
Perfil y calidad de vida de los consumidores de benzodiazepinas

J.M. Celay, F. Cortés, B. Arizaga, A. Lezaun, J. Cariñanos, R. Ansorena

INTRODUCCIÓN

Las Benzodiazepinas (BZD) se utilizan ampliamente en los cuadros de ansiedad, pero su empleo a largo plazo no está suficientemente evaluado, ya que su eficacia es dudosa y presentan potenciales riesgos (dependencia, sedación, síndrome de abstinencia, interacción con otros fármacos y con el alcohol)¹⁻³.

En nuestro país el consumo de BZD ha aumentado durante el período 1981-1985^{4,6}.

Es conocido que un 15% de los enfermos que usan ansiolíticos y el 1,6% de todos los adultos entre 18 y 79 años de edad de la población general a los que se les ha prescrito BZD para pocos días o semanas pasan al uso crónico y prácticamente indefinido del fármaco⁷.

En un estudio realizado en nuestro centro sobre prescripción continuada, observamos que los fármacos que actúan sobre el SNC ocupaban el segundo lugar en cuanto a frecuencia y había un elevado consumo de BZD⁸.

Ante esta situación se planteó un estudio con los siguientes objetivos:

1. Conocer el perfil del consumidor de BZD no hipnóticas de la zona básica de Chantrea.

2. Comparar la sintomatología ansiosa que presentan respecto a un grupo control (ansiosos sin tratamiento farmacológico).

3. Detectar la presencia de fobias en ansiosos y grupo control.

4. Conocer efectos secundarios de estos fármacos y detectar posibles interacciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es descriptivo. Se eligieron del fichero de crónicos de forma aleatoria, 59 personas en tratamiento continuado (más de 6 meses) con BZD no hipnóticas, de un total de 135 que constaban en dicho fichero.

Del mismo fichero se eligieron 41 personas diagnosticadas de ansiedad (de un total de 97) que no llevaban en aquel momento tratamiento farmacológico.

Se excluyeron las personas menores de 30 y mayores de 75 años; los que no tenían capacidad física para desplazarse al centro, los que no tenían teléfono y los que

tomaban además de BZD otros psicofármacos.

Se realizó a todos ellos una entrevista individual que incluía un cuestionario de ansiedad de Hamilton, un listado de fobias y otros ítems sobre variables universales: edad, sexo, profesión, estado civil, consumo de tabaco, alcohol, nivel de educación, etc. Por último, se interrogaba sobre el consumo de BZD, duración del tratamiento, nombre del fármaco, pauta (fija o esporádica), dosis, efectos adversos, etc.

También se anotó la toma de otros medicamentos de cara a evaluar posibles interacciones, aunque no se hizo referencia a la hora de la toma de los mismos.

Para evitar que el conocimiento de la toma o no de BZD por parte del entrevistador sesgasen la valoración de la escala de Hamilton, este dato y todos los relacionados con fármacos, eran recogidos al final de la entrevista.

Para evaluar la variabilidad en la escala de Hamilton, las entrevistas fueron hechas por seis médicos. Se grabó en cassette la primera entrevista de cada profesional con el consentimiento del entrevistado. Posteriormente esas seis grabaciones fueron reproducidas en presencia de los seis entrevistadores, los cuales, fueron puntuando la escala de Hamilton.

Se comprobó que todos los entrevistadores daban al Hamilton un valor homogéneo, excepto el que había hecho la entrevista original y el propio médico de la persona entrevistada que, tenían ambos, a puntuar un Hamilton más elevado. Esto fue atribuido al último ítem del Hamilton que hace referencia a la "actitud del paciente durante la entrevista" y que, obviamente,

sólo puede ser evaluada por el entrevistador o por el propio médico que lo conoce personalmente.

Se consideró diagnóstico de ansiedad un Hamilton superior a 13 puntos.

