

Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos

Ana Fresán,¹ Omar Minaya,² Jorge Luis Cortés-López,¹ Oscar Ugalde²

Artículo original

SUMMARY

Introduction

Inappropriate use and dependence to prescription drugs has been considered as a growing health problem in recent years.

It has been recognized that benzodiazepines (BZD) are one of the most commonly prescribed drugs due to their rapid therapeutic effect, high efficacy and favorable side effect profile when compared to other psychotropic medications.

Despite the desirable therapeutic actions of BZD, mainly for the treatment of anxiety disorders, concerns about the dependence producing or addictive nature of these drugs have been expressed for decades.

BZD dependence, unlike dependence to other substances, is a condition generally circumscribed to a therapeutic framework. It is well known that BZD use generally starts legitimately by a medical prescription for the treatment of anxiety symptoms or insomnia.

Persons with psychiatric disorders are at a greater health risk for BZD dependence than other groups as BZD are highly used for the treatment of several psychiatric symptoms. BZD dependence in these patients may have a negative clinical impact in the medical treatment of the primary psychiatric disorder and may also affect patients' quality of life as the BZD dependence is added as a comorbid diagnosis that also requires clinical management. In this way, the need for clinical useful information for the prevention or early detection of BZD dependence emerges.

Although inconsistent associations have been encountered in the scientific literature, some sociodemographic variables, such as gender and level of education, as well as the characteristics of BZD use, have been identified as potential risk factors for the development of BZD dependence.

This information is of easy access for the mental health professional during the initial or subsequent clinical interview with patients, and if significant findings are obtained in Mexican psychiatric patients, these variables may become useful clinical tools for a closer follow-up of those patients with high risk of presenting BZD dependence.

Objective

To determine sociodemographic variables and characteristics of BZD use that may be risk factors for the development of BZD dependence in a sample of psychiatric patients from Mexico City.

Method

Subjects. Subjects were consecutively recruited at the outpatient services of the Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) in Mexico City. All patients with BZD consumptions were included indistinctly of their psychiatric diagnosis of attendance in the institution.

All patients gave their written informed consent after receiving a comprehensive explanation of the nature of the study. The Ethics Review Board of the INPRF approved the study.

Assessment procedure

Psychiatric diagnoses were made with the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and BZD dependence was determined with an adapted version of the substance dependence section of the SCID-I designed to assess BZD use exclusively.

Sociodemographic features and characteristics of BZD use were registered in a previously designed format and information was obtained by a personal interview with each patient and main caregiver.

The Benzodiazepine Dependence Questionnaire in its Mexican version (BDEPQ-MX) is a self-administered questionnaire used to assess the subjective experience with BZD in the last month in three main areas: perceived dependence, BZD pleasant effects and perceived need of BZD consumption.

Results

The sample comprised 150 psychiatric patients. A total of 70.0% (n=105) were women and 30.0% (n=45) were men. Their mean age was 45.9±14.1 with a mean educational level of 11.6±3.9 years. Diagnoses of the sample were mainly anxiety disorders (n=76, 50.7%) and affective disorders (38.0%).

According to the SCID-I, a total of 73 (48.7%) patients met the diagnostic criteria for BZD dependence.

Sixty seven percent of the men included in the study reported BZD dependence in contrast to 41.0% of the women. Also, patients with BZD dependence exhibited a higher level of education and a longer time consumption of BZD.

A longer duration of BZD consumptions was the main indicator for BZD dependence conferring a risk 10.4 higher for its development. Male gender and psychiatric diagnoses different to anxiety and affective disorders were also significant predictors for BZD dependence.

¹ Departamento de Epidemiología Clínica. Subdirección de Investigaciones Clínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente INPRF.

² Clínica de Psicogeriatría. Dirección de Servicios Clínicos, INPRF.

Correspondencia: Dra. Ana Fresán. Departamento de Epidemiología Clínica. Subdirección de Investigaciones Clínicas, INPRF. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, DF. E-mail: a_fresan@yahoo.com.mx

Recibido: 30 de agosto de 2010. Aceptado: 24 de noviembre de 2010.

Discussion

Numerous potential risk factors relating to BZD dependence have been found and our results support the influence of sociodemographic features and characteristics of BZD consumption for dependence development in a Mexican sample of psychiatric patients.

