española Estud sobre el Alcohol, el Alcohol y las otras Toxicom. 2019;2da Edición.
30. Psicotropicos y Estupefaciente. Visión Farm y Norm 3era ed. 2014.
31. Griffin CE, Kaye AM, Rivera Bueno F, Kaye AD. Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. *Ochsner J*. 2013;13(2):214–23.
32. Kaye A, Gayle K, Kaye A. Pharmacological agents in moderate and deep sedation. In: *Moderate and Deep Sedation*. New York: Cambridge University Press; 2012. p. 8–32.

33. Fox C, Liu H, Kaye AD, Manchikanti L, Trescot AM, Christo PJ, et al. Clinical aspects of pain medicine and interventional pain management: a comprehensive review. Paducah, KY ASIP Publ Antianxiety agents. 2011;543–52.
34. Kelly MD, Smith A, Banks G, Wingrove P, Whiting PW, Atack J, et al. Role of the histidine residue at position 105 in the human $\alpha 5$ containing GABA A receptor on the affinity and efficacy of benzodiazepine site ligands. *Br J Pharmacol* [Internet]. 2002 Jan 29;135(1):248–56. Available from: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/sj.bjp.0704459>
35. Sieghart W. Pharmacology of benzodiazepine receptors: an update. *J Psychiatry Neurosci*. 1994;19(1):24.
36. Rosas-Gutiérrez I, Simón-Arceo K, Mercado F. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Scielo*. 2013;36(4).
37. Maust DT, Et al. Uso y uso indebido de benzodiazepinas entre adultos en los Estados Unidos. *Pub Med*. 2019;70(2):97–106.
38. Rojas Jara C, Calquin F, González J, Antander E, Vásquez M. Efectos negativos del uso de benzodiazepinas en adultos mayores: una breve revisión. *Lat Am J Heal Soc Psychol*. 2019;10(1):40–50.
39. Azón Belarre JC, Azón Belarre S, Pellicer García B, Berges Usán P, Abadía Labena S, Guajardo Iguaz A. Prevalencia de consumo de psicofármacos en población anciana y efectos secundarios observados. Estudio piloto. *Dialnet*. 2017;3(22):22–8.
40. Boyd C, Et al. ¿El mal uso conduce a un trastorno? El uso indebido de tranquilizantes y sedantes recetados y los posteriores trastornos por

- uso de sustancias en una muestra longitudinal de EE. UU. *Pub Med*. 2018;79:17–23.
41. Curado DF, Et al. Propiedades psicométricas del cuestionario de autoinforme de dependencia de benzodiazepinas - versión en portugués (BENDEP-SRQ-PV). *Pub Med*. 2020;42(4):358–67.
 42. Busto U. Factores de riesgo en el abuso y la dependencia a benzodiazepinas. *Elsevier*. 2000;2(3):177–82.
 43. Roses M. Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe : Un enfoque de salud pública *Epidemiología en América Latina y el Caribe : un enfoque de salud pública*. Organización Panamericana de la Salud. 2013. 1–47 p.
 44. Labra Oscar. Positivismo y Constructivismo: Un análisis para la investigación social. *Rumbos TS*. 2013;7:12–21.
 45. OECD/Eurostat. Oslo Manual 2018: Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation [Internet]. 4th ed. The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities OP, editor. The Measurement of Scientific; Technological and Innovation Activities. Luxembourg: Paris/Eurostat; 2018. 1–258 p. Available from: <https://www.oecd.org/science/oslo-manual-2018-9789264304604-en.htm>
 46. Hernández Galicia R, Dworaczek Conde HO, Garay Romero IC, Hernández Sampieri R, Romero Andrade MG. *Manual de Investigación Epidemiológica*. 1º Edición. Bogotá, Colombia: Editorial Fundación Universidad Autónoma de Colombia; 2016. 106 p.