Se investigó la presencia de fobias en estos pacientes como un indicador de calidad de vida. El listado de fobias utilizado fue de Boulenger y Uhde y se consideró temor fóbico aquel desproporcionado a la situación que lo crea, que no puede ser explicado o razonado, se encuentra fuera de control voluntario y conduce a la evitación de la situación temida.

Salvo esa primera entrevista de cada profesional, el entrevistado era desconocido para el entrevistador ya que se evitó siempre que fuera el propio médico de familia el que entrevistara a su propio paciente.

La captación se hizo por medio de una carta firmada por su médico en la que se exponía el objetivo del estudio. A los días, por medio de una llamada telefónica, era concertada la entrevista a la que debían traer la cartilla de largo tratamiento, si estaban tomando algún fármaco de forma continuada.

Hubo tres personas que rechazaron el estudio. Once personas no acudieron por motivos justificados (intervención, trabajo, viajes...). Dos personas no acudieron tras haber aceptado.

RESULTADOS

El consumidor tipo de BZD es ama de casa, con hijos y estudios primarios.

Ambas poblaciones, consumidores y no consumidores de BZD (Tabla 1) no

Tabla 1. Perfil de consumidores y no consumidores de BZD (* $p < 0,005$; ** $p < 0,001$).

	Consumidores BZD N=59 (19 hombres, 40 mujeres)	No consumidores BZD N=41 (10 hombres, 31 mujeres)
Edad (media)	56,84 ± 10,7	53 ± 10,04
Hamilton (media)	20,35 ± 9,43	19,26 ± 8,47
Fobias (media)	*3,01 ± 2,38	1,90 ± 2,10
Correlación (r) Hamilton-Fobias	0,60**	0,35*

PERFIL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS CONSUMIDORES DE BENZODIAZEPINAS

muestran diferencias significativas en la edad ni en la puntuación de Hamilton siendo el número de fobias lo que las discrimina (más numerosas en los consumidores $p=0,018$).

Nueve personas entre los consumidores dieron un Hamilton superior a 30,5 y en otras nueve el Hamilton fue inferior a 14. Entre los no consumidores, cuatro personas presentaban un Hamilton superior a 31,8 y nueve tenían una puntuación inferior a 14.

Se detectó en los consumidores correlación entre la puntuación de Hamilton y el número de fobias $r=0,60$ ($p<0,001$).

Cuarenta y cuatro personas (74,57%) tomaban BZD de $t_{1/2}$ larga y 15 (25,43%) las tomaban de $t_{1/2}$ intermedia.

Respecto a la pauta de administración (Fig. 1) predominaba la toma única diaria de una BZD de $t_{1/2}$ larga (en 23 casos de los 34 que la tomaban de esta manera, $p<0,05$). Era muy frecuente el consumo más esporádico (menos de una dosis cada 24 horas).

En cuanto a principios activos (Fig. 2), el más utilizado era el clorazepato (42,37%), seguido del diazepam y el alprazolam sumando entre los tres el 74,6% de

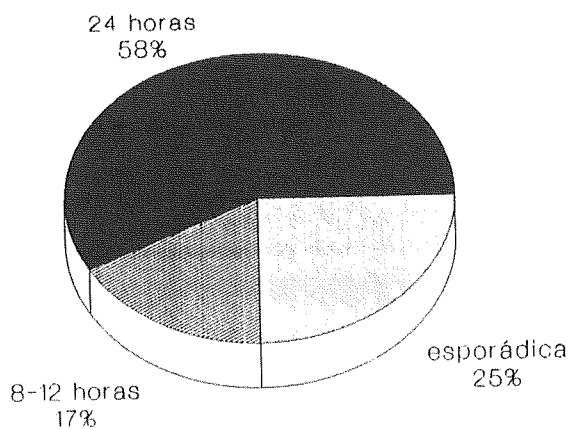


Figura 1. Pauta de administración de benzodiazepinas.