In general, it has been described that men are more prone to substance abuse and dependence and our results showed this same pattern. Nevertheless, this result must be replicated in future studies as for BZD dependence men and women may exhibit similar patterns of consumption and dependence.

High rates of BZD prescription, coupled with an elevated risk of substance dependence in diagnoses different to anxiety disorders, highlight the need for a careful review of the costs-benefits of BZD use for the treatment of anxiety emergent symptoms, as other additional medications with lower dependence effect can be used to minimize the potential risk of BZD dependence in these patients.

One of the biggest controversies surrounding BZD use has been its long-term use, which has been reported and replicated in our studies as the main indicator for BZD dependence development. Treatment with BZD may be useful for short-term periods of time, and specific goals and objectives of their therapeutic benefits must be established since the initial treatment plans for each patient.

The clinical relevance of the present study relies in standing out the high prevalence of BZD dependence found in patients treated with BZD and had not been treated for this comorbid condition. It is important to promote in the mental health professional attendance team strategies for the prevention and early detection of BZD dependence in psychiatric patients.

Key words: Dependence, benzodiazepines, predictors, gender, long-term use of benzodiazepines.

RESUMEN

Introducción

El uso inapropiado de los fármacos de prescripción y la dependencia a ellos conforman un problema de salud que va en aumento en la actualidad.

A diferencia de la dependencia a otras sustancias, la dependencia a BZD es una condición generalmente circunscrita a un marco terapéutico, ya que el primer contacto frecuentemente se presenta en un contexto clínico. Por el es necesario contar con información que pudiera ser de utilidad clínica para prevenir o detectar de forma oportuna la dependencia en pacientes tratados con BZD.

Objetivo

Determinar las variables sociodemográficas relacionadas con el patrón de consumo de BZD que pudieran ser predictoras de depen-

dencia a BZD en una muestra de pacientes psiquiátricos de la Ciudad de México.

Método

Sujetos. Se reclutó a los pacientes que acudieron de forma consecutiva al servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) que presentaron uso de BZD, indistintamente del diagnóstico psiquiátrico por el que acudieron a recibir atención especializada.

Instrumentos

El diagnóstico psiquiátrico y de dependencia a BZD de los pacientes se realizó mediante la entrevista SCID-I. Los principales datos sociodemográficos y las características del consumo de BZD fueron registrados en un formato diseñado *ad hoc*. El Cuestionario de Dependencia a Benzodiazepinas en su versión para México (BDEPQ-MX) se utilizó para evaluar la experiencia subjetiva del consumo de BZD.

Resultados

Se incluyó a un total de 150 pacientes con una edad promedio de 45.9 ± 14.1 años. El 48.7% de los pacientes presentaron dependencia a BZD. Los pacientes con dependencia a BZD fueron con mayor frecuencia hombres, con una mayor escolaridad y presentaron un mayor tiempo de consumo. El ser hombre, presentar un diagnóstico distinto a un trastorno de ansiedad o afectivo y tener un mayor tiempo de consumo de BZD fueron los principales factores predictores de dependencia en el presente estudio.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio sustentan la influencia de variables demográficas y del consumo de BZD en el riesgo para desarrollar dependencia. Se observa un mayor riesgo para el desarrollo de dependencia en los hombres. Para los pacientes con diagnósticos distintos a los trastornos de ansiedad es necesario evaluar el costo-beneficio de utilizar las BZD como parte del tratamiento para el manejo de síntomas relacionados con la ansiedad.

El uso crónico de BZD fue el principal predictor de dependencia en la presente investigación, lo que pone de manifiesto la importancia de restringir el uso de BZD a periodos cortos de tiempo, estableciendo metas y objetivos claros de sus beneficios terapéuticos. Es fundamental fomentar en el personal médico y paramédico la prevención y detección oportuna de la dependencia a BZD en pacientes psiquiátricos.

Palabras clave: Dependencia, benzodiazepinas, predictores, género, uso crónico de benzodiazepinas.

INTRODUCCIÓN

El uso inapropiado y la dependencia a fármacos de prescripción conforman un problema de salud creciente,¹⁻³ que ha alcanzado un significado importante.