47. Romero M, Hernández R, Garay I, Hernández R. Manual de Investigación Epidemiológica. 2016;1–87. Available from: <http://novella.mhhe.com/sites/dl/free/000001251x/1016241/MANUALD EINVESTIGACIoNEPIDEMIOLOgICAVERSIoNFINAL.pdf>
48. Parreño A. Metodología de Investigación en salud [Internet]. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2016. 126 p. Available from: [http://cimogsys.esPOCH.edu.ec/direccion-publicaciones/public/pdf/13/metodología de la investigación en salud.pdf](http://cimogsys.esPOCH.edu.ec/direccion-publicaciones/public/pdf/13/metodología%20de%20la%20investigación%20en%20salud.pdf)
49. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de corte transversal. Rev Médica Sanitas. 2018;21(3):141–6.
50. Zavalaga L, Silva T, Velásquez H, Reyes L, Mayca P. Prescripción de Antibióticos en la Consulta Externa Pediátrica de un Hospital de Lima , Perú. 2004;21(1):28–36.
51. Chong I. Métodos y técnicas de la investigación documental. In: Métodos de la investigación científica [Internet]. 2007. Available from: http://ru.ffyl.unam.mx/bitstream/handle/10391/4716/12_IDB_2007_I_Chong.pdf?sequence=1&i
52. Armas DA, Rubio-Armendáriz C, Hernández-García V, Hardisson-de la Torre A. Cuestionario específico para dispensación de Benzodiazepinas en farmacia comunitaria: justificación y diseño. J Negat No Posit Results [Internet]. 2023;8(1):450–69. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2023000100003&lang=pt
53. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación. 2000;321–34.

54. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 11]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
55. Shrestha B, Dunn L. The Declaration of Helsinki on Medical Research involving Human Subjects: A Review of Seventh Revision. *J Nepal Health Res Counc.* 2020;17(4):548–52.
56. Alvarez R. Ética en la investigación clínica: Desafíos del consentimiento informado. In: Bustamante Cabrera GI, editor. *Bioética, pandemia y justicia social* [Internet]. La Paz: Comité Iberoamericano de Ética y Bioética; 2022. Available from: https://www.comiteiberoamericanobioetica.com/_files/ugd/cd1316_4cdc171f3a8b4270bb8c0ddca7e2a802.pdf
57. Surmiak A. Confidentiality in qualitative research involving vulnerable participants: Researchers' perspectives. *Forum Qual Sozialforsch.* 2018;19(3).
58. García A. Analizar estrategias de prevención y de abordaje en el trastorno de adicción a las benzodiazepinas en personas mayores de 60 años aplicables desde atención primaria [Internet]. Universidad de Costa Rica; 2024. Available from: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/7d51194a-8804-4431-bc8a-871e920acd7e>

ANEXOS

ANEXO N°1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
Escuela de Posgrado
Salud Pública

TÍTULO DEL ESTUDIO: FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TACNA,2024.

FECHA: (día / mes / año) ____ / ____ / _

INVESTIGADORA: Joreline Oriana Huacani Vargas

A usted se le ha invitado a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con la libertad absoluta para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que comprenda el estudio y si usted desea participar en forma voluntaria, entonces se pedirá que firme el presente consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

La finalidad de la investigación es determinar la relación entre los factores asociados a la dependencia de benzodiazepinas en paciente atendidos en el Hospital Hipólito Unanue.

PROCEDIMIENTOS

Si usted decide participar se le aplicará una ficha de recolección de datos además de ser entrevistado por el profesional, quien incurrirá en una serie de preguntas para conocer sobre factores que puedan estar asociados a una posible dependencia de su tratamiento farmacológico que lleva actualmente para remediar su enfermedad. Las respuestas que otorgue serán registradas en el cuestionario específico para dispensación de benzodiazepinas

RIESGOS Y MOLESTIAS

Este procedimiento no implicará ningún daño a su integridad ni salud física ni económica. Solo se le pedirá responder el cuestionario.

BENEFICIOS

Usted será entrevistado por el profesional especialista en el medicamento. Cuando concluya la entrevista después de responder todas las preguntas del cuestionario, el profesional le brindará atención farmacéutica donde podrá recibir información sobre sus medicamentos. Además, se diera el caso de que manifieste incomodidad (ansiedad, angustia u otro), se le ofrecerá contención emocional por parte de un profesional psicólogo.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley N° 29733 Ley de Protección de datos personales, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento de datos. Para garantizar la confidencialidad de la información obtenida, sus datos serán identificados mediante uso de un pseudónimo en la identificación del cuestionario y sólo la investigadora podrá relacionar dichos datos con usted. or lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de requerimiento legal. El acceso a su información personal quedará restringido a la investigadora.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en él, sin que ello tenga ninguna repercusión en su relación con el investigador y sin dar ningún tipo de explicación. En el caso de que decida participar en la investigación, es importante que comprenda que:

Puede ejercer su derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento.