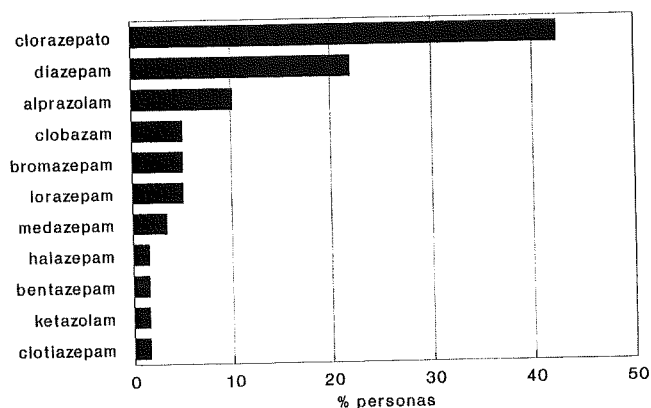


Figura 2. Distribución por principio activo.

las prescripciones. La prescripción más repetida fue el clorazepato a la dosis de 5 mg cada 24 horas (27,11% de todas las prescripciones).

La duración del tratamiento (Tabla 2) era superior a 1 año en el 88% de los consumidores y, casi el 70%, tomaban las BZD desde dos o más años antes.

Tabla 2. Duración del tratamiento.

6-12 meses	12%
1-2 años	18,5%
más de 2 años	69,5%

Diez personas (16,94%) relataron efectos adversos en relación con la toma de BZD: sequedad de boca (4), somnolencia (2), dependencia (2), mareos e inestabilidad (1), estreñimiento (1).

Cuarenta y cinco personas (76,27%) tomaban además de las BZD otros fárma-

cos y en 11 (25%), podrían existir interacciones entre ellos (Tabla 3).

Tabla 3. Interacciones de las BZD.

Alcohol	15
Alcalinos	5
Betabloqueantes	3
Otros (teofilina, analgésicos, antihistamínicos)	3

Además, 15 personas (25,42%) consumían alcohol (posibilidad de potenciación del efecto de las BZD).

Las fobias más frecuentes en el conjunto de ambas poblaciones (consumidores y no consumidores) fueron: "Espacios cerrados" (35%), "Centros comerciales" (33%), "Alturas" (33%), "Hacer cola" (26%), "Ascensores" (21%).

Por sexo (Fig. 3), había más fobias en mujeres ($p=0,04$) pero sólo "conducir auto-

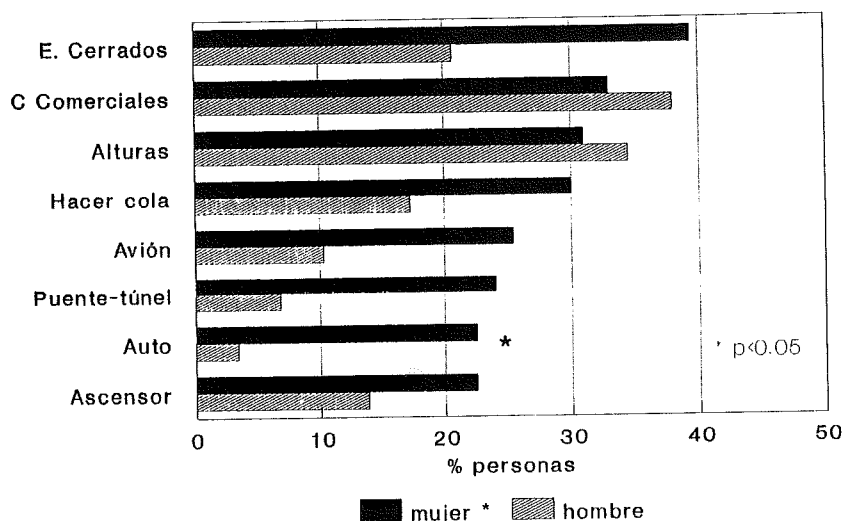


Figura 3. Fobias más frecuentes según sexo.

móviles" era significativamente más frecuente en mujeres ($p<0,05$).