Las benzodiazepinas (BZD) constituyen uno de los fármacos más prescritos en la práctica médica debido a su eficacia y rápido inicio de efecto terapéutico.⁴ En México, la prevalencia de la dependencia a las BZD es difícil de determinar. Sin embargo, los datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones muestran que los tranquilizantes

—donde se incluyen las BZD— son las drogas médicas de prescripción más empleadas tanto en hombres como en mujeres de 12 a 65 años de edad (entre 0.4 y 0.7%).⁵

Las BZD son fármacos generalmente prescritos para el control de la ansiedad y el insomnio, aun cuando también se emplean de forma menos frecuente para la tensión muscular, como anestésico preoperatorio y en el manejo de la abstinencia alcohólica.⁶

A pesar de su ya probada eficacia terapéutica en el manejo de los trastornos de ansiedad principalmente, las BZD se han relacionado con un alto riesgo por su uso in-

apropiado, abuso y dependencia.^{2,7,8} A diferencia de la dependencia a otras sustancias, la de BZD es una condición generalmente circunscrita a un marco terapéutico,³ ya que el primer contacto con una BZD ocurre frecuentemente en un contexto clínico relacionado con una prescripción médica. Así, los pacientes con trastornos psiquiátricos corren un mayor riesgo de presentar dependencia a BZD en comparación con otros grupos diagnósticos.⁹

El síndrome de la dependencia a BZD ha sido descrito generalmente por la presencia de síntomas de tolerancia y abstinencia.^{8,10,11} Sin embargo, el valorar la experiencia subjetiva como la presencia de la recompensa ante los efectos placenteros durante el uso de BZD, la compulsión hacia el consumo y el temor ante la posibilidad de presentar síntomas de abstinencia permite apreciar otras dimensiones de este fenómeno, que podrían facilitar la detección oportuna de la dependencia y disminuir el subdiagnóstico existente.

Lo anterior en razón de que la dependencia a BZD en pacientes con trastornos psiquiátricos tiene un impacto negativo en su calidad de vida y dificulta el tratamiento de los mismos, ya que al diagnóstico primario de atención psiquiátrica se suma el tratamiento para la dependencia, cuyo abordaje terapéutico no suele ser sencillo ni a corto plazo.

Es así como surge la necesidad de contar con información que pudiera ser de utilidad clínica para prevenir o detectar de forma oportuna la dependencia en pacientes tratados con BZD. A pesar de existir hallazgos inconsistentes en la literatura médica, algunos estudios han reportado que algunas variables demográficas como el género y la escolaridad, así como las características del uso de BZD,¹²⁻¹⁴ son potenciales factores de riesgo para el desarrollo de dependencia a BZD. Al ser de fácil acceso para el profesional de la salud mental durante la entrevista clínica de inicio o seguimiento de los pacientes, estas variables pueden convertirse, en caso de ser significativas en población psiquiátrica mexicana, en herramientas útiles para un monitoreo más cercano de aquellos pacientes con riesgo de presentar dependencia a BZD.

Debido a la importancia clínica de la detección oportuna y manejo adecuado de la dependencia a sustancias, y en específico para el presente estudio, el objetivo fue determinar las variables sociodemográficas y relacionadas con el patrón de consumo de BZD que fueran predictoras de dependencia en una muestra de pacientes psiquiátricos de la Ciudad de México.

MÉTODO

Sujetos

Se reclutó a aquellos pacientes que acudieron de forma consecutiva al servicio de la Consulta Externa del Instituto Na-

cional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) en la Ciudad de México.

Se incluyó a aquellos pacientes que presentaran uso de BZD, indistintamente del diagnóstico psiquiátrico por el que acudieron a atención especializada y que, tras explicarles los objetivos de la investigación, dieran su consentimiento informado para participar en el estudio. Éste fue aprobado por los Comités de Ética y de Investigación del INPRF.

Instrumentos

El diagnóstico psiquiátrico de los pacientes se realizó mediante la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I).¹⁵ El diagnóstico de dependencia a BZD se determinó mediante la sección de «dependencia a sustancias» del SCID-I, la cual se adaptó para la evaluación exclusiva de estas sustancias.

Los principales datos sociodemográficos y las características del consumo de BZD se registraron en un formato diseñado *ad hoc* para el presente estudio, el cual se compone de diversos reactivos donde se registra y concentra la información necesaria de cada uno de los pacientes evaluados. Para la aplicación de este formato es necesario realizar un interrogatorio dirigido tanto al paciente como al familiar que tenga un contacto estrecho y mayor conocimiento sobre la evolución del padecimiento.