AGRADECIMIENTO: Sea cual sea su decisión, el investigador quiere agradecer su tiempo y atención. Usted está contribuyendo a determinar la relación entre los factores asociados a la dependencia de benzodicepinas en paciente atendidos en el Hospital Hipólito Unanue.

Otra información relevante: Cualquier nueva información que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada por la investigadora lo antes posible. Si desea ser informado directamente por la investigadora principal y/o participar en el estudio sólo debe ponerse en contacto con la investigadora a través: Correo electrónico: joreline21@gmail.com / Teléfono: 952998822

CONSENTIMIENTO

Yo _____ he leído el formato de consentimiento informado y se me ha dado la oportunidad de discutirlo y hacer preguntas. Entendiendo que los datos obtenidos en el estudio son con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación en forma voluntaria.

Firma del participante

Investigador Principal
Joreline Oriana Huacani Vargas

Anexo 2 : Cuestionario

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Escuela de Posgrado
Salud Pública

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TACNA, 2024

1. Genero	Femenino	Masculino			
2. Edad (años)					
3. Estado Civil	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	
4. Nivel de estudios	Primarios	Secundarios	Técnicos	Universitarios	Sin Estudios
5. Estado Laboral	En Actividad	Parado	Jubilado		
6. Años de Tratamiento					
7. Tipo de Tratamiento	Puntual	Crónico			
8. N° de Medicamento	Monoterapia	de 1-4	Mayor a 5		
9. Médico Prescriptor	Psiquiatra	Otro			

10. ¿Sabe para que toma el medicamento?

	Ansiedad
	Ansiedad Senil
	Depresión
	Transtornos de Comportamiento
	Transtornos del sueño
	Distonías Neurovegetativas
	Por intervención quirúrgica/preanestecia
	Relajante Muscular
	Síndrome secundario postraumático
	Coadyuvante epilepsia
	Privación alcohólica
	No sabe

11. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

	Miastenia Gravis
	Insuficiencia Respiratoria descompensada/severa
	Insuficiencia Hepática severa
	Síndrome de apnea de sueño
	Ninguno

12. ¿Ha usado alguno de los siguientes medicamentos?

Medicamento	Usa/No usa
Antidepresivos	
Antipsicóticos	
Antiepilépticos	
Relajantes Musculares	
Analgésicos opiodes	
Antitusígenos opiodes	
Antihistaminicos H1	
Teofilina	
Antiácidos	
Carbamazepina	
Levodopa	
Valproato	
Anticonceptivos	
Betabloqueantes	
Omeprazol	
Ketoconazol	
Eritromicina	
Digoxina	
Ninguno	

13. Ha leído el prospecto

Si No

14. ¿Conoce los efectos secundarios?

Si No

Ha tenido alguno como:

Somnolencia

Sedación

Otro...

15. Respecto a las interacciones, sabe que afecta a la conducción y uso de maquinaria, ¿A

pesar de eso ello lo realiza?

Si No

16. Otra interacción se produce con las bebidas alcohólicas(vino,cerveza,otras)¿A pesar de ello lo consume?

Si No

17. ¿Ha sufrido alguna caída?

Si No

18. ¿Ha tenido revisión de su tratamiento con BZD y/o modificación de dosis por su médico?

Si No

¿Con que frecuencia?

3 mese 6 meses Mayor a 1 año

19. ¿Consideras que necesitas más dosis para conseguir efectos similares a los iniciales?

Si No

20. ¿Ha utilizado tratamiento alternativo previamente a su tratamiento con BZD?

Si No

¿Cuáles?

Hábitos saludables

Plantas medicinales

Homeopatía

Otros

21. ¿Se encuentra satisfecho con el tratamiento para su problema de salud?

Insatisfecho

Satisfecho

Bastante Satisfecho....

22. Para determinar la dependencia a Benzodiazepinas

CIRCUNSTANCIA	
BZP	3
Dosis Elevada(superiores a la media)	2
Duración de tratamiento superior a 3 meses	2
Personalidad dependiente o antecedentes a drogas o alcohol	2
BZD vida medica corta	2
Evidencia tolerancia o aumento de dosis	2
Puntuación total	