El análisis de las fobias en relación con el consumo de BZD (Fig. 4), nos muestra el

único carácter diferenciador de las poblaciones de nuestro estudio: los consumidores de BZD padecían más fobias ($p=0,018$) y, entre éstas, "acudir a centros comercia-

PERFIL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS CONSUMIDORES DE BENZODIAZEPINAS

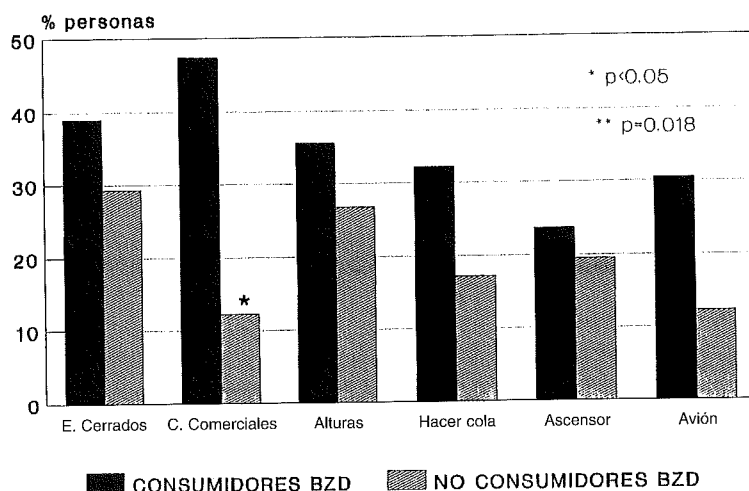


Figura 4. Fobias según consumo de benzodiazepinas.

les" era la única significativamente más frecuente ($p < 0,05$).

Respecto al consumo de alcohol en ambas poblaciones, los vaornes, los jubilados, los trabajadores fuera de casa, las personas sin hijos y los que viven con ancianos tenía un consumo más elevado.

DISCUSIÓN

Dadas las características de la población a la que atiende nuestro Centro de Salud, la utilización de servicios privados de salud es muy escasa. Por ello consideramos que la totalidad de ansiosos del fichero de crónicos corresponde a la población de ansiosos de nuestra Zona básica de Salud, aunque pueda existir defecto en la actualización del mismo: casos nuevos sin registrar y/o casos que presentan nivel de ansiedad no patológico. Nueve pacientes en cada grupo tenían Hamilton < 14 , de modo que, si bien podemos pensar que los pertenecientes al grupo de consumidores se han beneficiado del tratamiento con BZD, los que corresponden a grupo control deberían ser revisados y "sacados" del fichero. En el otro extremo, hay personas con Hamilton elevado en ambos grupos cuya situación debería ser reevaluada. Aconsejamos pues la utilización de la esca-

la de ansiedad de Hamilton por el médico de Atención Primaria para el control evolutivo y adecuación del tratamiento del enfermo ansioso.

Ambas muestras, consumidores y no consumidores, eran homogéneas en cuanto a la edad y sexo, y había predominio de mujeres ya constatado en otros trabajos^{5,9,10}. Apenas había varones en la población no consumidora de BZD. Quizás enfermen menos o tendamos a clasificar por defecto a los varones ansiosos o, cuando manifiestan sintomatología, expresen más gravedad y la actitud terapéutica sea, de entrada, farmacológica.

Los consumidores de BZD tienen los mismos niveles de ansiedad que el grupo control (no había diferencia significativa); sin embargo, dadas las características del estudio, no podemos saber la situación inicial de ambas poblaciones en cuanto a su nivel de ansiedad, e incluso cabe la posibilidad de que fueran idénticas. Por otro lado, las BZD, a las dosis que toman una parte de los enfermos (la prescripción más repetida fue el clorazepato a dosis de 5 mg/24 horas), parece insuficiente para una ansiólisis eficaz. Es probable que un buen número de ellos estén utilizando las BZD con fines hipnóticos aunque no lo podemos confirmar pues no se recogió la hora

de la administración del fármaco. Otros estudios así lo confirman¹³. También hemos considerado la posibilidad de que estos pacientes toleren un nivel de ansiedad alto y, en consecuencia, tomen BZD a dosis bajas pero que les mantienen en ese nivel tolerable para ellos.