El Cuestionario de Dependencia a Benzodiazepinas en su versión para México (BDEPQ-MX)^{11,16,17} es un instrumento de autorreporte que consta de 30 reactivos evaluados en una escala tipo Likert diseñado para evaluar la experiencia con BZD durante el último mes a partir de tres áreas principales: dependencia percibida, efectos placenteros y necesidad percibida por su consumo. En población psiquiátrica mexicana mostró una confiabilidad general de 0.95.¹⁷

Análisis estadístico

Como pruebas de hipótesis en la comparación de los pacientes con y sin dependencia a BZD, se utilizó la chi cuadrada (χ^2) para contrastes categóricos y la «t» de Student para contrastes continuos. Para determinar la asociación lineal entre las puntuaciones obtenidas en el BDEPQ y las características demográficas y de consumo de BZD, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r).

Una vez determinadas las variables demográficas y clínicas donde hubiera diferencias entre grupos, éstas se incluyeron en un análisis de regresión logística con el método «hacia atrás-condicional» para determinar el riesgo conferido por estas variables en la presentación de dependencia a BZD. Se realizó una codificación *dummy* de las variables incluidas en el modelo de regresión logística. Así, las variables continuas fueron dicotomizadas de acuerdo con las puntuaciones medias obtenidas de la muestra total,

donde el «0» se asignó a los valores considerados de «no riesgo», mientras que el «1» fue asignado a los valores considerados como de «riesgo». El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

- a) *Características demográficas y clínicas de la muestra.* Se incluyó un total de 150 pacientes. El 70% ($n=105$) fueron mujeres y el 30% ($n=45$) hombres, con una edad promedio de 45.9 ± 14.1 años (rango 19-79 años). De los pacientes incluidos, 50.7% ($n=76$) eran casados, 26.7% ($n=40$), solteros; 16.7% ($n=25$), divorciados o separados y 6% ($n=9$), viudos. La escolaridad promedio fue de 11.7 ± 4.5 años (rango 0-20 años), equivalente al segundo año de bachillerato. El 44.7% ($n=67$) contaba con un empleo económicamente remunerado, 41.3% ($n=62$) se dedicaba a actividades del hogar, 10.7% ($n=16$) se encontraba desempleado y 3.3% ($n=5$) eran estudiantes.

Se observó un mayor número de pacientes con consumo de BZD con algún trastorno de ansiedad ($n=76$, 50.7%) o trastornos afectivos (depresión mayor $n=54$, 36.0% y trastorno bipolar $n=3$, 2.0%). Otros diagnósticos fueron el trastorno límite de la personalidad ($n=10$, 6.7%), dependencia a sustancias ($n=5$, 3.3%) y trastornos psicóticos ($n=2$, 1.3%).

El trastorno de ansiedad generalizada ($n=49$) fue el trastorno de ansiedad más frecuente, seguido del trastorno de pánico ($n=22$), el trastorno obsesivo-compulsivo ($n=3$) y la fobia específica ($n=2$).

- b) *Características del uso de BZD.* Todos los pacientes reportaron que el primer contacto que tuvieron con la BZD fue a partir de una prescripción médica. La indicación inicial para su uso fue la presencia de ansiedad ($n=103$, 68.7%), el insomnio ($n=46$, 30.7%) y como relajante muscular ($n=1$, 0.6%). La edad de inicio del consumo reportada por los pacientes fue a los 36.8 ± 14.6 años (rango 13-77 años), con un tiempo promedio de consumo de 324.6 ± 433.7 semanas (rango 3-2340 semanas), equivalente a más de seis años de consumo. Utilizando las dosis equivalentes en diazepam de las diferentes BZD que usaban los pacientes, la dosis promedio por día fue de $48.5 \text{ mg} \pm 25.7 \text{ mg}$ (rango 10-112 mg).

A partir de la entrevista clínica SCID-I, 48.7% ($n=73$) de los pacientes incluidos en el estudio presentaron dependencia a benzodiazepinas. De éstos, 34.2% ($n=25$) presentaron una dependencia leve, 53.4% ($n=39$) una dependencia moderada y 12.3% ($n=9$) dependencia fuerte.

- c) *Características demográficas y clínicas entre pacientes con y sin dependencia a BZD.* De acuerdo con el número de hombres y mujeres incluidos en el estudio, se observa que más de 60.0% de los hombres presentaron dependencia a BZD en contraste con 41.0% de las mujeres. De

la misma forma, los pacientes con dependencia tuvieron una mayor escolaridad en contraste con aquéllos sin dependencia.