La prescripción de BZD respecto a su t1/2 nos parece correcta (todas eran de t1/2 intermedia o larga). Para el alprazolam considerado por algunos como de t1/2 ultracorta, seguimos los criterios de otros autores que lo catalogan como de acción intermedia o corta, diferenciándolo del triazolam, éste sí, de acción ultracorta.

Respecto a la duración del tratamiento es necesario valorar suficientemente el tiempo de consumo, aunque ya es conocido que el abordaje de la ansiedad y el insomnio crónicos es dificultoso¹⁴. Hay autores que sostienen que muchos de los tratados con ansiolíticos de forma continuada padecen una depresión^{10,17} y, para otros, la utilización de ansiolíticos por un tiempo superior a un año constituye una contraindicación¹³.

Los efectos adversos relacionados fueron poco frecuentes y leves, todos ellos conocidos respecto a estos fármacos, incluso alguno de ellos, somnolencia, buscado (los que toman la dosis nocturna). Los dos casos que refieren dependencia se trata de dependencia psicológica que se manifestaba rápidamente tras el olvido de la toma del fármaco.

La mayoría de los pacientes tomaban además otros fármacos –hay estudios en los que este fenómeno es más frecuente en los consumidores de BZD¹⁴– y, en 11 personas, había posibilidad de interacciones, por lo que es preciso dar instrucciones muy claras en las prescripciones para evitar o amortiguar dichas interacciones. Estas advertencias también deben incluir el aviso de la potenciación del efecto de las BZD con el alcohol¹⁵, ya que en nuestro medio su consumo es habitual (el 25% de los consumidores de BZD lo toman).

Por último hemos de señalar la importancia de las fobias en estos enfermos. La escala de ansiedad de Hamilton hace referencia a alguna de ellas pero, si investigamos en profundidad, un tercio de nuestra

población padecía alguna fobia, lo cual, dada la procedencia de nuestra población (urbana), puede limitar sus actividades cotidianas y disminuir la calidad de vida. Pensemos en la imposibilidad de estar en espacios cerrados, acudir a centros comerciales, asomarse a las alturas, hacer cola, montar en ascensor, etc. Las fobias eran más frecuentes en mujeres ($p < 0,05$) –sobre todo “conducir automóviles” ($p = 0,05$)– y en los consumidores de BZD ($p = 0,018$), en los cuales, la fobia “acudir a centros comerciales” era la única que, analizadas aisladamente, discriminaba ambas poblaciones ($p < 0,05$).

Creemos de gran interés detectar estas situaciones fóbicas porque su repercusión en la vida diaria puede ser importante, apenas son tenidas en cuenta en los diagnósticos de ansiedad y su tratamiento farmacológico debe ser completado con técnicas no farmacológicas.

Agradecimientos: Al Dr. Vicente Madoz; Director del Equipo de Salud Mental de Burlada, por su ayuda en el diseño del estudio. Al Dr. Miguel Andérez jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital de Navarra, autor del programa estadístico empleado.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAUM J. Long-term benzodiazepine use (letter). *J Farm Pract* 1991; 32: 127.
2. BUSTO USOA, NARANJO CLAUDIO A, SELLERS EDWARD M. Abuso y dependencia a las benzodiazepinas. *A.E.F.H.* 1984; 3: 211-216.
3. SEIVEWRIGHT NA, DOUGAL W. Benzodiazepines misuse. *Curr Opin Psychiatry* 1992; 5: 408-411.
4. GENÉ BADÍA J, SOLER VILA M, BLAY PUEYO C, HOLGADO M, GONZÁLEZ RJ, ALBERO E. ¿Consumimos muchas Benzodiazepinas? *Med Clin (Barc)* 1987, 89: 240-243.
5. CABANZÓN ALBER LM. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en Cantabria, dispensados en receta oficial de la Seguridad Social en el período 1990-1992. *Inf Ter Sist N Salud* 1993; 3: 209-213.
6. GUTIÉRREZ FRAILE M. Benzodiazepinas: uso, abuso y dependencia. Symposium Benzodiazepinas: tópicos y alternativas en psiquiatría. V Congreso Europeo de Neu-