Un elevado porcentaje de los pacientes con diagnósticos distintos a los trastornos de ansiedad o trastornos afectivos mostraron dependencia a benzodiazepinas (cuadro 1).

- d) *Características del consumo de BZD entre grupos diagnósticos.* Se observó un mayor tiempo de consumo en el grupo de pacientes con dependencia a benzodiazepinas (cuadro 1). Adicionalmente, se observan mayores puntajes en el BDEPQ en el grupo de pacientes con dependencia.
- e) *Asociación de la dependencia a benzodiazepinas con las características demográficas de la muestra.* Las subescalas del BDEPQ mostraron una elevada asociación con el tiempo de consumo de benzodiazepinas y la edad de inicio del consumo; en esta última con excepción de la subescala de Efectos Placenteros. La escolaridad se asoció con el nivel de dependencia y la puntuación total del BDEPQ (cuadro 2).
- f) *Modelo de regresión logística para dependencia a BZD.* Se seleccionaron cinco variables para el modelo de regresión logística: 1. género, 2. escolaridad, 3. diagnóstico clínico, 4. edad de inicio del consumo y 5. tiempo total de consumo. Para el diagnóstico clínico se utilizó como variable de riesgo la presencia de diagnósticos distintos a los trastornos de ansiedad o trastornos afectivos. La ecuación de regresión logística fue capaz de clasificar correctamente a 76.7% de los casos. La ecuación resultó, de forma general, un poco más precisa al predecir a los pacientes con dependencia a BZD (76.7%) que a los pacientes sin dependencia (76.6%) y predijo 34.2% de la variación del fenómeno en esta muestra. El procedimiento incluyó tres variables predictoras para la aparición de dependencia a BZD. Estas variables fueron: el género, el diagnóstico psiquiátrico y el tiempo total de consumo (cuadro 3).

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar las variables sociodemográficas y del patrón de consumo de BZD que fueran predictoras de dependencia en una muestra de pacientes psiquiátricos de la Ciudad de México.

De forma inicial, se observó un mayor número de mujeres que usaban BZD en contraste con el número de hombres incluidos en el presente estudio. Este hallazgo pudiera estar sustentado en aspectos culturales en torno a la búsqueda de atención psiquiátrica especializada. Es común observar que las mujeres son más proclives a comunicar y a buscar atención debido a la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva que los hombres y que

Cuadro 1. Características demográficas y clínicas entre grupos

	Dependencia BDZ				Estadística
	Sin		Con		
	n	%	n	%	
Género					$\chi^2=8.3, 1\text{gl}, p=0.004$
Masculino	15	33.3	30	66.7	
Femenino	62	59.0	43	41.0	
Estado civil					$\chi^2=1.6, 1\text{gl}, p=0.19$
Sin pareja	34	44.2	40	54.8	
Con pareja	43	55.8	33	45.2	
Ocupación					$\chi^2=0.2, 1\text{gl}, p=0.64$
Sin empleo remunerado	44	57.1	39	53.4	
Con empleo remunerado	33	42.9	34	46.6	
Diagnóstico					$\chi^2=10.9, 2\text{gl}, p=0.004$
Trastorno afectivo	36	46.8	21	28.8	
Trastorno de ansiedad	38	49.3	38	52.0	
Otro diagnóstico	3	3.9	14	19.2	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad	45.9	15.3	45.9	13.0	$t=0.03, 148\text{gl}, p=0.97$
Escolaridad (años)	10.7	4.0	12.4	3.8	$t=-2.5, 148\text{gl}, p=0.01$
Edad inicio del consumo	39.9	15.7	33.5	12.7	$t=2.7, 148\text{gl}, p=0.06$
Tiempo de consumo (sem)	144.5	174.7	526.8	586.0	$t=-5.4, 148\text{gl}, p<0.001$
BDEPQ					
Dependencia	4.1	4.1	14.2	8.7	$t=-9.1, 148\text{gl}, p<0.001$
Efectos placenteros	3.9	3.0	9.3	4.9	$t=-8.0, 148\text{gl}, p<0.001$
Necesidad percibida	5.2	5.0	14.1	6.7	$t=-9.0, 148\text{gl}, p<0.001$
Total	13.3	10.3	37.6	18.0	$t=-10.1, 148\text{gl}, p<0.001$

reciban tratamiento con BZD.¹⁸⁻²⁰ De forma general, se ha descrito que la dependencia a sustancias es más frecuente en los hombres, pero que al hablar de dependencia a BZD ésta puede presentarse de forma similar en ambos sexos.²¹ Nuestros resultados muestran que la dependencia a BZD se presenta con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres, a pesar de que un mayor número de mujeres

consumen estos fármacos. Incluso, este hallazgo se ve reforzado por el resultado obtenido en la regresión logística, donde el ser hombre confirió un riesgo 2.66 veces mayor que el de las mujeres para presentar dependencia a BZD.