PERFIL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS CONSUMIDORES DE BENZODIAZEPINAS

- ropsicofarmacología. Marbella, Octubre 1992.
7. MELLINGER GD, BALTER MB, UHLENHUTH EH. Prevalence and correlates of the long-term regular use of anxyolitics. *JAMA* 1984; 251: 375-379.
 8. ARROYO MP, CORTÉS F, CARIÑANOS JJ, SAENZ-BAÑUELOS JJ. La cartilla de largo tratamiento, instrumento de evaluación de los tratamientos prolongados. *At Primaria* 1992; 9: 493-495.
 9. GEISELMAN B, LINDEN M. Prescription and intake patterns in long-term benzodiazepina treatment in primary care practice. *Pharmacopsychiatry* 1991; 24: 55-61.
 10. RODRIGO EK, KING MB, WILLIAMS P. Health of long-term benzodiazepines users. *Br Med J* 1988; 296: 603-606.
 11. KING MB, GABE J, WILLIAMS P, RODRIGO EK. Long-term use of benzodiazepines: the views of patients. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 194-196.
 12. TORRES C, ORGAZ F, LOZANO HM. Psicofármacos en Atención Primaria: calidad de la prescripción. *At Primaria* 1993; 8: 385-387.
 13. FLOREZ J, ARMILIO JA, MEDIAVILLA A. Fármacos ansiolíticos y sedantes. En: *Farmacología Humana*. Pamplona. Eunsa; 1987: 301-316.
 14. VELASCO A. Ansiolíticos. En *Compendio de farmacología aplicada y terapéutica clínica* Sandoz, Barcelona. SAE 1992: 221-230.
 15. LARRA F, SAIZ RUIZ J. Aspectos fisiopatológicos y clínicos del uso de benzodiazepinas en el anciano. *Med Clin (Barc)* 1988; 91: 111-116.
 16. GENÉ J, VILATIMO R, SEBASTIAN A, ALBERO E, GONZÁLEZ JR, HOLGADO M. Síntomes psíquics dels consumidors de benzodiazepines a l'atenció primària de salut. III Jornada de la societat catalana de medicina familiar i comunitària. 1987 Junio; Valls.
 17. GENÉ J, BOSCH I, CLEMENTE P, LEDESMA A, MESTRE J, MIRÓ I. Control de calidad de los tratamientos prolongados en un Centro de Atención Primaria. *At Primaria* 1987; 2: 67-73.
 18. SIMPSON RJ, POWER KG, WALLACE LA, BUTCHER MH, SWANSON V, SIMPSON EC. Controlled comparison of the characteristics of long-term benzodiazepine users in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 20-26.
 19. CONDE V. Tratamiento farmacológico de la ansiedad. En: *Coloquios en ansiedad*. Barcelona 1987. Doyma.
 20. HENRY M, DE LAS CUEVAS C, GONZÁLEZ DE RIVERA JL, GRACIA R. El perfil de síntomas psiquiátricos y psicosomáticos de los pacientes afectados de trastornos de ansiedad. *An Psiquiatría* 1992; 8: 4-9.
 21. GORMAN JM, PAPP LA. Chronic anxiety: deciding the lenght of treatment. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl 1): 11-15.