Los pacientes con dependencia tenían mayor escolaridad que aquéllos sin ella. Este hallazgo debe ser tomado con cautela ya que la mayoría de los estudios reportan un

Cuadro 2. Asociación entre las características demográficas y las características del consumo de BZD

	Edad	Escolaridad	Edad de inicio del consumo	Tiempo de consumo
Dependencia general	0.010 (0.85)	0.17 (0.03)	-0.20 (0.01)	0.47 (<0.001)
Efectos placenteros	-0.030 (0.64)	0.13 (0.10)	-0.15 (0.06)	0.33 (<0.001)
Necesidad percibida	0.000 (1.00)	0.14 (0.07)	-0.16 (0.04)	0.40 (<0.001)
BDEPQ total	-0.003 (0.97)	0.17 (0.03)	-0.19 (0.01)	0.45 (<0.001)

r (p)

Cuadro 3. Estimación del riesgo y probabilidad para la aparición de dependencia a benzodiazepinas

Variable	β	DE β	Exp (B)	IC 95% Exp (B)	p
Género	0.98	0.41	2.66	1.17 – 6.05	0.019
Diagnóstico	1.20	0.33	3.35	1.75 – 6.42	<0.001
Tiempo de consumo	2.34	0.51	10.45	3.80 – 28.73	<0.001

menor nivel de escolaridad en aquellos sujetos con dependencia a BZD.^{14,22-24} Asimismo, en nuestro estudio, la escolaridad no fue considerada un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia a BZD. La diferencia en años de escolaridad entre los grupos pudiera estar relacionada con un mayor conocimiento acerca de los efectos de las BZD y con que su uso probablemente tenga una mayor aceptación social que otros medicamentos usados en psiquiatría. Esta hipótesis deberá ser evaluada en futuros estudios que analicen el impacto de la escolaridad en el desarrollo de la dependencia a sustancias.

Se ha descrito que aquellos pacientes con diagnósticos de trastornos psicóticos o trastornos afectivos son tratados con BZD para el manejo de síntomas relacionados con la ansiedad y que éstos pueden desarrollar patrones de abuso o dependencia.^{9,25,26} A pesar de que un mayor número de pacientes con trastornos de ansiedad presentaron dependencia a BZD, un elevado porcentaje de pacientes con diagnósticos distintos a los trastornos de ansiedad también presentó dependencia, lo que sustenta lo descrito en la bibliografía. Adicionalmente, esta variable confirmó un riesgo 3.35 veces mayor para la dependencia, lo que resalta la importancia de evaluar el costo-beneficio de utilizar las benzodiazepinas como parte del tratamiento de este tipo de diagnósticos.²⁵

El uso crónico de benzodiazepinas se ha descrito como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de dependencia^{8,14,27,28} y nuestros resultados muestran que éste fue el principal predictor para la dependencia, confirmando un riesgo 10.45 veces mayor para su presentación. Adicionalmente, se observaron importantes asociaciones del tiempo total de consumo y las áreas evaluadas por el BDEPQ: percepción subjetiva de dependencia, efectos placebo y necesidad de consumo de la BZD. La seguridad y eficacia de las BZD a largo plazo ha sido objeto de discusión en los últimos años. Sin embargo, el consenso general de los clínicos así como las diferentes guías terapéuticas sobre su manejo recomiendan un uso restringido a periodos breves de tratamiento,⁴ ya que la dependencia puede presentarse incluso a dosis terapéuticas, tal y como se observa en nuestros resultados. No obstante, la decisión de considerar el tratamiento a largo plazo debe basarse en los beneficios que obtendría cada uno de los pacientes contra los efectos no deseados o riesgos asociados a su uso.²⁹

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

La relevancia e impacto de la presente investigación radica en resaltar la presencia de dependencia a BZD en un elevado porcentaje de pacientes que son tratados con éstas

y que no han recibido intervención para este diagnóstico comórbido, el cual puede disminuir la eficacia del tratamiento por el que originalmente acuden a atención especializada, con lo que resulta afectada su calidad de vida. Es de vital importancia fomentar en el personal médico y paramédico la prevención y detección oportuna de la dependencia a BZD en pacientes psiquiátricos.

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

REFERENCIAS

1. Culberson J, Ziska M. Prescription drug misuse/abuse in the elderly. *Geriatrics* 2008;63(9):22-31.
2. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:249-255.
3. Minaya O, Ugalde O, Fresán A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud Mental* 2009;32:405-411.
4. Ayuso J. ¿Está justificado el tratamiento prolongado con benzodiazepinas? *Salud Mental* 2008;31:429-430.
5. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: 2009.
6. Schweizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatr Scand* 1998;393(Supl):95-101.
7. Bartels S, Blow F, Brockmann L, Van Citters A. Evidence-based practices for preventing substance abuse and mental health problem in older adults. Washington DC: Older Americans Substance Abuse and Mental Health Technical Assistance Center SAMHSA; 2006.
8. O'Brien C. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *J Clin Psychiatry* 2005;66(Supl 2):28-33.
9. Clark R, Xie H, Brunette M. Benzodiazepine prescription practices and substance abuse in persons with severe mental illness. *J Clin Psychiatry* 2004;65:151-155.
10. Kellet J. The benzodiazepine bonanza. *Lancet* 1974;2:964.
11. Baillie A. Manual for the Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ). South Wales: University of New South Wales; 2001.
12. Ahmer S, Salamat S, Khan R et al. Pattern of benzodiazepine use in psychiatric outpatients in Pakistan: a cross-sectional survey. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2009;28:9.
13. De las Cuevas C, Sanz E, De la Fuente J. Benzodiazepines: more «behavioral» addiction than dependence. *Psychopharmacology* 2003;167:297-303.
14. Kan C, Hilberink S, Breteler M. Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. *Compr Psychiatry* 2004;45:88-94.
15. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), clinician version. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1996.
16. Baillie A, Mattick R. The benzodiazepine dependence questionnaire: development, reliability and validity. *Br J Psychiatry* 1996;169(3):276-281.
17. Minaya O, Fresán A, Cortes-Lopez J, Nanni R et al. The Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ): validity and reliability in Mexican psychiatric patients. Comunicación personal, manuscrito enviado a publicar 2010.

18. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium -general characteristics and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:146-153.
19. Vesga-López O, Schneier F, Wang S et al. Gender differences in generalized anxiety disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* 2008;69:1606-1616.
20. Nomura K, Nakao M, Sato M, Yano E. Regular prescriptions for benzodiazepines: a cross-sectional study of outpatients at a university hospital. *Intern Med* 2006;45:1279-1283.
21. Albayrak O, Krug S, Scherbaum N. Sex-specific aspects of addiction. *MMW Fortschr Med* 2007;149:29-32.
22. De las Cuevas C, Sanz E, De la Fuente J, Padilla J et al. The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction* 2000;95:245-250.
23. Linden M, Bär T, Geiselmann B. Patient treatment insistence and medication craving in long-term low-dosage benzodiazepine prescriptions. *Psychol Med* 1998;28:721-729.
24. Schweizer E, Rickels K, De Martinis N, Case G et al. The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients. *Psychol Med* 1998;28:713-720.
25. Brunette M, Noordsy D, Xie H, Drake R. Benzodiazepine use and abuse among patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2003;54:1395-1401.
26. Regier D, Farmer M, Rae D et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264:2511-2518.
27. Ator N, Griffiths R. Principles of drug abuse liability assessment in laboratory animals. *Drug Alcohol Depend* 2003;70(Supl 3):55-72.
28. Joughin N, Tata P, Collins M, Hooper C et al. In-patient withdrawal from long-term benzodiazepine use. *Br J Addict* 1991;86:449-455.
29. Cloos J, Ferreira V. Current use of benzodiazepines in anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:90-95.

Artículo sin conflicto de intereses

RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación

1. B
2. C
3. E
4. B
5. B
6. A
7. D
8. E
9. B
10. C
11. B
12. D
13. A
14. B
15. D